Министерство здравоохранения Российской Федерации
ИРКУТСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ – ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

УТВЕРЖДЕНО
Методическим советом
ИГМАПО – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО
28 июня 2017 г. протокол № 3
Председатель совета
_____ С.М. Горбачёва

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ К ЗАНЯТИЯМ

по профессиональной образовательной программе высшего образования – программе подготовки кадров высшего образования в ординатуре по специальности **31.08.01 Акушерство и гинекология**

Иркутск
2017

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ
МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ К ЗАНЯТИЯМ

СОГЛАСОВАНА:

Заместитель директора по учебной работе	_____	_____	С.М. Горбачёва
	(дата)	(подпись)	
Заместитель директора по научной работе	_____	_____	К.В. Протасов
	(дата)	(подпись)	
Декан факультета			Л.Г. Антипина
	_____	_____	
	(дата)	(подпись)	
Заведующий кафедрой			В.А. Крамарский
	_____	_____	
	(дата)	(подпись)	

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ
ПО РАЗРАБОТКЕ МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ К ЗАНЯТИЯМ
по программе **31.08.01 Акушерство и гинекология**

№ пп.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Крамарский В.А.	д.м.н.	заведующий	кафедра акушерства и гинекологии ИГМАПО – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО
2.	Трусов Ю.В.	к.м.н.	доцент	кафедра акушерства и гинекологии ИГМАПО – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО
3.	Хышиктуев Л.В.	к.м.н.	ассистент	кафедра акушерства и гинекологии ИГМАПО – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО
4.	Файзуллина Н.И.	к.м.н.	ассистент	кафедра акушерства и гинекологии ИГМАПО – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО
по методическим вопросам				
5	Горбачёва С.М.	д.м.н.	заместитель директора	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
6	Антипина Л.Г.	к.м.н.	декан хирургического факультета	ИГМАПО – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО

Методические разработки к занятиям в ординатуре по специальности **31.08.01 Акушерство и гинекология** утверждена Методическим советом ИГМАПО – филиал РМАНПО 28 июня 2017 г. протокол № 3

Тема № 1
ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ.ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ.
Продолжительность занятия – 540 минут Цель занятия: изучить задачи и организацию работы женской консультации, принципы наблюдения беременных.
Ординатор должен знать: основные регламентирующие документы (приказы) по организации работы женской консультации, показатели работы женской консультации, сроки взятия беременных на учет, дородовый и послеродовый патронаж, периодичность посещения женской консультации, объем обследования во время беременности (сроки и цели УЗИ), организацию и методику проведения 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.

Место занятия: женская консультация ИГПЦ.

Оснащение:

Документы, регламентирующие работу женской консультации.

План организации занятия:

Обоснование темы - 10 минут.

Контроль исходного уровня знаний студентов - 35 минут.

Изучение медицинской документации и оснащения ЖК - 180 минут.

Прием беременных - 310 минут;

Подведение итогов занятия. Домашнее задание - 5 минут.

Содержание занятия:

Женская консультация (ж. к.) 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 материи ребенка;

внедрение в практику работы современных методов профилактики, диагностики и лечения беременных и гинекологических больных;

внедрение передовых форм и методов амбулаторной акушерскогинекологической 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 лечебнопрофилактическими 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. Акушерскогинекологический 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 УЗД.

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, льготам 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).

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 ЦРБ и создана для оказания врачебной акушерскогинекологической 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 (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).

НАБЛЮДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ.

Принципы диспансеризации беременных1. Наблюдение беременных является главной задачей женской консультации. От качества амбулаторного наблюдения во многом зависит исход беременности и родов.

1. Ранний охват беременных врачебным наблюдением. Женщина должна быть взята на учет при сроке беременности до 12 нед. 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 посещении 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.

2. 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

3. Своевременное (в течение 12-14 дней) обследование. Эффективность раннего взятия беременной на учет будет полностью нивелирована, если в минимальные сроки не обсле-

довать беременную по полной программе. В результате обследования определяют возможность вынашивания беременности и степень риска, а также вырабатывают план ведения беременности.

4. 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.

5. 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.

6. Наблюдение беременных должны осуществлять в следующие сроки: в первую половину беременности – 1 раз в месяц; с 20 до 28 нед. – 2 раза в месяц; с 28 до 40 нед. – 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.

7. Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам 100% беременных.

Занятия в "Школе матерей".

8. 100% охват мужей беременных женщин занятиями в "Школе отцов".

9. Антенатальная профилактика рахита (витамины, ультрафиолетовое облучение).

10. 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:

1. Фамилия, имя, отчество, серия и номер паспорта.

2. Возраст. Для первородящих определяют возрастную группу: юная первородящая – до 18 лет, пожилая первородящая – 26-30 лет, старая первородящая – свыше 30 лет.

3. Адрес (согласно прописке и тот, где женщина проживает фактически).

4. 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 нед.

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 заболевание, 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 особенности менструальной и генеративной функций, в том числе о количестве беременностей, интервалов между ними, многоводии, многоплодии, продолжительности, течении и их исходе, осложнениях в родах, после родов и абортов, 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.

Осмотр врачами – специалистами, лабораторный контроль – по приказу №572н.

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 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 нед), 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).

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.

Тоны сердца плода прослушивают акушерским стетоскопом в виде ритмичных двойных ударов с постоянной частотой 130-140 в минуту, а также с помощью аппаратов Допплера и УЗИ.

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 дородового 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 32недели 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 акушерагинеколога, 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: 1)с перинатальной патологией со стороны плода; 2)с акушерской патологией; 3)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 бе-

ременных 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, ПЛ в крови, амниоцентез с исследованием околоплодных вод, ФКГ и ЭКГ плода и т.д.).

_ _ _

Тема № 2

СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА. САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЙ РЕЖИМ В АКУШЕРСКОМ СТАЦИОНАРЕ.

Продолжительность занятия - 90 минут.

Цель занятия: ознакомить студентов со структурой акушерского стационара и организацией его работы, перечнем форм первичной медицинской документации, оснащением, задачами акушерских отделений, порядком приема в роддом беременных и рожениц, показателями деятельности акушерских стационаров.

Ординатор должен знать: принципы организации работы и структуру акушерского стационара, показания к приему беременных и рожениц в акушерский стационар, показания к переводу беременных, рожениц и родильниц в обсервационное отделение стационара, показания к переводу новорожденных детей из родильного дома в соответствующие отделения детских больниц, инструкцию по проведению комплекса санитарно-гигиенических мероприятий в стационарах, способы стерилизации инструментов, перевязочного материала, белья; обработка мебели, помещений, организационные мероприятия по выявлению заболевших и бактерионосителей среди персонала, беременных, рожениц и родильниц, перечень первичной медицинской документации, показатели деятельности акушерского стационара.

Ординатор должен уметь: самостоятельно собрать анамнез у поступивших в стационар беременных и рожениц, производить общее и специальное акушерское обследование, определить показания для госпитализации в физиологическое и обсервационное отделения родильного дома, производить первичную санитарную обработку поступающих в стационар беременных и рожениц, заполнять первичную медицинскую документацию.

Место занятия: учебная комната, санитарный пропускник для сотрудников, приемное отделение, акушерские отделения родильного дома, отделение новорожденных, отделение патологии беременных.

Оснащение: истории родов, журнал приема рожениц и беременных, история развития новорожденного, журналы отделения новорожденных, обменная карта, отчет о деятельности акушерского стационара; сборники нормативных документов.

План организации занятия:

Организационные вопросы, обоснование темы занятия - 5 минут.

Контроль исходного уровня знаний студентов по теме - 20 минут.

Знакомство студентов со структурой и организацией работы акушерского стационара. Санитарно-противоэпидемический режим стационара. Обход - 45 минут.

Подведение итогов занятия. Домашнее задание. - 20 минут.

Содержание занятия:

Основные функции и задачи акушерского стационара (АС) - оказание квалифицированной стационарной медицинской помощи женщинам в период беременности, в родах, в послеродовом периоде, при гинекологических заболеваниях;оказание квалифицированной медицинской помощи и уход за новорожденными в период их пребывания в родильном доме.

Организация работы в АС строится по единому принципу в соответствии с действующими положениями родильного дома (отделения), приказами, распоряжениями, методическими рекомендациями.

Структура и оснащение АС должны соответствовать требованиям строительных норм и правилам лечебно-профилактических учреждений.

В настоящее время существует несколько типов АС:

без врачебной помощи (колхозные родильные дома и фельдшерскоакушерские пункты);

с общей врачебной помощью (участковые больницы с акушерскими койками);

с квалифицированной врачебной помощью (РБ, ЦРБ, городские родильные дома, родовспомогательные отделения многопрофильных больниц, специализированные акушерские отделения на базе многопрофильных больниц, родовспомогательные стационары, объединенные с кафедрами акушерства и гинекологии медицинских институтов, НИИ, Центров).

АС имеет следующие основные подразделения: приемно-пропускной блок, физиологическое (1) акушерское отделение (50-55% от общего числа акушерских коек), отделение (палаты) патологии беременности (25-30%), отделение(палаты) новорожденных в 1 и 2 акушерских отделениях, обсервационное (2) акушерское отделение (20-25%), гинекологическое отделение (25-30%).

Структура помещений родильного дома должна обеспечить изоляцию здоровых беременных, рожениц, родильниц и новорожденных от больных, строжайшее соблюдение правил санитарно-эпидемического режима, изоляцию заболевших.

АС два раза в год закрывают для проведения плановой дезинфекции, в том числе один раз для косметического ремонта.

Посещение АС родственниками и присутствие на родах разрешают только при наличии соответствующих условий.

Лица, поступающие на работу в родильный дом, и в дальнейшем проходят полный медицинский осмотр в соответствии с приказом Минздрава СССР № 555 от 29.09.89 г. Весь персонал взят на диспансерное наблюдение для своевременного выявления и лечения хронических воспалительных заболеваний носоглотки, кожи, выявления и лечения кариеса. Обследование персонала специалистами (терапевт, хирург, невропатолог, окулист, отоларинголог, стоматолог) проводят один раз в год, осмотры дерматовенерологом ежеквартально. Медицинский персонал два раза в год сдает анализ крови на ВИЧ, ежеквартально - на RW; дважды в год - на наличие золотистого стафилококка.

Медицинский персонал с воспалительными или гнойничковыми заболеваниями, недомоганием, лихорадкой не допускают к работе.

Ежедневно перед работой персонал надевает чистую специальную одежду и обувь. Персонал обеспечен индивидуальными шкафчиками для хранения одежды и обуви.

В родильном зале, в операционных медперсонал работает в масках, а в отделении новорожденных - только при инвазивных манипуляциях. Ношение масок обязательно при эпидемическом неблагополучии в родильном доме.

ПРИЕМНО-ПРОПУСКНОЙ БЛОК.

Приемно-пропускной блок родильного дома включает в себя приемную (вестибюль), фильтр и смотровые комнаты. Смотровые комнаты существуют раздельно для физиологического и обсервационного отделений. Каждая смотровая имеет помещение для обработки поступающих женщин, туалет, душевую, установку для мытья суден. Если в родильном доме функционирует гинекологическое отделение, то оно должно иметь отдельный приемно-пропускной блок.

Правила содержания приемно-смотровых помещений: два раза в сутки влажная уборка с применением моющих средств, один раз в сутки уборка с применением дезинфицирующих средств. После влажной уборки включают бактерицидные лампы на 30-60 минут. Существуют инструкции по правилам обработки инструментов, перевязочного материала, аппаратуры, мебели, стен.

Беременная или роженица, поступая в приемную, снимает верхнюю одежду и проходит в фильтр. В фильтре врач решает, подлежит ли данная женщина госпитализации в роддом и в какое отделение (палаты патологии, 1 или 2 акушерские отделения). Для решения этого вопроса врач собирает анамнез для выяснения эпидемической обстановки на работе и до-

ма. Затем проводит осмотр кожи и зева (гнойно-септические заболевания), слушает сердцебиение плода, выясняет время излития околоплодных вод. Одновременно акушерка измеряет у пациентки температуру тела и АД.

В физиологическое отделение направляют беременных или рожениц без признаков инфекционных заболеваний и не имеющих контакта с инфекцией. Всех беременных или рожениц, представляющих угрозу инфицирования для здоровья женщин госпитализируют либо во 2 акушерское отделение, либо переводят в специализированные стационары (лихорадка, признаки инфекционного заболевания, кожные заболевания, мертвый плод, безводный промежуток свыше12 часов и др.).

После решения вопроса о госпитализации акушерка переводит женщину в соответствующую смотровую, фиксируя необходимые данные в "Журнале учета беременных, рожениц и родильниц" и заполняя паспортную часть истории родов.

Затем врач и акушерка проводят общее и специальное акушерское обследование: взвешивание, измерение роста, размеров таза, окружности живота, высоты стояния дна матки, определяют положение плода в матке, выслушивают сердцебиение плода, определяют группу крови, резус-принадлежность, проводят исследование мочи на наличие белка (проба с кипячением или с сульфосалициловой кислотой). При наличии показаний анализы крови и мочи выполняют в клинической лаборатории. Дежурный врач знакомится с "Индивидуальной картой беременной и родильницы", собирает подробный анамнез, определяет сроки родов, предполагаемую массу плода и заносит данные опроса и осмотра в соответствующие графы истории родов.

После обследования проводят санитарную обработку, объем которой зависит от общего состояния поступающей или от периода родов (бритье подмышечных впадин и наружных половых органов, стрижка ногтей, очистительная клизма, душ). Беременная (роженица) получает индивидуальный пакет со стерильным бельем (полотенце, рубашка, халат), чистую обувь и идет в палату патологии или в предродовую палату.

Из смотровой 2 отделения - только во 2 отделение. Женщинам, поступающим в роддом, разрешают использовать собственную нематерчатую обувь, предметы личной гигиены.

Перед осмотром и после осмотра здоровых женщин врач и акушерка моют руки туалетным мылом. При наличии инфекции или при осмотре во 2 отделении руки обеззараживают дезинфицирующими растворами.

После приема каждой женщины проводят обработку дезинфицирующими растворами инструментов, судна, кушетки, душевой, туалета.

ПЕРВОЕ (ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ) АКУШЕРСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ.
Первое (физиологическое) акушерское отделение включает в себя, кроме приемно-пропускного блока, родовой блок, послеродовые палаты, отделение новорожденных, выписную комнату.
РОДОВОЙ БЛОК.
Родовой блок включает в себя предродовые палаты (палату), палату интенсивной терапии, родовые палаты (залы), комнату для новорожденных, операционный блок (большая и малая операционная, предоперационная, комната для хранения крови, переносной аппаратуры), кабинеты и комнаты для медперсонала, санузлы и т.п.
Предродовые и родовые палаты могут быть представлены отдельными боксами, которые при необходимости можно использовать в качестве малой операционной или даже боль-

шой операционной при наличии в них определенного оборудования. Если же они представлены отдельными структурами, то должны быть в двойном наборе, чтобы чередовать их работу с тщательной санитарной обработкой. (работа не более трех суток подряд).

В предродовой необходима централизованная подводка кислорода и закиси азота и соответствующая аппаратура для обезболивания родов, кардиомониторы, аппараты для УЗИ.

В предродовой соблюдают определенный санитарно-эпидемический режим:

температура в помещении +18 С - +20 С, влажная уборка 2 раза в сутки с использованием моющих средств и 1 раз в сутки - с дезинфицирующими растворами, проветривание помещения, включение бактерицидных ламп на 30-60 минут.

Каждая роженица имеет индивидуальную кровать и судно. Кровать, судно и скамейка для судна имеют один и тот же номер. Кровать накрывают только при поступлении роженицы в предродовую палату. После перевода на роды белье с кровати снимают и помещают в бак с полиэтиленовым мешком и крышкой, кровать дезинфицируют. Судно после каждого использования промывают проточной водой, а после перевода роженицы в родильный зал его дезинфицируют.

В предродовой палате у роженицы берут кровь из вены для определения времени свертывания и резус-фактора. Врач и акушерка ведут постоянное наблюдение за роженицей, течением I периода родов. Каждые 2 часа врач производит запись в истории родов, в которой отражает общее состояние роженицы, пульс, АД, характер схваток, состояние матки, сердцебиение плода (в I периоде его выслушивают каждые 15 минут, во II периоде - после каждой схватки, потуги), отношение предлежащей части ко входу в малый таз, сведения об околоплодных водах.

В родах проводят медикаментозное обезболивание с помощью спазмоаналгетиков, транквилизаторов, ганглиоблокаторов, нейролептиков, наркотических средств и др. Обезболивание родов проводит врач анестезиологреаниматолог или опытная сестра-анестезист.

Влагалищное исследование обязательно производят дважды: при поступлении в родильный дом и после излития околоплодных вод, а дальше - по показаниям. В истории родов обязательно указывают эти показания. Влагалищное исследование проводят с соблюдением всех правил асептики и антисептики с взятием мазков на флору. В предродовой роженица проводит весь I период родов. При наличии условий разрешено присутствие мужа.

Палата интенсивной терапии предназначена для беременных, рожениц и родильниц с тяжелыми формами гестоза и экстрагенитальными заболеваниями. Палата должна быть оснащена необходимыми инструментами, медикаментами и аппаратурой для оказания неотложной помощи.

В начале II периода родов роженицу переводят в родильный зал после обработки наружных половых органов дезинфицирующим раствором. В родильном зале роженица надевает стерильную рубашку и бахилы.

Родильные залы должны быть светлыми, просторными, оснащены аппаратурой для дачи наркоза, необходимыми медикаментами и растворами, инструментами и перевязочным материалом для приема родов, туалета и реанимации новорожденных.

Температура помещений должна быть +20С -+22С.

На родах обязательно присутствие врача-акушера и неонатолога. Нормальные роды принимает акушерка, патологические роды и роды в тазовом предлежании принимает врач-акушер. Прием родов осуществляют поочередно на разных кроватях.

Перед приемом родов акушерка моет руки как для хирургической операции, надевает стерильный халат, маску, перчатки, используя для этого индивидуальный пакет для приема родов. Новорожденных принимают в стерильный, согретый, покрытый стерильной пленкой лоток. Перед вторичной обработкой пуповины акушерка повторно обрабатывает руки (профилактика гнойно-септической инфекции).

Динамику родов и исход родов фиксируют в истории родов и в "Журнале записи родов в стационаре", а оперативные вмешательства - в "Журнале записи об оперативных вмешательствах в стационаре".

После родов все лотки, баллоны для отсасывания слизи, катетеры и др.

предметы моют горячей водой с мылом и подвергают обеззараживанию. Одноразовые инструменты, предметы и т. п. выбрасывают в специальные баки с полиэтиленовыми мешками и крышками. Кровати обрабатывают дезинфицирующими растворами.

Родовые залы функционируют поочередно, но не более 3-х суток, после чего их моют по типу заключительной дезинфекции, обеззараживая все помещение и все объекты в нем. Дату такой уборки фиксируют в журнале у старшей акушерки отделения. При отсутствии родов помещение убирают один раз в сутки с использованием дезинфицирующих средств.

Малые операционные в родовом блоке (2) предназначены для выполнения всех акушерских пособий и оперативных вмешательств, которые не требуют чревосечения (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, акушерские повороты, извлечение плода за тазовый конец, ручное обследование полости матки, ручное отделение последа, зашивание травматических повреждений мягких родовых путей) и осмотра мягких родовых путей после родов. Большая операционная предназначена для чревосечений (большое и малое кесарево сечение, надвлагалищная ампутация или экстирпация матки). Правила санитарно-эпидемического режима такие же.

В родильном блоке родильница и новорожденный после нормальных родов находятся в течение 2-х часов, а затем их переводят в послеродовое отделение для совместного пребывания (отдельные палаты для матери и новорожденного или палаты-боксы для совместного пребывания матери и ребенка).

ПОСЛЕРОДОВОЕ ОТДЕЛЕНИЕ.

Послеродовое отделение включает в себя палаты для родильниц, процедурную, бельевую, санитарные комнаты, туалет, душ, выписную комнату, кабинеты для персонала.

Палаты должны быть просторными, на 4-6 коек. Температура в палатах +18С С. Палаты заполняют циклично в соответствии с палатами для новорожденных в течение 3-х суток и не более, чтобы можно было всех родильниц выписать одновременно на 5 - 6-й день. Если необходимо задержать в родильном доме 1-2 родильниц, то их переводят в "разгрузочные" палаты. Для родильниц, которые из-за осложненного течения родов, экстрагенитальных заболеваний и операций вынуждены оставаться в родильном доме на более продолжительный срок, выделяют отдельную группу палат или отдельный этаж в отделении.

За каждой родильницей закреплена кровать и судно с одним номером. Номер кровати матери соответствует номеру кровати новорожденного в отделении новорожденных. Утром и вечером производят влажную уборку палат, после третьего кормления новорожденных - уборку с использованием дезинфицирующих средств.

После каждой влажной уборки включают бактерицидные лампы на 30 минут. Смену белья проводят перед влажной уборкой помещений. Постельное белье меняют 1 раз в 3 дня, рубашки - ежедневно, подкладные - первые 3 дня через 4 часа, затем - 2 раза в день.

В настоящее время принято активное ведение послеродового периода. После нормальных родов через 6-12 часов родильницам разрешают вставать с постели, самостоятельно совершать туалет, начиная с трех суток, ежедневно принимать душ со сменой белья.

Для проведения занятий ЛФК в послеродовом периоде и для чтения лекций используют радиотрансляцию в палаты. Персонал в послеродовом отделении моет руки с мылом, а при необходимости, обрабатывает дезинфицирующими растворами.

После перевода родильницы во 2 отделение или выписки всех родильниц палаты обрабатывают по типу заключительной дезинфекции.

Важным является режим кормления новорожденных. В настоящее время доказана рациональность эксклюзивного вскармливания, которое возможно лишь при совместном пребывании матери и ребенка в палате. Перед каждым кормлением мать моет руки и молочные железы с детским мылом. В настоящее время обработку сосков с целью предупреждения инфекции не рекомендуют.

При появлении признаков инфекции родильница и новорожденный должны быть немедленно переведены во 2 акушерское отделение.

II АКУШЕРСКОЕ (ОБСЕРВАЦИОННОЕ) ОТДЕЛЕНИЕ.
Второе отделение представляет собой самостоятельный родильный дом в миниатюре, т. е. имеет полный набор всех необходимых помещений и оборудования.
Во 2 отделение госпитализируют беременных, рожениц и родильниц, которые могут быть источником инфекции для окружающих (лихорадка неясной этиологии, ОРВИ, мертвый плод, безводный промежуток свыше 12 часов, родившие вне родильного дома). Также в отделение переводят заболевших беременных из отделения патологии и родильниц из физиологического послеродового отделения при осложненном течении послеродового периода (эндометрит, нагноение швов промежности, швов после кесарева сечения и т. п.). В обсервационном отделении находятся дети, родившиеся в этом отделении, дети, матери которых переведены из первого акушерского отделения, дети, переведенные из родильного блока с врожденным везикулопустулезом, уродствами, "отказные" дети, дети, родившиеся вне родильного дома.

Правила содержания обсервационного отделения. Уборку палат проводят 3 раза в сутки: 1 раз с моющими средствами и 2 раза с дезинфицирующими растворами и последующим бактерицидным облучением, 1 раз в 7 дней проводят дезинфекцию палат. Инструменты дезинфицируют в отделении, затем передают в центральную стерилизационную. При переходе медперсонала в обсервационное отделение - смена халата и обуви (бахилы). Сцеженное молоко для кормления детей не используют.

ОТДЕЛЕНИЕ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННЫХ.

Отделение патологии организуют в родильных домах мощностью более 100 коек. В отделение патологии беременные поступают через смотровую комнату 1 акушерского отделения. При наличии инфекции беременных госпитализируют в родильные отделения при инфекционных больницах. В отделение патологии подлежат госпитализации беременные с экстрагенитальными заболеваниями (сердечнососудистой системы, почек, печени, эндокринной системы и др.) и с акушерской патологией (гестозами, невынашиванием беременности, ФПН, неправильными положениями плода, сужением таза и др.). В отделении работают врачи акушеры, терапевт, окулист. В отделении, обычно, есть кабинет функциональной диагностики, оснащенный кардиомонитором, аппаратом УЗИ, смотровой кабинет, процедурный кабинет, кабинет ФППП к родам. При улучшении состояния здоровья беременных выписывают домой. С началом родовой деятельности рожениц переводят в 1 акушерское отделение. В настоящее время создают отделения патологии санаторного типа.
Для оказания квалифицированной помощи беременным с экстрагенитальными заболеваниями родильные отделения на базах клинических больниц работают по определенному профилю (заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, инфекционные заболевания и др.).

ОТДЕЛЕНИЕ НОВОРОЖДЕННЫХ.
Медицинскую помощь новорожденным начинают оказывать с родильного блока, где в комнате для новорожденных осуществляют не только уход за ними, но и выполняют реанимационные мероприятия. Комната оснащена специальным оборудованием: совместные пеленальные и реанимационные столы, которые являются источниками лучистого тепла и защитой от инфицирования, приспособления для отсасывания слизи из верхних дыхательных путей и аппараты для проведения искусственной вентиляции легких, детский ларингоскоп, набор трубок для интубации, лекарственные препараты, биксы со стерильным материалом, пакеты для вторичной обработки пуповины, стерильные наборы для пеленания детей и др.
Палаты для новорожденных выделяют в физиологическом и обсервационном отделениях. Наряду с палатами для здоровых новорожденных выделяют палаты для недоношенных детей и детей, родившихся в асфиксии, с нарушением мозгового кровообращения, дыхательными нарушениями, после оперативных родов. Для здоровых новорожденных может быть организовано совместное пребывание с матерью в одной палате.

В отделении выделена молочная комната, комнаты для хранения БЦЖ, чистого белья, матрацев, инвентаря.

В отделении соблюдают такую же цикличность заполнения палат, параллельно с материнскими палатами. Если мать и ребенка задерживают в родильном доме, то новорожденных помещают в "разгрузочные" палаты.

Палаты для новорожденных должны быть обеспечены централизованной подачей кислорода, бактерицидными лампами, теплой водой. Температура в палатах не должна быть ниже +20С - +24С. Оснащены палаты необходимыми лекарственными средствами, перевязочным материалом, инструментами, кувезами, пеленальными и реанимационными столами, аппаратурой для инвазивной терапии, аппаратом УЗИ.

В детском отделении строжайшее соблюдение правил санитарноэпидемического режима: мытье рук, одноразовые перчатки, обработка инструментов, мебели, помещений. Использование масок персоналом показано только при инвазивных манипуляциях и при неблагоприятной эпидемиологической обстановке в родильном доме.

В течение всего пребывания в родильном доме для новорожденных используют только стерильное белье.

В палатах 3 раза в сутки проводят влажную уборку: 1 раз в сутки с дезинфицирующим раствором и 2 раза с моющими средствами. После уборки включают на 30 минут бактерицидные лампы и проветривают помещение.

Проветривание и облучение палат открытыми бактерицидными лампами осуществляют только во время отсутствия детей в палатах.

Использованные пеленки собирают в баки с полиэтиленовыми мешками и крышками. Баллончики, катетеры, клизмы, газоотводные трубки после каждого использования собирают в отдельные емкости и подвергают дезинфекции.

Используемые инструменты подлежат стерилизации. Неиспользованный перевязочный материал подлежит повторной стерилизации. После выписки все постельные принадлежности, детские кроватки и палаты подвергают дезинфекции.

В отделении проводят тотальный скрининг на фенилкетонурию и гипотиреоз.

На 4-7 день здоровым новорожденным проводят первичную противотуберкулезную вакцинацию.

При не осложненном течении послеродового периода у матери новорожденный может быть выписан домой при отпавшем остатке пуповины, положительной динамике массы тела.

Больных и недоношенных новорожденных переводят в неонатальные центры, детские стационары на 2 этап выживания.

Выписная комната находится вне детского отделения и должна иметь выход непосредственно в холл акушерского стационара. После выписки всех детей в выписной комнате проводят дезинфекцию.

Контрольные вопросы

1. Структура акушерского стационара.

2. Правила приема в роддом.

3. Распорядок дня в послеродовом отделении.

4. Правила приема во 2 отделение.

5. Правила приема в 1 отделение.

6. Работа комнаты-фильтра.

7.Оснащение смотрового кабинета.

8. Правила допуска к работе персонала роддома.

9. Структура и оснащение родильного блока.

10. Документация акушерского стационара.

11. Организация работы отделения новорожденных.

12. Оснащение родильного зала.

13. Особенности санитарно-эпидемиологического режима в послеродовом отделении.

14. Показатели работы акушерского стационара (материнская и перинатальная заболеваемость и смертность).

15. Эксклюзивное вскармливание.

Тема № 3

РОДОВЫЕ ПУТИ (ЖЕНСКИЙ ТАЗ, МЫШЦЫ И ФАСЦИИ ТАЗОВОГО ДНА). ПЛОД С АКУШЕРСКОЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ. АКУШЕРСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ. ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ.
Продолжительность занятия - 180 минут.
Цель занятия: изучить два компонента родового акта: родовые пути (анатомию женского таза и мягких родовых путей); плод, как объект родов; изучить основные акушерские термины, методы диагностики беременности.

Ординатор должен знать: строение костного таза, плоскости малого таза, их границы и размеры, диагональную, анатомическую и истинную конъюгаты, проводную ось и угол наклонения таза, мышцы и фасции тазового дна, строение черепа доношенного плода, швы, роднички и размеры головки, плечевого и тазового пояса плода, основные акушерские термины (членорасположение, положение, ось плода, предлежание, позиция и вид), признаки беременности (сомнительные, вероятные, достоверные), методы диагностики беременности, гормональные пробы.

Ординатор должен уметь: показать на муляже женского таза границы плоскостей малого таза, опознавательные точки анатомической и истинной конъюгаты, четыре способа определения с vera, показать швы и роднички на головке доношенного плода (кукла), размеры головки доношенного плода, признаки доношенности, на фантоме придать кукле определенное положение, позицию, вид, предлежание, определить срок беременности различными методами.

Место занятия: учебная комната, родильный зал.

Оснащение: препараты костного таза, муляжи, таблицы (наружные половые органы, плоскости малого таза, мышцы тазового дна, проводная ось таза), куклаголовка доношенного плода, пельвиограммы, УЗ-аппарат, фантом, таблицы (признаки беременности Горвиц-Гегара, Пискачека, Гентера; высота стояния дна матки и выделение ХГ с мочой в различные сроки беременности), календарь беременности.

План организации занятия:

Организационные вопросы, обоснование темы - 5 минут.

Контроль исходного уровня знаний студентов по теме занятия - 40 минут.

В учебной комнате изучают на муляжах, куклах и таблицах строение костного таза, его плоскости, размеры, строение костного черепа доношенного плода, швы, роднички, размеры головки, основные акушерские термины (членорасположение, положение, ось, предлежание, позиция и вид позиции плода), признаки беременности и методы диагностики беременности.

Присутствие на родах. - 130 минут.

Итоги занятия, домашнее задание- 5 минут.

Содержание занятия Большое значение в акушерстве имеет костный таз, составляющий прочную основу родовых путей. Тазовое дно, растягиваясь, включается в родовой канал и способствует рождению плода.

ЖЕНСКИЙ ТАЗ (КОСТНЫЙ ТАЗ)
Костный таз представляет собой прочное вместилище для внутренних половых органов женщины, прямой кишки, мочевого пузыря и окружающих их тканей. Таз женщины образует родовой канал, по которому продвигается рождающийся плод.
Развитие и строение таза имеет большое значение в акушерстве.

Таз новорожденной девочки резко отличается от таза взрослой женщины не только по величине, но и по форме. Крестец прямой и узкий, располагается отвесно, мыс почти отсутствует, область его располагается выше плоскости входа в таз. Вход в малый таз имеет овальную форму. Крылья подвздошных костей стоят круто, таз значительно суживается к выходу.

По мере развития организма происходит изменение объема и формы таза.

Развитие таза, как и всего организма в целом, определяется условиями среды и наследственными факторами. На формирование таза в детском возрасте особое влияние оказывают воздействия, связанные с сидением, стоянием, ходьбой. Когда ребенок начинает сидеть, давление туловища передается на таз через позвоночный столб. При стоянии и ходьбе к давлению на таз сверху присоединяется давление со стороны нижних конечностей. Под влиянием давления сверху крестец несколько вдвигается в таз. Происходит постепенное увеличение таза в поперечном направлении и относительное уменьшение переднезадних размеров. Кроме того, крестец под влиянием давления сверху поворачивается вокруг своей горизонтальной оси так, что мыс опускается и начинает выступать во вход в таз. В связи с этим вход в таз постепенно приобретает форму поперечного овала с выемкой в области мыса. При повороте крестца вокруг горизонтальной оси верхушка его должна была бы отойти кзади, но она удерживается натяжением крестцово-остистых и крестцово-бугристых связок. В результате взаимодействия этих сил образуется изгиб крестца (крестцовая впадина), типичный для таза взрослой женщины.

Отличия женского таза от мужского начинают выявляться в период полового созревания и становятся отчетливыми в зрелом возрасте. Кости женского таза более тонкие, гладкие и менее массивные, чем кости мужского таза; женский таз ниже, шире и больше в объеме. Крестец у женщин шире и не так сильно вогнут, как в мужском тазу; крестцовый мыс у женщин выступает вперед меньше, чем у мужчин; симфиз женского таза короче и шире. Вход в малый таз у женщины обширнее, форма входа поперечно-овальная, с выемкой в

области мыса; вход в мужской таз напоминает карточное сердце в связи с более резким выступом мыса.

Полость малого таза у женщин обширнее, по своим очертаниям приближается к цилиндру, изогнутому кпереди; полость мужского таза меньше, она воронкообразно сужается книзу.

Выход женского таза шире потому, что:

а) расстояние между седалищными буграми больше, лонный угол шире (90чем у мужчин (70-75);

б) копчик выдается кпереди меньше, чем в мужском тазу.

Таким образом, женский таз более объемист и широк, но менее глубок, чем мужской таз. Эти особенности имеют значение для процесса родов.

Процесс развития таза может быть нарушен при неблагоприятных условиях внутриутробного развития, связанных с заболеваниями, неправильным питанием и другими нарушениями в организме матери.

К задержке развития таза могут привести тяжелые истощающие заболевания, неблагоприятные условия жизни в детстве и в периоде полового созревания.

В подобных случаях черты, свойственные детскому и юношескому тазу, могут сохраняться до периода половой зрелости женщины.

КОСТИ ТАЗА.

Таз состоит из четырех костей: двух тазовых (или безымянных), крестца и копчика.

Тазовая (безымянная) кость (os coxae, os innominatum) до 16-18 лет состоит из трех костей, соединенных хрящами: подвздошной, лонной и седалищной. После окостенения хрящей указанные кости срастаются между собой, образуя безымянную кость.

Подвздошная кость (os ilium) состоит из двух частей: тела и крыла. Тело составляет короткую, утолщенную часть подвздошной кости, оно участвует в образовании вертлужной впадины. Крыло подвздошной кости представляет собой довольно широкую пластинку с вогнутой внутренней и выпуклой наружной поверхностью. Наиболее утолщенный свободный верхний край крыла образует гребень подвздошной кости (crista iliaca). Спереди гребень начинается выступом (передневерхняя ость - spina iliaca anterior superior), ниже располагается второй выступ (пердненижняя ость – spina iliaca anterior inferior). Под передненижней осью, на месте соединения с лонной костью, имеется третье возвышение – подвздошно-лонный бугорок. Между передневерхней и передненижней подвздошной остью находится малая подвздошная вырезка, между передненижней остью и подвздошно-лонным бугорком – большая подвздошная вырезка.

Гребень подвздошной кости сзади заканчивается задневерхней подвздошной остью (spina iliaca posterior superior), ниже которой располагается второй выступ – задненижняя подвздошная ость (spina iliaca posterior inferior). Под задненижней остью находится большая седалищная вырезка (incisura ischiadica major).

На внутренней поверхности подвздошной кости, в области перехода крыла в тело, располагается гребневидный выступ, который образует дугообразную пограничную, или безымянную, линию (linea terminalis, s innominata). Эта линия идет от крестца поперек всей подвздошной кости, спереди переходит на верхний край лонной кости.

Седалищная кость (os ischii) имеет тело, участвующее в образовании вертлужной впадины, и две ветви: верхнюю и нижнюю. Верхняя ветвь идет от тела книзу и заканчивается седалищным бугром (tuber ischiadicum). На задней поверхности нижней ветви имеется выступ – седалищная ость (spina ischiadica). Нижняя ветвь направляется кпереди и кверху и соединяется с нижней ветвью лонной кости.

Лонная кость, или лобковая (os pubis), образует переднюю стенку таза. Лонная кость состоит из тела и двух ветвей: верхней (горизонтальной) и нижней (нисходящей). Короткое тело лонной кости составляет часть вертлужной впадины, нижняя ветвь соединяется с соответствующей ветвью седалищной кости.

На верхнем крае верхней (горизонтальной) ветви лонной кости проходит острый гребень, который спереди заканчивается лонным бугорком (tuberculm pubicum) Верхние и нижние ветви обеих лонных костей спереди соединяются друг с другом посредством малоподвижного лонного сочленения (соединения) – симфиза (symphisis). Обе лонные кости соединяются в симфизе промежуточным хрящом, в котором нередко бывает маленькая щелевидная полость, заполненная жидкостью; при беременности эта щель увеличивается. Нижние ветви лонных костей образуют под симфизом угол, который называется лонной дугой.

Соединяющиеся ветви лонной и седалищной костей ограничивают, довольно обширное, запирательное отверстие (foramen obturatorium).

Крестец (os sacrum) состоит из пяти сросшихся позвонков. Величина крестцовых позвонков уменьшается по направлению книзу, поэтому крестец имеет форму усеченного конуса. Широкая часть его – основание крестца – обращена вверх, узкая часть – верхушка крестца – вниз. Задняя поверхность крестца выпуклая, передняя –вогнутая, она образует крестцовую впадину. На передней поверхности крестца (на впадине) заметны четыре поперечные шероховатые линии, соответствующие окостеневшим хрящевым соединениям крестцовых позвонков.

Основание крестца (поверхность I крестцового позвонка) сочленяется с V поясничным позвонком; на середине передней поверхности основания крестца образуется выступ – крестцовый мыс (promontorium). Между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня удается прощупать впадину (надкрестцовую ямку), которой пользуются при измерении таза.

Копчик (os coccygis) состоит из 4-5 сросшихся позвонков, представляет собой небольшую кость, суживающиеся книзу.

Кости таза соединены посредством симфиза, крестцово-подвздошных и крестцово-копчикового сочленений. В сочленениях таза располагаются хрящевые прослойки. Сочленения таза укреплены прочными связками.

Симфиз является малоподвижным сочленением, полусуставом. Различают два отдела таза: верхний – большой таз - и нижний – малый таз. Границами между большим и малым тазом являются: спереди – верхний край симфиза и лонных костей, с боков – безымянные

линии, сзади – крестцовый мыс. Плоскость, лежащая между большим и малым тазом, является плоскостью входа в малый таз, эта плоскость имеет важнейшее значение в акушерстве.

БОЛЬШОЙ ТАЗ.

Большой таз значительно шире малого, он ограничен с боков крыльями подвздошных костей, сзади – последними поясничными позвонками, спереди – нижним отделом брюшной стенки.

Объем большого таза может меняться в соответствии с сокращением или расслаблением мышц живота.

Большой таз доступен для исследования, его размеры определяют и довольно точно. По размерам большого таза судят о размерах малого таза, который непосредственному измерению недоступен. Между тем определение размеров малого таза имеет важное значение, так как через неподатливый костный канал малого таза проходит рождающийся плод.

МАЛЫЙ ТАЗ

Плоскости и размеры малого таза. Малый таз представляет собой костную часть родового канала. Задняя стенка малого таза состоит из крестца и копчика, боковые образованы седалищными костями, передняя – лонными костями и симфизом.

Задняя стенка малого таза в 3 раза длиннее передней. Верхний отдел малого таза представляет собой сплошное неподатливое костное кольцо. В нижнем отделе стенки малого таза не сплошные; в них имеются запирательные отверстия и седалищные вырезки, ограниченные двумя парами связок (крестцово-остистые и крестцовобугристые).

В малом тазу существуют следующие отделы: вход, полость и выход. В полости таза различают широкую и узкую часть. В соответствии с этим рассматривают четыре плоскости малого таза: I – плоскость входа в таз, II – плоскость широкой части полости малого таза, III – плоскость узкой части полости таза, IV – плоскость выхода таза.

I. Плоскость входа в малый таз имеет следующие границы: спереди – верхний край симфиза и верхневнутренний край лонных костей, с боков – безымянные линии, сзади – крестцовый мыс. Плоскость входа имеет форму почки или поперечно расположенного овала с выемкой, соответствующей крестцовому мысу.

Во входе в таз различают три размера: прямой, поперечный и два косых.

1. Прямой размер – расстояние от крестцового мыса до наиболее выдающегося пункта на внутренней поверхности лонного сочленения. Этот размер называется акушерской, или истинной, конъюгатой (conjugata vera). Различают еще анатомическую конъюгату – расстояние от мыса до середины верхнего внутреннего края симфиза; анатомическая конъюгата немного (на 0,3-0,5 см) больше акушерской конъюгаты. Акушерская, или истинная конъюгата равна 11 см.

2. Поперечный размер – расстояние между наиболее отдаленными пунктами безымянных линий. Размер этот равен 13-13,5 см.

3. Косых размеров два: правый и левый, которые равны 12-12,5 см.

Правый косой размер – расстояние от правого крестцово-подвздошного сочленения к левому подвздошно-лонному бугорку, левый косой размер - от левого крестцово-подвздошного сочленения к правому подвздошно-лонному бугорку. Для того, чтобы легче ориентироваться в направлении косых размеров таза у роженицы, М.С. Малиновский и М.Г. Кушнир предлагают следующий прием. Кисти обеих рук складывают под прямым углом, причем ладони обращены кверху; концы пальцев приближают к выходу таза лежащей женщины. Плоскость левой руки будет совпадать с левым косым размером таза, плоскость правой – с правым.

II. Плоскость широкой части полости малого таза имеет следующие границы:

спереди – середина внутренней поверхности симфиза, по бокам – середина вертлужных впадин, сзади – место соединения II и III крестцовых позвонков.

В широкой части полости таза различают два размера: прямой и поперечный.

1. Прямой размер – от соединения II и III крестцовых позвонков до середины внутренней поверхности симфиза; равен 12,5 см.

2. Поперечный размер – между верхушками вертлужных впадин; равен 12,5 см.

Косых размеров в широкой части полости таза нет потому, что в этом месте таз не образует сплошного костного кольца. Косые размеры в широкой части таза допускают условно (длина 13 см).

III. Плоскость узкой части полости малого таза ограничена спереди нижним краем симфиза, с боков – остями седалищных костей, сзади – крестцово-копчиковым сочленением. Здесь два размера: прямой и поперечный.

1. Прямой размер идет от крестцово-копчикового сочленения до нижнего края симфиза (вершина лонной дуги); равен 11-11,5 см.

2. Поперечный размер соединяет ости седалищный костей; равен 10,5 см.

IV. Плоскость выхода малого таза имеет следующие границы: спереди – нижний край симфиза, с боков – седалищные бугры, сзади – верхушка копчика. Плоскость выхода таза состоит из двух треугольных плоскостей, общим основанием которых является линия, соединяющая седалищные бугры. В выходе таза различают два размера: прямой и поперечный.

1. Прямой размер выхода таза идет от верхушки копчика до нижнего края симфиза; он равен 9,5 см. При прохождении плода через малый таз копчик отходит на 1,5-2 см и прямой размер увеличивается до 11,5 см.

2. Поперечный размер выхода таза соединяет внутренние поверхности седалищных бугров; равен 11 см. Таким образом, во входе в малый таз наибольшим размером является поперечный. В широкой части полости прямой и поперечный размеры равны; наибольшим размером будет условно принятый косой размер. В узкой части полости и выходе таза прямые размеры больше поперечных.

Кроме указанных выше (классических) полостей таза различают параллельные плоскости таза.

Первая (верхняя) плоскость проходит через терминальную линию (I.

terminalis innominata) и называется поэтому терминальной плоскостью.

Вторая – главная плоскость, проходит параллельно первой на уровне нижнего края симфиза. Она называется главной потому, что головка, пройдя эту плоскость, не встречает значительных препятствий, так как она миновала сплошное костное кольцо.

Третья – спинальная плоскость, параллельна первой и второй, пересекает таз в области spina oss. ischii.

Четвертая – плоскость выхода, представляет собой дно малого таза (его диафрагму) и почти совпадает с направлением копчика.

Проводная ось (линия) таза. Все плоскости (классические) малого таза спереди граничат с тем или иным пунктом симфиза, а сзади – с разными точками крестца или копчика. Симфиз значительно короче, чем крестец с копчиком, поэтому плоскости таза сходятся по направлению кпереди и веерообразно расходятся кзади.

Если соединить середину прямых размеров всех плоскостей таза, то получится не прямая, а вогнутая кпереди (к симфизу) линия. Эту условную линию, соединяющую центры всех прямых размеров таза, называют проводной осью таза Проводная ось таза вначале прямая, она изгибается в полости таза соответственно вогнутости внутренней поверхности крестца.

По направлению проводной оси таза проходит через родовой канал рождающийся плод.

Угол наклонения таза (пересечение плоскости его входа с плоскостью горизонта) при положении женщины стоя может быть различным в зависимости от телосложения и колеблется в пределах 45-55. Он может быть уменьшен, если заставить женщину, лежащую на спине, сильно притянуть к животу бедра, что приводит к приподниманию лона. Его можно увеличить, если подложить под поясницу валикообразную жесткую подушку, что приведет к отклонению лона вниз.

Уменьшение угла наклонения таза также достигают, если придать женщине полусидячее положение, на корточках.

ТАЗОВОЕ ДНО.

Выход таза закрыт снизу мощным мышечно-фасциальным пластом, который называют тазовым дном. Часть тазового дна, располагающаяся между задней спайкой половых губ и заднепроходным отверстием, называют акушерской или передней, промежностью (задняя промежность – часть тазового дна, располагающаяся между заднепроходным отверстием и копчиком).

Тазовое дно состоит из трех слоев мышц, одетых фасциями.

I. Нижний (наружный) слой состоит из мышц, сходящихся в сухожильном центре промежности; форма расположения этих мышц напоминает восьмерку, подвешенную к костям таза.

1. Луковично-пещеристая мышца (m. bulbo-cavernosus) обхватывает вход во влагалище, прикрепляется к сухожильному центру и клитору; при сокращении эта мышца сжимает влагалищный вход.

2. Седалищно-пещеристая мышца (m. ischio-cavernosis) начинается от нижней ветви седалищной кости и прикрепляется к клитору.

3. Поверхностная поперечная мышца промежности (m. transversus perinei superficialis) начинается от сухожильного центра, идет вправо и влево, прикрепляется к седалищным буграм.

4. Наружный жом заднего прохода (m. sphincter ani externus) – мышца, окружающая конец прямой кишки. Глубокие пучки мышц наружного жома заднего прохода начинаются верхушки копчика, обхватывают заднепроходное отверстие и оканчиваются в сухожильном центре промежности.

II. Средний слой мышц таза – мочеполовая диафрагма (diaphragma urogenitale) занимает переднюю половину выхода таза. Мочеполовая диафрагма представляет собой треугольную мышечно-фасциальную пластинку, расположенную под симфизом, в лонной дуге. Через эту пластинку проходят мочеиспускательный канал и влагалище.

В переднем отделе мочеполовой диафрагмы мышечные пучки окружают мочеиспускательный канал и образуют его наружный сфинктер; в заднем отделе заложены мышечные пучки, идущие в поперечном направлении к седалищным буграм. Эта часть мочеполовой диафрагмы называют глубокой поперечной мышцей промежности. (m. transversus perinei profundus).

III. Верхний (внутренний) слой мышц промежности называется диафрагмой таза (diaphragma pelvis). Диафрагма таза состоит из парной мышцы, поднимающей задний проход (m. levator ani). Обе широкие мышцы, поднимающие задний проход, образуют купол, верхушка которого обращена вниз и прикрепляется к нижнему отделу прямой кишки (немного выше заднепроходного отверстия). Широкое основание купола обращено вверх и прикрепляется к внутренней поверхности стенок таза. В переднем отделе диафрагмы таза, между пучками мышц, поднимающих задний проход, имеется продольно расположенная щель, через которую выходят из таза мочеиспускательный канал и влагалище (hiatus genitalis). Мышцы, поднимающие задний проход, состоят из отдельных мышечных пучков, начинающихся от различных отделов стенок таза; этот слой мышц таза является самым мощным. Все мышцы тазового дна покрыты фасциями.

В родах промежность нередко травмируют, при этом повреждается именно внутренний слой тазового дна.

Мышцы и фасцы тазового дна выполняют следующие важнейшие функции:

1. Тазовое дно является опорой для внутренних половых органов, способствует сохранению их нормального положения. Особое значение имеют мышцы, поднимающие задний проход. При сокращении этих мышц происходит замыкание половой щели, сужение просвета прямой кишки и влагалища.

Повреждение мышц тазового дна ведет к опущению и выпадению половых

2. Тазовое дно представляет собой опору не только для половых органов, но и для внутренностей. Мышцы тазового дна участвуют в регуляции внутрибрюшного давления совместно с грудобрюшной преградой и мускулатурой брюшной стенки.

3. Во время родов при изгнании плода все три слоя мышц тазового дна растягиваются и образуют широкую трубку, являющуюся продолжением костного родового канала. После рождения плода мышцы тазового дна вновь сокращаются и принимают прежнее положение.

ГОЛОВКА ЗРЕЛОГО ПЛОДА.

Изучение формы и размеров головки плода имеет особое значение в акушерстве. В подавляющем большинстве родов (96%) головка первой проходит родовой канал, совершая ряд последовательных движений (поворотов).

Головка ввиду ее плотности и величины испытывает наибольшие затруднения при прохождении через родовые пути. После рождения головки родовые пути, обычно, достаточно подготовлены для продвижения туловища и конечностей плода.

Изучение головки имеет значение для диагностики и прогноза родов: по расположению швов и родничков судят о механизме родов и их течении.

Головка зрелого плода обладает рядом особенностей. Лицевые кости плода соединены прочно. Кости черепной части головки соединены фиброзными перепонками, которые определяют известную их подвижность и смещаемость по отношению друг к другу. Эти фиброзные перепонки называют швами. Небольшие пространства в местах пересечения швов называют родничками. Кости в области родничков также соединены фиброзной перепонкой. Когда головка проходит через родовые пути, швы и роднички позволяют костям черепа заходить друг за друга.

Кости черепа плода легко гнутся. Указанные особенности строения костей придают головке плода пластичность, т.е. способность изменять форму, что чрезвычайно важно для прохождения ее через родовые пути.

Череп плода состоит из двух лобных, двух теменных, двух височных и одной затылочной, основной и решетчатой костей.

В акушерстве особое значение имеют следующие швы:

Стреловидный шов (sutura sagitalis) проходит между теменными костями.

Спереди шов переходит в большой родничок, сзади – в малый.

Лобный шов (sutura frontalis) находится между лобными костями; имеет такое же направление, как и стреловидный шов.

Венечный шов (sutura caronalis) соединяет лобные кости с теменными, проходит перпендикулярно к стреловидному и лобному швам.

Ламбдовидный (затылочный) шов (sutura lambdoidea) соединяет затылочную кость с теменными.

В области соединения швов располагаются роднички (пространства, свободные от костной ткани). Практическое значение имеет большой и малый роднички.

Большой (передний) родничок (fonticulus magnus s. anterior) находится на месте соединения стреловидного, лобного и венечного швов, имеет ромбовидную форму. От большого родничка отходят четыре шва: кпереди лобный, кзади стреловидный, вправо и влево соответствующие отделы венечного шва.

Малый (задний) родничок (fonticulus parvus, s posterior) представляет собой небольшое углубление, в котором сходятся стреловидный и ламбдовидный швы.

Малый родничок имеет треугольную форму; от малого родничка отходят три шва:

кпереди стреловидный, вправо и влево соответствующие отделы ламбдовидного шва.

Второстепенных родничков четыре: по два на правой и левой стороне черепа.

Крыловидный родничок (pterion) расположен на месте соединения теменной, основной, лобной и височной костей. Звездчатый родничок (asterion) находится на месте соединения теменной, височной и затылочной костей. Эти роднички особого диагностического значения не имеют.

Важно знать следующие бугры на головке плода: затылочный, два теменных, два лобных.

Размеры головки зрелого плода следующие:

1. Прямой размер (diameter fronto-occipitalis) – от надпереносья (glabella) до затылочного бугра – равен 12 см. Окружность головки по прямому размеру (circumferentia fronto-occipitalis) – 34 см.

2. Большой косой размер (diameter mento-occipitalis) – от подбородка до затылочного бугра – равен 13-13,5 см. Окружность головки по этому размеру (circumferentia mento-occipitalis) – 38-42 см.

3. Малый косой размер (diameter suboccipito-bregmaticus) – от подзатылочной ямки до первого угла большого родничка – равен 9,5 см. Окружность головки, соответствующая данному размеру (circumferentia suboccipitobregmatica), 32 см.

4. Средний косой размер (diameter suboccipitio-frontalis) – от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба – равен 10 см. Окружность головки по этому размеру (circumferentia suboccipito-frontalis) - 33 см.

5. Отвесный или вертикальный размер (diameter verticalis, s. trashelobregmaticus) – от верхушки темени (макушки) до подъязычной области – равен 9,5-10 см. Окружность головки, соответствующая этому размеру (cipcumferentia trashelo-bregmatica), 32 см.

6. Большой поперечный размер (diameter biparietalis) - наибольшее расстояние между теменными буграми 9,25-9,5 см.

7. Малый поперечный размер (diameter bitemporalis) – расстояние между наиболее отдаленными точками венечного шва – 8 см.

Размеры туловища следующие:

1. Размер плечиков – поперечник плечевого пояса (diameter biacromialis) – равен 12 см. Окружность плечевого пояса 35 см.

2. Поперечный размер ягодиц (diameter bisiliacalis) равен 9-9,5 см.

Окружность 28 см.

ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ.

Диагноз беременности является несомненным, если при обследовании определяют части плода, сердцебиение и шевеление плода, при ультразвуковом исследовании - плодное яйцо. Эти достоверные признаки беременности появляются не в начале ее, а в более поздние сроки (V-VI месяц). 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.

1. 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.

2. Изменение обонятельных ощущений (отвращение к духам, табачному дыму и др.)

3. Изменения со стороны нервной системы: раздражительность, сонливость, неустойчивость настроения и др.

4. 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.

1. Прекращение менструации.

2. Появление молозива из открывающихся на соске молочных ходов при надавливании на молочные железы.

3. Синюшность (цианоз) слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

4. Изменение величины, формы и консистенции матки.

5. Лабораторные исследования (определение хорионического гормона в моче и крови).

Выявление вероятных признаков беременности производят путем: а) опроса; б) ощупывания молочных желез и выдавливания молозива; в) осмотра наружных половых органов и входа во влагалище; г) исследования при помощи зеркал; д) 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 мо-

лочных желез и появлением в них молозива, с возникновением цианоза влагалища и особенно влагалищной части шейки матки, с изменением величины и консистенции матки.

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 7недель, 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 изменяемость 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) хориогонадотропина (ХГ) – гормона, секретируемого хорионом.

Хориогонадотропин (ХГ) по своей химической природе близок к лютропину гипофиза (ЛГ), является гликопротеидом с относительной молекулярной массой

37900. Гормон состоит из двух пептидных цепей (a и b - субъединицы), одна из которых (a) одинакова для всех гликопротеидов – ХГ, лютропина (ЛГ), фоллитропина (ФСГ) и тиротропина (ТТГ), а другая - b - специфична для каждого из них.

-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 -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 -ХГ в моче позволяют диагностировать беременность через 1-2 недели после нидации плодного яйца.

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

Другие методы исследования.

Исследование базальной температуры основано на воздействии прогестерона на центр терморегуляции, расположенный в гипоталамусе (гипертермический эффект).

Первые 3 месяца беременности базальная температура, измеряемая утром натощак в постели одним и тем же термометром, - выше 37С.

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.

Достоверные признаки.

Определение частей плода при пальпации живота женщины (приемы Леопольда).

Определение движений плода во время пальпации: ощущение движения плода при пальпации или УЗИ.

Выслушивание сердечных тонов плода. Диагноз беременности подтверждается при выслушивании сердечных тонов плода, частота которых 120/140 в мин.

Сердечные сокращения можно определять с 5-7 недель с помощью инструментальных методов исследования: ЭКГ, фонокардиографии, кардиотахографии, УЗИ, а с 17-19 недель – аускультации.

Диагностика маточной беременности с помощью УЗИ возможна уже с 4-5 недель. 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 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.
Определение срока беременности производят на основании анамнестических данных (задержка менструации, дата первого шевеления плода) и по данным объективного обследования (величина матки, размеры плода).
При определении срока беременности по дате последней менструации возможны ошибки до двух недель. Беременность может наступить только после овуляции, которая при 28-дневном цикле происходит между 12-16 днями, поэтому срок беременности следует отсчитывать по календарю спустя две недели после первого дня последней менструации.

Определение срока беременности по дате первого шевеления плода возможно во второй ее половине. Первородящие женщины ощущают шевеление плода начиная с 20 недель, а повторнородящие – с 18 недель беременности.

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.
В конце I акушерского месяца (4 недели) величина матки достигает приблизительно размера куриного яйца.
В этот срок определение беременности почти невозможно.

В конце II акушерского месяца беременности (8 недель) величина матки приблизительно соответствует размерам гусиного яйца.

В конце III акушерского месяца беременности размер матки достигает величины головки новорожденного, ее асимметрия исчезает, матка заполняет верхнюю часть полости таза, дно ее доходит до верхнего края лонной дуги.

С IV акушерского месяца беременности, дно матки пальпируют через брюшную стенку и о сроке судят по высоте стояния дна матки над лоном. При этом следует помнить, что на высоту стояния дна матки могут влиять размер плода, избыточное количество околоплодных вод, двойня, неправильное положение плода и другие особенности течения беременности. Поэтому высоту стояния дна матки при определении срока беременности учитывают в совокупности с другими признаками (последняя менструация, первое шевеление и др.). Высоту стояния дна матки над лоном измеряют сантиметровой лентой.
В конце IV акушерского месяца (16 недель) дно матки располагается на середине между лобком и пупком (на 4 поперечных пальца или 6 см выше симфиза).

К концу V акушерского месяца (20 недель) дно матки на два поперечных пальца ниже пупка; заметно выпячивание брюшной стенки (на 12 см выше лона).

В конце VI акушерского месяца (24 недели) дно матки находится на уровне пупка (18-20 см над лоном).

В конце VII акушерского месяца (28 недель) дно матки определяется на 2-3 пальца выше пупка (на 24-26 см выше лона).

В конце VIII акушерского месяца (32 недели) дно матки стоит посередине между пупком и мечевидным отростком. Пупок начинает сглаживаться. Окружность живота на уровне пупка 80-85 см (28-30 см над лоном).

В конце IX акушерского месяца (36 недель) дно матки поднимается до мечевидного отростка и реберных дуг – это наивысший уровень стояния дна беременной матки. Окружность живота, в среднем, - 90 см. Пупок - сглажен (34-36 см над лоном).

В конце X акушерского месяца (40 недель) дно матки опускается до уровня, на котором оно находилось в конце VIII месяца, т.е. до середины расстояния между пупком и мечевидным отростком. Пупок выпячивается. Окружность живота - 95-98 см, головка опускается у первородящих и прижимается ко входу в таз или стоит малым сегментом во входе в таз (34-35 см над лоном).

При одинаковом уровне стояния дна матки УШ и X месяцы беременности распознают по разным размерам окружности живота в эти сроки (при VIII месяце окружность живота 80-85 см, при X месяце – 95-98 см), по положению головки (при VIII месяце – высоко над входом в таз, "баллотирует" при пальпации).

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. Женщина лежит на спине, ноги выпрямлены, мочевой пузырь 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 обыкновенного 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.

Для удобства расчетов пользуются следующей формулой (формулаСкульского):

_ _ _
( ) 5 25 x 9 Например: расстояние от нижнего полюса головки до тазового конца 25 см; это число удваивают (50 см), вычитают 5 см и получают длину плода, которая в данном случае равна 45 см. Такую длину плод имеет в конце IX месяца внутриутробной жизни (45:5=9).

Измерение головки плода дает вспомогательные числа для уточнения поздних сроков беременности. Женщина лежит на спине; по возможности тщательнее ощупывают головку плода: пуговки тазомера устанавливают на самых выдающихся пунктах головки, которые обычно соответствуют области затылка и лба. Лобнозатылочный размер головки в конце VIII месяца (32 недели) плода в среднем равен 9,5 см, в конце IX месяца (35-36 недель) – 11 см По формуле Жорданиа: X=L+C, где X – предполагаемый срок беременности в неделях, L – длина плода в матке, измеренная тазомером, C – лобно-затылочный размер.

Например: если L=22 см, а C=10 см, то X=22+10=32, т.е. срок беременности равен 32 неделям.

Используя все перечисленные методы определения срока беременности в I триместре, удается установить срок беременности с точностью до 1 недели.

Во II и III триместрах возможность ошибок в определении срока беременности возрастает.

Использование метода ультразвукового сканирования (УЗИ) повышает точность определения срока беременности.

АКУШЕРСКАЯ ТЕРМИНОЛОГИЯ.
Для уточнения расположения внутриутробного плода в акушерстве предложены следующие термины: членорасположение, положение, позиция, вид и предлежание.
Членорасположение (habitus) – отношение конечностей и головки плода к его туловищу. При типичном нормальном членорасположении туловище плода согнуто, головка наклонена к грудной клетке, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и прижаты к животу, ручки скрещены на грудной клетке.

Положение плода (situs) – отношение оси плода к оси (длиннику) матки. Ось плода – линия, проходящая по спинке от затылка до копчика.

Варианты положения плода:

продольное положение – ось плода совпадает с осью матки;

поперечное положение – ось плода и ось матки пересекаются под прямым углом;

обе крупные части плода расположены над гребнями подвздошных костей, косое положение – ось плода и ось матки перекрещиваются под острым углом, при этом головка или

тазовый конец плода расположены в одной из подвздошных областей, т.е. ниже гребня подвздошной кости.

Позиция плода (positio) – отношение спинки плода к левой (первая позиция) или к правой (вторая позиция) стороне матки при продольном положении. При поперечном и косом положении плода позицию определяют по отношению головки плода к правой или левой стороне матки (первая позиция – головка у левой стенки матки, вторая – у правой).

Вид плода (visus) – отношение спинки плода к передней и задней стороне матки:

передний вид – спинка плода обращена несколько кпереди;

задний вид – спинка плода обращена несколько кзади.

Предлежание плода (praesentatio) – отношение наиболее низко расположенной крупной части плода к родовому каналу (ко входу в малый таз). При продольных положениях имеет место или головное (96%) или тазовое предлежание (3,5%).

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКА РОДОВ.
Предполагаемый срок родов определяют несколькими способами, используя результаты опроса и объективного обследования.
1. По дате последней менструации: к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней и получают предполагаемый срок родов по формуле Негеле – от первого дня последней менструации отсчитывают 3 месяца назад и прибавляют 7 дней.

2. По дате первого шевеления плода: к дате первого шевеления плода у первородящих прибавляют 20 недель, у повторнородящих – 22 недели.

3. По сроку беременности, диагностированному при первой явке в женскую консультацию. Наиболее точно срок беременности определяют при явке к врачу в первые 12 недель. Срок родов отсчитывают по календарю до 40 недель.

4. По данным ультразвукового исследования.

5. По дате ухода в дородовый отпуск, который начинается в 30 недель беременности.

Для быстрого подсчета срока беременности и родов по дате последней менструации и по первому шевелению плода выпускают специальные акушерские календари.

Контрольные вопросы:

1. Особенности женского таза и его отличие от мужского.

2. Кости малого таза, его границы.

3. Плоскость входа в малый таз (границы и размеры).

4. Плоскости широкой части малого таза (границы и размеры).

5. Плоскость узкой части малого таза (границы и размеры).

6. Плоскость выхода малого таза (границы и размеры).

7. Анатомическая и истинная конъюгата (границы и размеры).

8. Мышцы тазового дна.

9. Позиция и вид плода.

10. Положение плода в матке и его определение.

11. Анатомическое строение черепа новорожденного.

12. Швы и роднички на головке новорожденного, их физиологическое значение.

13. Основные размеры головки плода и его и окружности.

14. Вероятные признаки беременности.

15. Дополнительные методы диагностики беременности.

16. Размеры плечевого и тазового поясов и их окружность.

17. Признаки доношенности плода.

18. Рост и масса доношенного плода, новорожденного.

Тема № 4

АКУШЕРСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ. МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ.

Продолжительность занятия - 180 минут.

Цель занятия: изучить и практически освоить методы диагностики беременности, обследования беременных, различные методы определения срока беременности и родов.

Ординатор должен знать: признаки беременности (сомнительные, вероятные, достоверные), изменение величины матки в зависимости от срока беременности, размеры большого таза, четыре приема наружного акушерского исследования, понятия "малый сегмент", "большой сегмент" головки плода, правила выслушивания сердечных тонов плода, шкалу оценки зрелости шейки матки, дополнительные методы исследования: определение хорионического гонадотропина, ультразвуковая диагности, кардиомониторное исследование.

Ординатор должен уметь: собрать анамнез у беременной женщины, провести общее объективное и специальное акушерское обследование, включающее измерение окружности живота, высоты стояния дна матки, размеров большого таза, размеров выхода таза, определить величину истинной конъюгаты (4 способа опеределения), измерить окружность лучезапястного сустава, размер Франка, размеры поясничнокрестцового ромба (20 измерений), с помощью четырех приемов наружного акушерского исследования определить положение, позицию и вид, предлежащую часть плода, отношение предлежащей части плода к плоскости входа в малый таз, выслушать сердечные тоны плода и их частоту, провести внутреннее акушерское исследование, оценить степень зрелости шейки матки, определить предлежащую часть плода, дать оценку дополнительным методам исследования (ХГ, УЗИ), определить срок беременности, предполагаемый срок родов.

Место занятия: учебная комната, отделение патологии беременных.

Оснащение: тазомер, сантиметровая лента, таблицы (измерение размеров большого таза, выхода таза, индекса Соловьева, размеров пояснично-крестцового ромба, четырех приемов наружного акушерского исследования, высоты стояния дна матки при различных сроках беременности), аппарат ультразвукового исследования.

План организации занятия:

Организационные вопросы и обоснование темы занятия - 5 минут.

Контроль исходного уровня знаний студентов по теме занятия - 40 минут.

Теоретический разбор темы и освоение практических навыков на фантоме и кукле. Работа в родблоке и отделении патологии - 130 минут.

Подведение итогов занятия. Домашнее задание - 5 минут.

Содержание занятия:

При обследовании беременной женщины или роженицы используют данные общего и специального анамнеза, проводят общее объективное и специальное акушерское обследование, лабораторные и дополнительные метода исследования. К последним относят гематологические, иммунологические (серологические и др.), бактериологические, биохимические, гистологические, цитологические исследования;

исследование сердечной деятельности, эндокринологические, математические методы исследования для выявления возможных заболеваний, осложнений беременности и нарушений развития плода. При соответствующих показаниях применяют рентгеноскопию и рентгенографию, амниоцентез, ультразвук и другие современные методы диагностики.

ОПРОС БЕРЕМЕННОЙ И РОЖЕНИЦЫ.
Опрос беременной и роженицы проводят по определенному плану. Опрос состоит из общей и специальной части. Все полученные данные заносят в карту беременной или в историю родов.
Общий анамнез.

1. Паспортные данные: фамилия, имя, отчество, возраст, место работы и профессия, место рождения и жительства.

2. Причины, заставившие женщину обратиться за медицинской помощью (жалобы).

3. Условия труда и быта.

4. Наследственность и перенесенные заболевания. Наследственные заболевания (туберкулез, сифилис, психические и онкологические заболевания, многоплодные беременности и др.) представляют интерес потому, что они могут оказать неблагоприятное влияние на развитие плода, как и интоксикации, в частности, алкоголизм и наркомания у родителей.

Важно получить сведения обо всех инфекционных и неинфекционных заболеваниях и операциях, перенесенных в раннем детстве, в период полового созревания и в зрелом воз-

расте, их течении и методах и сроках лечения. Аллергоанамнез. Перенесенные гемотрансфузии.

Специальный анамнез.

1.Менструальная функция: время появления менархе и установления менструаций, тип и характер менструаций (3-х или 4-х недельный цикл, продолжительность, количество теряемой крови, наличие болей и пр.);

изменились ли менструации после начала половой жизни, родов, абортов;

дата последней, нормальной менструации.

2.Секреторная функция: характер выделений из влагалища, их количество, цвет, запах.

3.Половая функция: с какого возраста начала половую жизнь, какой брак по счету, продолжительность брака, срок от начала половой жизни до наступления первой беременности, время последнего полового сношения.

4.Возраст и здоровье мужа.

5.Детородная (генеративная) функция. В этой части анамнеза собирают подробные сведения о предыдущих беременностях в хронологической последовательности, какая по счету настоящая беременность, течение предыдущих беременностей (не было ли токсикозов, гестозов, заболеваний сердечно-сосудистой системы, почек, печени и других органов), их осложнения и исход. Наличие указанных заболеваний в прошлом побуждает особенно внимательно наблюдать за женщиной при настоящей беременности.

Необходимо получить подробные сведения о течении перенесенных абортов, каждых родов (продолжительность родов, оперативные вмешательства, пол, масса, рост плода, его состояние при рождении, сроки пребывания в родильном доме) и послеродовых периодов, осложнениях, методах и сроках их лечения.

6.Перенесенные гинекологические заболевания: время возникновения, длительность заболевания, лечение и исход

7.Течение настоящей беременности (по триместрам).

1триместр (до 12нед.) – общие заболевания, осложнения беременности (токсикозы, угроза прерывания и др.), дата первой явки в женскую консультацию и срок беременности, установленный при первом обращении.

2 триместр (13-28 нед.) – общие заболевания и осложнения в течение беременности, прибавка в весе, цифры артериального давления, результаты анализов, дата первого шевеления плода.

3 триместр (29 – 40 нед.) – общая прибавка в весе за беременность, ее равномерность, результаты измерений артериального давления и анализы крови и мочи, заболевания и осложнения беременности. Причины госпитализации.

Определение сроков родов или сроков беременности.

Методы определения срока беременности, родов и дородового отпуска:

1. По первому дню последней менструации. Предполагаемый день родов определяется путем прибавления 280 дней к первому дню последней менструации (10 лунных месяцев или 9 календарных плюс 7 дней). Удобнее от первого дня последней менструации отнять 3 месяца и прибавить 7 дней (365-92+7=280) по формуле Негеле.

2. По первому шевелению плода. У первородящих к дате первого шевеления плода (20 нед) прибавляют 20 нед (5 акушерских месяцев = 4 календарным + 18 дней = 140 дням). У повторнородящих к дате первого шевеления плода (18 нед) прибавляют 22 нед (5,5 акушерского месяца = 5 календарным + 1 день = 154 дням).

3. По величине матки (особенно в ранние сроки беременности).

_ _ _
где X - предполагаемый срок беременности;

L – длина плода в матке при измерении тазомером;

2 – коэффициент удвоения;

5 в числителе – толщина стенок живота и стенки матки;

5 в знаменателе – цифра, на которую умножают число месяцев для получения длины плода (по формуле Гаазе)

Например:

(, 5 5) 40 x 8 где 8 – количество акушерских месяцев, или 32 нед беременности.

6.По формуле И.Ф. Жорданиа:

X = L + C, где x – предполагаемый срок беременности в неделях;

L – длина плода в матке, измеренная тазомером;

C – лобно-затылочный размер.

Например: если L=22 см, C=10 см, то X=32, т.е. срок беременности равен 32 неделям.

После ознакомления с анамнезом приступают к объективному исследованию, которое включает общее и специальное обследование.

ОБЩЕЕ ОБЪЕКТИВНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.
Общее объективное исследование проводят с целью выявления заболеваний важнейших органов и систем, которые могут осложнить течение беременности и родов. В свою очередь, беременность может вызвать обострение имеющихся заболеваний, декомпенсацию и т. д.
Объективное исследование производят по общепринятым правилам, начиная с оценки общего состояния, измерения температуры, осмотра кожных покровов и видимых слизистых. Затем обследуют органы кровообращения, дыхания, пищеварения, мочевыделительную, нервную и эндокринную системы.

СПЕЦИАЛЬНОЕ АКУШЕРСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ.
Специальное акушерское обследование включает три основных раздела:

наружное акушерское исследование, внутреннее акушерское исследование и дополнительные методы исследования.

Наружное акушерское исследование производят путем осмотра, измерения, пальпации и аускультации.

Осмотр позволяет выявить соответствие вида беременной ее возрасту. При этом обращают внимание на рост женщины, телосложение, состояние кожных покровов, подкожной клетчатки, молочных желез и сосков. Особое внимание обращают на величину и форму живота, наличие рубцов беременности (striae gravidarum), эластичность кожи.

Исследование таза имеет значение в акушерстве потому, что его строение и размеры оказывают решающее влияние на течение и исход родов. Нормальный таз является одним из главных условий правильного течения родов. Отклонения в строении таза, особенно уменьшение его размеров, затрудняют течение родов или представляют непреодолимые препятствия для них.

Исследование таза производят путем осмотра, пальпации и измерения его размеров. При осмотре обращают внимание на всю область таза, но особое значение придают пояснично-крестцовому ромбу (ромб Михаэлиса).

Ромбом Михаэлиса называют очертания в области крестца, которые имеют контуры ромбовидной площади. Верхний угол ромба соответствует остистому отростку V поясничного позвонка, нижний - верхушке крестца (место отхождения больших ягодичных мышц), боковые углы - верхне-задним остям подвздошных костей.

На основании формы и размеров ромба можно оценить строение костного таза, обнаружить его сужение или деформацию, что имеет большое значение в ведении родов.

При нормальном тазе ромб соответствует форме квадрата. Его размеры:

горизонтальная диагональ ромба равна 10-11 см, вертикальная - 11 см. При различных сужениях таза горизонтальная и вертикальная диагонали будут разного размера, в результате чего будет изменена форма ромба.

При наружном акушерском исследовании измерения производят сантиметровой лентой (окружность лучезапястного сустава, размеры ромба Михаэлиса, окружность живота и высота дна матки над лоном) и акушерским циркулем (тазомером) с целью определения размеров таза и его формы.

Сантиметровой лентой измеряют наибольшую окружность живота на уровне пупка (в конце беременности она равна 90-100 см) и высоту стояния дна матки расстояние между верхним краем лонного сочленения и дном матки. В конце беременности высота стояния дна матки равна 32-34 см.

Измерение живота и высоты стояния дна матки над лоном позволяет акушеру определить срок беременности, предполагаемый вес плода, выявить нарушения жирового обмена, многоводие, многоплодие.

По наружным размерам большого таза можно судить о величине и форме малого таза. Измерение таза производят тазомером. Только некоторые размеры (выхода таза и дополнительные измерения) можно производить сантиметровой лентой.

Обычно измеряют четыре размера таза - три поперечных и один прямой.

Обследуемая находится в положении на спине, акушер сидит сбоку от нее и лицом к ней.

Distantia spinarum - расстояние между наиболее отдаленными точками передневерхних остей подвздошных костей (spina iliaca anterior superior) равно 25-26 см.

Distantia cristarum - расстояние между наиболее отдаленными точками гребешков подвздошных костей (crista ossis ilei) равно 28-29 см.

Distantia trochanterica - расстояние между большими вертелами бедренных костей (trochanter major) равено 31-32 см.

Conjugata externa - расстояние между остистым отростком V поясничного позвонка и верхним краем лонного сочленения. (наружная конъюгата) равно 20-21 см.

Для измерения наружной конъюгаты обследуемая поворачивается на бок, нижележащую ногу сгибает в тазобедренном и коленном суставах, а вышележащую вытягивает. Пуговку тазомера ставят между остистым отростком Y поясничного и I крестцового позвонка (надкрестцовую ямку) сзади и на середину верхнего края лонного сочленения спереди.

По величине наружной конъюгате можно судить о размере истинной конъюгаты. Для определения истинной конъюгаты из длины наружной конъюгаты вычитают 9 см при окружности Соловьева 14 см. Например, при наружной конъюгате, равной 20 см, истинная конъюгата равна 11 см, при наружной конъюгате 18 см истинная равна 9 см и т. д.

Разница между наружной и истинной конъюгатой зависит от толщины крестца, симфиза и мягких тканей. Толщина костей и мягких тканей у женщин различна, поэтому разница между размером наружной и истинной конъюгат не всегда точно соответствует 9 см. Для характеристики толщины костей используют измерение окружности лучезапястного сустава и индекса Соловьева. Тонкими считают кости, если окружность лучезапястного сустава до 14 см и толстыми, если окружность лучезапястного сустава больше 14 см. В зависимости от толщины костей при одинаковых наружных размерах таза внутренние его размеры могут быть разными.

Например, при наружной конъюгате 20 см и индексе Соловьева 12 см надо из 20 см вычесть 8 см и получим величину истинной конъюгаты – 12 см. При индексе Соловьева 14 см надо из 20 см вычесть 9 см, а при индексе Соловьева 16 см вычесть 10 см, и истинная конъюгата будет равна соответственно 9 и 10 см. О величине истинной конъюгаты можно судить по вертикальному размеру крестцового ромба и размеру Франка. Истинную конъюгату можно более точно определить по диагональной конъюгате.

Диагональной конъюгатой (conjugata diagonalis) называют расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца (13 см).

Диагональную конъюгату определяют при влагалищном исследовании женщины, которое производят одной рукой.

Прямой размер выхода таза - это расстояние между серединой нижнего края лонного сочленения и верхушкой копчика. При обследовании беременная лежит на спине с разведенными и полусогнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами.

Измерение проводят тазомером. Этот размер, равный 11 см, больше истинного на 1,5 см за счет толщины мягких тканей. Поэтому, надо из полученной цифры 11 см вычесть 1,5 см, получим прямой размер выхода из полости малого таза, который равен 9,5 см.

Поперечный размер выхода таза - это расстояние между внутренними поверхностями седалищных бугров. Измерение проводят специальным тазомером или сантиметровой лентой, которые прикладывают не непосредственно к седалищным буграм, а к тканям, покрывающим их; поэтому к полученным размерам 9-9,5 см необходимо прибавить 1,5-2 см (толщина мягких тканей). В норме поперечный размер равен 11 см. Он определяется в положении беременной на спине, ноги она максимально прижимает к животу.

Косые размеры таза приходится измерять при кососуженных тазах. Для выявления асимметрии таза измеряют следующие косые размеры: расстояние от передневерхней ости одной стороны до задневерхней ости другой стороны (21 см); от середины верхнего края симфиза до правой и левой задневерхних остей (17,5 см) и от надкрестовой ямки до правой и левой передневерхних остей (18 см). Косые размеры одной стороны сравнивают с соответствующими косыми размерами другой. При нормальном строении таза величина парных косых размеров одинакова. Разница, превышающая 1 см, указывает на асимметрию таза.

Боковые размеры таза – расстояние между передневерхней и задневерхней остями подвздошных костей одной и той же стороны (14 см), измеряют его тазомером.

Боковые размеры должны быть симметричными и не менее 14 см. При боковой конъюгате 12,5 см роды невозможны.

Угол наклонения таза - это угол между плоскостью входа в таз и плоскостью горизонта. В положении беременной стоя он равен 45-50. Определяют с помощью специального прибора - тазоугломера.

Сердечные тоны плода выслушивают стетоскопом, начиная со второй половины беременности, в виде ритмичных, ясных ударов, повторяющихся 120-160 раз в минуту. При головных предлежаниях сердцебиение лучше всего прослушивается ниже пупка. При тазовых предлежаниях – выше пупка.

М.С.Малиновский предложил следующие правила для выслушивания сердцебиения плода:

1. при затылочном предлежании – вблизи головки ниже пупка на той стороне, куда обращена спинка, при задних видах – сбоку живота по передней подмышечной линии,

2. при лицевом предлежании – ниже пупка с той стороны, где находится грудка (при первой позиции – справа, при второй – слева),

3. при поперечном положении – около пупка, ближе к головке,

4. при предлежании тазовым концом – выше пупка, вблизи головки, на той стороне, куда обращена спинка плода.

Изучение сердцебиения плода в динамике проводят с помощью мониторинга и УЗИ.

Во второй половине беременности и в родах при пальпации определяют головку, спинку и мелкие части (конечности) плода. Чем больше срок беременности, тем ясней пальпация частей плода. Приемы наружного акушерского исследования (Леопольда-Левиццкого) – это последовательно проводимая пальпация матки, состоящая из ряда определенных приемов. Обследуемая находится в положении на спине. Врач сидит справа от нее лицом к ней.

Первый прием наружного акушерского исследования. Первым приемом определяют высоту стояния дна матки, его форму и часть плода, располагающуюся в дне матки. Для этого акушер ладонные поверхности обеих рук располагает на матке таким образом, чтобы они охватывали ее дно.

Второй прием наружного акушерского исследования. Вторым приемом определяют положение плода в матке, позицию и вид плода. Акушер постепенно опускает руки со дна матки на правую и левую ее стороны и, осторожно надавливая ладонями и пальцами рук на боковые поверхности матки, определяет с одной стороны спинку плода по ее широкой поверхности, с другой – мелкие части плода (ручки, ножки). Этот прием позволяет определить тонус матки и ее возбудимость, прощупать круглые связки матки, их толщину, болезненность и расположение.

Третий прием наружного акушерского исследования. Третий прием служит для определения предлежащей части плода. Третьим приемом можно определить подвижность головки. Для этого одной рукой охватывают предлежащую часть и определяют, головка это или тазовый конец, симптом баллотирования головки плода.

Четвертый прием наружного акушерского исследования. Этот прием, являющийся дополнением и продолжением третьего, позволяет определить не только характер предлежащей части, но и местонахождение головки по отношению к входу в малый таз. Для выполнения этого приема акушер становится лицом к ногам обследуемой, кладет руки по обеим сторонам нижнего отдела матки таким образом, чтобы пальцы обеих рук как бы сходились друг с другом над плоскостью входа в малый таз, и пальпирует предлежащую часть. При исследовании в конце беременности и во время родов этим приемом определяют отношение предлежащей части к плоскостям таза. Во время родов важно выяснить, в какой плоскости таза головка находится своей наибольшей окружностью или большим сегментом. Большой сегмент головки – это наибольшая ее часть, которая проходит через вход в таз при данном предлежании. При затылочном предлежании головки граница большого ее сегмента будет проходить по линии малого косого размера, при передне-головном предлежании

– по линии прямого ее размера, при лобном предлежании – по линии большого косого размера, при лицевом предлежании – по линии вертикального размера. Малым сегментом головки называют любую часть головки, расположенную ниже большого сегмента.

О степени вставления головки большим или малым сегментом судят по данным пальпации. При четвертом наружном приеме пальцы продвигают вглубь и скользят ими по головке вверх. Если при этом кисти рук сходятся, головка стоит большим сегментом во вхо-

де в таз или опустилась глубже, если пальцы расходятся - головка находится во входе малым сегментом. Если головка в полости таза, она наружными приемами не определяется.

Внутреннее (влагалищное) исследование. Внутреннее акушерское исследование выполняют одной рукой (двумя пальцами, указательным и средним, четырьмя – полурукой, всей рукой). Внутреннее исследование позволяет определить предлежащую часть, состояние родовых путей, наблюдать динамику раскрытия шейки матки во время родов, механизм вставления и продвижения предлежащей части и др.

У рожениц влагалищное исследование производят при поступлении в родовспомогательное учреждение, и после излития околоплодных вод. В дальнейшем влагалищное исследование производят только по показаниям. Такой порядок позволяет своевременно выявить осложнения течения родов и оказать помощь.

Влагалищное исследование беременных и рожениц является серьезным вмешательством, которое должны выполнять с соблюдением всех правил асептики и антисептики.

Внутреннее исследование начинают с осмотра наружных половых органов (оволосение, развитие, отек вульвы, варикозное расширение вен), промежности (ее высота, ригидность, наличие рубцов) и преддверья влагалища. Во влагалище вводят фаланги среднего и указательного пальцев и производят его обследование (ширина просвета и длина, складчатость и растяжимость стенок влагалища, наличие рубцов, опухолей, перегородок и других патологических состояний). Затем находят шейку матки и определяют ее форму, величину, консистенцию, степень зрелости, укорочение, размягчение, расположение по продольной оси таза, проходимость зева для пальца. При исследовании в родах определяют степень сглаженности шейки (сохранена, укорочена, сглажена), степень раскрытия зева в сантиметрах, состояние краев зева (мягкие или плотные, толстые или тонкие). У рожениц при влагалищном исследовании выясняют состояние плодного пузыря (целостность, нарушение целостности, степень напряжения, количество передних вод). Определяют предлежащую часть (ягодицы, головка, ножки), где они находятся (над входом в малый таз, во входе малым или большим сегментом, в полости, в выходе таза).

Опознавательными пунктами на головке являются швы, роднички, на тазовом конце крестец и копчик. Пальпация внутренней поверхности стенок таза позволяет выявить деформацию его костей, экзостозы и судить о емкости таза. В конце исследования, если предлежащая часть стоит высоко, измеряют диагональную конъюгату (conjugata diagonalis), расстояние между мысом (промонториум) и нижним краем симфиза (в норме – 13см). Для этого пальцами, введенными во влагалище, стараются достичь мыса и концом среднего пальца касаются его, указательный палец свободной руки подводят под нижний край симфиза и отмечают на руке то место, которое непосредственно соприкасается с нижним краем лонной дуги. Затем выводят из влагалища пальцы, обмывают их. Ассистент измеряет на руке отмеченное расстояние сантиметровой лентой или тазомером. По размерам диагональной конъюгаты можно судить о размерах истинной конъюгаты. Если индекс Соловьева (0.1 от окружности Соловьева) до 1,4 см, то из размера диагональной конъюгаты вычитают 1,5 см, а если больше 1,4 см, то вычитают 2 см.

Определение положения головки плода во время родов.

При первой степени разгибания головки (переднее-головное вставление) окружность, которой головка будет проходить через полость малого таза, соответствует прямому ее размеру. Эта окружность является большим сегментом при переднеголовном вставлении.

При второй степени разгибания (лобное вставление) наибольшей окружности головки соответствует большой косой размер. Эта окружность является большим сегментом головки при лобном ее вставлении.

При третьей степени разгибания головки (лицевое вставление) наибольшей является окружность, соответствующая "вертикальному" размеру. Эта окружность соответствует большому сегменту головки при лицевом ее вставлении.

Определение степени вставления головки плода во время родов. В основе определения высоты стояния головки при влагалищном исследовании лежит возможность определения отношения нижнего полюса головки к linea interspinalis.

Головка над входом в малый таз: при осторожном надавливании пальцем вверх головка отодвигается и вновь возвращается в первоначальное положение. Пальпации доступна вся передняя поверхность крестца и задняя поверхность лобкового симфиза.

Головка малым сегментом во входе в малый таз: нижний полюс головки определяется на 3-4 см выше linea interspinalis или на ее уровне, крестцовая впадина свободна на 2/3. Задняя поверхность лобкового симфиза пальпируется в нижнем и среднем отделах.

Головка в полости малого таза: нижний полюс головки на 4-6 см ниже linea interspinalis, седалищные ости не определяются, почти вся крестцовая впадина выполнена головкой. Задняя поверхность лобкового симфиза пальпации не доступна.

Головка на тазовом дне: головка выполняет всю крестцовую впадину, включая и область копчика, прощупываются лишь мягкие ткани; внутренние поверхности костных опознавательных пунктов труднодоступны для исследования.

Контрольные вопросы:

1. Наружные размеры таза.

2. Наружная конъюгата, ее измерение и определение величины истинной конъюгаты.

3. Диагональная конъюгата, ее измерение и определение размера истинной конъюгаты.

4. Угол наклонения таза.

5. Первый прием наружного акушерского исследования, его цель и техника выполнения.

6. Второй прием наружного акушерского исследования, его цели и техника выполнения.

7. Третий прием наружного акушерского исследования, его цели и техника выполнения.

8. Дать определение "большой сегмент".

9. Как производят измерение высоты стояния дна матки, окружности живота?

10. Как измеряют окружность лучезапястного сустава и определяют индекс Соловьева, значение его в акушерстве?

11. Что представляет собой пояснично-крестцовый ромб?

12. Как и чем производят выслушивание сердцебиения плода?

13. Методы определения срока беременности.

14. Методы определения срока родов Тема № 5

Тема №5
БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ И ЗАДНЕМ ВИДАХ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ.
Продолжительность занятия - 180 минут.
Цель занятия: ознакомить студентов с биомеханизмом родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания.

Ординатор должен знать: что такое биомеханизм родов, моменты биомеханизмов родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания.

Ординатор должен уметь: продемонстрировать на тазе и кукле все моменты биомеханизмов родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания, определить с помощью приемов Леопольда положение, позицию, вид и предлежание плода, определить на фантоме, в какой плоскости таза находится головка плода.

Место занятия: учебная комната, родильный блок.

Оснащение: костный таз, кукла, рисунки (отдельные моменты биомеханизмов родов, плоскости малого таза), слайды, видиофильмы.

План организации занятия:

Организационные вопросы и обоснование темы - 10 минут.

Контроль исходного уровня знаний студентов - 40 минут.

Теоретический разбор темы, демонстрация на фантоме каждым студентом биомеханизма родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания.

Присутствие на родах. - 120 минут.

Подведение итогов, домашнее задание - 10 минут.

Содержание занятия. Закономерную совокупность всех движений, которые совершает плод, проходя по родовым путям матери, называют биомеханизмом родов.

На фоне поступательного движения по родовому каналу плод осуществляет сгибательные, вращательные и разгибательные движения.

Затылочным предлежанием называют такое предлежание, когда головка плода находится в согнутом состоянии и наиболее низко расположенной областью ее является затылок. Роды в затылочном предлежании составляют около 96 % всех родов.

При затылочном предлежании может быть передний и задний вид. Передний вид чаще наблюдают при первой позиции, задний – при второй.

Вступление головки во вход таза совершается таким образом, что стреловидный шов располагается по срединной линии (по оси таза) - на одинаковом расстоянии от лонного сочленения и мыса - синклитическое (осевое) вставление.

В большинстве случаев головка плода начинает вставляться во вход в состоянии умеренного заднего асинклитизма. В дальнейшем, при физиологическом течении родов, когда схватки усиливаются, направление давления на плод меняется и, в связи с этим, асинклитизм устраняется.

После того, как головка опустилась до узкой части полости малого таза, встретившееся здесь препятствие вызывает усиление родовой деятельности, а вместе с этим усиление и различных движений плода.

ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ весь биомеханизм родов делят на четыре основных момента.
Первый момент - сгибание головки - выражается в том, что шейная часть позвоночника сгибается, подбородок приближается к грудной клетке, затылок опускается вниз, а лоб задерживается над входом в малый таз. По мере опускания затылка малый родничок устанавливается ниже большого, таким образом, что ведущей точкой (самая низко расположенная точка на головке, которая находится на проводной серединной линии таза) становится точка на стреловидном шве ближе к малому родничку. При переднем виде затылочного предлежания головка сгибается до малого косого размера и проходит им во вход в малый таз и в широкую часть полости малого таза. Следовательно, головка плода вставляется во вход в малый таз в состоянии умеренного сгибания, синклитически, в поперечном или в одном из косых его размеров.

Второй момент - внутренний поворот головки.

Головка плода, продолжая свое поступательное движение в полости таза, встречает противодействие дальнейшему продвижению и начинает поворачиваться вокруг своей продольной оси: она как бы ввинчивается в таз. Поворот головки начинается при ее переходе из широкой в узкую часть полости малого таза. При этом затылок, скользя по боковой стенке таза, приближается к лонному сочленению, передний же отдел головки отходит к крестцу. Стреловидный шов из поперечного или одного из косых размеров в дальнейшем переходит в прямой размер выхода из малого таза, а подзатылочная ямка устанавливается под лонным сочленением.

Третий момент - разгибание головки.

Головка плода продолжает продвигаться по родовому каналу и одновременно с этим начинает разгибаться. Разгибание при физиологических родах происходит в выходе таза. Подзатылочная ямка упирается в нижний край лонного сочленения, образуется точка фиксации, опоры. Головка вращается своей поперечной осью вокруг точки опоры - нижнего края лонного сочленения - и в течение нескольких потуг полностью разгибается. Рождение головки через вульварное кольцо происходит малым косым ее размером (9,5 см). Последовательно рождаются затылок, темя, лоб, лицо и подбородок.

Четвертый момент - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки плода.

Во время разгибания головки плечики плода уже вставились в поперечный размер входа в малый таз или в один из косых его размеров. По мере следования головки по мягким тка-

ням выхода таза плечики винтообразно продвигаются по родовому каналу, т. е. двигаются вниз и в то же время вращаются. При этом они своим поперечным размером (distantia biacromialis) переходят из поперечного размера полости малого таза в косой, а в плоскости выхода полости малого таза - в прямой размер. Этот поворот происходит при переходе туловища плода через плоскость узкой части полости малого таза и передается родившейся головке. При этом затылок плода поворачивается к левому (при первой позиции) или правому (при второй позиции) бедру матери. Переднее плечико вступает теперь под лонную дугу. Между передним плечиком в месте прикрепления дельтовидной мышцы и нижним краем симфиза образуется вторая точка фиксации, опоры. Под действием родовых сил происходжит сгибание туловища плода в грудном отделе позвоночника и рождение плечевого пояса плода. Переднее плечико рождается первым, заднее же несколько задерживается копчиком, но вскоре отгибает его, выпячивает промежность и рождается над задней спайкой при боковом сгибании туловища.

После рождения плечиков остальная часть туловища, благодаря хорошей подготовленности родовых путей родившейся головкой, легко освобождается. Головка плода, родившегося в переднем виде затылочного предлежания, имеет долихоцефалическую форму за счет конфигурации и родовой опухоли.

БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ.

При затылочном предлежании независимо от того, обращен ли затылок в начале родов кпереди, к лону или кзади, к крестцу, к концу периода изгнания он, обычно, устанавливается под лонным сочленением и плод рождается в 96 % в переднем виде. И только в 1% всех затылочных предлежаний ребенок рождается в заднем виде.

Родами в заднем виде затылочного предлежания называют вариант биомеханизма, при котором рождение головки плода происходит, когда затылок обращен к крестцу. Причинами образования заднего вида затылочного предлежания плода могут быть изменения формы и емкости малого таза, функциональная неполноценность мышц матки, особенности формы головки плода, недоношенный или мертвый плод.

При влагалищном исследовании определяют малый родничок у крестца, а большой – у лона. Биомеханизм родов при заднем виде слагается из пяти моментов.

Первый момент – сгибание головки плода.

При заднем виде затылочного предлежания стреловидный шов устанавливается синклитически в одном из косых размеров таза, в левом (первая позиция) или в правом (вторая позиция), а малый родничок обращен влево и кзади, к крестцу (первая позиция) или вправо и кзади, к крестцу (вторая позиция). Сгибание головки происходит таким образом, что она проходит через плоскость входа и широкую часть полости малого таза своим средним косым размером (10,5 см). Ведущей точкой является точка на стреловидном шве, расположенная ближе к большому родничку.

Второй момент - внутренний неправильный поворот головки.

Стреловидный шов из косых или поперечного размеров делает поворот на 45 или 90, так, что малый родничок оказывается сзади у крестца, а большой – спереди у лона. Внутренний поворот происходит при переходе через плоскость узкой части малого таза и заканчивается в плоскости выхода малого таза, когда стреловидный шов устанавливается в прямом размере.

Третий момент - дальнейшее (максимальное) сгибание головки.

Когда головка подходит границей волосистой части лба (точка фиксации) под нижний край лонного сочленения, происходит ее фиксация, и головка делает дальнейшее максимальное сгибание, в результате чего рождается ее затылок до подзатылочной ямки.

Четвертый момент - разгибание головки.

Образовались точка опоры (передняя поверхность копчика) и точка фиксации (подзатылочная ямка). Под действием родовых сил головка плода делает разгибание, и из-под лона появляется сначала лоб, а затем лицо, обращенное к лону. В дальнейшем биомеханизм родов совершается так же, как и при переднем виде затылочного предлежания.

Пятый момент - наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков.

Вследствие того, что в биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания включается дополнительный и очень трудный момент - максимальное сгибание головки - период изгнания затягивается. Это требует дополнительной работы мышц матки и брюшного пресса. Мягкие ткани тазового дна и промежности подвергаются сильному растяжению и часто травмируются. Длительные роды и повышенное давление со стороны родовых путей, которое испытывает головка при максимальном ее сгибании, нередко, приводят к асфиксии плода, главным образом, вследствие нарушающегося при этом мозгового кровообращения.

Контрольные вопросы:

1. Плоскости малого таза, их размеры.

2. Размеры головки плода.

3. Проводная линия таза.

4. Проводная, или ведущая, точка.

5. Определение биомеханизма родов.

6. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

7. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.

8. Отличия биомеханизма родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания.

9. Какие моменты биомеханизма родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания схожи.

10. Осложнения, возникающие в родах при заднем виде затылочного предлежания.

Задача № 1.

Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок спереди слева, большой - сзади справа выше малого.

Положение, позиция, вид и предлежание плода?

Задача № 2.

Головка плода малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в левом косом размере таза, большой родничок спереди справа, малый родничок сзади слева ниже большого.

Положение, позиция, вид и предлежание плода?

Тема № 6
КЛИНИКА РОДОВ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ.

Продолжительность занятия - 180 минут.

Цель занятия: изучить течение и ведение физиологических родов.

Ординатор должен знать: определение предвестников родов, прелиминарного периода, периоды родов, основные моменты течения и ведения периодов родов, их продолжительность общую и по периодам, особенности сглаживания шейки матки и раскрытия маточного зева у перво- и повторнородящих, определение преждевременного, своевременного и запоздалого излития околоплодных вод, ручное пособие при головном предлежании ("защита промежности"), оценку состояния и первичный туалет новорожденного, признаки отделения плаценты и методы выделения последа.

Ординатор должен уметь: определить характер схваток (продолжительность, ритмичность, болезненность), выслушивать и оценивать сердцебиение плода вне схваток и после них, оценивать характер вставления головки плода, состояние шейки матки при влагалищном исследовании, наличие или отсутствие плодного пузыря, предлежащую часть, оказать ручное пособие при головном предлежании, произвести первичный туалет новорожденного, определить признаки отделения плаценты, осмотреть послед, определить кровопотерю в родах.

Место занятия: учебная комната, предродовая и родильная комнаты.

Оснащение: скелет женского таза, кукла, таблицы трех периодов родов, акушерский стетоскоп, сантиметровая лента, тазомер, партограммы, кардиомонитор, видеофильмы периодов родов, инструменты и медикаменты для первичной и вторичной обработки пуповины, реанимационный столик.

План и организация занятия:

Организационные вопросы и обсуждение темы занятия - 10 минут.

Контроль знаний студентов по данной теме - 40 минут.

Теоретическое занятие и клинический разбор течения и ведения родов у 2-3 рожениц. Освоение практических навыков студентами. Разбор и составление партограмм - 120 минут.

Итоговое занятие, домашнее задание - 10 минут.

Содержание занятия.

Родами называют сложный биологический процесс, в результате которого происходит изгнание плодного яйца из матки через естественные родовые пути после достижения плодом зрелости.

Физиологические роды наступают на 280-й день беременности, начиная от первого дня последней менструации.

ПРИЧИНЫ НАСТУПЛЕНИЯ РОДОВ.

Роды - это рефлекторный акт, возникающий благодаря взаимодействию всех систем организма матери и плода. Причины наступления родов до сих пор недостаточно изучены. Имеется много гипотез. В настоящее время продолжаются поиски и накопление фактического материала по изучению причин возникновения родовой деятельности.

Роды возникают при наличии сформированной родовой доминанты, в которой принимают участие нервные центры и исполнительные органы. В формировании родовой доминанты имеют значение воздействие половых гормонов на различные образования центральной и периферической нервной системы. Центральная нервная система осуществляет высшую и тонкую регуляцию родового акта. Значительное возрастание электрической активности головного мозга отмечено за 1-1,5 недели до наступления родов (Е. А. Чернуха, 1991).

Центральная нервная система играет главенствующую роль в развитии и нормальном течении родовой деятельности.

Начало родов следует рассматривать как результат процесса постепенной связи морфологических, гормональных, биофизических состояний. Рефлексы начинаются с рецепторов матки, которые воспринимают раздражение от плодного яйца.

Рефлекторные реакции зависят от воздействия на нервную систему гуморальных и гормональных факторов, а так же от тонуса симпатического (адренергического) и парасимпатического (холинергического) отделов нервной системы. Симпатикоадреналовая система участвует в регуляции гомеостаза. В моторной функции матки участвуют адреналин, норадреналин и катехоламины.

Ацетилхолин и норадреналин усиливают тонус матки.

В миометрии выявлены различные медиаторные и гормональные рецепторы:

-адренорецепторы, серотонино-, холино- и гистаминорецепторы, эстрогеновые и прогестероновые, простагландиновые рецепторы. Чувствительность рецепторов матки зависит в основном от соотношения половых стероидных гормонов - эстрогенов и прогестерона, что играет роль в возникновении родовой деятельности.

Кортикостероиды также участвуют в развитии родовой деятельности.

Увеличение концентрации кортикостероидов связывают с увеличением их синтеза надпочечниками матери и плода, а также повышенным их синтезом плацентой.

В регуляции моторной функции матки наряду с гормональными факторами принимают участие серотонин, кинины, ферменты.

Гормон задней доли гипофиза и гипоталамуса - окситоцин - считается основным в развитии родовой деятельности. Накопление окситоцина в плазме крови происходит в течение всей беременности и влияет на подготовку матки к активной родовой деятельности.

Фермент окситоциназа (разрушающий окситоцин), вырабатываемый плацентой, поддерживает динамическое равновесие окситоцина в плазме крови.

Простагландины тоже принимают участие в возникновении родовой деятельности. Механизм их действия на матку продолжают изучать, однако суть его – в раскрытии кальциевого канала.

Ионы кальция принимают участие в сложном процессе перевода мышцы матки из состояния покоя к активному состоянию.

При нормальной родовой деятельности в миометрии происходит усиление синтеза белков, накопление РНК, снижение уровня гликогена, повышение окислительно-восстановительных процессов.

В настоящее время в наступлении родового акта и регуляции сократительной деятельности матки большое значение придают функции фето-плацентарной системы и эпифизо-гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы плода.

На сократительную функцию матки оказывает влияние внутриматочное давление, величина плода.

Наступлению родов предшествуют предвестники родов и прелиминарный период.

Предвестники родов - это симптомы, наступающие за один месяц или две недели до родов. К ним относят: перемещение центра тяжести тела беременной кпереди, плечи и голова отводятся назад ("гордая поступь"), опущение дна матки вследствие прижатия предлежащей части плода к входу в малый таз (у первородящих это происходит за месяц до родов), уменьшение объема околоплодных вод;

отхождение "слизистой" пробки из канала шейки матки; отсутствие прибавки массы тела последние две недели или уменьшение массы тела до 800 г; повышение тонуса матки или появление нерегулярных схваткообразных ощущений внизу живота и др.

Прелиминарный период продолжается не более 6-8 часов (до 12 часов).

Возникает непосредственно перед родами и выражается в нерегулярных безболезненных сокращениях матки, которые постепенно переходят в регулярные схватки. Прелиминарный период соответствует времени формирования родовой доминанты в коре головного мозга и сопровождается биологическим "дозреванием" шейки матки. Шейка матки размягчается, занимает центральное положение по проводной оси таза и резко укорачивается. В матке формируется водитель ритма. Его функцию выполняет группа клеток нервных ганглиев, которая чаще всего располагается ближе к правому трубному углу матки.

Регулярные схватки свидетельствуют о начавшихся родах.

От начала родов и до их окончания беременная называется роженицей, а после родов - родильницей.

Родовой акт состоит из взаимодействия изгоняющих сил (схватки, потуги), родового канала и объекта родов - плода.

Процесс родов происходит главным образом благодаря сократительной деятельности матки - схваткам.

Схватки - это непроизвольные ритмические сокращения матки. В дальнейшем одновременно с непроизвольными сокращениями матки происходят ритмические (произвольные) сокращения брюшного пресса - потуги.

Схватки характеризуются продолжительностью, частотой, силой и болезненностью. В начале родов схватка продолжается 5-10 секунд, достигая 60 секунд и более к концу родов. Паузы между схватками в начале родов - 15-20 минут, к концу их промежуток постепенно сокращается до 2-3-х минут. Тонус и силу сокращения матки определяют пальпаторно: руку кладут на дно матки и по секундомеру определяют время от начала одного до начала другого сокращения матки.

Современные методы регистрации родовой деятельности (гистерограф, монитор) дают возможность получить более точную информацию об интенсивности сокращений матки.

Промежуток от начала одной схватки до начала другой называют маточным циклом. Различают 3 фазы его развития: начало и нарастание сокращения матки;

максимальный тонус миометрия; расслабление мышечного напряжения.

Методы наружной и внутренней гистерографии при неосложненных родах позволили установить физиологические параметры сокращений матки.

Сократительная деятельность матки характеризуется особенностями - тройной нисходящий градиент и доминанта дна матки. Сокращение матки начинается в области одного из трубных углов, где заложен "пейсмейкер" (водитель ритма мышечной активности миометрия в виде ганглиев вегетативной нервной системы) и оттуда постепенно распространяется вниз до нижнего сегмента матки (первый градиент); при этом уменьшается сила и продолжительность сокращения (второй и третий градиенты). Самые сильные и продолжительные сокращения матки наблюдают в дне матки (доминанта дна).

Второе - реципрокность, т.е. взаимосвязь сокращений тела матки и нижних ее отделов: сокращение тела матки способствует растяжению нижнего сегмента и увеличению степени раскрытия шейки матки.

В физиологических условиях правая и левая половины матки во время схватки сокращаются одновременно и координировано - координированность сокращений по горизонтали. Тройной нисходящий градиент, доминанта дна матки и реципрокность называют координированностью сокращений по вертикали.

Во время каждой схватки в мышечной стенке матки происходят одновременно сокращение каждого мышечного волокна и каждого мышечного пласта - контракция, и смещение мышечных волокон и пластов по отношению друг к другу - ретракция. Во время паузы контракция устраняется полностью, а ретракция частично.

В результате контракции и ретракции миометрия происходит смещение мускулатуры из перешейка в тело матки (дистракция - растяжение) и формирование и истончение нижнего

сегмента матки, сглаживание шейки матки, раскрытие канала шейки матки, плотное облегание плодного яйца стенками матки и изгнание плодного яйца.

ПЕРИОДЫ РОДОВ.
Во время каждой схватки повышается внутриматочное давление до 100 мм рт.
ст. (М. С. Малиновский). Давление передается на плодное яйцо, которое, благодаря околоплодным водам, принимает ту же форму, что и полость рожающей матки во время каждой схватки. Околоплодные воды устремляются вниз к предлежащей части с нижним полюсом плодных оболочек - плодный пузырь, давлением раздражая окончания нервных рецепторов в стенках шейки матки, способствуя усилению схваток.

Мускулатура тела и нижнего сегмента матки при сокращении растягивают стенки канала шейки матки в стороны и вверх. Сокращения мышечных волокон тела матки направлены по касательной к круговым мышцам шейки матки, это позволяет происходить раскрытию шейки матки при отсутствии плодного пузыря и даже предлежащей части.

Таким образом, различные направления мышечных волокон тела и шейки матки при сокращении мышц тела матки (контракция и ретракция) приводят к раскрытию внутреннего зева, сглаживанию шейки и раскрытию наружного зева (дистракция).

Во время схваток часть тела матки, предлежащая к перешейку, растягивается и вовлекается в нижний сегмент, который значительно тоньше, чем так называемый верхний сегмент матки. Граница между нижним сегментом и верхним сегментом матки имеет вид борозды и называется контракционным кольцом. Его определяют после излития околоплодных вод, высота его стояния над лоном в сантиметрах показывает степень раскрытия зева шейки матки.

Нижний сегмент матки плотно охватывает предлежащую головку, образует внутренний пояс прилегания или соприкосновения. Последний разделяет околоплодные воды на "передние воды", располагающиеся ниже пояса соприкосновения и "задние воды" - выше пояса соприкосновения.

При прижатии головки, плотно охваченной нижним сегментом, к стенкам таза по всей окружности его, образуется наружный пояс прилегания. Поэтому при нарушении целости плодного пузыря и излитии околоплодных вод, задние воды не изливаются.

Раскрытие шейки матки и сглаживание у перво- и повторнородящих женщин происходит по-разному.

Перед родами у первородящих наружный и внутренний зев закрыты. Раскрытие начинается с внутреннего зева, шеечный канал и шейка матки несколько укорачиваются, потом канал шейки матки растягивается все более и более, шейка соответственно укорачивается и совсем сглаживается. Остается закрытым только наружный зев ("акушерский зев"). Затем начинает раскрываться наружный зев. При полном раскрытии он определяется как узкая кайма в родовом канале.

У повторнородящих в конце беременности канал шейки матки проходим для одного пальца вследствие его растяжения предыдущими родами. Раскрытие и сглаживание шейки матки происходит одновременно. Партограмма у перво- и повторнородящих женщин четко показывает эти различия..

Плодный пузырь при физиологических родах разрывается при полном или почти полном раскрытии маточного зева - своевременное вскрытие плодного пузыря.

Разрыв плодного пузыря до родов или при неполном раскрытии шейки матки (до 6 см раскрытия) называют преждевременным вскрытием плодного пузыря (соответственно

- дородовое, раннее). Иногда вследствие плотности плодных оболочек плодный пузырь не вскрывается при полном раскрытии шейки матки - это запоздалое вскрытие плодного пузыря.

Роды разделяют на три периода: первый - период раскрытия, второй - период изгнания, третий - последовый.

Периодом раскрытия называют время от начала регулярных схваток до полного раскрытия шейки матки. В настоящее время средняя продолжительность первого периода родов у первородящей равна 11-12 часам, а у повторнородящих - 7-8 часов.

Периодом изгнания называют время от момента полного открытия шейки матки до рождения плода. В периоде изгнания к схваткам присоединяются сокращения брюшной стенки, диафрагмы и мышц тазового дна, развиваются потуги, изгоняющие плод из матки. Период изгнания у первородящих продолжается до 1-го часа, у повторнородящих - от 10 до 30 минут.

Вместе с рождением плода изливаются задние воды.

Последовым периодом называют время от рождения плода до рождения последа. Послед - это плацента, плодные оболочки, пуповина.

После рождения плода матка находится несколько минут в состоянии покоя.

Дно ее стоит на уровне пупка. Затем начинаются ритмические сокращения матки последовые схватки, и начинается отделение плаценты от стенки матки, которое происходит двумя путями: с центра или с периферии.

Плацента отслаивается с центра, разрываются маточно-плацентарные сосуды, изливающаяся кровь образует ретроплацентарную гематому, которая способствует дальнейшей отслойке плаценты. Отделившаяся плацента с оболочками опускается вниз и при потуге рождается, вместе с ней изливается кровь.

Чаще плацента отделяется с периферии, поэтому при каждой последовой схватке отделяется часть плаценты и наружу изливается порция крови. После полной отслойки плаценты от стенки матки она также опускается в нижние отделы матки и при потуге рождается. Последовый период продолжается от 7 до 30 минут. Средняя кровопотеря после родов составляет от 150 до 250 мл. Физиологической считают кровопотерю равную 0,5% массы тела роженицы.

После рождения последа наступает послеродовый период, и роженица называется родильницей. Первые 2 часа выделяют как ранний послеродовый период.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ.
Течение периода раскрытия.

Схватки характеризуются продолжительностью, паузами, силой и болезненностью. В начале родов схватки повторяются каждые 15-20 минут по 10-15 секунд, слабой силы, безболезненные или мало болезненные. Постепенно паузы между схватками укорачиваются, продолжительность схватки удлиняется, сила схватки увеличивается, и они становятся болезненней. Во время схваток круглые связки напрягаются, дно матки приближается к передней брюшной стенке. Контракционное кольцо становится все более выраженным и поднимается над лонной дугой. К концу периода раскрытия дно матки поднимается к подреберью, а контракционное кольцо на 5 поперечных пальцев выше лонной дуги.

Об эффективности схваток судят по степени раскрытия шейки матки, определяемой при влагалищном исследовании. В процессе раскрытия происходят нарушения (неглубокие) целости слизистой оболочки и мышечных волокон шейки матки.

Плодный пузырь напрягается во время каждой схватки и при почти полном раскрытии маточного зева вскрывается, изливается около 100-200 мл светлых вод.

Плодный пузырь, как правило, разрывается в пределах зева шейки матки.

Ведение периода раскрытия.

Роженица поступает в родильный дом с обменной картой беременной, заполняемой в женской консультации, где имеются сведения о течении беременности, о состоянии здоровья беременной.

В приемном отделении роженицу обследуют:

собирают анамнез, производят общее и специальное акушерское исследование (измерение наружных размеров таза, высоты стояния дна матки, окружности живота, выслушивание сердцебиения плода и др.), влагалищное исследование.

В предродовой палате роженица проводит первый период родов. Наружное акушерское исследование в периоде раскрытия производят систематически, обращая внимание на состояние матки во время схваток и вне их, определяют все четыре свойства схваток. Производят записи в истории родов каждые 3 часа. Выслушивают сердцебиение плода каждые 15 минут. Наблюдают за характером вставления и продвижения головки плода по родовому каналу. Это можно определить наружными приемами пальпации, при влагалищном исследовании, выслушивании сердцебиения плода, ультразвуковом исследовании.

Влагалищное исследование производят при поступлении в родильный дом, при излитии околоплодных вод и при возникновении патологического течения родов.

Оценивают и фиксируют в истории родов общее состояние роженицы: окраска кожных покровов и видимых слизистых, пульс, артериальное давление, функция мочевого пузыря и кишечника. При излитии околоплодных вод определяют их количество, цвет, прозрачность, запах.

Для оценки течения родов целесообразно вести партограмму (см. рисунок).

В течение родов различают латентную и активную фазы (Е. А. Чернуха).

Латентная фаза - это промежуток времени от начала регулярных схваток до появления структурных изменений в шейке матки, а это - сглаживание и раскрытие шейки матки до

3-4 см. Длительность латентной фазы 6,4 часа у первородящих и 4,8 часа у повторнородящих.

За латентной фазой наступает активная фаза. Скорость раскрытия шейки матки в активной фазе у первородящих - 1,5-2 см в час, у повторнородящих - 2-2,5 см в час.

При полном раскрытии маточного зева и начале периода изгнания роженицу переводят в родильный зал.

Течение родов в периоде изгнания.

В периоде изгнания схватки - через 2-3-4 минуты по 50-60 секунд и к каждой схватке рефлекторно присоединяется сокращение (произвольное) брюшного пресса.

Этот процесс называется потугами. Под действием потуг плод постепенно рождается через родовой канал, впереди идет предлежащая часть - головка. Рефлекторно сокращаются мышцы тазового дна, особенно когда головка опускается на тазовое дно, присоединяется боль от давления головки на нервы крестцового сплетения. В этот момент появляется желание изгнать головку из родовых путей.

Поступательное движение головки вскоре можно увидеть: выпячивается промежность, затем она растягивается, цвет кожи становится синюшным. Задний проход выпячивается и зияет, половая щель раскрывается и, наконец, появляется нижний полюс головки плода. По окончании потуги головка скрывается за половой щелью. И так несколько раз головка то показывается, то скрывается. Это называется врезыванием головки. Через некоторое время головка по окончания потуги не скрывается - начинается прорезывание головки, которое совпадает с началом третьего момента биомеханизма родов - разгибанием головки (рождение до теменных бугров).

Путем разгибания головка постепенно выходит из-под лонной дуги, затылочная ямка находится под лонным сочленением, теменные бугры плотно охвачены растянутыми тканями. Через половую щель рождается лоб и лицо при соскальзывании с них промежности. Головка родилась, совершает наружный поворот, затем рождаются плечики и туловище вместе с изливающимися задними водами.

Головка плода изменяет свою форму, приспосабливаясь к форме родового канала, кости черепа заходят друг за друга - это называют конфигурацией головки плода. Кроме этого, на головке образуется родовая опухоль - отек кожи подкожной клетчатки, расположенной ниже внутреннего пояса соприкосновения. В этом месте сосуды резко наполняются кровью, в клетчатку, окружающую сосуды, уходит жидкость и форменные элементы крови. Родовая опухоль возникает только после излития вод и только у живого плода. При затылочном предлежании родовая опухоль располагается в области малого родничка, а точнее на одной из примыкающих к нему теменных костей. Родовая опухоль не имеет четких контуров, мягкой консистенции, может переходить через швы и роднички, располагается между кожей и надкостницей.

Опухоль самостоятельно рассасывается через несколько дней после родов.

Родовую опухоль приходится дифференцировать с кефалогематомой (головная кровяная опухоль), возникающей при патологических родах и представляющей собой кровоизлияние под надкостницу.

Ведение периода изгнания.

В периоде изгнания проводят неотступное наблюдение за общим состоянием роженицы, плода и родовыми путями. После каждой потуги обязательно выслушивают сердцебиение плода, так как в этот период чаще возникает острая гипоксия плода и может наступить внутриутробная гибель плода.

Продвижение головки плода в периоде изгнания должно проходить постепенно, постоянно, и она не должна стоять в одной и той же плоскости большим сегментом более часа.

Во время прорезывания головки приступают к оказанию ручного пособия. При разгибании головка плода оказывает сильное давление на тазовое дно, и оно сильно растягивается, может произойти разрыв промежности. С другой стороны, головка плода подвергается сильному сдавлению со стороны стенок родового канала, плод подвергается угрозе травмы - нарушению кровообращения головного мозга. Оказание ручного пособия при головном предлежании снижает возможность этих осложнений.

Ручное пособие при головном предлежании направлено на защиту промежности. Оно состоит из нескольких моментов, совершаемых в определенной последовательности.

Первый момент - воспрепятствование преждевременному разгибанию головки. Головка, прорезываясь через половую щель, должна пройти самой наименьшей своей окружностью (32 см), проведенной по малому косому размеру (9,5 см) в состоянии сгибания.

Принимающий роды становится справа от роженицы, кладет ладонь левой руки на лобок, а ладонные поверхности четырех пальцев располагает на головке, закрывая всю ее поверхность, показывающуюся из половой щели. Легким давлением задерживает разгибание головки и предупреждает быстрое ее продвижение по родовому каналу.

Второй момент - уменьшение напряжения промежности. Для этого правую руку кладут на промежность так, чтобы четыре пальца плотно были прижаты к левой стороне тазового дна в области большой половой губы, а большой палец - к правой стороне. Мягкие ткани осторожно всеми пальцами натягивают и низводят по направлению к промежности, уменьшая этим напряжение промежности. Ладонью этой же руки поддерживают промежность, прижимая ее к прорезывающейся головке.

Избыток мягких тканей уменьшает напряжение промежности, восстанавливает кровообращение и предотвращает разрыв.

Третий момент - выведение головки из половой щели вне потуг. По окончании потуги большим и указательным пальцами правой руки бережно растягивают вульварное кольцо над прорезывающейся головкой. Головка постепенно выводится из половой щели. При начале следующей потуги прекращают растягивание вульварного кольца и вновь препятствуют разгибанию головки. Так повторяют до тех пор, пока головка не подойдет теменными буграми к половой щели. В этот период резко растягивается промежность, возникает опасность разрыва ее.

Четвертый момент - регулирование потуг. Наибольшее растяжение и угроза разрыва промежности возникает, когда головка в половой щели находится теменными буграми. В этот же момент головка испытывает максимальное сдавление, создавая угрозу внутричерепной травмы. Для исключения травматизма матери и плода необходимо регулирование потуг, т.е. выключение и ослабление их или, наоборот, удлинение и усиление. Это осуществляют

следующим образом: когда головка плода установилась теменными буграми в половой щели, а подзатылочная ямка находится под лонным сочленением, при возникновении потуги роженицу заставляют глубоко дышать, чтобы снизить силу потуги, так как во время глубокого дыхания потуги невозможны. В это время обеими руками задерживают продвижение головки, пока схватка не закончится. Вне потуги правой рукой сдавливают промежность над личиком плода таким образом, что она соскальзывает с личика, левой рукой медленно приподнимают головку вверх и разгибают ее. В это время женщине предлагают потужиться, чтобы рождение головки происходило при малой силе напряжения. Таким образом, ведущий роды командами "тужься", "не тужься" достигает оптимального напряжения тканей промежности и благополучного рождения самой плотной и большой части плода - головки.

Пятый момент - освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода.

После рождения головки роженица должна потужиться. При этом происходит наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков (при первой позиции головка лицом поворачивается в сторону противоположную позиции - к правому бедру матери, при второй позиции - к левому бедру). Обычно рождение плечиков происходит самопроизвольно. Если это не произошло, то головку захватывают ладонями в области правой и левой височных костей и щечек. Головку легко и осторожно оттягивают книзу и кзади, пока под лонное сочленение не подойдет переднее плечико. Затем левой рукой, ладонь которой находится на нижней щеке, захватывают головку и приподнимают ее верх, а правой рукой бережно выводят заднее плечико, сдвигая с него ткани промежности. Плечевой пояс родился. Акушерка вводит указательные пальцы рук со стороны спинки плода в подмышечные впадины и туловище приподнимают кпереди (вверх, на живот матери). Ребенок родился.

В зависимости от состояния промежности и размеров головки плода не всегда удается сохранить промежность и происходит ее разрыв. Учитывая, что резаная рана заживает лучше, чем рваная, в случаях, где неминуем разрыв, производят перинеотомию или эпизиотомию.

Течение родов в последовом периоде. После рождения плода начинается третий период родов. Роженица утомлена. Кожные покровы нормальной окраски, пульс выравнивается, артериальное давление нормальное.

Дно матки стоит на уровне пупка. Несколько минут матка находится в состоянии покоя, возникающие схватки безболезненны. При схватке матка становится плотной. Кровотечение из матки незначительное или отсутствует. После полного отделения плаценты от плацентарной площадки дно матки поднимается выше пупка и отклоняется вправо. Контуры матки несколько изменяются, она приобретает форму песочных часов, так как в нижнем отделе ее находится отделившееся детское место.

При появлении потуги послед рождается. Кровопотеря с последом не превышает 150мл (0,5% массы тела роженицы).

После рождения последа матка становится плотной, округлой, располагается посередине, дно ее находится между пупком и лоном.

Ведение последового периода.

В последовом периоде нельзя пальпировать матку, чтобы не нарушить естественный ход последовых схваток и правильное отделение плаценты, а этим избежать кровотечения.

В этот период уделяют внимание новорожденному, общему состоянию роженицы и признакам отделения плаценты.

Родившемуся ребенку отсасывают слизь из верхних дыхательных путей.

Ребенок кричит, активно двигает конечностями. Врач оценивает его состояние в первую минуту и на пятой минуте после рождения по шкале Апгар. Производят первичный туалет новорожденного и первичную обработку пуповины: ее протирают стерильным тампоном, смоченным в 96 спирте, и на расстоянии 10-15 см от пупочного кольца пересекают между двумя зажимами. Конец пуповины новорожденного вместе с зажимом завертывают в стерильную салфетку. Веки протирают стерильными тампонами. Проводят профилактику бленнорреи: оттягивают нижнее веко каждого глаза и на вывернутые веки закапывают стерильной пипеткой по 1-2 капли 30% раствора альбуцида или свежеприготовленного 2% раствора азотнокислого серебра. На обе ручки ребенка надевают браслетки, на которых несмывающейся краской пишут дату рождения, пол ребенка, фамилию и инициалы матери, номер истории родов, дату и время рождения.

Затем ребенка, завернутого в стерильную пеленку, переносят в детскую комнату на пеленальный столик. На этом столике акушерка производит первый туалет новорожденного и вторичную обработку остатка пуповины. Культю пуповины между зажимом и пупочным кольцом протирают 96 спиртом и перевязывают толстой шелковой лигатурой на расстоянии 1,5-2 см от пупочного кольца, если она очень толстая или необходима для дальнейшего лечения новорожденного. Пуповину отсекают на 2 см выше места перевязки ножницами. Поверхность разреза протирают стерильным марлевым тампоном и обрабатывают 10% раствором йода или 5% раствором перманганата калия. Здоровым детям вместо лигатуры накладывают на пуповину скобку Роговина или пластиковый зажим. Перед наложением скобки или зажима место среза пуповины также протирают 96 спиртом, двумя пальцами выжимают вартонов студень и накладывают скобку, отступая на 0,5 см от пупочного кольца. Над скобкой пуповину отсекают, вытирают сухим марлевым тампоном и обрабатывают 5% раствором перманганата калия. В дальнейшем уход за пуповинным остатком производят открытым способом.

Участки кожи, густо покрытые сыровидной смазкой, обрабатывают ватным тампоном, пропитанным стерильным вазелиновым или подсолнечным маслом.

После первичного туалета сантиметровой лентой измеряют рост, окружность головы, груди, живота новорожденного и его взвешивают, определяя массу плода.

Затем его завертывают в теплое стерильное белье и оставляют на обогревающемся пеленальном столике на 2 часа. Через 2 часа переносят в отделение новорожденных.

Недоношенных новорожденных, с подозрением на травму переводят в отделение новорожденных сразу после первичного туалета для проведения специальных лечебных мероприятий.

Последовый период ведут выжидательно. Врач наблюдает за роженицей:

кожные покровы не должны быть бледные, пульс - не превышать 100 ударов в 1 минуту, артериальное давление не должно снижаться более чем на 15-20 мм рт. ст. по сравнению с исходным. Следить за состоянием мочевого пузыря, он должен быть опорожнен, т.к. пе-

реполненный мочевой пузырь препятствует сокращению матки и нарушает нормальное течение отслойки плаценты.

Чтобы диагностировать, отделилась ли плацента от матки, пользуются признаками отделения плаценты. Плацента отделилась и опустилась в нижний отдел матки, дно матки поднимается вверх выше пупка, отклоняется вправо, нижний сегмент выпячивается над лоном (признак Шредера). Лигатура, наложенная на культю пуповины у половой щели, при отделившейся плаценте опускается на 10 см и более (признак Альфельда). При надавливании ребром кисти руки над лоном матка поднимается вверх, пуповина не втягивается во влагалище, если плацента отделилась, пуповина втягивается во влагалище, если плацента не отделилась (признак КюстнераЧукалова). Роженица делает глубокий вдох и выдох, если при вдохе пуповина не втягивается во влагалище, следовательно, плацента отделилась (признак Г. И.Довженко). Роженице предлагают потужиться: при отслоившейся плаценте пуповина остается на месте; а если плацента не отделилась, пуповина после потуг втягивается во влагалище (признак С. Л. Клейна).

Правильный диагноз отделения плаценты ставят по совокупности этих признаков. Роженицу просят потужиться, и послед рождается.

Если этого не происходит, то применяют наружные способы выделения последа из матки.

Способ Абуладзе (усиление брюшного пресса). Переднюю брюшную стенку захватывают обеими руками в складку так, чтобы прямые мышцы живота были плотно охвачены пальцами, расхождение мышц живота устраняется, уменьшается объем брюшной полости. Роженице предлагают потужиться. Отделившийся послед рождается.

Способ Гентера (имитация родовых сил). Кисти обеих рук, сжатые в кулаки, кладут тыльными поверхностями на дно матки. Постепенно давлением книзу послед медленно рождается.

Способ Креде-Лазаревича (имитация схватки) может явиться менее бережным, если не выполнить основные условия при выполнении этой манипуляции. Условия следующие: опорожнение мочевого пузыря, приведение матки в срединное положение, легкое поглаживание матки в целях ее сокращения. Техника метода: дно матки обхватывают кистью правой руки, ладонные поверхности четырех пальцев располагаются на задней стенке матки, ладонь - на дне ее, а большой палец - на передней стенке матки; одновременно всей кистью надавливают на матку в сторону к лонному сочленению, пока послед не родится.

Следующая ответственная задача врача - осмотр последа и мягких родовых путей. Для этого послед кладут на гладкую поверхность материнской стороной вверх и внимательно осматривают плаценту; поверхность долек гладкая, блестящая. Если возникает сомнение в целости последа или обнаружен дефект плаценты, то немедленно производят ручное обследование полости матки и удаление остатков плаценты.

При осмотре оболочек определяют их целость, не проходят ли по оболочкам кровеносные сосуды, как это бывает при добавочной дольке плаценты. Если сосуды на оболочках имеются, обрываются, следовательно, добавочная долька осталась в матке.

В этом случае также производят ручное отделение и удаление задержавшейся добавочной дольки.

Если обнаруживают рваные оболочки, значит, обрывки их задержались в матке.

При отсутствии кровотечения искусственно оболочки не удаляют. Через несколько дней они выделятся сами.

По месту разрыва оболочек можно определить расположение плацентарной площадки по отношению к внутреннему зеву. Чем ближе к плаценте разрыв оболочек, тем ниже прикреплялась плацента, тем большая опасность кровотечения в раннем послеродовом периоде. Врач, осматривавший послед, расписывается в истории родов.

Роженицы в последовом периоде нетранспортабельны.

Кровопотерю во время родов определяют путем измерения массы крови в градуированных сосудах и взвешивания промокших салфеток.

Осмотр наружных половых органов производят на родильной кровати. Затем в малой операционной комнате у всех первородящих и повторнородящих осматривают при помощи влагалищных зеркал стенки влагалища и шейку матки. Обнаруженные разрывы зашивают.

После рождения последа наступает послеродовой период, а роженица называется родильницей. В течение 2-4 часов (ранний послеродовой период) родильница находится в родильном отделении, где следят за ее общим состоянием, состоянием матки, величиной кровопотери. Через 2-4 часа родильницу переводят в послеродовое отделение.

Контрольные вопросы:

1. Причины наступления родов.

2. Предвестники родов.

3. Какие происходят процессы в мышце матки во время каждой схватки.

4. Характеристика схваток.

5. Дать определение и временные параметры первого, второго и третьего периодов родов.

6.Перечислите моменты ручного пособия при головном предлежании по защите промежности.

7. Признаки отделения плаценты.

8. Из каких манипуляций состоит первичный туалет новорожденных. Суть 2-х моментной обработки пуповины.

9. Как определить предлежание по конфигурации головки и родовой опухоли.

10. Способы выделения отделившейся плаценты.

11. Какова физиологическая кровопотеря в родах.

12. Характеристика сердцебиения плода. Способы его регистрации.

Задача № 1 Первобеременная 20 лет, доставлена в родильный дом со схватками через 5-6 минут по 40-45 секунд, средней силы и болезненности, которые продолжаются в течение 7 часов. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено.

Акушерское исследование: окружность живота 96 см, высота стояния дна матки 32 см;

размеры таза: 26-29-32-21. АД - 115/70 мм рт.ст. Пульс 80 уд. в 1 мин, удовлетворительного наполнения. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 146 ударов в 1 минуту, слева, ниже пупка.

Наружные половые органы без патологии. Влагалище не рожавшей женщины.

Шейка матки сглажена, открытие зева 5 см, края тонкие, растяжимы. Плодный пузырь цел, хорошо наливается при схватке. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Малый родничок слева спереди, большой - сзади справа, стреловидный шов в правом косом размере. Малый родничок ниже большого. Мыс не достигается.

Экзостозов в малом тазу нет. Выделения слизистые.

Диагноз? Обоснование диагноза.

Задача № 2 Повторнородящая 26 лет, поступила в родильный дом с началом схваток.

Первая беременность закончилась нормальными родами. Масса плода 3200,0, длина 52 см. Данная беременность вторая. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Размеры таза: 25-28-31-20. Положение плода продольное. Головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 удара в 1 минуту.

Наружные половые органы без патологии. Шейка матки сглажена. Открытие зева полное. Плодного пузыря нет. Головка плода находится в полости малого таза;

она занимает всю внутреннюю поверхность лона, всю крестцовую впадину, седалищные ости с боков. Малый родничок - спереди у лона, большой - сзади у крестца, выше малого. Стреловидный шов в прямом размере.

Диагноз? В какой плоскости малого таза расположена головка? План ведения родов.

Тема № 7
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ.

Продолжительность занятия - 90 минут.

Цель занятия: ознакомить студентов с современными методами обезболивания родов, препаратами, оценкой эффективности обезболивания родов, важностью взаимодействия акушера-гинеколога и анестезиолога, особенно при тяжелых видах акушерской патологии для выработки единой программы анестезиологореанимационного пособия этим больным.

Ординатор должен знать: роль физиопсихопрофилактической подготовки к родам ("русский метод" и основанная на нем система Ламазе), методику и план проведения занятий по психопрофилактике, действие различных веществ и их комбинаций, применяемых для обезболивания I и II периодов родов, обезболивание родов методом в/в, ингаляционной,

эпидуральной анальгезии, электроанальгезии, спазмоанальгетиками, обезболивание осложненных родов.

Ординатор должен уметь: осуществить выбор метода обезболивания, произвести осмотр роженицы для выявления показаний и противопоказаний к обезболиванию родов, выписать рецепты.

Место занятия: предродовая палата, родильный зал, учебная комната.

Оснащение: рисунки и макеты для психопрофилактической подготовки беременных к родам.

План организации занятия:

Организационные вопросы. Обоснование темы занятия - 5 минут.

Контроль исходного уровня знаний студентов - 20 минут.

Демонстрация наркозной аппаратуры и ее работы. Изучение действия основных фармакологических препаратов, применяемых для обезболивания родов;

освоение методики их применения при обезболивании нормальных и осложненных родов. Обучение физиопрофилактической подготовке к родам минут.

Подведение итогов занятия. Домашнее занятие. - 5 минут.

Содержание занятия Студентам напоминают об изменениях в организме в ходе беременности.

Быстрый рост беременной матки сопровождается высоким стоянием диафрагмы и печени, что, в свою очередь, приводит к смещению сердца, оттеснению кверху легких и ограничивает их экскурсию. Основными изменениями гемодинамики, связанными с увеличением срока беременности, является увеличение до 150 % исходного ОЦК, умеренное повышение периферического сопротивления, возникновение маточноплацентарного кровообращения, увеличение легочного кровотока со склонностью к гипертензии, частичная окклюзия в системе нижней полой вены.

Синдром нижней полой вены (постуральный гипотензивный синдром) выражается в быстро возникающей гипотензии (иногда в сочетании с брадикардией, тошнотой, рвотой, одышкой) при укладывании роженицы на спину. В основе его лежит частичное сдавливание беременной маткой нижней полой вены с резким падением венозного притока к сердцу. Восстановление исходного артериального давления наступает после поворота роженицы на бок (лучше на левый).

Обезболивание родов составляет основу акушерской анестезиологии.

В отличие от хирургических операций, в родах не требуется достижения глубоких стадий III1-2, а является достаточной стадия анальгезии (I3) при сохранении у рожениц сознания, контакта с врачом, при необходимости - активного участия в родах.

Непосредственными причинами возникновения родовой боли являются:

1. раскрытие шейки матки, которая обладает высокочувствительными болевыми рецепторами;

2. сокращение матки и натяжение круглых маточных связок, париетальной брюшины, являющейся особо чувствительной рефлексогенной зоной;

3. раздражение периоста внутренней поверхности крестца вследствие натяжения крестцово-маточных связок и механического сдавливания этой области при прохождении плода;

4. чрезмерное сокращение матки как полого органа при наличии относительных препятствий к ее опорожнению, сопротивление мышц тазового дна, особенно при анатомическом сужении входа таза;

5. сжатие и растяжение во время сокращений матки кровеносных сосудов, представляющих обширную артериальную и венозную сеть и имеющих высокочувствительные баромеханорецепторы;

6. изменение химизма тканей - накопление во время длительного сокращения матки недоокисленных продуктов тканевого метаболизма (лактат, пируват), временно создающаяся ишемия матки в связи с периодически повторяющимися схватками.

Нефармакологические методы аналгезии Подготовка к деторождению, гипноз, акупунктура и чрескожная электронейростимуляция (ЧЭНС) являются методами воздействия на психофизиологический аспект боли. Индивидуальное восприятие боли пациентом зависит от ряда взаимозависимых и осложняющих обстоятельств, таких как физическое состояние, ожидание, подавленность, мотивация и воспитание. Боль в родах усиливается такими факторами, как страх перед неизвестностью, опасностью, опасениями, предшествующим негативным эпытом. С другой стороны, боль ослабляется или лучше переносится, если у пациента есть уверенность, понимание процесса родов, если ожидания реалистичны; используются дыхательные упражнения, выработанные рефлексы, эмоциональная поддержка и другне методики отвлечения.

Собственный выбор пациента важен для успеха всех физиологических методик. Среди факторов, асоциирующихся с успехом этих методов, - искренняя заинтересованность роженицы и инструктирующего или обслуживающего персонала, более высокий социоэкономический и образовательный уровень, положительный предшествующий опыт и нормальные роды.

Подготовка к родам Подготовка к деторождению состоит из серии бесед, участие в которых будущего отца весьма желательно. Обучение родителей сути процессов, сопровождающих беременность и роды, проводится в виде лекций, аудиовизуальных занятий, групповых дискуссий. Мать необходимо обучить правильному расслаблению, упражнениям, укрепляющим мышцы живота и спины, повышающим общий тонус, расслаблению суставов (в основном тазобедренных). Ее также следует обучить использованию разных способов дыхания при маточных сокращениях в первой и второй стадиях родов, а также непосредственно в момент рождения головки плода.

Хотя подготовка к деторождению снижает реакцию на боль, нужда в других методах обезболивания остается приблизительно такой же, как и в контрольной группе. Вместе с тем необходимость обезболивания у подготовленных женщин в процессе родов наступает все же позднее. Целесообразно обсудить возможный способ обезболивания еще во время дородовых бесед и избегать применения медикаментов без серьезной необходимости либо

могущих причинить вред плоду. Если это не сделано, результатом может быть значительное снижение (иногда - полное отсутствие) эффекта медикаментозного обезболивания, если необходимость его все-таки возникла. Следует четко разъяснить, что применение эпидуральной анестезии или других необходимых методик обезболивания при правильном выполнении для ребенка безвредно.

Необходимо отметить, что психопрофилактическая подготовка беременных к родам, разработанная и внедренная в широкую практику впервые в России (в Европе этот метод носит название - метод Ламазе, или "русский метод"), заключается в том, чтобы с помощью отдельных занятий повысить порог возбудимости коры головного мозга и создать так называемую положительную родовую доминанту в коре головного мозга. Психопрофилактическая подготовка не является самостоятельным методом, а осуществляется в комплексе с физической подготовкой беременных. Ее следует начинать с первого посещения беременной консультации и завершать за 7-10 дней до родов. Первое занятие врач проводит индивидуально, следующие занятия - специально обученная акушерка групповым методом. Занятий всего 5.

Психопрофилактическая подготовка беременных к родам заключается в том, чтобы с помощью отдельных занятий повысить порог возбудимости коры головного мозга и создать так называемую положительную родовую доминанту в коре головного мозга.

Психопрофилактическая подготовка не является самостоятельным методом, а осуществляется в комплексе с физической подготовкой беременных. Ее следует начинать с первого посещения беременной консультации и завершать за 7-10 дней до родов. Первое занятие врач проводит индивидуально, последующие - специально обученная акушерка групповым методом. Занятий всего 5. Разобрать цель каждого из них.

I ЗАНЯТИЕ
Цель - установить психологический контакт между врачом и беременной, выяснить отношения в семье, условия быта и труда, ознакомиться с особенностями личности беременной и ее отношением к беременности и родам (желанная ли беременность, какие опасения есть у беременной, какая социально-правовая помощь ей нужна).
II ЗАНЯТИЕ
План:

1. Гигиена беременной во II и III триместрах;

2. Анатомо-физиологические особенности женского организма (строение половых органов, менструальный цикл, зачатие, развитие беременности);

3. Периоды родов (краткая характеристика);

4. Роды как безболезненный и малоболезненный физиологический акт.

III ЗАНЯТИЕ
Подготовка к первому периоду родов.
План:

1. Признаки начала родов;

2. Схватки и механизм раскрытия шейки матки;

3. Приемы обезболивания:

- углубленное дыхание, значение дыхания во время родов;

- поглаживание кожи живота и потирание поясницы;

- прижатие “точек обезболивания”;

4. Другие наставления по управлению родами:

- усиление схваток при ходьбе и в положении на боку;

- наблюдение за схватками по минутам.

5. Обучение приемам обезболивания и обоснование их действенности.

Акцентируют внимание беременных на том, что излитие вод даже при отсутствии схваток является показанием для экстренного поступления в родильный дом.

IV ЗАНЯТИЕ
Подготовка ко второму периоду родов.
План:

1. Признаки наступления второго периода родов;

2. Механизм периода изгнания;

3. Обучение проведению второго периода родов:

- тренировка проведения потуги,

- поведение в момент выведения головки

4. Послеродовый период.

V ЗАНЯТИЕ
Установка на родильный дом.
План:

1. Последовательное описание обстановки родильного дома и тех процедур, которые проходит роженица.

2. Отправление основных физиологических потребностей в родах.

3. Акушерское наблюдение в родах.

4. Радость материнства и взаимоотношения с персоналом родильного дома.

Последние 4 занятия целесообразно проводить во время дородового отпуска.

Гипноз Гипнозом называется состояние измененного сознания; он не является состоянием сна. Уровень сознания снижается, концентрация становится более глубокой. Типичный

гипнотический курс состоит из ежедневных занятий в течение 5нед, в процессе которых женщина обучается расслаблению, а также способам достичь гипнотического состояния легко и эффективно. С наступлением родов женщина сама может достигать и поддерживать гипнотическое состояние до завершения их. Механизм гипноза многокомпонентен и, так же как и другие методы психологического обезболивания, включает в себя заданную установку, мотивацию, условные рефлексы и тренировку. Отбор пациенток имеет существенное значение, так как методика эффективна не во всех случаях. Подготовка к гипнозу в родах требует немало времени и применяется редко.

Акупунктура Акупунктура - это одновременно искусство и философия. Согласно представлениям китайской культуры, каждый орган имеет определенное количество энергии. Часть энергии используется органом местно, остальное отправляется прочь по циркулярным путям, возвращаясь в конце концов к тому же органу. Эти пути называются меридианами и расположены под кожей. Когда орган болен или является источником боли, продуцируемая энергия ненормальна: ее либо слишком мало, либо слишком много. Введение игл в соответствующих точках вдоль меридиана может снять боль, вернув энергию к нормальному уровню. Дополнительным элементом, специфическим для акупунктуры является теория «ворот боли». Вибрация иглы перекрывает эти ворота в центральной нервной системе либо высвобождает эндорфины, прерывающие передачу болевых импульсов Вероятно, что механизм действия так, же включает в себя установку, мотивацию, ожидание и обстановку.

Теоретически акупунктура должна быть идеальным способом обезболивания родов, однако обычно наступает только частичное обезболивание, и большинство пациенток нуждаются в применении дополнительных методов аналгезии второй стадии родов.

Метод интересен, но исходя из существующей информации нет оснований полагать, что он может занять принципиальное место в акушерской аналгезии и анестезии.

Чрезкожная электронейростимуляция (ЧЭНС) ЧЭНС применяется для обезболивания родов уже много лет. В процессе родов две пары электродов накладываются на спину роженице. Верхняя пара помещается с двух сторон от средней линии, в области проекции дерматомов задних ветвей от T10 до L1. Нижняя пара помещается на обеих половинах крестца. Электроды подсоединяются к прибору. Роженицы может регулировать силу действия прибора.

Обычно в первой стадии родов используется низкоамплитудная стимуляция, вызывающая чувство легкого покалывания, с увеличением стимуляции во время сокрашений матки. Степень стимуляции будет варьировать в соответствии с потребностью и устойчивостью к боли каждой конкретной женщины. Диапазон амплитуды в основном от 1 до 40 МА, с диапазоном частот 40-150 Гц и частотой импульсов 30-250 мкс. Роженица активирует верхнюю пару электродов во время первой стадии родов и включает крестцовые электроды в конце первой стадии либо в то время, когда ощутила боль в низу спины. Эта форма аналгезии безопасна, неинвазивна, легко доступна к выполнению медсестрой или акушеркой.

Эффективность ЧЭНС вариабельна. Некоторые авторы утверждают, что 44% рожениц оценили обезболивание как "хорошее" либо "очень хорошее" в то время как 12% нашли его неэффективным. Однако большинство сообщений о применении ЧЭНС в родах анекдотичны и среди них крайне мало выполненных методически четко.

Основной недостаток метода - затруднение при его применении электронного мониторирования сердечного ритма у плода. Хотя сама ЧЭНС не влияет на сердечный ритм плода, до тех пор пока не станут широко доступны фильтры, блокирующие электронные помехи для мониторирующего оборудования, ее использование в родах будет ограничено.

Лекарственные препараты в обезболивании родов

Основные положения, из которых следует исходить:

1. Применяемые средства должны обладать строго избирательным анальгезирующим эффектом, без выраженного наркотического действия.

2. Применение комбинации анальгетиков со спазмолитическими средствами укорачивает продолжительность родов, особенно первого периода.

3. Увеличение длительности анальгезирующего эффекта может быть достигнуто путем комбинированного применения фармакологических средств, способных к потенциированию и взаимному удлинению действия на основе сочетания малых доз.

4. Применяемый способ обезболивания не должен угнетать родовую деятельность и оказывать отрицательное воздействие на плод и новорожденного.

5. Метод должен быть легко управляемым и доступным.

Медикаменты, применяемые в родах, могут быть разделены на три типа:

вводимые парентерально для снятия боли и тревоги, применяемые для местной инфильтрации и региональных блокад и используемые для ингаляционной аналгезии и анестезии. Все они проходят через плацентарный барьер, различаясь в скорости проникновения и количестве. Они включают в себя несколько групп: наркотики, седативные средства/транквилизаторы, амнестики и ингаляционные анестетики, местные анестетики.

Наркотики Наркотики - наиболее эффективные системно действующие агенты, применяемые для обезболивания родов. Однако ни один из применяемых в наше время препаратов этой группы не может обеспечить эффективной аналгезии, не сопровождающейся побочными эффектами для матери и/или млада. Кроме того, эти лекарственные препараты используют скорее для снижения, чем для полного прекращения боли. Наиболее серьезный побочный эффект применения наркотических препаратов - угнетение дыхания как матери, так и плода. Существует отчетливое различие в проявлении этого эффекта в зависимости от пути введения; угнетение дыхания наиболее выражено через 2-3 ч после внутримышечного (в/м) введения, но наиболее часто в течение 1-го часа после внутривенного (в/в) введения эквивалентных доз. Другим побочным эффектом всех наркотиков является ортостатическая гипотензия вследствие периферической вазодилатации. В горизонтальном положении артериальное давление, частота сердечных сокращений и ритм остаются неизменными, однако при попытке сесть или встать артериальное давление может резко снизиться, часто даже сопровождаясь аритмией. Могут возникнуть тошнота и рвота, вероятно, вследствие прямой стимуляции хеморецепторов триггерных зон продолговатого мозга. Выраженность рвотного действия зависит от дозы и обычно сходна по интенсивности для равных по аналгетической активности доз разных наркотиков. Некоторые женщины, однако, имеют большую чувствительность к некоторым наркотикам по сравнению с другими. Обычно наркотики стимулируют гладкую мускулатуру, но они снижают моторику желудка и могут ослаблять сокращения матки будучи назначены во время латентной

или в начале активной фазы родов. Однако, когда развитие родов стабилизировалось, они могут скорректировать некоординированные маточные сокращения вследствие снижения секреции адреналина в ответ на обезболивание.

В практике доступно несколько вариантов наркотических препаратов. При правильно подобранной дозировке они имеют сходный аналгетический эффект; выбор обычно базируется на степени потенциалъных побочных эффектов и желаемой длительности действия. В основном в/в введение предпочтительнее, чем в/м так как эффективная доза снижается на 1/3 -1/2 и действие начинается значительно скорее (5-10 мин против 40-50).

Морфин - самый дешевый из наркотических препаратов, в последнее время все более утрачивает популярность вследствие его многочисленных побочных эффектов для роженицы и выраженной тенденции к угнетению дыхания плода.

Меперидин (петидин, промедол, демерол, омнопон, дипидолор, долантин) стал стандартом для сравнения с более новыми наркотиками. Он назначается внутримышечно в дозе 50-100 мг, внутривенно - 25-50 мг. В родах наиболее удачной считается схема, при которой первая доза 50 мг вводится в/в с добавлением в последующем по 25 мг с интервалом не менее 1 ч. Первичный побочный эффект для матери депрессия дыхания, отсроченный эффект для плода - депрессия при рождении и понижение нейроповеденческой оценки в первый и второй дни жизни.

Фентанил (сублимаз) в 750-1000 раз сильнее мепередина. Обычная доза 50-100 мкг в/м или 25-50 мкг в/в. Основной побочный эффект - потенциально высокий риск депрессии дыхания. Хотя препарат обладает коротким сроком действия, длительность депрессии дыхания может этот срок превышать.

Альфентанил (альфента) и суфентанил (суфента) действуют немедленно после в/в введения. Альфентанил мощнее фентанила в 1,3 раза, суфентанил - в 7-10 раз. Какихлибо преимуществ перед фентанилом не имеют, но более дороги.

Буторфанол (стодол, морадол) и пентазоцин (талвин, лексир, фортрал) опиоидные агонисты-антагонисты, т. е. обладают двойным действием. Они были получены в процессе поиска анальгетика с минимальным риском привыкания либо совсем без него. Считается, что они имеют «потолок» депрессии дыхания, т. е.

большие повторные дозы вызывают меньший депрессивный эффект, чем первоначальная. Обычная доза бугорфанола 1-2 мг в/м или 1 мг в/в. Основной побочный эффект сонливость. Пентазоцин назначается в дозе 20--30 мг в/м или 10в/в.

Налорфин, налоксон (наркан) - наиболее предпочтительный из ныне существующих наркотических антагонистов. Начальная доза для взрослых 0,4 мг в/в. Доза для новорожденного 0,01 мг/кг как в/в, так и, при нормальной перфузии, в/м. Эффект развивается в течение нескольких минут и длится 1-2 ч. Поскольку налоксон обладает относительно коротким действием, при применении его в случае передозировки наркотиков у матери или новорожденного за ними необходимо тщательное наблюдение и повторное введение при необходимости. Налоксон не рекомендуется применять как у матерей, злоупотреблявших наркотиками, так и у их детей в связи с риском острого развития синдрома отмены.

Седативные средства / транквилизаторы Применяются в родах для снятия возбуждения и уменьшения тошноты и рвоты.

Фенотиазины, прометазин (фенерган) в дозе 15-25 мг в/в или 50 мг в/м, промазин (спарин) 15-25 мг в/в или 50 мг в/м и пропиомазин (ларгон) 10 мг в/м часто комбинируются с первой дозой меперидина. Получаемая в результате седация может вести к снижению необходимой впоследствии дозы наркотиков. Гидроксизин (вистарил) - 50 мг в/м также снижает потребность в наркотиках. Несмотря на быстрое проникновение через плацентарный барьер и уменьшение частоты сердечных сокращений плода, в рекомендованных дозах не вызывают неонатальной депрессии.

Кетамин (кеталар, калипсол) - диссоциативный препарат, является не только мощным амнестиком, но и прекрасным анальгетиком. Вследствие амнестического эффекта он вряд ли целесообразен для использования в рутинных родах. Тем не менее он является хорошим дополнением к местным и регионарным блокадам при влагалищных родах или малых акушерских манипуляциях; в/в доза 0,2-0,4 мг/кг вызывает удовлетворительную анестезию у бодрствующей роженицы без отрицательного влияния на ее гемодинамику, сократимость матки или состояние плода. Назначение столь низких доз может повторяться каждые 2- 5 мин, но не более 100 мг за 30 мин.

Ингаляционная анестезия Ингаляционная аналгезия вызывается назначением низких концентраций веществ, обладающих анальгетическими свойствами, обеспечивающими обезболивание без угнетения сознания и защитных рефлексов. Сохраняется способность выполнять команды. В процессе родов беременная должна начать вдыхание газа либо ингалята как только ощутит начало маточного сокращения. Врач или медсестра могут использовать постоянную ингаляцию. В настоящее время наиболее часто для ингаляционной анестезии применяются закись азота и изофлюран, трихлорэтилен (трилен, наркоген), метоксифлюран (пентран), фторотан (галотан). Оба имеют короткое время начала действия и обеспечивают быстрое пробуждение. Из других галогенированных анестетиков галотан обладает слабой анальгетической активностью, а энфлюрану свойственна более высокая степень биотрансформации и более выраженная депрессия миокарда, чем у изофлюрана. В процессе родов смесь из 50% закиси азота и 50% кислорода может быть использована самой роженицей в качестве аутоаналгезии. В родах также может быть рекомендован диапазон концентраций от 30% закиси азота - 70% кислорода для рожениц, получавших анальгетики парентерально, до 40% закиси азота - 60% кислорода у не получавших другой аналгезии.

Регионарная анестезия Эпидуральная аналгезия.

Каудальная аналгезия.

Субарахноидальное введение опиоидов.

Продленная спинальная аналгезия.

Парацервикальный блок.

Блок срамного нерва.

Местная инфильтрация промежности.

Бупивакаин - 0,25 % р-р, лидокаин - 1-1,5-5 % р-р, новокаин -0,25-0,5 % р-р, маркаин

Обезболивание осложненных родов:

1. При слабости родовой деятельности и при дискоординированной родовой деятельности: Премедикация + -оксимасляная кислота -ГОМК (натрия оксибутират).

2. При кесаревом сечении:

Общая анестезия

Достоинства:

возникает быстро;

незначительное число неудачных случаев;

дает возможность быстрого доступа ко всем участкам организма для хирургического или анестезиологического вмешательства;

позволяет осуществить выключение, защиту и контроль дыхательных функций;

обеспечивает возможность изменения и контроля функций сердечнососудистой системы;

быстро снимает судороги.

Недостатки:

возможность неудач при интубации или введения интубационной трубки в пищевод;

риск аспирации содержимого желудка;

риск неожиданного пробуждения;

может произойти непредвиденное расслабление мускулатуры матки;

риск угнетения ЦНС у плода и новорожденного;

возникновение аномальной реакции на лекарственные агенты.

Регионарная анестезия

Достоинства:

отсутствует риск аспирации желудочного содержимого;

нет опасности неудач при интубации (однако необходимо обратить внимание на то, что указанные в п. 1 и 2 осложнения могут возникнуть, если развивается общая спинальная блокада или системный токсикоз);

реже снижается кровяное давление;

не происходит уменьшения тонуса матки;

отсутствует риск непредусмотренного выхода из состояния анастезии;

мать может рано вступать в контакт с ребенком и начать грудное вскармливание.

Недостатки:

случаи полного отсутствия эффекта;

анестезия может быть недостаточной, например, выпадают некоторые сегменты и она носит монолатеральный характер;

неожиданно высокая или полная блокада;

головная боль после спинномозговой пункции;

последующие неврологические осложнения;

системная токсичность местных анестетиков (вводимых эпидурально);

Выбор способа анестезии при кесаревом сечении в значительной степени определяется опытом анестезиолога и хирурга и желанием пациентки. При прочих равных условиях регионарная анестезия, возможно, более безопасна, чем общая. Помимо перечисленных выше достоинств и недостатков, существуют некоторые специальные показания и противопоказания к применению методов как общей, так и местной анестезии.

Показания к общей анестезии:

требование роженицы;

физиологические особенности пациентки, препятствующие выполнению регионарной блокады;

значительная кровопотеря/гиповолемия;

эклампгические судороги либо измененный уровень сознания роженицы;

необходимость немедленного выполнения хирургической операции, если невозможен спинальный блок.

Противопоказания к общей анестезии:

наличие обстоятельств, затрудняющих либо делающих невозможной интубацию трахеи;

аллергия либо патологическая реакция на общую анестезию в анамнезе;

заболевания матери, могущие осложнить проведение общей анестезии, такие как нижеперечисленные:

серповидно-клеточная анемия; миастения; дистрофическая миотония;

злокачественная гипертермия; диабет.

Показания для регионарной анестезии:

просьба роженицы;

преждевременные роды;

улучшение связи матери и плода;

большая безопасность по сравнению с общей анестезией;

тромбоз глубоких вен в анамнезе.

Противопоказания к регионарной анестезии:

отказ роженицы;

повышенная кровоточивость, нарушения свертывающей системы крови;

локальный сепсис;

септицемия;

аллергия пациентки на местные анестетики.

3. При малых акушерских операциях.

Контрольные вопросы:

1. Значение психопрофилактической подготовки к родам и ее проведение.

2. Место и значение фармакологического обезболивания в родах.

3. Требования к фармакологическим средствам, применяемых при обезболивании родов.

4. Обезболивание I периода родов.

5. Обезболивание II периода родов.

6. Аппаратура, применяемая в современном акушерстве для обезболивания родов.

7. Обезболивание патологических родов: слабость родовой деятельности, дискоординация родовой деятельности, поздние гестозы и др.

8. Ингаляционное обезболивание родов.

9. Эпидуральная анестезия.

10. Изменения, наблюдаемые со стороны ССС и системы дыхания при беременности.

11. Особенности транспорта веществ через плаценту.

12. Синдром Мендельсона и его профилактика.

13. Постуральный гипотензивный синдром.

14. Психопрофилактика по Вельвовскому - Ламазе.

Задача № 1 Роженица пребывает в первом периоде родов. Частота схваток: через каждые 3 минуты. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева - 3 см, головка плода малым сегментом в плоскости входа в малый таз. Через 2 часа - открытие маточного зева - 5-6 см, головка плода большим сегментом в плоскости входа в малый таз. Схватки частые, болезненные.

Какой метод обезболивания применить.

Тема № 8.
ТАЗОВЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛОДА (БИОМЕХАНИЗМЫ И КЛИНИКАРОДОВ)

Продолжительность занятия - 180 минут.

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

Ординатор 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.

Ординатор 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 и Брахту;

классическое акушерское пособие; продемонстрировать выведение головки плода по методу Мориссо-Левре- Ла Шапель и Смелли-Файту; правильно записать данные обследования в истории родов; поставить диагноз и определить тактику ведения родов (роды через естественные родовые пути или операция кесарева сечения).

План организации занятия:

Организационные вопросы и обоснование темы - 5 минут.

Контроль исходного уровня знаний студентов - 40 минут.

Биомеханизм родов при тазовом предлежании плода, занятия на фантоме, курация беременных или рожениц - 130 мин.

Итоги занятия, домашнее задание - 5 минут.

Место занятия: учебная комната, родильный зал, отделение патологии беременных.

Оснащение: фантом, кукла, модель костного таза, таблицы с видами тазового предлежания плода и моментами биомеханизма родов, акушерскими пособиями по Цовьянову, основными моментами классического ручного пособия, осложнениями родов (запрокидывание ручек, разгибание головки, образование заднего вида), диапозитивы, видеофильмы.

Содержание занятия.

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:

1. чистоягодичное предлежание, когда ножки согнуты в тазобедренных суставах и разогнуты в коленных суставах и прижимают ручки к туловищу плода,

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

3. 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.

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 бо-

ковому сгибанию, обращенному выпуклостью кзади в соответствии с изгибом оси таза. Ведущая точка расположена на передней ягодице.

Второй момент - боковое сгибание поясничной части позвоночника плода.

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.

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.

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.

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.

БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ СМЕШАННОМ ЯГОДИЧНОМ И НОЖНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ.

Биомеханизм родов при данных предлежаниях отличается тем, что первыми из половой щели показываются вместо ягодиц либо ягодицы и ножки плода (при смешанном ягодичном предлежании), либо ножки (при полном ножном предлежании) или ножка (при неполном ножном предлежании). В последнем случае разогнутой (предлежащей) ножкой бывает, как правило, передняя.
Родовая опухоль при ягодичных предлежаниях располагается на ягодицах, которые от этого становятся отечными и сине-багровыми. Часто родовая опухоль переходит с ягодиц на наружные половые части плода, что проявляется отеком мошонки или половых губ. При смешанном ягодичном и ножных предлежаниях родовая опухоль расположена на передней ножке.

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 отличает от течения родов при головном предлежании ряд 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 тазовыми предлежаниями 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 осложняет вторичная слабость родовых 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 удается без риска нанести серьезную травму матери и особенно плоду.

Серьезным осложнением родов при ножом 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 шеечный 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, предлежание плаценты 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 3600г и более. Самопроизвольные роды при тазовом предлежании оправданы при средней массе тела плода, отсутствии тяжелых заболеваний и акушерских осложнений у матери; в остальных случаях более оправдано кесарево сечение.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ.
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 целости 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 кольпейриза при тазовых предлежаниях плода в настоящее время не применяют.

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

Независимо от целости 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 мониторного 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 необходимо внутривенное введение спазмолитиков.

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 наклонения таза способствует более легкому прохождению головки через таз.

При прорезывании ягодиц с целью ускорения второго периода родов всегда показана перинео- или эпизиотомия.

После прорезывания ягодиц при чисто ягодичном предлежании приступают к оказанию роженице ручного пособия по методу Н. А. Цовьянова. 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.

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.

Основная цель, которую преследует метод ручного пособия при ножном предлежании (метод Цовьянова – II), сводится к предупреждению рождения ножек плода до полного раскрытия маточного зева.

Для этого, покрыв половую щель роженицы стерильной пеленкой, 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 шеечный 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 контракционного 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).

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 косой 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 - слагается из двух моментов: сгибания головки и ее выведения из половой щели.

Первый момент - сгибание головки - достигают следующим образом. Плод сажают на предплечье врача с перекинутыми по обе стороны его ножками.

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.

Одновременно с этим и при том же положении рук врача осуществляется и второй момент операции - 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.

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

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 лода.

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.

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. Индекс Соловьева 13,5 см. Ромб Михаэлиса 10х10 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 15 см. Ромб Михаэлиса правильной формы, 11х10 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.

Тема № 9
ФИЗИОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА.

Продолжительность занятия - 90 минут.

Цель занятия: изучить клиническое течение и ведение физиологического послеродового периода, ознакомить со структурой и принципами работы послеродового отделения.

Ординатор должен знать: изменения в сердечно-сосудистой, эндокринной, выделительных системах, в половых органах и молочных железах у родильницы в послеродовом периоде, особенности течения и ведения послеродового периода, санитарно-гигиенические мероприятия в послеродовом периоде, основные принципы грудного вскармливания.

Ординатор должен уметь: провести дифференциальный диагноз физиологического и осложненного течения послеродового периода, правильно осмотреть родильницу (общий осмотр, состояние молочных желез, темпы инволюции матки), по данным объективного и дополнительных методов обследования (УЗИ, анализ крови, анализ мочи, мазки на влагалищную флору) дать оценку течения послеродового периода.

Место занятия: учебная комната, палаты и смотровая физиологического послеродового отделения, кабинет ультразвуковой диагностики, родильный блок.

Оснащение: таблицы, слайды, муляжи, видеофильмы.

План организации занятия:

Обоснование темы занятия - 5 мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов по теме - 35 мин.

В учебной комнате, родильном блоке, в послеродовом отделении - разбор клиники раннего послеродового периода и принципов наблюдения за родильницами, клинический разбор состояния нескольких родильниц в различные дни послеродового периода - 40 мин.

Итоги занятия, домашнее задание - 10 мин.

Содержание занятия.

Послеродовым (пуэрперальным) периодом называют период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6-8 недель. В течение этого времени происходит об-

ратное развитие (инволюция) всех органов и систем, которые подверглись изменению в связи с беременностью и родами. Исключение составляют молочные железы, функция которых достигает расцвета именно в послеродовой период. Наиболее выраженные инволюционные изменения происходят в половых органах, особенно в матке. Темп инволюционных изменений максимально выражен в первые 8-12 суток.

Ближайшие 2-4 часа после родоразрешения выделяют особо и обозначают как ранний послеродовой период. По истечении этого времени начинается поздний послеродовой период.

После рождения последа матка значительно уменьшается в размерах из-за резкого сокращения ее мускулатуры. Ее тело имеет почти шаровидную форму, сохраняет большую подвижность за счет понижения тонуса растянутого связочного аппарата. Шейка матки имеет вид тонкостенного мешка с широко зияющим наружным зевом с надорванными краями и свисающего во влагалище. Шеечный канал свободно пропускает в полость матки кисть руки. Вся внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность с наиболее выраженными деструктивными изменениями в области плацентарной площадки. Просветы сосудов в области плацентарной площадки сжимаются при сокращении мускулатуры матки, в них образуются тромбы, что способствует остановке кровотечения после родов. В последующие дни инволюция матки происходит очень быстро. Каждые сутки высота стояния дна матки понижается в среднем на 2 см. Нужно учитывать, что темпы инволюции находятся в зависимости от паритета родов, степени ее растяжения во время беременности (крупный плод, многоводие, многоплодие), грудного вскармливания с первых часов послеродового периода, функции соседних органов. За счет сдавления кровеносных и лимфатических сосудов, часть из них облитерируется.

Цитоплазма части мышечных клеток подвергается жировому перерождению, а затем жировой дистрофии. Обратное развитие происходит также в межмышечной соединительной ткани. Значительная часть сосудов облитерируется и превращается в соединительнотканые тяжи.

Процесс заживления внутренней поверхности матки начинается с распада и отторжения обрывков губчатого слоя децидуальной оболочки, сгустков крови, тромбов. В течение первых 3-4 дней полость матки остается стерильной. Этому способствует фагоцитоз и внеклеточный протеолиз. Распадающиеся частицы децидуальной оболочки, сгустки крови и другие отторгающиеся тканевые элементы представляют собой лохии. Эпителизация внутренней поверхности матки происходит параллельно с отторжением децидуальной оболочки и заканчивается к 10 дню послеродового периода (кроме плацентарной площадки). Полностью эндометрий восстанавливается через 6-8 недель после родов. Обычный тонус связочного аппарата матки восстанавливается к концу 3 недели.

Инволюция шейки матки происходит медленнее. Раньше других отделов сокращается и формируется внутренний зев. Это связано с сокращением циркулярных мышечных волокон. Через 3 суток внутренний зев пропускает один палец.

Формирование шеечного канала заканчивается к 10 дню. К этому времени полностью закрывается внутренний зев. Наружный зев смыкается к концу 3 недели и принимает щелевидную форму.

В яичниках в послеродовом периоде заканчивается регресс желтого тела и начинается созревание фолликулов. Вследствие выделения большого количества пролактина у кормящих женщин менструация отсутствует в течение нескольких месяцев или всего времени

кормления грудью. У некормящих женщин менструация восстанавливается через 6-8 недель после родов. Первая менструация после родов, как правило, происходит на фоне ановуляторного цикла: фолликул растет, зреет, но овуляция не происходит, и желтое тело не образуется.

В эндометрии происходят процессы пролиферации. Вследствие атрезии фолликула и падения титра эстрогенных гормонов наступает отторжение слизистой оболочки матки - менструация. В дальнейшем овуляторные циклы восстанавливаются.

У некоторых женщин овуляция и наступление беременности возможны в течение первых месяцев после родов, даже на фоне кормления грудью.

Функция молочных желез после родов достигает наивысшего развития. Во время беременности под действием эстрогенов формируются млечные протоки, под влиянием прогестерона происходит пролиферация железистой ткани. Под влиянием пролактина происходит усиленный приток крови к молочным железам и усиленная секреция молока, что ведет к нагрубанию молочных желез, наиболее выраженному на 3-4 сутки послеродового периода. Секреция молока происходит в результате сложных рефлекторных и гормональных воздействий и регулируется нервной системой и лактогенным (пролактин) гормоном аденогипофиза. Стимулирующее действие оказывают гормоны щитовидной железы и надпочечников, а также рефлекторное воздействие при акте сосания. В первые сутки послеродового периода молочные железы секретируют молозиво. Молозиво - густая желтоватая жидкость с щелочной реакцией. Она содержит молозивные тельца, лейкоциты, молочные шарики, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков. Молозиво богаче зрелого грудного молока белками, жирами, минеральными веществами. Белки молозива по аминокислотному составу занимают промежуточное положение между белковыми фракциями грудного молока и сыворотки крови, что, очевидно, облегчает адаптацию организма новорожденного в период перехода от плацентарного питания к питанию грудным молоком. В молозиве больше, чем в зрелом грудном молоке, белка, связывающего железо (лактоферрина), который необходим для становления кроветворения новорожденного. В нем высоко содержание иммуноглобулинов, гормонов (особенно кортикостероидов), ферментов. Это очень важно, т.к. в первые дни жизни новорожденного функции ряда органов и систем еще незрелы и иммунитет находится в стадии становления. Переходное молоко, образующееся на 3-4 сутки, на 2неделе приобретает постоянный состав и называется зрелым молоком.

Первые 2-2,5 часа после нормальных родов родильница находится в родильном зале. Врач-акушер внимательно следит за общим состоянием родильницы, ее пульсом, артериальным давлением, постоянно контролирует состояние матки: определяет ее консистенцию, высоту стояния дна, следит за степенью кровопотери. В раннем послеродовом периоде производит осмотр мягких родовых путей. Осматривают наружные половые органы и промежность, вход во влагалище и нижнюю треть влагалища. Осмотр шейки матки и верхних отделов влагалища производят с помощью зеркал. Все обнаруженные разрывы зашивают. При оценке кровопотери в родах учитывают количество крови, выделившейся в последовый и ранний послеродовый периоды. Средняя кровопотеря составляет 250 мл, а максимальная физиологическая не более 0,5% от массы тела родильницы.

Спустя 2 – 4 часа родильницу на каталке перевозят в физиологическое послеродовое отделение. Процессы, происходящие в организме родильницы после неосложненных родов, являются физиологическими, поэтому ее следует считать здоровой женщиной. Необходимо учитывать ряд особенностей течения послеродового периода, связанных с лактацией,

наличием раневой поверхности на месте плацентарной площадки, снижением защитных сил матери.

Поэтому, наряду с врачебным наблюдением, для родильницы необходимо создать особый режим при строгом соблюдении правил асептики и антисептики. В послеродовом отделении необходимо строго соблюдать принцип цикличности заполнения палат. Этот принцип состоит в том, что в одну палату помещают родильниц, родивших в течение одних и тех же суток. Соблюдение цикличности облегчается наличием небольших палат (2-3 местных), а также правильностью их профилизации, т.е. выделением палат родильниц, которые по состоянию здоровья вынуждены задерживаться в родильном доме на более продолжительный срок, чем здоровые родильницы. При возможности следует отдавать предпочтение совместному пребыванию матери и ребенка. Такое пребывание значительно снизило частоту заболеваний родильниц в послеродовом периоде и частоту заболеваний детей. Мать активно участвует в уходе за новорожденным ребенком, что ограничивает контакт ребенка с персоналом акушерского отделения, создает благоприятные условия для заселения организма новорожденного микрофлорой матери, снижает возможность инфицировать новорожденного госпитальными штаммами условно-патогенных микроорганизмов. При таком режиме уже через 2 часа после родов новорожденный ребенок при удовлетворительном состоянии может быть приложен к груди матери. Первый туалет новорожденного и уход за ним в первые сутки осуществляет медицинская сестра отделения и мать.
Медицинская сестра обучает последовательности обработки кожных покровов и слизистых оболочек ребенка (глаза, носовые ходы, подмывание), учит пользоваться стерильным материалом и дезинфицирующими средствами. Осмотр культи пуповины и пупочной ранки осуществляет врач-педиатр.

В настоящее время принято активное ведение послеродового периода, заключающееся в раннем (через 8-12 часов) вставании, которое способствует улучшению кровообращения, ускорению процессов инволюции в половой системе, нормализации функции мочевого пузыря и кишечника. Ежедневно за родильницами наблюдают врач-акушер и акушерка. Температуру тела измеряют два раза в сутки.

Особое внимание уделяют характеру пульса, измеряют АД. Оценивают состояние молочных желез, их форму, состояние сосков, наличие ссадин и трещин (после кормления ребенка), наличие или отсутствие нагрубания. Определяют высоту стояния дна матки, ее поперечник, консистенцию, наличие болезненности. Высоту стояния дна матки измеряют в сантиметрах по отношению к лонному сочленению. В течение первых10 дней оно опускается в среднем на 2 см в сутки. Оценивают характер и количество лохий. Первые 3 дня лохии имеют кровяной характер за счет большого количества эритроцитов. С 4 дня и до конца первой недели лохии становятся серозносукровичными. В них содержится много лейкоцитов, имеются эпителиальные клетки и участки децидуальной оболочки. К 10 дню лохии становятся жидкими, светлыми, без примеси крови. Примерно к 5-6 неделе выделения из матки полностью прекращаются.

Ежедневно осматривают внешние половые органы и промежность. Обращают внимание на наличие отека, гиперемии, инфильтрации.

Физиологический послеродовый период характеризуется хорошим общим состоянием женщины, нормальной температурой, частотой пульса и артериальным давлением, правильной инволюцией матки, нормальным количеством и качеством лохий, достаточной лактацией.

В послеродовом периоде может быть задержка мочеиспускания (атония мочевого пузыря), стула, выделений из матки (лохиометра), замедленное обратное развитие матки (субинволюция), нагрубание молочных желез, трещины и ссадины сосков, инфекционные заболевания и осложнения.

Для профилактики инфекционных осложнений не меньшее значение, чем наблюдение за клиническим течением и своевременная коррекция малейших отклонений от физиологического течения инволюционного процесса, имеет строгое соблюдение санитарно-эпидемиологических требований и правил личной гигиены.

Палаты в послеродовом отделении должны быть просторными. На каждую койку положено не менее 7,5 кв.м. площади. В палатах дважды в сутки проводят влажную уборку и проветривание, ультрафиолетовое облучение палат проводят 6 раз в сутки.

После выписки родильниц палату тщательно убирают (мытье и дезинфицирование стен, пола и мебели). Кровати и клеенки также моют и дезинфицируют. После уборки стены облучают ртутно-кварцевыми лампами. Мягкий инвентарь (матрацы, подушки, одеяла) обрабатывают в дезинфекционной камере.

Соблюдение правил личной гигиены должно оградить родильницу и новорожденного от инфекции. Ежедневно родильницы принимают душ, им производят смену стерильных лифчиков, рубашек. Через 3 суток производят смену постельного белья. Не реже 4-5 раз в сутки родильница должна подмываться с мылом.

При наличии швов на промежности производят их обработку раствором бриллиантовой зелени или перманганата калия 3 раза в сутки. Перед кормлением родильница должна обмыть молочные железы теплой водой с мылом, надеть на голову косынку, положить на колени пеленку, на которой находится новорожденный во время кормления. Совместное пребывание матери и ребенка, эксклюзивное (по требованию ребенка) вскармливание способствуют быстрой адаптации обоих в послеродовом периоде и ранней выписке из стационара. Выписку родильниц из стационара при несложном течении послеродового периода производят на 5-6 сутки.

Контрольные вопросы:

1. Что такое послеродовый период.

2. Как называют женщину после родов.

3. Сколько времени продолжается послеродовый период.

4. Как подразделяют послеродовый период по срокам.

5. Как вести ранний послеродовый период.

6. Что должен сделать врач, прежде чем перевести женщину в послеродовое отделение.

7. Как идет обратное развитие матки.

8. Как идет инволюция шейки матки.

9. Когда заканчивается эпителизация внутренней поверхности матки.

10. Что такое "лохии".

11. Как изменяется функция молочных желез.

12. Каков состав женского молока.

13. Как регулируется процесс лактации. Эксклюзивное грудное вскармливание.

14. Какова клиника нормального послеродового периода.

15. Функции каких органов нарушены в послеродовом периоде и как с этим бороться.

16. Что такое "субинволюция матки" и каковы лечебные мероприятия при этом.

17. Какие мероприятия проводят при нагрубании молочных желез.

18. Как осуществляют уход за родильницей, на промежность которой наложены швы.

19. Каков режим родильницы.

20. Какова диета родильницы.

21. В чем заключается уход за родильницей.

22. Правила гигиены при кормлении новорожденного.

Тема № 10
ФИЗИОЛОГИЯ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

Продолжительность занятия - 90 минут.

Цель занятия: обучить студентов особенностям физиологического течения периода ранней адаптации новорожденных и ознакомить с современными перинатальными технологиями, направленными на формирование здоровья в первые минуты жизни.

Ординатор должен знать: первичную оценку функционального состояния новорожденного при рождении, проведение первичного туалета, перевязки пуповинного остатка и антропометрии, параметры физического развития и морфофункциональной зрелости новорожденных, особенности физиологической адаптации органов дыхания, сердечно-сосудистой и пищеварительной систем, уход за здоровым новорожденным, исключительное грудное вскармливание и профилактика транзиторной гипогалактии, парафизиологические состояния, профилактику туберкулеза, особенности пребывания и ранней выписки ребенка из родильного стационара.

Ординатордолжен уметь: определить клинико-функциональные параметры здоровых доношенных новорожденных, проводить первичные мероприятия новорожденным в родильном зале при физиологических родах.

Место проведения занятия: учебная комната, родильный зал, детская комната при родильном зале, отделение новорожденных.

Оснащение: таблица со шкалой Апгар, пакеты для первичной и вторичной обработки пуповины новорожденного, протокол оказания первичной помощи новорожденному в родильном зале.

План организации занятия:

Обоснование темы и организационные вопросы - 5 минут.

Контроль исходного уровня знаний по теме - 30 минут.

Клинический разбор, осмотр новорожденных в родильном зале и палатах послеродового отделения - 50 минут.

Итоги занятия, домашнее задание - 5 минут.

Содержание занятия Неонаталогия - раздел педиатрии, изучающий физиологические особенности и болезни детей первого месяца жизни. Развитие неонатологической помощи на современном этапе характеризуется созданием узкоспециализированных служб для семьи, беременных женщин, новорожденных, младенцев и детей раннего возраста, объединенных в перинатальные центры. Этапы медицинской помощи новорожденным детям обеспечены работой акушерской и педиатрических служб.

С момента рождения и перевязки пуповины прекращается лишь одна, пуповинная связь матери с ребенком, начинается дальнейшее развитие его в неонатальном периоде, который продолжается 28 дней. Он делится на ранний (первые 168 часов жизни) и поздний неонатальный период.

Функциональное состояние ребенка в первые минуты и часы жизни характеризуется реакциями адаптации органов и систем к новым внеутробным условиям. Адаптационные особенности функциональных систем плода и новорожденного зависят от организма матери, течения беременности и родов.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РОДЫ.
Родовой акт является значительной нагрузкой на плод. Три периода родов отличаются друг от друга. Сократительная деятельность матки сопровождается изменением метаболических процессов у роженицы и ухудшением жизнеобеспеченности плода. Каждое сокращение матки приводит к уменьшению маточно-плацентарного кровотока. В первом периоде родов в паузах между схватками давление в полости матки 8-10 мм рт. ст. На высоте схватки - 20-50 мм рт. ст. Во втором периоде родов при потугах давление может увеличиваться до 70 мм рт. ст.
Кровоток в матке прекращается, формируется кровяное депо, которое обеспечивает питание плода во время схватки.

Ухудшение жизнеобеспечения плода проявляется приспособительными реакциями в виде усиления двигательной активности его между схватками и учащением числа сердечных сокращений не более 160 ударов в минуту. В период изгнания может наблюдаться урежение сердцебиения плода до 80-110 ударов в минуту во время потуг и выравнивание частоты через 10-30 секунд после нее.

Организм матери помогает плоду справиться с родовым стрессом и адаптироваться к внеутробному существованию за счет увеличения продукции кортизола выше уровня ее кор-

тикосвязывающих возможностей плазмы крови, что способствует переходу некоторой концентрации кортизола к плоду.

Период новорожденности, или неонатальный, начинается с момента рождения ребенка, первого вдоха и перевязки пуповины. Первые минуты и дни жизни характеризуются реакциями адаптации систем и органов к новым условиям окружающей среды. Адаптация ребенка протекает благополучно при продолжающейся тесной физической, иммунобиологической и психоэмоциональной связи с мамой.

Время пережатия пуповины не безразлично для ребенка. За счет дополнительного плацентарного объема крови происходит адаптация легочносердечной системы и повышаются запасы железа в организме. В то же время поздняя перевязка пуповины приводит к гиперволемии, гипербилирубинемии и влияет на развитие полового криза. У преждевременно рожденных детей немедленная перевязка пуповины создает дефицит объема циркулирующей крови, риск развития синдрома дыхательных расстройств и болезни гиалиновых мембран.

У доношенных детей целесообразно пережимать пуповину через 1-1,5 минуты после рождения, у недоношенных - через 1,5-2 минуты, т.е. после первого вдоха.

Пережатие пуповины и выключение плацентарного кровотока приводит к перестройке кровообращения у ребенка: повышению давления в большом круге кровообращения. С началом самостоятельного дыхания кровоток через легкие увеличивается в 5-10 раз по сравнению с внутриутробным периодом. Соответственно увеличивается возврат крови в левое предсердие, где, как и в аорте, повышается давление. Высокое давление в левой половине сердца способствует захлопыванию заслонки овального окна (за несколько часов). Закрытие артериального (боталлова) протока происходит вследствие сужения его просвета. Шунтирование крови слева направо (из аорты в легочную артерию) может сохраняться до 4 дней жизни и клинически проявляться шумом.

Легкие плода заполнены жидкостью, которая продуцируется клетками дыхательного эпителия. С момента развития родовой деятельности начинается подготовка к расправлению легких: происходит механическое сдавливание грудной клетки и вытеснение фетальной жидкости. Под воздействием первого вдоха и рефлекторного сокращения дыхательных мышц (в большей степени диафрагмы) в грудной клетке создается отрицательное давление, способствующее засасыванию атмосферного воздуха в дыхательные пути. В механизме расправления легких большое значение имеет сосудистый компонент. Заполнение кровью легочных сосудов приводит к медленному расширению мелких ветвей легочной артерии и заканчивается к 4-5 дням жизни.

Сурфактантная система, выстилающая эпителий бронхов и бронхиол, изменяет в них силу поверхностного натяжения во время вдоха и выдоха. Эта саморегулирующая многокомпонентная система, в которой большое значение имеют дисдилимеры, отличающиеся высоким содержанием ненасыщенных жирных кислот, играет особую роль в расправлении и остаточной функциональной емкости легких.

В первую неделю жизни у новорожденного частота дыханий колеблется от 30 до 60 в минуту и зависит от функционального состояния органов и систем и особенностей метаболизма.

В первую неделю жизни выявляется физиологический ацидоз и снижение напряжения кислорода в крови, изменяются глюкоза и липиды крови. В качестве источников энергии в

этот момент используются высокие концентрации неэстерифицированных жирных кислот. Метаболические процессы в жировой ткани протекают активно.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ
НОВОРОЖДЕННЫМ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ.

Сразу же после рождения головки необходимо отсосать из полости рта и носоглотки с помощью катетера, соединенного с электровакуумным прибором, массы, состоящие из околоплодных вод, слизи и крови.

Ребенка принимают на согретый лоток, покрытый двумя стерильными пеленками, расположенный у ног матери и осуществляют:

повторную аспирацию из полости рта и носоглотки;

профилактику бленореи;

первичную перевязку пуповины;

показывают ребенка матери и выкладывают на живот;

оценивают состояние по шкале Апгар на первой минуте.

Проведение вторичной обработки пуповины и вторичной профилактики бленореи осуществляют в специально отведенном месте для новорожденных детей на подогретом пеленальном столе и, только, при условии переодевания акушерки в стерильный халат и подготовки ее рук с соблюдением правил асептики и антисептики.

Скобу на пуповинный остаток не накладывают, а заменяют лигатурой при условии: толстой и сочной пуповины, резус-отрицательной принадлежности крови матери, маловесным новорожденным и детям в тяжелом состоянии.

Проводят первичную обработку кожных покровов, взвешивание, измерение длины, окружности головы, окружности груди и пеленание. Непременно перед переводом матери и ребенка в послеродовое отделение малыша прикладывают к груди матери.

Первичная оценка функционального состояния новорожденного проводится по шкале Вирджинии Апгар, предложенной в 1953 году. В России принята двухкратная оценка по шкале Апгар: на 1 и 5 минутах после рождения всех новорожденных независимо от срока беременности и массы тела при рождении. Основными показателями жизнедеятельности являются: сердцебиение, дыхание, мышечный тонус, активность рефлекторных ответов и цвет кожных покровов, которые оценивают 0, 1, 2 балла. Здоровый новорожденный имеет оценку 8-10 баллов. Прогностическое значение шкала имеет в группе доношенных детей. Клинические симптомы, указанные в шкале Апгар зависят от многих факторов, прежде всего от степени зрелости, метаболических изменений и тяжести асфиксии.

_ _ _

Зрелость новорожденного определяют по совокупности клинических, функциональных и биохимических параметров. В каждый возрастной период, начиная с зиготы, особенности адаптации плода, новорожденного и младенца соответствуют его календарному возрасту в совокупности со средой, окружающей его и взаимодействующей с ним. Состояние центральной нервной системы является информативной характеристикой зрелости. При исследовании ребенка оценивают позу, положение, спонтанную моторику лица, эмоциональные реакции, врожденные безусловные рефлексы и активность сосания.

По клиническим признакам зрелость новорожденного определяют с помощью оценочных таблиц по сумме балов каждого признака.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ.
Для оценки используют средние статистические показатели (М С) основных параметров М+- в зависимости от гестационного возраста или перцентильные оценочные таблицы. По статистическим данным М+-2 или Р10 - Р90 относятся к нормальным физическим показателям для данного гестационного возраста. Параметры физического развития новорожденных зависят от параметра и возраста его родителей, особенностей питания, условий жизни и порядкового номера беременности у женщины. Имеет значение характеристика пропорциональности телосложения и питания новорожденных.
Доношенный новорожденный - ребенок, родившийся при сроке беременности 37-42 недели. У доношенного новорожденного из-за превалирующего развития мозга голова составляет 1/4 часть тела. Особое значение имеет определение окружности головы при рождении (и в динамике) массы тела, а так же ее формы. К вариантам нормальной формы относят следующие: долихоцефалическая - вытянутая в переднезаднем направлении, брахиоцефалическая - в поперечном, и башенный череп. Кости черепа податливы, могут заходить друг на друга по сагитальному и венечному швам.

Особенности отражены в таблице зрелости.

Недоношенный новорожденный - ребенок, родившийся при сроке ниже 37 недель беременности. Родившиеся живыми при сроке гестации 22 - 28 недель и выжившие в первые 168 часов жизни. К нормальным параметрам развития в сроки 28недель относят детей с массой тела от 1000,0 до 2500,0 г, длиной 38-47 см, окружностью головы 26-34 см и груди 24-33 см. По статистическим данным разных стран недоношенными рождаются от 6 до 13% детей.

Масса тела не может быть основным критерием недоношенности. Существует понятие "низкая масса тела при рождении" или "маловесные" - это дети с массой менее 2500,0 г при рождении, которые родились в срок.

К переношеннм новорожденным относят детей, родившихся после 294 дней или42 недель гестации. Частота рождения таких детей от 8 до 12%. У детей наблюдают клинические признаки трофических нарушений: снижение тургора кожи, истончение подкожно-жирового слоя, десквамация, сухость и шелушение кожи, отсутствие смазки, плотные кости черепа, нередко с закрытыми швами.

При сопоставлении гестационного возраста и показателей физического развития выделяют следующие группы:

новорожденные с крупной массой тела, которая выше средней к данному сроку на 2G или 90 перцентилей и больше;

с нормальным физическим развитием для данного гестационного возраста;

с низкой массой тела по отношению к гестационному возрасту или с задержкой внутриутробного развития. Встречаются следующие типы ЗВУР:

незрелость или "small for date", диспластический или асимметричный и поздний тип или внутриутробная гипотрофия. Сочетания различных типов ЗВУР могут встречаться у одно-

го ребенка. Патогенез задержки развития и роста у плода многообразен. При отставании лишь массы тела от гестационного возраста плода неблагоприятные факторы, как правило, взаимодействуют в последнем триместре беременности. При отставании в массе и длине тела от гестационного возраста - неблагоприятные условия существования плода наблюдаются в конце первого и начале второго триместра беременности. Нарушение пропорции тела, часто сочетающиеся с дисэсбриогенетическими стигмами и пороками развития, относят к диспластическому типу и наблюдают у детей с хромосомными и геномными нарушениями, а так же при внутриутробных, генерализованных инфекциях.

Различные типы ЗВУР встречают у доношенных, недоношенных и переношенных новорожденных.

СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ в родильном доме, обеспечивающие физиологическую адаптацию и формирование здоровья новорожденных.

Физиологическая, иммунобиологическая и психоэмоциональная связь матери и ребенка не прерывается до 1,5 лет его постнатального развития. Физиологическое формирование реакций адаптации новорожденного и последующее развитие младенца возможно только при условии совместного пребывания матери и ребенка в родильном стационаре.

Постоянный контакт матери и ребенка, который начинается с рождения:

после первичного отсечения пуповинного остатка. Ребенка выкладывают на живот матери и прикладывают к груди. На формирование защитных сил организма ребенка крайне негативно влияет обработка груди дезинфицирующими средствами или обмывания проточной водой с мылом. На ареоле сосков вырабатывается (особенно перед кормлением, когда мама слышит голос своего ребенка) огромное количество биологически активных и защитных факторов (лизоцима, иммуноглобулинов, бифидобактерий и т.д.), которые необходимы для физиологического формирования локальной и общей системы иммунитета, микробиоценоза и пищеварительной функции. Гигиенические мероприятия женщина должна проводить только после кормления ребенка, грудного вскармливания с первых минут жизни и в дальнейшем по требованию ребенка без определенного временного интервала, включая ночь, исключая выпаивание растворами и назначение адаптированных смесей. Необходимо (по возможности) кормить ребенка только молоком его мамы. Сохраняющаяся после родов прямая и обратная иммунобиологическая связь опосредована через лактацию универсальным составом молока мамы, идеально подходящим только ее малышу.

Состав меняется по часам и дням жизни новорожденного и идеально обеспечивает адаптацию нутритивных процессов и формирование собственной экологической системы ребенка. Нарушение адаптации новорожденного, как и его заболевание, влияет на изменения качественного состава молока и повышения его иммунологической активности. Несмотря на малый объем молозива, в первые 3 дня после родов при создании условий частого прикладывания новорожденного к груди (по его требованию), не реже 10-12 раз в сутки в период адаптации, обеспечивает его необходимыми калориями и защитными факторами. Частые прикладывания новорожденного к груди отражаются на усилении продукта окситоцина и пролактина в организме матери, профилактируют послеродовые кровотечения и являются необходимым условием становления лактационной функции.

Ранняя выписки из родильного стационара (на 3-4 день) возможна при условии хирургического отсечения пуповинного остатка (после 12 часов жизни). К 3 дню пребывания родильницы и новорожденного в родильном доме наблюдается повышенная колонизация их госпитальными штаммами бактерий, обладающих высокой устойчивостью к антибактери-

альным препаратам и дезинфицирующим средствам, вирулентностью и токсигенностью. К 6 дню колонизированы практически все мамы и дети. Это значительно нарушает формирование нормальной эндомикроэкологической системы новорожденного и ослабляет защитные силы матери.

ПАРАФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ:
первоначальная убыль массы тела, не превышающая 6-8% от массы тела при рождении;
расширение потовых желез;

токсическая эритема;

половой криз;

физиологическая гипербилирубинемия;

транзиторная диарея.

К факторам риска развития синдрома нарушенной адаптации здорового новорожденного (у здоровой матери с физиологическим течением беременности) чаще относят условия, разделяющие мать и ребенка в раннем неонатальном периоде и нарушающие правильное грудное вскармливание. Во всех других случаях изменения функционального состояния новорожденного обусловлено факторами риска со стороны матери и плода.

Контрольные вопросы:

1. Какова продолжительность периода новорожденности.

2. Что такое шкала Апгар.

3. Признаки зрелости новорожденного.

4. Что необходимо для 2-х моментной обработки новорожденного.

5. Какую оценку по шкале Апгар имеет здоровый новорожденный.

6. Значение первого крика новорожденного.

7. Причины и продолжительность желтухи новорожденных.

8. Как производится обработка глаз новорожденных. Выпишите необходимый для этого препарат.

9. Правила первичной обработки новорожденного.

10. Что необходимо для вторичной обработки новорожденного.

11. Как производится обработка остатка пуповины.

12. Правила вторичной обработки новорожденного.

13. Особенности кожи новорожденных.

14. Особенности сердечно-сосудистой системы новорожденных.

15. Чем объясняют половой криз у новорожденных.

Задача № 1

Через 1 минуту после рождения при осмотре новорожденного выявлено:

акроцианоз, крик громкий, сердцебиение 146 ударов в минуту, тонус мышц несколько снижен, рефлексы живые. Оцените состояние новорожденного по шкале Апгар.

Задача № 2

Через минуту после рождения при осмотре новорожденного выявлено:

акроцианоз кожных покровов, крик слабый, сердцебиение 140 ударов в минуту, мышечный тонус и рефлексы снижены. Масса плода 2400 г, длина новорожденного 45 см, на коже выраженный пушковый покров и обильная сыровидная смазка, низкое расположение пупочного кольца и ушных раковин, большие половые губы не прикрывают малые. Оцените состояние новорожденного.

Тема № 11
I. МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ.
II. ПАТОЛОГИЯ ОКОЛОПЛОДНОЙ СРЕДЫ (маловодие, многоводие).
Продолжительность занятия - 180 минут.

Цель занятия: изучить этиологию, диагностику, особенности течения многоплодной беременно, особенности развития плодов, особенности течения и ведения родов, послеродового периода, профилактику осложнений, причины развития патологии околоплодной среды (многоводие, маловодие), классификацию, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, лечение, сроки и методы родоразрешения, профилактику.

Ординатордолжен знать: определение многоплодной беременности, особенности строения плодного яйца, течение беременности и особенности развития плодов, методы диагностики многоплодной беременности, течение родов и особенности их ведения, возможные осложнения со стороны матери и плодов, методы их лечения и профилактику, ведение II периода родов после рождения I плода, особенности течения и ведения III периода родов и послеродового периода, определение многоводия и маловодия, этиологию, патогенез, особенности течения беременности, влияние на плод, диагностику, лечение, прогноз и тактику ведения беременности и родов, осложнения и профилактику.

Ординатор должен уметь: проводить пальпацию и аускультацию при многоплодной беременности, измерения ВСДМ и ОЖ, массы плодов, определить расположение плодов в матке, оценить количество околоплодных вод и подвижность плода, оценить результаты УЗИ при многоплодии и патологии околоплодной среды.

Место занятия: учебная комната, отделение патологии беременных, родовой блок.

Оснащение: муляжи, таблицы, сонограммы, инструменты для измерений и аускультации.

План организации занятия:

Обоснование темы занятия, организационные вопросы - 10 мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов по теме - 40 мин.

Занятия теоретические по теме с демонстрацией таблиц и муляжей, работа в отделении патологии или в родблоке - 120 мин.

Итоги занятия, домашнее задание - 10 мин.

Содержание занятия:

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ.
Многоплодной называют беременность двумя или большим количеством плодов. При наличии беременности двумя плодами говорят о двойне, тремя - о тройне и т.д. Каждый из плодов при многоплодной беременности называется близнецом.
Роды двойней встречаются один раз на 87 родов, тройней - один раз на 87 (6400) двоен, четверней - один раз на 87 (51200) троен и т.д. (согласно формуле Галлина).

Причины многоплодной беременности недостаточно изучены. Доказано, что в одном яичнике могут созревать два фолликула и более. Кроме того, овуляция может происходить одновременно в обоих яичниках. В пользу перечисленных возможностей говорят факты обнаружения во время операции по поводу трубной беременности в одном и том же яичнике двух цветущих желтых тел или в каждом из яичников по одному цветущему желтому телу. Кроме того, в одном фолликуле может быть две и более яйцеклетки. Причиной многоплодной беременности может стать оплодотворение спермой разных партнеров, оплодотворение на фоне уже существующей беременности, индуцированная беременность. Двойни, образовавшиеся от оплодотворения двух яйцеклеток, называются двуяйцевыми, однояйцевая двойня возникает в результате атипического дробления яйца. Там, где разделение яйца происходит полностью, образуется два совершенно одинаковых близнеца. Такие двойни называются однояйцевыми. Однояйцевые двойни встречаются гораздо реже, чем двуяйцевые (1:10). Если при полном разделении яйца оба зачатка расположены в матке на достаточном расстоянии друг от друга, то развивающиеся из них зародыши образуют каждый для себя отдельный амнион и остаются обособленными - биамниотическая двойня. Если оба амниональных мешка заключены в один общий для обоих близнецов хорион, а перегородка между ними состоит из двух оболочек (двух амнионов), то такие двойни называются монохориальными. Плацента у них общая. Если оба зачатка лежат рядом, это приводит к образованию одной общей для обеих амниотической полости (моноамниотическая двойня). Однояйцевые близнецы всегда однополы - или оба мальчика, или обе девочки, они похожи друг на друга, группа крови у них всегда одинаковая.

ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ.
При многоплодной беременности, из-за большой нагрузки на организм, женщины отмечают раннюю утомляемость, одышку, нарушение мочеиспускания, запоры. Частыми и ранними осложнениями беременности являются преждевременные роды (50% случаев), токсикозы и гестозы, варикозная болезнь, многоводие, низкая масса и незрелость плодов, гибель одного из плодов. В некоторых случаях многоводие в одной полости может сопутствовать маловодию в другой.
Распознавание многоплодной беременности в первые месяцы довольно затруднено и становится легче во второй половине беременности. Обращают внимание на несоответствие размеров матки сроку беременности. При пальпации определяют много мелких частей, две головки, две спинки. При аускультации - две или более точек определения сердцебиения плода и зоны молчания между ними. Высота стояния дна матки больше, чем при од-

ноплодной беременности в эти же сроки. При измерении длины плода тазомером - большая длина плода при небольшой головке.

Наиболее достоверным диагностическим методом является УЗИ.

В подавляющем большинстве двоен (88,0%) оба плода находятся в продольном положении и занимают один правую, другой - левую половину матки. Чаще всего оба плода предлежат головкой (45,0 %). Возможны другие варианты расположения плодов в матке. Один плод может быть в головном предлежании, второй - в тазовом (43,0%).

Оба плода - в тазовом предлежании (6,0%). Один плод - в продольном, другой - в поперечном положении (5,5%), или оба плода - в поперечном положении (0,5%).

Врачебное наблюдение беременных с многоплодием осуществляют с учетом возможных осложнений, выделяя их в группу риска по развитию перинатальной патологии.

ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ РОДОВ.
Прогноз беременности и родов при многоплодной беременности менее благоприятен, чем при одном плоде. При малейшем отклонении от нормального течения беременности показана обязательная госпитализация. Повторную госпитализацию в дородовое отделение осуществляют за 2-3 недели до срока родов, целью которой является обследование беременной и определение срока и метода родоразрешения.
Многоплодие сопровождается частыми осложнениями родового акта.

Большинство родов наступает преждевременно, масса новорожденных меньше 2500,0г, возможно тазовые и поперечные положения второго плода. Частое несвоевременное излитие околоплодных вод может сопровождаться выпадением мелких частей плода и пуповины, чему способствуют тазовое и поперечное положения и небольшие размеры плода.

В период раскрытия проявляется функциональная недостаточность перерастянутой, истонченной мускулатуры матки, развивается слабость родовых сил, происходит преждевременное излитие околоплодных вод, поэтому период раскрытия затягивается.

Период изгнания также может затягиваться из-за развития аномалий родовой деятельности. Затянувшиеся роды представляет опасность для матери (кровотечения, инфекция) и плода (гипоксия).

Отслойка плаценты до рождения второго плода приводит к его внутриутробной смерти. Могут быть поперечное положение второго плода, коллизия близнецов (сцепление двух крупных частей тела), кровотечение в третьем периоде родов, в раннем послеродовом периоде, задержка инволюции матки и инфекционные заболевания.

Ведение родов при многоплодии требует большого внимания, четкой ориентации в акушерской ситуации и высокой квалификации, позволяющей выполнить любую операцию.

В периоде раскрытия надо внимательно следить за состоянием роженицы и плодов. Если имеется многоводие, показано вскрытие плодного пузыря при открытии шейки матки на 4 см и медленное выведение вод (в течение 1-2 часов).

В целях снижения осложнений родов при многоплодии и перинатальной смертности второго плода в настоящее время рекомендуют производить вскрытие плодного пузыря второго плода сразу после рождения первого плода, и тотчас начинать внутривенное капель-

ное введение 5 ед. окситоцина на 5 % растворе глюкозы с целью ускорения II периода родов до отделения плаценты. При кровотечении, развитии гипоксии второго плода или его поперечном положении с целью быстрого родоразрешения показан классический наружно-внутренний акушерский поворот плода на ножку с последующим его извлечением за тазовый конец Особенно опасны III период родов и ранний послеродовый период развитием кровотечения. После рождения последа производят тщательный осмотр его для выяснения целости долек и оболочек и вида двойни (одно- или двуяйцовая).

В послеродовом периоде необходимо тщательное наблюдение за родильницей, профилактика субинволюции матки.

Перинатальная смертность при многоплодии в 2 раза чаще, чем при родах одним плодом. Поэтому в современном акушерстве существует тенденция к расширению показаний к абдоминальному родоразрешению в интересах плодов.

Показаниями к кесареву сечению, связанными с многоводием, считают тройню, поперечное положение обоих или одного из плодов, тазовое предлежание обоих плодов или первого из них, и не связанные с многоплодием – гипоксия плода, аномалии родовой деятельности, выпадение пуповины, экстрагенитальная патология матери, тяжелые гестозы, предлежание и отслойка плаценты.

Профилактика осложнений при многоплодии – это профилактика осложнений во время беременности.

ПАТОЛОГИЯ ОКОЛОПЛОДНОЙ СРЕДЫ (МНОГОВОДИЕ, МАЛОВОДИЕ).
Маловодие (олигогидрамнион) – это состояние, при котором имеет место малое количество вод, т. е. менее 0,5 л; или полное их отсутствие – ангидрамнион, встречается в 0,3-0,4% всех родов. При врожденных пороках развития у плодов встречается в 10 раз чаще.
ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ. Обычно маловодие объясняют недостаточным развитием эпителия, выстилающего водную оболочку или понижением ее секреторной функции. Наиболее часто маловодие сочетается с пороками развития плода - агенезией почек, двухсторонней дисплазией почек, синдромом Меккель-Грубера (комплекс наследственных аномалий: поли- и синдактилия, гипоспадия, эписпадия, эктопия мочевого пузыря, кистомы почек, печени, поджелудочной железы), синдром Поттера (комплекс наследственных аномалий почек и лица). Часто маловодие возникает на фоне гипертонической болезни, причем частота развития маловодия и степень ее тяжести зависят от длительности течения сосудистой патологии и степени ее компенсации. При гипертонической болезни выраженное маловодие сочетается с задержкой внутриутробного роста плода. Инфекционно-воспалительные заболевания матери как причина маловодия составляют 40%, причем при бактериологическом исследовании патогенную микрофлору выявляли в родовых путях (28%) и в околоплодных водах (2,8%). У 19,6% женщин маловодие развивается на фоне нарушения обменных процессов (ожирения 3 степени) и фетоплацентарной недостаточности. Таким образом причины маловодия следующие: инфекционновоспалительные экстрагенитальные и генитальные заболевания матери, нарушение обменных процессов (ожирение), органические аномалии мочевыделительной системы плода, фетоплацентарная недостаточность. Патогенез маловодия – недостаточное развитие эпителия амниона или пониженная его функция.

ФОРМЫ МАЛОВОДИЯ.
1. Раннее - диагностируют с помощью УЗИ в сроки от 16 до 20 недель беременности, оно обусловлено функциональной несостоятельностью плодных оболочек.

2. Позднее - выявляют после 26 недель беременности, когда маловодие наступает вследствие гидрорреи из-за частичного дородового разрыва плодных оболочек, встречается в 24% наблюдений.

3. Пролонгированная, ранняя форма при благоприятных регенеративных процессах в амнионе, которые способствуют прекращению истечения околоплодных вод, может перейти в позднюю.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПРИ МАЛОВОДИИ.
Тактика ведения беременности и исход родов зависят от времени возникновения и степени выраженности маловодия. Наиболее плохим прогностическим признаком для плода является развитие маловодия во II триместре беременности, в связи с чем, необходимо своевременно решить вопрос о целесообразности пролонгирования беременности. При выявлении маловодия в начале III триместра в сочетании с задержкой развития плода – пролонгирование беременности остается проблематичным.

ВОЗМОЖНАЯ ТЕРАПИЯ: лечения основного заболевания, на фоне которого развилось маловодие, заместительная терапия путем интраамниального введения ультрафильтрата плазмы материнской крови. При диагностике задержки внутриутробного роста плод проводят коррекцию плацентарной недостаточности и ЗВРП. (магнезиальный и - адреномиметический токолиз, метилксантины -трентал по 7 мл/кг; 2,4% раствор эуфиллина по 10 мл с 5% раствором глюкозы 200,0 мл в/в капельно, эссенциале по 0,5 мг/кг, метионин по 0,25 4 раза в день или глутаминовая кислота по 0,5 4 раза в день, энпит белковый в суточной дозе до 45 г в виде дотаций к пище).

При маловодии, развившемся в III триместре беременности, без нарушения роста плода возможен благоприятный исход родов, оправданно родоразрешение в 37недель беременности.

Многоводие (гидрамнион) - патологическое состояние, характеризующееся наличием избыточного количества околоплодных вод в амниотической полости (свыше 1,5 л). Встречается в 0,3-0,6% всех родов.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ. Многоводие может развиваться у беременных, страдающих сахарным диабетом, заболеваниями почек, сердечно-сосудистыми заболеваниями, после инфекционных заболеваний во время беременности, вследствие иммунологической несовместимости крови матери и плода. Многоводие развивается при нарушении секреторной и резорбционной функции амниона.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И ВЛИЯНИЕ МНОГОВОДИЯ НА ПЛОД.
Многоводие может быть острым и хроническим. При остром многоводии беременность, как правило, прерывается досрочно, плод гибнет (фетоплацентарная недостаточность, преждевременная отслойка плаценты) или рождается с пороками развития, возможна угроза или разрыв матки. При хроническом многоводии количество околоплодных вод увеличивается постепенно, прогноз беременности зависит от степени его выраженности и скорости нарастания. Возможно многоводие и при однояйцовой двойне. Диагноз ставят на основании увеличения матки, несоответствия ее размеров (окружности живота, высоты стояния ее дна над лоном) сроку беременности. Матка становится тугоэластической консистенции, напряженная.
Плод - подвижен, отмечают его неустойчивое положение, затрудненную пальпацию частей плода, приглушенное сердцебиение. Решающее значение при диагностике многоводия

имеет УЗИ (наличие больших эхонегативных пространств в полости матки, измерение свободного от частей плода пространства околоплодных вод в двух взаимно перпендикулярных сечениях).

При многоводии чаще наблюдают различные осложнения беременности. Рвота бывает у 36%, преждевременное прерывание беременности – у 28,4% беременных.

Неправильные положения и предлежания плода диагностируют у 6,5%, кровотечения

– у 38,4% (при остром многоводии - 41,3%, при хроническом - 6,2%), поздние гестозы

– у 5-20% беременных с многоводием.

Кроме того, многоводие может прогрессировать и способствовать развитию фетоплацентарной недостаточности и, следовательно, хронической гипоксии и гибели плода.

Беременные с подозрением на многоводие должны быть госпитализированы для уточнения диагноза, лечения и, при наличии показаний, родоразрешения.

Роды при многоводии являются довольно опасными для матери и плода, так как часто сопровождаются осложнениями (преждевременные роды, дородовое излитие околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, преждевременная отслойка плаценты, выпадение мелких частей и пуповины, неправильные положения плода, его гипоксия). В связи с увеличением акушерской патологии у женщин с многоводием возрастает и количество акушерских пособий и оперативных вмешательств во время беременности и в родах до 21,5-57,7%.

В случае наличия пороков развития плода беременность прерывают по медицинским показаниям.

При не выраженных симптомах многоводия (легкая и средняя степень) беременность пролонгируют до физиологического завершения на фоне соответствующего лечения. Обязательным является терапия антибиотиками (интраамниально, при определении чувствительности), диуретиками, витаминотерапия, терапевтический амниоцентез (под контролем УЗИ - 500 мл в 1 час с интервалом 1 сутки). Используют ингибитор простагландинсинтетазы – индометацин, (начинают в срок 24-25 недель и заканчивают в 35-38 недель по 2,2-3 мл/кг массы) в течение 2-11 недель.

При нарастании клинических симптомов многоводия, несмотря на лечение, появления признаков внутриутробного страдания плода применяют досрочное родоразрешение. Родовозбуждение при многоводии начинают амниотомией. При этом следует соблюдать определенные правила: околоплодные воды выпускать медленно по игле, плодные оболочки вскрывать не в центре, а сбоку, выше внутреннего зева, не извлекать руку из влагалища, чтобы предупредить выпадение пуповины или ручки плода. Медикаментозное родовозбуждение начинают не ранее, чем через 2 часа после выведения околоплодных вод, конец II и весь III период родов до полного сокращения матки ведут на фоне утеротонических средств.

ПРОФИЛАКТИКА. В женской консультации выделяют группу риска по возможности развития многоводия. В нее входят беременные, страдающие сахарным диабетом, хроническими инфекциями, Rh-отрицательной принадлежностью крови, уродствами плода в

анамнезе, с двойней. Проводят всестороннее обследование бактериологическое, иммунологическое, генетическое, эндокринологическое, биохимическое.

Контрольные вопросы:

1. Что такое многоплодная беременность?

2. Как диагностировать многоплодную беременность?

3. Каковы осложнения в течение многоплодной беременности?

4. Каковы особенности ведения родов при многоплодной беременности?

5. Определение маловодия.

6. В чем заключается диагностика маловодия?

7. Какова тактика врача при ведении беременности при маловодии?

8. Определение многоводия.

9. Основные причины многоводия?

10. Лечение и тактика ведения беременности при хроническом многоводии.

Задача № 1.

Беременная 22 лет поступила с жалобами на тошноту, рвоту до 6-8 раз в день.

Предполагаемый срок беременности 9 недель, однако, при влагалищном исследовании обнаружено, что матка увеличена соответственно 12 недельной беременности.

Предполагаемый диагноз? Какие методы обследования следует провести для уточнения диагноза? План ведения.

Задача № 2.

Беременная 25 лет поступила с указанием на увеличение массы тела, увеличение ОЖ, повышение тонуса матки (тянущие боли внизу живота и пояснице), быструю утомляемость. Эти симптомы появились с 25 недель и продолжают нарастать за последнюю неделю беременности. В 1 триместре перенесла ОРЗ с температурой 38,8, лечилась домашними средствами. Срок беременности 32 недели.

Предполагаемый диагноз? Какие методы обследования следует провести для уточнения диагноза? План лечения.

Тема № 12.
РОДЫ У ВОЗРАСТНЫХ, ЮНЫХ ПЕРВОРОДЯЩИХ И МНОГОРОЖАВШИХ

Продолжительность занятия - 90 минут.

Цель занятия: изучить особенности течения и тактику ведения беременности, родов и послеродового периода у старых, юных и много рожавших женщин, осложнения, их диагностику, лечение и профилактику.

Ординаторт должен знать: определение понятий старая и юная первородящая, много рожавшая; осложнения течения беременности, родов и послеродового периода, их терапию.

Ординатордолжен уметь: наблюдать динамику развития родовой деятельности, состояние плода, диагностировать слабость и дискоординацию родовой деятельности.

Место занятия: учебная комната, отделение патологии беременных, родовой блок.

Оснащение: таблицы, партограммы, препараты для коррекции родовой деятельности и подготовки к родам, профилактики и лечения гипоксии плода, профилактики кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.

План организации занятия:

Организационные вопросы, обоснование темы занятия - 5 мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов - 30 мин.

Клинический разбор течения беременности, родов, послеродового периода у юных, старых первородящих и у многорожавших - 50 мин.

Итоги занятия, домашнее задание - 5 мин.

Содержание занятия.

Первые роды у женщин моложе 18 лет и старше 30 лет не всегда протекают благоприятно и сопровождаются большим числом осложнений, чем роды у женщин в возрасте 19-25 лет. Высокой остается перинатальная заболеваемость и смертность, количество оперативных вмешательств во время беременности и родов в данной группе первородящих женщин. Понятие старая и юная первородящие трактуют поразному. Пожилой первородящей считают беременную в возрасте 25-29 лет, старой лет и старше, юной – до 18 лет включительно. Особую категорию составляют многорожавшие женщины (7 и более родов в анамнезе).

Вследствие незрелости организма у юной первородящей течение беременности чаще осложняют ранние токсикозы и гестозы, преждевременное прерывание беременности, фетоплацентарная недостаточность, гипоксия плода. В родах возможно развитие аномалий родовой деятельности, функционально узкого таза, гипоксии плода, кровотечения в последовом и послеродовом периодах, инфекционных заболеваний.

В последние десятилетия увеличилось число женщин и супружеских пар, которые, в силу социально-экономических условий, поздно вступают в брак или рожают ребенка. Помимо социально-экономических условий к причинам поздних браков и родов относят позднее начало половой жизни, различные формы полового инфантилизма, острые и хронические инфекционные заболевания в пуберантном возрасте, экстрагенитальные заболевания в зрелом возрасте, эндокринопатии, искусственные и самопроизвольные аборты, воспалительные заболевания гениталий, 1 и 2 бесплодие, доброкачественные заболевания шейки, тела матки и ее придатков.

Особенности течения и осложнения беременности и родов у возрастных первородящих определяют не возраст, а сопутствующая патология, которая может быть у них в данном возрасте. В ранних сроках беременности - это токсикоз беременных и самопроизвольные аборты, причиной которых могут быть нарушения формирования эмбриона и плода. В поздних сроках - это угроза прерывания беременности, рано развивающиеся и длительно текущие поздние гестозы, патология прикрепления плаценты (низкое или центральное положение), хроническая фетоплацентарная недостаточность, патология околоплодной среды (многоводие, маловодие).

Во время родов, как правило, отмечают следующие осложнения:

несвоевременное излитие околоплодных вод (от 18,3 до 20,45%), что в свою очередь сопровождается слабостью родовой деятельности, первичной и чаще вторичной, в том числе и слабостью потуг. Это влияет на общую продолжительность родов в сторону их увеличения (у 52,2%). Все эти факторы, особенно на фоне осложнений течения беременности, приводят к гипоксии плода и асфиксии новорожденного. Последовый период родов может осложнить патология отделения и выделения последа, гипотония матки, что так же возможно и в раннем послеродовом периоде.

В связи с возможными осложнениями беременности и родов следует своевременно проводить дородовую госпитализацию беременных для их профилактики (смотри соответствующие разделы), а в случаях нескольких осложнений, неэффективности проведенной терапии следует своевременно решать вопрос родоразрешения в пользу операции кесарева сечения. В то же для таких женщин велика ценность ребенка. В силу этого, старый возраст первородящей часто является единственным показанием к кесареву сечению.

Юной называют первородящую женщину моложе 18 лет (не достигшую возраста для вступления в брак). Вследствие незрелости организма юной первородящей в целом, особенностью родов является нарушение родовой деятельности по типу дискоординации (смотри соответствующий раздел), а так же и вышеперечисленные осложнения течения родов и послеродового периода. В связи с этим, следует перечислить комплекс мероприятий при ведении таких беременных. В них включены: дородовая подготовка в отделении патологии беременных, антенатальная диагностика состояния плода. Важна последовательность мероприятий при несвоевременном излитии околоплодных вод, своевременная диагностика аномалий родовых сил, выработка тактики ведения родов, проведение комплексного лечения и профилактики осложнений, выявление показаний для оперативного родоразрешения (кесарево сечение), профилактика кровотечений в III периоде родов и раннем послеродовом периоде.

Многорожавшей считают женщину, которая имела 7 и более родов.

Особенности течения беременности и родов у этих женщин объясняют дистрофическими процессами, которые особенно выражены в матке, преждевременным старением всех органов и систем.

Синдром истощения материнского организма развивается после 7 и/или частых родов (интервал между родами менее 2 лет). Комплекс этих особенностей способствует развитию тех же осложнений течения беременности и родов, что и у старых первородящих. Грозным осложнением беременности и родов является спонтанный разрыв матки, особенно тяжело протекающий на фоне хронической анемии. Наличием анемии объясняют тяжесть течения у них гестозов, хронической и фетоплацентарной недостаточности. Наиболее

опасна патология отделения и выделения детского места, а также гипотонические кровотечения в III периоде родов и раннем послеродовом периоде, гнойно-септические заболевания. Среди многорожавших отмечен рост перинатальной и материнской смертности Профилактика осложнений у многорожавших – наблюдение в женской консультации в группе риска, своевременная госпитализация для обследования и лечения в условиях стационара. Роль центров планирования семьи в профилактике осложнений у многорожавших женщин заключается в прекращении репродуктивной функции у них после 40 лет и обеспечение интергенетического интервала не менее двух лет.

Контрольные вопросы

1. Определение - старая первородящая.

2. Определение - юная первородящая.

3. Каковы особенности течения родов у "старых" первородящих.

4. Каковы особенности течения родов у "юных" первородящих.

5. Каковы особенности течения родов у многорожавших.

6. Перечислить показания для оперативного родоразрешения у "старых" первородящих.

7. Какова роль женской консультации в подготовке к родам "юных" первородящих.

8. Профилактика осложнений в родах у многорожавших.

9. Каковы причины осложнений течения беременности и родов у "старых" первородящих

10. Планирование семьи, его цели у многорожавших Задача № 1.

Первородящая, 32 лет поступила с указанием на излитие околоплодных вод час назад при сроке беременности 40 недель. Родовой деятельности нет.

При наружном исследовании выявлено: размеры таза нормальные, предполагаемая масса плода 3100,0. Положение плода продольное, спинка слева, головка плода прижата ко входу в малый таз. С/б плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин.

Предполагаемый диагноз? Какие дополнительные методы обследования следует провести для уточнения диагноза? План ведения родов.

Задача № 2.

Первородящая 36 лет, поступила с указанием на излитие околоплодных вод 2 часа назад при сроке беременности 39-40 недель. В анамнезе 1 медицинский аборт без осложнений. Во время беременности отмечала неравномерную прибавку массы тела, в анализах мочи - белок 0,165 о/оо, пастозность голеней и стоп. При наружном исследовании выявлено, что размеры таза нормальные, предполагаемая масса плода 3700,0. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец плода, головка - в дне матки. С/б плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин.

Предполагаемый диагноз? Какие методы исследования следует произвести для уточнения диагноза? План родоразрешения.

Тема № 13.
РАННИЕ ТОКСИКОЗЫ

Продолжительность занятия 180 минут.

Цель занятия: изучение этиологии, патогенеза, клиники ранних токсикозов беременных, методы диагностики и лечения, профилактика.

Ординатор должен знать: часто встречающиеся формы токсикозов (слюнотечение, рвота беременных), а также редкие формы токсикозов (хорея беременных, остеомаляция, дерматозы, острая желтая дистрофия печени), этиологию и патогенез рвоты беременных, классификацию по клинической картине, методы диагностики, принципы лечения, показания для прерывания беременности.

Ординатор должен уметь: на основании жалоб, анамнеза, клинической картины, дополнительных методов исследования поставить диагноз и определить степень тяжести токсикоза, составить план лечения.

Место занятия: учебная комната, отделение патологии беременных.

Оснащение: таблицы классификации токсикозов беременных, история болезни беременных.

План организации занятия: Обоснование темы - 5 мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов - 30 мин.

Теоретический разбор темы и осмотр беременных с ранними токсикозами - 140 мин.

Итоги занятия, домашнее задание - 5 мин.

Содержание занятия Токсикозами (гестозами) называют состояния беременных женщин, возникающие в связи с развитием всего плодного яйца или отдельных его элементов, характеризующиеся множественностью симптомов, из которых наиболее постоянными и выраженными являются нарушение функции центральной нервной системы, сосудистые расстройства и нарушения обмена веществ.

При удалении плодного яйца или его элементов заболевание, как правило, прекращается.

Эти состояния беременных классифицируют по сроку возникновения.

Различают ранние токсикозы и поздние гестозы. Они отличаются по своему клиническому течению.

Ранний токсикоз обычно наблюдают в I триместре, и он проходит в начале II триместра беременности. Гестозы возникают во втором или третьем триместрах беременности.

Существовало множество теорий, пытающихся объяснит механизм развития раннего токсикоза: рефлекторная, неврогенная, гормональная, аллергическая, иммунная, кортико-висцеральная.

В патогенезе раннего токсикоза ведущую роль занимает нарушение функционального состояния центральной нервной системы. В ранние сроки беременности симптомы раннего токсикоза (невроза) проявляются расстройством функции желудочно-кишечного тракта. Пищевые рефлексы связаны с вегетативными центрами диэнцефальной области. Поступающие сюда с периферии афферентные сигналы могут носить извращенный характер (либо из-за изменений в рецепторах матки, либо в проводящих путях), возможны изменения и в самих центрах диэнцефальной области, что может изменить характер ответных эфферентных импульсов. При нарушенной чувствительности системы быстро наступает изменение рефлекторных реакций, нарушение пищевых функций: потеря аппетита, тошнота, слюнотечение (саливация), рвота.

Огромную роль в возникновении раннего токсикоза играют нейроэндокринные и обменные нарушения, в связи с этим при прогрессировании заболевания, постепенно развиваются изменения водно-солевого, углеводного и жирового, а затем и белкового метаболизма на фоне нарастающего истощения и снижения массы тела.

Нарушение гормонального состояния может вызывать патологические рефлекторные реакции. При рвоте беременных отмечают временное совпадение начала рвоты с пиком содержания хорионического гонадотропина, нередко отмечается снижение кортикостероидной функции надпочечников.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ.
Выделяют часто встречающиеся (рвота беременных, слюнотечение) и редкие формы раннего токсикоза (дерматозы беременных, тетания, остеомаляция, острая желтая атрофия печени, бронхиальная астма беременных).
Рвота беременных (emesis gravidarum) возникает примерно у 50-60% беременных, но в лечении нуждаются не более 8-10% из них. Чем раньше возникает рвота беременных, тем тяжелее она протекает. В зависимости от выраженности рвоты различают три степени тяжести: легкая, средняя и тяжелая.

При легкой степени (I степень) рвоты беременных общее состояние больной остается удовлетворительным. Рвота наблюдается 5 раз в сутки чаще после еды, иногда натощак. Это снижает аппетит и угнетает настроение беременной женщины.

Больная теряет в массе не более 3 кг, температура тела остается в пределах нормы.

Влажность кожных покровов и слизистых оболочек остается нормальной, частота пульса не превышает 80 уд/мин. Артериальное давление не изменяется. Клинические анализы мочи и крови без патологических изменений.

II степень – рвота средней степени тяжести. Общее состояние женщины заметно нарушается: рвота наблюдается от 6 до 10 раз в сутки и уже не связана с приемом пищи, потеря массы тела от 2 до 3 кг за 1,5-2 недели. Возможна субфебрильная температура. Влажность кожных покровов и слизистых оболочек остается нормальной. Тахикардия до 90-100 уд/мин. Артериальное давление может быть незначительно снижено. Ацетонурия у 20-50% больных.

III степень – тяжелая (чрезмерная) рвота беременных.

Общее состояние женщины резко ухудшается. Рвота бывает до 20-25 раз в сутки, иногда при любом движении больной. Нарушен сон, адинамия. Потеря массы тела до 8-10 кг. Кожные покровы и слизистые оболочки становятся сухими, язык обложен. Повышается температура тела (37,2-37,5). Тахикардия до 110-120 уд/мин, артериальное давление снижается. Беременные не удерживают ни пищу, ни воду, что приводит к обезвоживанию организма и метаболическим нарушениям. Нарушаются все виды обмена веществ. Суточный диурез снижен, ацетонурия, нередко белок и цилиндры в моче. Иногда повышается содержание гемоглобина в крови, связанное с обезвоживанием организма.

В анализах крови гипо- и диспротеинемия, гипербилирубинемия, повышение креатинина. Сдвиг кислотно-щелочного равновесия в сторону ацидоза. При исследовании электролитов находят снижение калия, натрия и кальция.

_ _ _

Проявления раннего токсикоза беременных необходимо дифференцировать с рядом заболеваний, при которых также отмечается рвота (пищевая токсикоинфекция, гастрит, панкреатит, желчно-каменная болезнь, рак желудка, нейроинфекция и др.).

Лечение больных рвотой беременных должно быть комплексным и дифференцированным с одновременным многосторонним воздействием на различные стороны патогенеза заболевания.

Комплексная терапия рвоты беременных включает препараты, воздействующие на ЦНС, нормализующие эндокринные и обменные нарушения (в частности, водноэлектролитный баланс), антигистаминные средства, витамины. При лечении необходимо соблюдать лечебно-охранительный режим. Нельзя помещать в палату двух подобных больных, так как у выздоравливающей женщины может возникнуть рецидив заболевания под влиянием больной с продолжающейся рвотой.

Для нормализации функции ЦНС используют электросон или электроанальгезию. Длительность воздействия – 60-90 минут. Курс лечения состоит из 6-8 сеансов. С целью воздействия на ЦНС может быть использована гипносуггестивная терапия. Хороший эффект дают различные варианты рефлексотерапии.

Для борьбы с обезвоживанием организма, для детоксикации и восстановления КОС применяют инфузионную терапию в количестве 2,0-2,5 л в сутки. Ежедневно в течение 5-7 дней вводят раствор Рингера-Локка (1000-1500 мл), 5,0% раствор глюкозы (500-1000 мл) с аскорбиновой кислотой (5,0% раствор 3-5 мл) и инсулином (из расчета 1 ед инсулина на 4,0 г сухого вещества глюкозы). Для коррекции гипопротеинемии используют альбумин (10,0 или 20,0% раствор в количестве 100-150 мл), плазму. При нарушении КОС рекомендуют внутривенное введение натрия гидрокарбоната (5,0% раствор) или лактосола и др. В результате ликвидации обезвоживания и потери солей, а также дефицита альбуминов состояние больных быстро улучшается.

Для подавления возбудимости рвотного центра можно использовать церукал, торекан, дроперидол и др. Основным правилом медикаментозной терапии при тяжелой и средней степени тяжести рвоты является парентеральный метод введения в течение 5-7 дней (до достижения стойкого эффекта).

В комплексную терапию рвоты беременных включают внутримышечные инъекции витаминов (В1, В6, В12, С) и коферментов (кокарбоксилаза). Используют дипразин (пиполь-

фен), оказывающий седативное действие на ЦНС, способствующий уменьшению рвоты. Препарат обладает пролонгированной антигистаминной активностью. В комплекс медикаментозной терапии включают и другие антигистаминные препараты – супрастин, диазолин, тавегил и др.

Критериями достаточности инфузионной терапии являются уменьшение обезвоживания и повышение тургора кожи, нормализация величины гематокрита, увеличение диуреза, улучшение самочувствия. Комплексную терапию продолжают до стойкого прекращения рвоты, нормализации общего состояния, постепенного нарастания массы тела. Выписка через 5 – 7 дней после прекращения рвоты.

Неэффективность проводимой терапии является показанием для прерывания беременности.

Показанием для прерывания беременности являются:

- непрекращающаяся рвота,

- нарастающее обезвоживание организма,

- прогрессирующее снижение массы тела,

- прогрессирующая ацетонурия в течение 3-4 дней,

- выраженная тахикардия,

- нарушение функций нервной системы (адинамия, апатия, бред, эйфория),

- билирубинемия (до 40-80 мкмоль/л), а гипербилирубинемия 100 мкмоль/л является критической,

- желтушное окрашивание склер и кожи.

Основой профилактики ранних токсикозов является выявление и устранение психогенных факторов и оздоровление женщин с хроническими заболеваниями печени, желудочно-кишечного тракта и т.д. до наступления беременности.

Слюнотечение (ptyalismus) может сопровождать рвоту беременных, реже возникает как самостоятельная форма раннего токсикоза. При выраженном слюнотечении за сутки беременная может терять 1 л жидкости. Обильное слюнотечение приводит к обезвоживанию организма, гипопротеинемии, мацерации кожи лица, отрицательно влияет на психику, масса тела снижается.

Лечение выраженного слюнотечения должны проводить в стационаре.

Назначают полоскание полости рта настоем шалфея, ромашки, коры дуба, раствором ментола и средства, снижающие слюноотделение (церукал, дроперидол). При большой потере жидкости назначают внутривенно капельно растворы Рингера-Локка, 5,0 % глюкозы. При значительной гипопротеинемии показано вливание растворов альбумина, плазмы. Хороший эффект достигают при проведении гипноза, иглорефлексотерапии. Для предупреждения и устранения мацерации слюной кожи лица используют смазывание ее цинковой пастой, пастой Лассара или вазелином.

Дерматозы беременных – редкие формы раннего токсикоза. Это группа различных кожных заболеваний, которые возникают при беременности и проходят после ее окончания. Дерматозы появляются в виде зуда, крапивницы, герпетических высыпаний.

Наиболее частой формой дерматоза является зуд беременных (pruritus gravidarum). Зуд может появляться в первые месяцы и в конце беременности, ограничиваться областью наружных половых органов или распространяется по всему телу. Зуд нередко бывает мучительным, вызывает бессонницу, раздражительность или подавление настроения. Зуд при беременности необходимо дифференцировать с заболеваниями, которые сопровождаются зудом: сахарный диабет, грибковые заболевания кожи, трихомониаз, аллергические реакции.

Лечение заключается в назначении седативных средств, десенсибилизирующих (димедрола, пипольфена), витаминов В1 и В6, общее ультрафиолетового облучения.

Тетания беременных (tetania gravidarum) проявляется судорогами мышц верхних конечностей ("рука акушера"), реже нижних конечностей ("нога балерины"), лица ("рыбий рот"). В основе заболевания лежит понижение или выпадение функции паращитовидных желез и, как следствие, нарушение обмена кальция. При тяжелом течении заболевания или обострении во время беременности латентно протекающей тетании, следует прервать беременность. Для лечения применяют паратиреоидин, кальций, дигидротахистерол, витамин D.

Остеомаляция беременных (osteomalacia gravidarum) в выраженной форме встречается крайне редко. Беременность в этих случаях абсолютно противопоказана.

Чаще наблюдают стертую форму остеомаляции - симфизиопатию. Заболевание связано с нарушением фосфорно-кальциевого обмена, декальцинацией и размягчением костей скелета. Основными проявлениями симфизиопатии являются боли в ногах, костях таза, мышцах. Появляются общая слабость, утомляемость, парестезии;

изменяется походка ("утиная"), повышаются сухожильные рефлексы. Пальпация лобкового сочленения болезненна. На рентгенограммах таза иногда обнаруживают расхождение костей лобкового сочленения, однако, в отличие от истинной остеомаляции в костях отсутствуют деструктивные изменения. Стертая форма остеомаляции – проявление гиповитаминоза D.

Лечение заболевания. Хороший эффект дает применение витамина D, рыбьего жира, общего ультрафиолетового облучения, общего и местного, прогестерона.

Острая желтая атрофия печени. (atrophia heratis blava acuta) наблюдается чрезвычайно редко и может быть исходом чрезмерной рвоты беременных или возникнуть независимо от нее. В результате жирового и белкового перерождения печеночных клеток происходит уменьшение размеров печени, возникновение некрозов и атрофии печени. Заболевание крайне тяжелое (интенсивная желтуха, зуд, рвота, судорожные припадки, кома), обычно приводит к гибели больной.

Лечение заключается в немедленном прерывании беременности, хотя и прерывание беременности редко улучшает прогноз.

Бронхиальная астма беременных (asthma bronchiale gravidarum) наблюдается очень редко. Причиной возникновения бронхиальной астмы является гипофункция паращитовидных желез и нарушение кальциевого обмена.

Лечение: препараты кальция, витамины группы «В», седативные средства, обычно, дают положительный результат.

Бронхиальную астму беременных необходимо дифференцировать с обострением бронхиальной астмы, существовавшей до беременности.

Профилактика ранних токсикозов заключается в своевременном лечении хронических заболеваний, устранении психических нагрузок, неблагоприятных воздействий внешней среды.

Большое значение имеет ранняя диагностика и лечение начальных (легких) проявлений токсикоза, а, следовательно, предупреждение развития тяжелых форм заболеваний.

Контрольные вопросы:

1. Что называют гестозами.

2. Классификация гестозов в зависимости от срока беременности.

3. Назвать основные формы ранних токсикозов.

4. Классификация рвоты беременных по степени тяжести.

5. Клиника легкой степени рвоты беременных.

6. Клиника средней степени рвоты беременных.

7. Клиника тяжелой степени рвоты беременных.

8. Объем лечения при легкой степени рвоты беременных.

9. Объем лечения при средней степени рвоты беременных.

10. Объем лечения при тяжелой степени рвоты беременных.

11. Показания к прерыванию беременности при рвоте беременных.

12. Профилактика ранних токсикозов.

Задача № 1.

В отделение поступила беременная Д. 24 лет с жалобами на тошноту, рвоту 3-5 раз в сутки, чаще после приема пищи, снижение аппетита, раздражительность. За последнюю неделю снижение массы тела на 1 кг. Срок беременности 6-7 недель.

Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Температура тема нормальная. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. Пульс 90 уд. в мин. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст.

Анализ крови и мочи без патологических изменений.

Диагноз? План ведения?

Задача № 2.

В отделение доставлена машиной скорой помощи беременная Т. 21 года.

Беременность 7-8 нед. Жалобы на постоянную тошноту, рвоту 15-16 раз и чаще в сутки, пищу не удерживает. Слабость, апатия. За 10 дней снижение массы тела на 3,5 кг.

Состояние больной средней тяжести, истощена, изо рта запах ацетона.

Температура субфебрильная, кожа желтушная, сухая. Пульс 110 уд., слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, безболезненный.

Диурез снижен до 400 мл в сутки. В крови повышение остаточного азота, мочевины, билирубина, снижение содержания альбуминов, холестерина, калия, хлоридов. В анализе мочи протеино- и цилиндрурия, реакция на ацетон резко положительная.

Диагноз? План ведения?

Тема № 14.
ПОЗДНИЕ ГЕСТОЗЫ

Продолжительность занятия - 180 минут.

Цель занятия: изучение этиологии, патогенеза, клинических проявлений позднего гестоза, дополнительных методов исследования, принципов терапии и профилактики данной патологии, выбора способа и срока родоразрешения в зависимости от степени тяжести гестоза, необходимости взаимодействия акушерагинеколога и анестезиолога для разработки плана интенсивной терапии.

Ординатор должен знать: определение понятия позднего гестоза, классификацию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, терапию во время беременности, в родах, послеродовом периоде, влияние на показатель материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, значение триады Цангемейстера в диагностике данной патологии, клинических и лабораторных методов исследования (офтальмоскопия, УЗИ, гемостазиограмма, кардиомониторное исследование и др.), фармакологические препараты, применяемые в терапии позднего гестоза, основные принципы интенсивной терапии и оказания экстренной медицинской помощи при тяжелых формах заболевания, а также принципы ведения родов при данной патологии.

Ординатор должен уметь: собрать анамнез, произвести осмотр беременной, оценить данные лабораторных и дополнительных исследований, поставить диагноз и оценить степень тяжести позднего гестоза, назначить лечение.

Место занятия: палата отделения патологии беременных, палата интенсивной терапии (палата эклампсии), учебная комната.

Оснащение: истории болезни, таблицы, кардиомонитор, ультразвуковой аппарат, тонометр, набор для оказания экстренной помощи при эклампсии.

План организации занятия:

Организационные вопросы, обоснование темы занятия - 10мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов - 35 мин.

Теоретический разбор и демонстрация беременных с поздним гестозом, разбор их истории родов. Обучение методике осмотра и выявления клинических проявлений заболевания, оценке показателей дополнительных методов исследования. Изучение принципов рациональной терапии и оценки ее эффективности. Демонстрация набора для оказания экстренной помощи при эклампсии - 140 мин.

Подведение итогов занятия, домашнее задание - 5 мин..

Содержание занятия:

Поздний гестоз – патологическое состояние беременных, которое возникает во второй половине беременности (после 16 нед.), после родоразрешения признаки болезни уменьшаются и у большинства женщин полностью исчезают. Поздний гестоз характеризуется функциональной недостаточностью органов и систем, проявляется триадой основных симптомов (отеки, протеинурия, гипертензия). В современном акушерстве наряду с термином "поздний гестоз" используют термины "нефропатия", "гипертензия беременных", "капилляротоксикоз", "преэклампсия" и др. Частота позднего гестоза в среднем колеблется от 2 до 14%. Значительно чаще поздний гестоз встречают у беременных с экстрагенитальной патологией (заболевания почек, сердечно-сосудистой системы и др.), у старых и юных первородящих, у женщин из социально-экономически неблагополучной группы населения; и у близких родственниц которых (матерей, сестер) наблюдался поздний гестоз. Известно, что поздний гестоз вызывает нарушение функции фетоплацентарной системы тем в большей степени, чем тяжелее проявления позднего гестоза.

Этиология позднего гестоза до настоящего времени окончательно не установлена. Существующее представление о причинах развития позднего гестоза включает более 20 теорий: иммунологическая, теория интоксикации и повреждения эндотелия, гемодинамическая, эндокринологическая, плацентарная (морфологические изменения в плаценте, нарушение продукции гормонов), психогенная и неврологическая, наследственная и др. Большинство исследователей склоняются к мнению о полиэтиологичности возникновения позднего гестоза.

Во второй половине беременности имеет место ряд физиологических изменений в организме беременных, предрасполагающих к развитию позднего гестоза:

увеличение объема циркулирующей крови до 150% от исходного уровня, умеренное повышение периферического сопротивления, образование маточно-плацентарного кровотока, увеличение легочного кровотока со склонностью к гипертензии, частичная окклюзия в системе нижней полой вены, умеренная гиперкоагуляция, нарастание скорости клубочковой фильтрации за счет повышения эффективного почечного плазмотока, умеренная протеинурия, т.е. более 300 мг в сутки, снижение абсорбции в канальцах, задержка реабсорбции натрия за счет прогестерона, повышение альдостерона в крови в 20 раз.

Основными патофизиологическими аспектами развития позднего гестоза являются: спазм артериол, изменение внутрисосудистого объема (уменьшение объема плазмы, повышение показателей гемоглобина и гематокрита), прогрессивное снижение резистентности к прессорному действию катехоламинов и ангиотензина П, нарушение свертывания крови в виде хронического синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания, поражение почек в виде клубочкового эндотелиоза, который имеет почти полное сходство с мембранозным гломерулонефритом, избыточный выброс ренина и ангиотензина, повышение активности альдостерона, снижение дезинтоксикационной и белковообразующей функции печени, развитие почечной недостаточности на фоне ишемии, задержка жидкости в интерстициальном пространстве, метаболический ацидоз, отек мозга, спазм сосудов головного мозга, кровоизлияния, которые проявляются мозговыми симптомами и наступлением судорожных припадков; нарушением маточно-плацентарного кровотока, вследствие чего развивается внутриутробная гипоксия плода и его гипотрофия.

Различные формы гестоза рассматривают как этапы единого патологического процесса. Различают гипертензию беременных, преэклампсию и эклампсию беременных.

Всемирная организация здравоохранения (1989) предлагает следующую классификацию:

1. Артериальная гипертензия беременных без значимой протеинурии.

2. Преэклампсия – сочетание артериальной гипертензии со значимой протеинурией.

4. Эклампсия.

Классическая триада симптомов позднего гестоза (отеки, протеинурия и гипертензия), описанная в 1913 г. немецким акушером Цангенмейстером, обусловлена рядом патогенетических факторов, которые взаимосвязаны друг с другом и представляют собой нарушения жизненно важных функций организма.

В практическом отношении полезно определять среднее АД по формуле:

Ат Д о Дл 2 д т Асл со ис иа А среднее= Д В норме среднее АД должно быть не более 100 мм рт.ст., увеличение показателя на 15 мм рт.ст. свидетельствует о начале заболевания.

С целью диагностики гестоза следует производить взвешивание беременных, измерение АД на обеих руках, исследование мочи еженедельно в III триместре беременности, осуществлять тщательное акушерское исследование, при необходимости привлекать других специалистов (окулиста, терапевта, невропатолога и др.). Применяют пробу на гидрофильность тканей по Мак Клюру-Олдричу (определяется "волдырь" после внутрикожного введения 0,9% NaCl, который рассасывается менее, чем за 35 минут при отеках). Традиционное значение имеет определение протеинурии, контроль за диурезом. К ранним симптомам артериальной гипертензии относят снижение пульсового давления до 30 мм. рт.ст. и ниже, асимметрию показателей АД. Особого внимания заслуживает диагностика нарушений функции почек. С этой целью определяют уровень протеинурии и цилиндрурии в однократной и суточной пробах мочи, относительная плотность мочи и суточный диурез в пробе мочи по Зимницкому (для позднего гестоза характерна изостенурия и никтурия). Диагностическое значение имеют и показатели биохимического исследования крови: гипопротеинемия, снижение коэффициента альбумин-глобулин ниже единицы, нарастание содержания мочевины и креатинина и т.д. Важную роль играет исследование свертывающей системы крови, при котором возможна тромбоцитопения (снижение количества

тромбоцитов до 160 тыс. и ниже), увеличение продуктов деградации фибрина. С целью оценки состояния плода производят УЗ исследование, кардиомониторинг, амниоскопию (диагностика гипоксии плода и внутриутробной задержки роста плода). Офтальмоскопия является информативным методом оценки состояния сосудов глазного дна, при котором выявляют ангиопатию, кровоизлияния, отек и отслойку сетчатки. Поздний гестоз дифференцируют от заболеваний почек (гломеруло- и пиелонефрита), гипертонической болезни. Для чего определяют пробу Зимницкого и Нечипоренко, проводят бактериологическое исследование мочи.

Наиболее легкой формой позднего гестоза является водянка беременных, которая проявляется отеками. Различают 4 степени их распространения: 1 степень – отеки ног, 2 степень – отеки ног и живота, 3 степень – отеки ног, живота и лица, 4 степень – анасарка. Масса тела беременной вследствие отеков увеличивается свыше 350 г в неделю. Снижается суточный диурез. Дефицит выделения воды может достигнуть 30-60% и более. Лечение этой формы гестоза можно производить амбулаторно, но при нарастании отеков беременную госпитализируют в стационар.

Тяжёлая преэклампсия. Кроме признаков, свойственных нефропатии, появляются симптомы нарушения мозгового кровообращения, повышения внутричерепного давления и отека мозга: головная боль, нарушение зрения, боли в эпигастральной области, тошнота, рвота, сонливость, снижение реакции на внешние раздражители или, наоборот, возбуждение и эйфория.

Высшей формой ПГ является эклампсия – тяжелейшая форма гестоза, основным проявлением которой являются судороги с потерей сознания на фоне спазма сосудов, кровоизлияний и отека головного мозга. Припадки могут возникать внезапно, но чаще развиваются на фоне симптомов преэклампсии. Клинические проявления эклампсии развиваются в определенной последовательности. Различают 4 этапа судорожного припадка: 1 этап – фибриллярные сокращения мышц лица, 2 этап – тонические судороги с нарушением дыхания и потерей сознания, 3 этап – клонические судороги, на высоте припадка резко повышается АД, появляются кровоизлияния, прогрессирует отек мозга (такие же изменения проявляются в легких и других паренхиматозных органах), 4 этап – разрешающий. Осложнения эклампсии: сердечная недостаточность, отек легких, мозговая кома, кровоизлияния в мозг, в сетчатку глаза, печеночная и почечная недостаточность, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипоксия и гибель плода. При данной патологии все манипуляции (влагалищное исследование, венопункция и т.д.) производят под масочным наркозом. При возникновении предвестников приступа эклампсии производят введение дроперидола 5-10 мг в сочетании с седуксеном 5-10 мг. Если судорожная готовность не купируется, то дополнительно вводят промедол 20 мг или пипольфен 25-50 мг. При возникновении приступа вводят роторасширитель, язык захватывают языкодержателем, начинают вспомогательную вентиляцию маской или переводят на искусственную вентиляцию легких, внутривенно вводят препараты, как и при возникновении предвестников эклампсии. На фоне медикаментозного лечебноохранительного режима начинают гипотензивную терапию. При лечении сульфатом магния доза сухого магния составляет 50 г в сутки, из них 12,5 г вводят в течение первого часа. При введении сульфата магния используют инфузоматы. Осуществляют строгий контроль частоты дыхания и сердцебиения пациентки. Параллельно проводят инфузионную терапию с целью восполнения ОЦК.

Лечение позднего гестоза целесообразно осуществлять совместно с анестезиологом-реаниматологом.

Применение патологически обоснованной терапии, оказание неотложной помощи и определение сроков родоразрешения позволяет избежать перехода в более тяжелые формы – преэклампсию и эклампсию.

ТЕРАПИЯ ГЕСТОЗОВ.

Лечение позднего гестоза должно быть патогенетически обоснованным и должно зависеть от степени тяжести гестоза. Терапия включает в себя прежде всего воздействие на центральную нервную систему (понятие лечебно-охранительного режима по Строганову), гипотензивную терапию (препараты центрального и периферического действия, ганглиоблокаторы, магнезиальная терапия по Бровкину), устранение сосудистых расстройств, гиповолемии, хронического ДВС синдрома, нормализацию водно-электролитного, белкового, углеводного баланса, КОС крови, маточно-плацентарного кровотока и т.д.

При проведении терапии следует согласовать назначения с анестезиологом и придерживаться следующих положений:

воздействовать на центральную нервную систему с целью создания лечебноохранительного режима;

снять генерализованный спазм сосудов – магнезиальная терапия;

нормализация сосудистой проницаемости, ликвидация гиповолемии;

улучшить кровоток в почках и стимулировать их мочевыделительную функцию;

регулировать водно-солевой обмен;

нормализовать метаболизм;

нормализовать реологические и коагуляционные свойства крови;

проводить антиоксидантную терапию;

профилактика и лечение внутриутробной гипоксии и гипотрофии плода;

не допускать утяжеления гестоза путем своевременного щадящегородоразрешения;

проводить роды с адекватным обезболиванием, ранней амниотомией, с применением управляемой нормотонии или наложением акушерских щипцов во II периоде родов;

проводить профилактику кровопотери и коагуляционных расстройств в родах и раннем послеродовом периоде;

обратить внимание на ведение послеродового периода.

Степень тяжести позднего гестоза определяет сроки родоразрешения.

Родоразрешение через естественные родовые пути проводят при подготовленной шейке матки путем амниотомии с последующим введением утеротонических средств. Ведение родов осуществляют под кардиомониторным контролем за состоянием плода и сократительной деятельностью матки.

У женщин с поздним гестозом кесарево сечение проводят по следующим показаниям: эклампсия, преэклампсия, тяжелая форма, при безуспешной интенсивной терапии, коматозное состояние, анурия, амавроз, отслойка сетчатки, кровоизлияние в сетчатку, в мозг; отсутствие эффекта от проводимого родовозбуждения, сочетание позднего гестоза с акушерской патологией.

Профилактические мероприятия включают в себя выявление и взятие на особый учет беременных, составляющих группу повышенного риска развития позднего гестоза, раннюю диагностику и госпитализацию данных больных.

Показанием к досрочному прерыванию беременности является нефропатия II степени тяжести при отсутствии эффекта от лечения в течение 1-2 недель, нефропатия, сопровождающаяся выраженной гипотрофией плода, тяжелые формы гестоза при отсутствии эффекта от проводимой интенсивной терапии в течение 1-2 суток..

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭКЛАМПСИИ.

1. Аритмия, сердечная недостаточность, отек легких.

2. Отек мозга, кома, тромбозы, геморрагии.

3. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания, гемолитическая ангиопатия.

4. Некроз печени, кровоизлияния, разрыв капсулы.

5. Острая обструкция дыхательных путей, шоковое легкое.

6. Острый некроз почек, кровоизлияние.

7. Отслойка сетчатки, кровоизлияние.

Контрольные вопросы:

1. Определение понятия позднего гестоза.

2. Основные патогенетические звенья развития позднего гестоза.

3. Классификация позднего гестоза.

4. Клинические проявления различных форм позднего гестоза.

5. Способы диагностики и дифференциальной диагностики.

6. Принципы терапии водянки и легкой формы нефропатии беременных.

7. Принципы терапии тяжелых форм гестозов.

8. Оказание первой помощи и принципы интенсивной терапии при эклампсии.

9. Способы подготовки к родам и особенности ведения родов при позднем гестозе.

10. Осложнения гестоза.

Задача № 1.

В родильный дом поступила первобеременная 17 лет со сроком беременности 34 нед. Отмечает прибавку в весе 2 кг за последние 2 недели, периодическое повышение АД до 135/90 мм рт.ст. В возрасте 13 лет беременная перенесла пиелонефрит.

При обследовании обнаружено: в анализе мочи содержание белка 0,99 г/л, лейкоцитов 20-25 в поле зрения, эритроцитов 0-1 в поле зрения, большое количество бактерий.

Диагноз? План обследования, терапия?

Задача № 2.

В родильный дом доставлена машиной "скорой помощи" первородящая 26 лет.

Беременность доношенная. В течение 2 часов отмечает схваткообразные боли внизу живота,,боли в эпигастральной области, тошноту, головную боль.

При осмотре наблюдаются фибриллярные подергивания мимических мышц, АД 140/95 мм рт. ст. Пастозность голеней.

При влагалищном исследовании обнаружена "зрелая" шейка матки, головное предлежание.

Диагноз? Что делать?

Тема № 15.

ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ.
Продолжительность занятия - 180 минут.
Цель занятия: научить студентов выявлять причины кровотечений до рождения плода, особенно при предлежании плаценты и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, научить диагностике и рациональному лечению при этой патологии.

Ординатор должен знать: этиологию, классификацию, клинику, диагностику, течение беременности и родов, лечение (консервативное и хирургическое), методы родоразрешения при предлежании и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты: этиология, диагностика, лечение, геморрагический шок и ДВС-синдром при этих состояниях.

Ординатор должен уметь: на основании анамнеза, жалоб больной, объективного исследования и дополнительных методов обследования поставить диагноз предлежания плаценты или преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты, оценить состояние беременной или роженицы и составить план ведения беременности или родов, определить показания к хирургическому лечению.

Место занятия: отделение патологии беременных, родильное отделение, операционная, послеродовое отделение.

Оснащение: таблицы и рисунки, муляжи предлежаний плаценты и преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

План организации занятия:

Организационная часть и обсуждение темы занятия - 10 мин.

Контроль знаний студентов по теме - 35 мин.

Теоретический и клинический разбор темы и двух историй родов (или больных или наличии их); установление диагноза и обоснование лечения. решение ситуационных задач - 125 мин.

Итоги занятия, домашнее задание - 10 мин.

Содержание занятия Одним из наиболее частых и серьезных осложнений беременности, родов и послеродового периода является кровотечение. В структуре материнской смертности кровотечениям принадлежит одно из первых мест. Велика перинатальная потеря плодов и новорожденных при кровотечении у матери. Кровотечения разделяют на кровотечения 1) во время беременности по триместрам, связанные и несвязанные с беременностью, 2) во время родов, в 1 и 2 периодах родов, связанные и несвязанные с беременностью, 3) в последовом и раннем и позднем послеродовом периодах.

Массивные кровотечения чаще всего бывают при предлежании и отслойке нормально расположенной плаценты, с патологией отделения плаценты в третьем периоде родов, гипо- и атоническими состояниями матки в послеродовом периоде. Кровотечения приводят к геморрагическому шоку и синдрому ДВС.

Предлежанием плаценты называют прикрепление ее какой-либо частью или полностью в области нижнего сегмента матки и отношение ее к внутреннему зеву.

В России частота предлежаний плаценты составляет 0,5-0,8% от общего числа родов.

Повышение частоты предлежания плаценты в последние десятилетие объясняют увеличением числа абортов и внутриматочных вмешательств. Кровотечение при предлежании плаценты может возникнуть в начале второй половины беременности, вследствие формирования нижнего сегмента. Чаще кровотечение наблюдают в последние недели беременности, когда начинают появляться сокращения матки.

Наиболее часто кровотечение возникает во время родов. Кровотечение во время беременности при предлежании плаценты встречается в 34% случаев, во время родов

- в 66%.

СТЕПЕНИ ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ.
Полное (центральное) предлежание плаценты - внутренний зев полностью перекрыт плацентой и при влагалищном исследовании всюду определяется плацентарная ткань, плодные оболочки не пальпируют.
Неполное (частичное) предлежание плаценты - внутренний зев не полностью перекрыт плацентой и при влагалищном исследовании за внутренним зевом определяется плацента и околоплодные оболочки.

Неполное предлежание плаценты разделяют на краевое и боковое предлежание.

При краевом нижний край плаценты находят на уровне края внутреннего зева; при боковом - край плаценты частично перекрывает внутренний зев. Наряду с плацентой в обоих случаях определяют плодные оболочки. Клинически вариант предлежания плаценты можно определить только при раскрытии маточного зева на 4-5 см. Поэтому в практической работе различают полное или неполное предлежание плаценты.

Низкое прикрепление плаценты - нижний край плаценты располагается на 7 см и менее от внутреннего зева, область внутреннего зева не захватывает и при влагалищном исследовании пальпации не доступен. Иногда можно пальпировать шероховатую поверхность плодных оболочек, что позволяет подозревать близкое расположение плаценты.

Шеечная (шеечно-перешеечная) плацента - плацента врастает в шеечный канал в результате неполноценного развития децидуальной реакции в шейке матки.

Это редкая, но серьезная клиническая ситуация, трудности в диагностике создают смертельную опасность. К этому можно отнести и шеечную беременность.

ЭТИОЛОГИЯ.

Причины возникновения аномалий расположения плаценты окончательно не выяснены.

Причины предлежания плаценты разделяют на две группы:

- зависящие от состояния организма женщины,

- связанные с особенностями плодного яйца.

Наиболее частыми являются патологические изменения в слизистой оболочке матки, нарушающие нормальную децидуальную реакцию эндометрия. Хроническое воспаление эндометрия, рубцовые изменения в эндометрии после абортов, операций на матке (кесарево сечение, консервативная миомэктомия, перфорация матки и др.), миома матки, аномалии или недоразвитие матки, многократные роды, осложнения в послеродовом периоде. Предлежание плаценты у повторнородящих чаще (75%), чем у первородящих.

Вследствие нарушения нидационной функции трофобласта, а именно запоздалого появления ферментативных процессов в трофобласте, оплодотворенное яйцо не может своевременно привиться в области дна матки. Оно приобретает имплантационную способность, опускаясь уже в нижние отделы матки, где и прививается.

Возможна миграция плаценты. Ультразвуковое исследование позволяет проследить миграцию плаценты в течение беременности. В начале беременности чаще определяют центральное предлежание ветвистого хориона. В конце беременности плацента мигрирует и может располагаться низко или даже нормально.

КЛИНИКА.

Основным клиническим симптомом предлежания плаценты является кровотечение. Вследствие растяжения нижнего сегмента вскрываются интервиллезные пространства, так как ворсины плаценты не обладают растяжимостью, плацента отслаивается от стенок матки, возникает кровотечение.

Кровотечения во время беременности появляются внезапно, без болевых ощущений, могут прекратиться, но спустя некоторое время возникнуть вновь. Чем ниже расположена плацента, тем раньше и обильнее бывает кровотечение. Иногда сила кровотечения не соответствует степени предлежания плаценты: при полном предлежании плаценты может быть небольшое кровотечение; неполное предлежание может сопровождаться очень сильным кровотечением, если разрыв произошел в области краевого венозного синуса плаценты. В связи с постоянной кровопотерей у беременных очень скоро развивается анемия.

При полном предлежании плаценты кровотечение часто появляется внезапно во время беременности, может быть обильным. Кровотечение может прекратиться на некоторое время, а может продолжаться в виде скудных кровяных выделений. В последние недели беременности, когда появляются предвестники родов, кровотечение возобновляется и/или усиливается.

Кровотечение впервые может возникнуть при начале родовой деятельности, с первыми схватками. Если во время беременности были незначительные кровяные выделения, то с первыми схватками кровотечение усиливается. Острая анемия развивается быстро.

В процессе родовой деятельности, когда происходит раскрытие маточного зева, плацента все более отслаивается, кровотечение усиливается. Перекрывающая внутренний зев плацента не позволяет предлежащей части вставиться во вход в малый таз, а тем более нет возможности вскрыть плодный пузырь, чтобы уменьшить напряжение матки и прекратить дальнейшую отслойку.

При неполном предлежании плаценты кровотечение может начаться в самом конце беременности, чаще в начале периода раскрытия или даже позже, когда произошло сглаживание и раскрытие зева на 4-5 см. Сила кровотечения зависит от величины предлежащего участка плаценты. Чем больше предлежит плацентарной ткани, тем раньше и сильнее начинается кровотечение.
При неполном предлежании плаценты кровотечение можно уменьшить и даже приостановить вскрытием плодного пузыря. После излития околоплодных вод предлежащая часть плода вставляется во вход в таз и прижимает отслоившуюся часть плаценты к стенке матки и таза.

В III периоде родов кровотечение может возобновиться, потому что плацентарная площадка располагается в нижнем сегменте матки, а его сократительная способность снижена.

Низкое прикрепление детского места является самой благоприятной ситуацией из всех видов патологического прикрепления плаценты. Кровотечение появляется в конце периода раскрытия и по силе значительно меньше, чем при других видах прикрепления плаценты. Иногда низкое расположение плаценты распознают только после осмотра выделившегося последа - разрыв плодных оболочек находится на небольшом расстоянии от края плаценты.

Гипоксия плода - второй основной симптом предлежания плаценты.

Отслоившаяся часть плаценты не участвует в системе маточно-плацентарного кровообращения, поэтому степень гипоксии зависит от площади отслойки плаценты и ряда других факторов.

Диагноз предлежания плаценты не представляет трудностей. Он основан на следующих данных.

АНАМНЕЗ.

Кровотечение во второй половине беременности, как правило, связано с полным предлежанием детского места. Кровотечение в конце беременности или в начале первого периода родов чаще связано с неполным предлежанием плаценты, а в конце периода раскрытия с ее низким прикреплением. Перенесенные воспалительные заболевания матки, аборты могут явиться причиной предлежания плаценты.

Осмотр влагалища и шейки матки при помощи зеркал для исключения травмы, псевдоэрозии шейки матки, полипа, злокачественной опухоли шейки матки и др.

Кровяные выделения видны из цервикального канала.

Влагалищное исследование выполняют бережно, строго соблюдая ряд правил:

производить только в условиях стационара с соблюдением асептики антисептики, только при подготовленной для немедленного родоразрешения операционной, так как в момент исследования кровотечение может усилиться.

При полном предлежании плаценты и закрытом наружном зеве через своды предлежащая часть не определяется. Пальпируют мягкое массивное образование через все своды влагалища при полном предлежании плаценты, а при неполном предлежании - в переднем или одном из боковых сводов.

При раскрытом маточном зеве диагностика предлежания плаценты намного облегчается. Весь просвет внутреннего зева занят плацентарной тканью при полном предлежании, пальпация усиливает кровотечение. Если в пределах маточного зева обнаруживают плацентарная ткань и оболочки плодного пузыря, то это частичное (неполное) предлежание плаценты.

При низком прикреплении плаценты плацентарную ткань пальпировать не удается, так как край плаценты находится выше внутреннего зева, однако, оболочки будут плотные и поверхность их шероховатая. Это объясняется тем, что ворсинки гладкого хориона, расположенные вблизи плаценты, не подвергаются полной атрофии, а сохраняются в виде мелких сосочков до самого конца беременности. Они располагаются только в той части оболочки, которая непосредственно примыкает к краям плаценты.

В настоящее время для определения предлежания плаценты во время беременности и в родах используют ультразвуковое сканирование, позволяющее точно оценить степень предлежания плаценты, определить ее размеры, площадь и прогрессирование отслойки.

Дифференциальная диагностика – это исключение других источников кровотечения из родовых путей: травма мягких родовых путей (ссадины, разрывы слизистой влагалища), эрозия шейки матки, полип, рак шейки матки и др.). Поэтому обязательным при кровотечении является осмотр влагалища и шейки матки при помощи зеркал, проводимый в малой операционной при развернутой большой операционной.

Если во время родов кровотечение возникает вслед за отхождением вод, сердцебиение плода становится угрожающим или исчезает совсем, то следует подумать о разрыве сосудов пуповины при оболочечном ее прикреплении. Иногда кровяные выделения, появившиеся вследствие начинающегося разрыва матки, ошибочно принимают за низкое прикрепление плаценты.

При предлежании плаценты нередко возникает неправильное положение плода (косое, поперечное), тазовое предлежание. Беременность и роды могут осложнить недонашивание, слабость родовой деятельности, патология последового периода в связи с приращением плаценты в нижнем маточном сегменте, атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде, эмболия околоплодными водами и тромбоэмболия, восходящая инфекция.

ЛЕЧЕНИЕ.

Лечение при предлежании плаценты зависит от силы и количества кровопотери. Применяют консервативное и оперативное лечение.

Консервативные методы лечения возможны, если во время беременности кровотечение необильное, общее состояние беременной удовлетворительное, максимальное артериальное давление выше 100 мм рт.ст., содержание в крови гемоглобина не менее 7,50 ммоль/л. Беременную помещают в стационар, где назначают строгий постельный режим, препараты, снижающие (или снимающие) тонус матки. Возможно переливание свежезамороженной плазмы, эритроцитарной массы небольшими порциями (до 200 мл) с гемостатической целью. Назначают витамины С, Е, К, метионин, антибиотики для предупреждения инфекции. Проводят профилактику гипоксии плода препаратами, улучшающими маточно-плацентарный кровоток и микроциркуляцию.

Показания к оперативному вмешательству при предлежании плаценты зависят от степени кровотечения, степени предлежания плаценты, от акушерской ситуации, от условий, в которых приходится оказывать акушерскую помощь, от квалификации врача.

Разрыв плодного пузыря (амниотомия) производят при наличии родовой деятельности, при раскрытии маточного зева 5-6 см и при неполном предлежании плаценты. Разрыв оболочек способствует опусканию в малый таз головки плода, которая прижимает отслоившийся участок плаценты, прекращает дальнейшую отслойку плаценты и останавливает кровотечение. В дальнейшем роды могут протекать нормально.

Кесарево сечение является абсолютным показанием при полном предлежании плаценты. Эту операцию нередко выполняют при неполном предлежании плаценты, когда имеется обильное кровотечение угрожающее жизни матери при неподготовленных родовых путях, или оно не прекращается после амниотомии.

В процессе любого метода родоразрешения роженица требует особого внимания. Одновременно с мероприятиями по остановке кровотечения проводят мероприятия по борьбе с острой анемией (переливание крови, кровезаменителей), терапию слабости родовой деятельности, оксигенотерапию, сердечные средства и др., осуществляют мероприятия по предупреждению или лечению гипоксии плода и т.д.

ПРОФИЛАКТИКА.

Профилактика для матери и плода при предлежании плаценты зависит от своевременной диагностики, квалифицированной и рациональной помощи, а также от многих других

причин, влияющих на исход родов. Важно учитывать реакцию организма на кровопотерю, состояние сердечно-сосудистой системы, органов кроветворения. Если при предлежании плаценты роды протекают с большой кровопотерей, материнская смертность может достигать 3%, а детская - 5%. Более благоприятный исход для матери и плода дает применение операции кесарева сечения.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ОТСЛОЙКЕ НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП) это тяжелая акушерская патология, наблюдающаяся в 0,1-0,3% случаев. У многорожавших женщин эта патология возникает в два раза чаще, чем у первородящих.

Причины отслойки нормально расположенной плаценты можно разделить на две группы: предрасполагающие к ПОНРП и непосредственно вызывающие ПОНРП.

К предрасполагающим причинам относят: 1) Изменение сосудистой системы материнского организма. В спиральных артериях возникают тромбы, в межворсинчатом пространстве появляются отложения фибрина, что приводит к образованию белых и красных инфарктов плаценты. Большое количество этих инфарктов нарушает плацентарное кровообращение и вызывает преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты. Такие изменения наблюдают при тяжелых гестозах (нефропатия, эклампсия), гипертонической и гипотонической болезни, заболеваниях почек, пороках сердца, тиреотоксикозе, туберкулезе, сифилисе, малярии и других хронических инфекциях.

2) Воспалительные и дегенеративные изменения в матке и плаценте, вызывающие нарушение связи между ними:

эндомиометрит, подслизистые узлы миомы, пороки развития матки, гипо- и авитаминозы, перенашивание беременности. 3) Чрезмерное растяжение матки, ведущее к истончению ее стенки увеличению размеров плацентарной площадки, что способствует увеличению и истончению самой плаценты (многоводие, многоплодие, крупный плод).

К причинам, непосредственно вызывающим ПОНРП относят:

1. Непосредственную травму - падение, удар в живот, наружный поворот плода, грубое исследование и пр.

2. Косвенная травма - абсолютная и относительная короткость пуповины, поздний разрыв плодных оболочек, быстрое излитие околоплодных вод при многоводии, быстрое рождение первого плода при многоплодии.

3. Нервно-психические факторы - испуг, стресс, возбуждение при половом сношении и др.

ПАТОГЕНЕЗ.

Патогенез ПОНРП можно объяснить разрывом сосудов, который приводит к нарушению кровообращения в межворсинчатом пространстве, кровотечению и образованию ретроплацентарной гематомы. Под воздействием тканевого тромбопластина, который освобождается из травмированных тканей децидуальной оболочки и ворсин, кровь свертывается. Если участок отслойки плаценты небольшой, то после образования ретроплацентарной

гематомы тромбируются маточные сосуды и сдавливаются ворсины. Дальнейшая отслойка плаценты прекращается, на месте отслойки образуются инфаркты и отложения солей, которые распознают при осмотре плаценты после родов.

При обширной отслойке плаценты возникает большое кровотечение. Если края плаценты связаны с маткой, ретроплацентарная гематома, увеличиваясь, смещается вместе с плацентой в сторону амниотической полости и при целом плодном пузыре повышает внутриматочное давление. Стенки матки растягиваются. Все слои стенки матки пропитываются кровью, которая попадает в околоматочную клетчатку и даже в брюшную полость при нарушении целости серозной оболочки матки. Наружное кровотечение отсутствует, а внутреннее будет значительным.

Если связь между маткой и плацентой нарушена у края плаценты, то кровь проникает между плодными оболочками и стенкой матки во влагалище, появляется наружное кровотечение.

Кровь может попадать и в околоплодные воды, когда нарушена целость плодных оболочек, и повышать тем самым давление в амниотической жидкости, выражающееся в резком напряжении нижнего полюса плодного пузыря. Отслойка всей поверхности плаценты приводит к быстрой гибели плода.

При значительной ретроплацентарной гематоме стенка матки пропитывается (имбибируется) кровью, вследствие чего матка теряет сократительную способность, при этом повреждается мышца матки и даже серозный покров. Пропитывание матки может быть диффузным, а не только в месте плацентарной площадки. Такое состояние матки получило название "матка Кувелера" (Couvelaire) по имени французского врача, описавшего в 1912 году два собственных наблюдения. На этом фоне нередко возникает ДВС-синдром.

КЛИНИКА ПОНРП.
Ведущими симптомами ПОНРП являются кровотечение и боли. Клинические проявления зависят от площади отслоения плаценты, величины и скорости кровотечения, реакции организма женщины на кровопотерю.
Отслоение небольших участков плаценты клинически может не проявиться и об этом будут судить только после рождения последа. При его осмотре на материнской поверхности плаценты обнаружат вдавления, покрытые темными сгустками крови, в этих местах плацента заметно тоньше.

Если незначительная отслойка плаценты произошла в конце периода раскрытия или в периоде изгнания, то возникает симптом кровотечения, иногда ослабевает родовая деятельность, появляются признаки гипоксии плода. Роды обычно заканчивают самопроизвольно, но при целом плодном пузыре необходимо его вскрыть, а при головке, стоящей в полости малого таза, для ускорения родоразрешения применить операцию акушерских щипцов.

Тяжелая клиническая картина возникает при отслойке более 50% плаценты.

Отслойка значительной части плаценты возникает внезапно, на что указывают следующие симптомы.

1. Нарушение гемодинамики - падение АД, слабый, частый пульс, бледность кожных покровов.

2. Болевой синдром - боль вначале локализуется в месте отделившейся плаценты, а затем распространяется по поверхности всей матки, боль сильная, тупая, постоянная, появляется рвота.

3. Внутриутробная гипоксия или гибель плода.

4. Изменение консистенции и конфигурации матки - матка твердая, поверхность ее болезненная, выражено выпячивание матки в области отслойки плаценты, и эта поверхность имеет эластичную консистенцию.

Одновременно с симптомами внутреннего кровотечения появляется наружное кровотечение. Оно часто бывает незначительным и не может служить показателем тяжести процесса.

ДИАГНОЗ ПОНРП.
Диагноз ставят на основании анамнеза, указывающего на наличие предрасполагающих (часто гестоз) или непосредственно вызывающих причин и типичной клинической картины. Матка напряжена и между схватками не расслабляется. При влагалищном исследовании определяют кровяные выделения из матки, хотя этот симптом не всегда проявляется. Плодный пузырь постоянно напряжен. Сердцебиение плода учащается, затем становится редким, аритмичным.
При отслойке более 1/3 плаценты сердцебиение плода не прослушивается.

В настоящее время своевременной диагностике ПОНРП помогают дополнительные методы исследования и, в первую очередь, ультразвуковое сканирование, показывающее площадь отслойки, ее прогрессирование и величину гематомы.

Дифференциальный диагноз следует проводить с предлежанием плаценты при наличии наружного кровотечения. При внутреннем кровотечении и явлениях шока исключить другие источники внутрибрюшного кровотечения: разрыв матки, разрыв селезенки, разрыв мешотчатой опухоли трубы или яичника у беременной или роженицы.

ЛЕЧЕНИЕ.

Выбор метода лечения зависит от выраженности клинических симптомов и акушерской ситуации. Главный принцип лечения – быстрое опорожнение матки.

При выраженной клинической картине и нарастающих симптомах внутреннего кровотечения производят кесарево сечение. Если матка пропитана кровью, имеет темно-фиолетовую окраску, мышца ее дряблая, не реагирует на механические и фармакологические факторы ("матка Кувелера"), то ее следует удалить. В случае развития ДВС-синдрома производят экстирпацию матки.

При полном или почти полном открытии шейки матки и мертвом плоде производят плодоразрушающую операцию - краниотомию.

В периоде изгнания, при наличии условий и живого плода, роды заканчивают наложением акушерских щипцов. При незначительной отслойке плаценты и мало выраженных симптомах при целом плодном пузыре производят амниотомию, которая замедляет или прекращает отслойку плаценты.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты является серьезным и грозным осложнением беременности и родов. Своевременное распознавание этого осложнения, рациональное лечение отслойки и ее последствий (атонии матки, анемии, геморрагического шока, ДВС-синдрома) спасают жизнь матери и плода.

После родоразрешения через естественные родовые пути при ПОНРП во всех случаях показано ручное отделение плаценты и выделение последа, если его отслойка была неполной, и ручное обследование полости матки. для исключения нарушения целости стенок ее и для удаления возможных остатков плацентарной ткани и сгустков крови, что способствует лучшему сокращению матки. Производят осмотр влагалища и шейки матки при помощи зеркал. Вводят средства тономоторного действия. С целью предупреждения инфекций назначают антибиотики, при анемии - переливание крови.

Профилактика ПОНРП заключается в раннем выявлении и своевременном лечении гестозов, гипертонической болезни, хронических инфекций.

Контрольные вопросы:

1. Причины кровотечения во втором и третьем триместрах беременности.

2. Причины предлежания плаценты.

3. Классификация аномалий расположенной плаценты.

4. Симптомы предлежания плаценты.

5. Определение предлежания плаценты.

6. Какова диагностика предлежания плаценты.

7. Каковы методы лечения при полном предлежании плаценты.

8. Каковы методы родоразрешения при неполном предлежании плаценты.

9. Каковы осложнения для плода при предлежании плаценты.

10. Причины, предрасполагающие к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

11. Патогенез преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

12. Каковы методы диагностики ПОНРП.

13. Что такое матка Кувелера.

14. Каковы методы родоразрешения при ПОНРП.

15. Какие осложнения у матери и плода могут быть при ПОНРП.

Задача № 1.

Беременность 6-я. Предстоящие роды 2-е. Беременная обратилась к врачу женской консультации с жалобами на скудные кровяные выделения из половых путей, появившиеся 2 часа тому назад.

Первая беременность закончилась нормальными срочными родами без осложнений. Последующие четыре - медицинскими абортами в сроки 8-10 недель.

Последний аборт осложнился: повторным выскабливанием слизистой полости матки, эндомиометритом. Данная беременность протекала без осложнений до последнего обращения в женскую консультацию. Срок беременности 35 недель.

Диагноз? Тактика врача.

Задача № 2.

В родильный дом машиной скорой помощи доставлена беременная 25 лет с жалобами на обильное кровотечение из половых путей, возникшее внезапно с началом родовой деятельности. Срок беременности 40 недель.

Диагноз? тактика врача.

Тема № 16.

КРОВОТЕЧЕНИЯ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ. ДВС-СИНДРОМ В АКУШЕРСТВЕ.

Продолжительность занятия - 180 минут.

Цель занятия: изучить этиологию, патогенез, клинику, диагностику и лечение кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах, механизм развития геморрагического шока и ДВС синдрома, стадии его, диагностику и лечение.

Ординатор должен знать: причины, клинику, диагностику и лечение кровотечений, связанных с нарушением процесса отделения последа, сократительной способности матки, травматических повреждений мягких родовых путей, дифференциальную диагностику с другими патологическими состояниями, клинику синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС), последовательность мероприятий при лечении кровотечений, технику операции ручного отделения плаценты и выделения последа и ручного обследования стенок полости матки, профилактику кровотечений.

Ординатор должен уметь: поставить диагноз кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах, распознать синдром ДВС, самостоятельно провести манипуляцию внутривенного введения лекарств, наружный массаж матки, осмотр родовых путей с помощью влагалищных зеркал, профилактику кровотечения, определить группу крови, рассчитать общий объем вливаний, количество крови и плазмокорректоров для восполнения ОЦЭ и ОЦК.

Место занятия: учебная комната, родильное отделение, малая операционная комната.

Оснащение: таблицы, рисунки, слайды, фармакологические препараты, кровезаменители, система для переливания крови, инструменты.

План организации занятия:

Организационные вопросы, обоснование темы - 10 мин.

Контроль знаний студентов - 40 мин.

Теоретический разбор темы и историй родов, установление диагноза, обоснование лечения. В родильном отделении освоение студентами практических навыков, решение ситуационных задач - 120 мин.

Итоги занятия, домашнее задание - 10 мин.

Содержание занятия

КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ.
Задержка детского места и его частей в полости матки.
Кровотечение, возникшее после рождения плода, называется кровотечением в последовом периоде. Оно возникает при задержке детского места или его частей.

При физиологическом течении последового периода матка после рождения плода уменьшается в объеме и резко сокращается, плацентарная площадка уменьшается в размере и становится меньше размеров плаценты.

Во время последовых схваток происходит ретракция мышечных слоев матки в области плацентарной площадки, за счет этого происходит разрыв губчатого слоя децидуальной оболочки. Процесс отделения плаценты непосредственно связан с силой и длительностью процесса ретракции. Максимальная продолжительность последового периода в норме составляет не более 30 минут.

Причины задержки в матке детского места или его частей, понижающие тонус матки или изменяющие ее сокращения могут быть как со стороны матки (гипотония, атония), так и со стороны плаценты (аномалии прикрепления и расположения плаценты). Сократительная функция матки нарушается при нерациональном ведении родов, при перерастяжении мышц матки (крупный плод, многоводие, многоплодие), при гестозах, при дегенеративных изменениях стенки матки после перенесенного воспаления, при миоме матки и др.

Неполное предлежание детского места, низкое его прикрепление или расположение в одном из трубных углов матки, где миометрий не может развить полноценные сокращения, являются причиной кровотечения в последовом периоде.

Одной из нередких причин кровотечения является нерациональное ведение последового периода. Нельзя пальпировать, массировать матку, потягивать за пуповину, необоснованно применять препараты спорыньи, большие дозы окситоцина, потому что это нарушает течение последовых схваток, вызывает частичную отслойку плаценты, спазм внутреннего зева и задержку последа или его частей в матке.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ.
Основным симптомом при задержке детского места или его частей является кровотечение из половых путей. Сила кровотечения и количество теряемой крови зависят от размеров отслоившейся части плаценты: чем больше отслоившаяся часть плаценты, тем обильнее кровотечение; от места прикрепления плаценты: где более тонкий мышечный слой матки и меньшая сократительная способность ее, тем оно обильнее. Кровотечение может быть обильным, если в матке осталась неотделившаяся часть дольки плаценты или дополнительная долька.

Кровотечение может быть внутренним, т.е. кровь скапливается в матке, потому что внутренний зев закрыт сгустком крови, спазмирован и оттока крови нет. В таком случае матка увеличивается в размере, становится напряженной. Это отражается на общем состоянии роженицы: бледность кожных покровов, тахикардия, снижение артериального давления и др.

ДИАГНОСТИКА.
Диагноз задержки плаценты ставят на основании наружных методов определения отделения плаценты, а задержки частей последа в полости матки - на основании осмотра плаценты и оболочек после рождения последа. Если на гладкой блестящей материнской поверхности плаценты обнаруживают неровности, шероховатости и углубления, то это является признаком дефекта последа.
Обнаружение при осмотре оболочек обрывающихся сосудов свидетельствует о наличии добавочной дольки, которая осталась в матке. Если при осмотре детского места сомневаются в его целости, то ставят диагноз "сомнения в целости плаценты".

ЛЕЧЕНИЕ.

Методы лечения при задержке детского места разделяют на консервативные и оперативные.

Консервативные методы: введение внутримышечно или внутривенно 5 ед.

окситоцина для усиления последовых схваток, способствующих отделению плаценты и прекращению кровотечения. Нельзя вводить препараты спорыньи, так как они вызывают спазм внутреннего зева. В случаях отделения плаценты, но задержке ее в матке, применяют способы выделения из матки отделившегося последа - Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича.

Если консервативные методы не дают эффекта, а кровопотеря превысила физиологическую, приступают к операции ручного отделения и выделения последа.

При задержке в матке частей детского места (дефект плаценты, задержка дополнительной дольки плаценты, сомнение в целости плаценты) всегда применяют только оперативное лечение - ручное обследование стенок полости матки, отделение и выделение частей последа, сгустков крови, препятствующих сокращению матки. Если после ручного отделения последа или его частей на плацентарной площадке определяют мелкие кусочки плаценты, не отделяющиеся при ручном обследовании, то их удаляют путем выскабливания стенок полости матки большой тупой кюреткой. Эту операцию производят редко, она таит в себе определенные опасности и выполняется квалифицированным врачом.

После ручного обследования стенок полости матки и уверенности полного ее опорожнения, внутривенно вводят 1 мл (5 ЕД) окситоцина в 20 мл 5% раствора глюкозы медленно, кладут пузырь со льдом на низ живота и периодически пальпацией через переднюю брюшную стенку контролируют состояние матки.

С целью предупреждения послеродовой инфекции во всех случаях оперативного вмешательства в последовом периоде назначают антибиотики. При патологической кровопотере (500 мл и более) возмещают кровопотерю, проводят симптоматическую терапию.

ПРОФИЛАКТИКА.
Профилактика задержки детского места или его частей многогранна.

Рациональное ведение родов: обоснованное применение медикаментозных средств обезболивания и регуляции родовой деятельности, правильное ведение родов при предлежании детского места, гестозах, узких тазах и т.д. Предупреждение выкидышей, воспалительных гинекологических заболеваний. Лечение хронических инфекционных заболеваний и др.

Приращение детского места.

ПРИЧИНЫ.

Приращение (плотное прикрепление) детского места полностью или частично возникает при изменениях стенки матки, изменениях в самой плаценте или при нарушении ферментативной (протеолитической) способности хориона. Изменения в стенке матки возникают после перенесенных воспалительных заболеваний (метроэндометрит), при рубцах на матке (после операций, чрезмерного выскабливания стенок матки при абортах, частых родов и абортов), опухолях (миомы), пороках развития матки.

Возникновению дегенеративных процессов в плаценте способствуют хронические инфекции, гестозы, перенашивание беременности. Повышенная протеолитическая способность хориона может привести к врастанию ворсин в компактный слой отпадающей оболочки целиком, а в некоторых случаях - к прорастанию в мышечный слой матки вплоть до серозной оболочки.

КЛАССИФИКАЦИЯ.
Классификация зависит от степени проникновения ворсин хориона в слои стенки матки. Различают:
- Плотное прикрепление плаценты.

- Истинное приращение (или вращение) плаценты.

Плотное прикрепление (относительное приращение) плаценты - такая патология, при которой ворсы хориона не выходят за пределы компактного слоя отпадающей оболочки, но плотно соединены с ним.

Истинное приращение плаценты - тяжелая патология, при которой ворсины хориона проникают в мышечный слой, прорастая его, доходят до серозной оболочки матки. Истинное приращение плаценты может быть полным и неполным. При полном приращении плаценты вся материнская поверхность плаценты прочно соединена со стенкой матки, при частичном же - только поверхность отдельных долек. Эта патология является очень тяжелой и встречается относительно редко: один раз на 10000-20000 родов.

КЛИНИКА.

Клиника приращения плаценты чаще всего проявляется симптомом кровотечения. При полном приращении плаценты симптом кровотечения отсутствует, как отсутствуют и признаки отделения плаценты.

При относительном приращении плаценты, когда одна часть ее плотно прикреплена к стенке матки, а другая отслоилась, симптом обильного кровотечения является обязательным.

ДИАГНОЗ.

Диагноз относительного или истинного приращения плаценты можно поставить только после ручного отделения плаценты.

При относительном прикреплении плаценты (наличии симптома кровотечения и отсутствия признаков отделения плаценты) лечение заключается в проведении операции ручного отделения плаценты и выделения последа.

Если нет симптома кровотечения и консервативные мероприятия неэффективны, выжидают 30 минут, после чего следует произвести ручное отделение плаценты. При попытке отделить плаценту от матки при ее полном истинном приращении сразу же возникает обильное кровотечение. В такой ситуации необходима немедленная операция: чревосечение, надвлагалищная ампутация или экстирпация матки.

При частичном истинном приращении последа попытка отделения рукой последа еще более усиливает кровотечение, надо прекратить отделение и немедленно начать чревосечение и удаление матки. Одновременно проводят мероприятия по борьбе с анемией и шоком.

КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.
Кровотечение из половых путей в первые 4 часа после родов, называют кровотечением в раннем послеродовом периоде.
ПРИЧИНЫ.

Выделяют три основные причины, вызывающие кровотечение:

1. Задержка в полости матки частей детского места.

2. Атония и гипотония матки.

3. Травма мягких тканей родового канала.

4. Нарушение свертывающей системы - ДВС.

Гипотония матки - это такое состояние, при котором резко снижен тонус и сократительная способность матки. Под воздействием мероприятий и средств, возбуждающих сократительную деятельность матки, мышца матки сокращается, хотя нередко сила сократительной реакции не соответствует силе воздействия.

Атония матки - это такое состояние, при котором возбуждающие матку средства не оказывают на нее никакого действия. Нервно-мышечный аппарат матки находится в состоянии паралича. Атония матки наблюдается редко, но вызывает массивное кровотечение.

ЭТИОЛОГИЯ.

Этиология гипотонического и атонического кровотечения разнообразна:

1. Истощение сил организма, центральной нервной системы в результате длительных и болезненных родов, упорной слабости родовой деятельности, быстрые, стремительные роды, применение окситоцина.

2. Тяжелые гестозы (нефропатия, эклампсия), гипертоническая болезнь.

3. Анатомическая неполноценность матки: недоразвитие и пороки развития матки, миомы матки, рубцы на матке после операций, перенесенные в прошлом воспалительные заболевания или аборты, вызвавшие замену значительной части мышечной ткани матки соединительной.

4. Функциональная неполноценность матки: перерастяжение матки вследствие многоводия, многоплодия, крупного плода.

5. Предлежание и низкое прикрепление плаценты.

Гипотоническое и атоническое кровотечения могут быть вызваны сочетанием нескольких перечисленных причин. Тогда кровотечение может принять более грозный характер.

Учитывая, что практически сразу трудно отличить гипотоническое кровотечение от атонического, целесообразно пользоваться единым термином гипотоническое кровотечение, а об атонии матки говорить, когда оказывались неэффективными все проведенные мероприятия.

КЛИНИКА.

Клиника гипотонического кровотечения выражена основным симптомом массивным кровотечением из послеродовой матки, а отсюда и появлением других симптомов, связанных с расстройством гемодинамики и острым малокровием.

Развивается картина геморрагического шока.

Состояние родильницы зависит от интенсивности и длительности кровотечения и общего состояния женщины. Физиологическая кровопотеря в родах не должна превышать 0,5% массы тела женщины (но не более 450 мл). Если силы организма родильницы истощены, реактивность организма снижена, то даже незначительное превышение физиологической нормы кровопотери может вызвать тяжелую клиническую картину у тех, у кого уже низкий ОЦК (анемии, гестозы, заболевания сердечно-сосудистой системы, ожирение).

Выраженность клинической картины зависит от интенсивности кровотечения.

Так, при большой кровопотери (1000 мл и более), в течение длительного срока симптомы острого малокровия менее выражены, и женщина справляется с подобным состоянием лучше, чем при быстрой кровопотере в том же или даже меньшем количестве, когда быстрее может развиться коллапс и наступить смерть.

ДИАГНОЗ.

Диагноз гипотонии устанавливают на основании симптома кровотечения из матки и объективных данных состояния матки: при пальпации матка большая, расслаблена, иногда плохо контурируется через переднюю брюшную стенку, при наружном массаже может несколько сократиться, а затем вновь расслабляется, и кровотечение возобновляется.

Дифференциальный диагноз гипотонического кровотечения проводят с травматическими повреждениями родового канала. В отличие от гипотонического кровотечения при травме родовых путей матка плотная, хорошо сокращена. Осмотр шейки матки и влагалища с

помощью зеркал, ручное обследование стенок полости матки подтверждают диагноз разрывов мягких тканей родового канала и кровотечения из них.

ЛЕЧЕНИЕ.

Лечение при гипотоническом кровотечении является комплексным. Его начинают без промедления, одновременно проводят мероприятия по остановке кровотечения и восполнения кровопотери. Лечебные манипуляции следует начинать с консервативных, если они малоэффективны, то незамедлительно переходить к оперативным методам, вплоть до чревосечения и удаления матки.

Все манипуляции и мероприятия по остановке кровотечения должны проводиться в строго определенном порядке без перерыва и быть направлены на повышение тонуса и сократительной способности матки.

Они следующие:

1. Опорожнение катетером мочевого пузыря.

2. Наружный массаж матки: через переднюю брюшную стенку дно матки охватывают ладонью правой руки и производят круговые массирующие движения без применения силы. Матка становится плотной, сгустки крови, скопившиеся в матке и препятствующие ее сокращению, удаляют осторожным надавливанием на дно матки и продолжают массаж до тех пор, пока матка полностью не сократится и не прекратится кровотечение.

Одновременно вводят медикаментозные средства, сокращающие матку (1 мл окситоцина внутривенно медленно). Если после проведенного массажа матка не сокращается или сокращается, а затем вновь расслабляется, то переходят к дальнейшим мероприятиям.

3. Ручное обследование полости матки и массаж матки на кулаке. После обработки наружных половых органов родильницы и рук хирурга, под общим обезболиванием, рукой, введенной в полость матки, обследуют стенки ее для исключения травмы и задержавшихся остатков плаценты, удаляют сгустки крови, особенно пристеночные, препятствующие сокращению матки. Если матка недостаточно сокращается, производят массаж ее на кулаке: кулак соприкасается с дном внутренней поверхности матки, второй рукой через переднюю брюшную стенку производят нежно легкий массаж матки. При повышении тонуса матка плотно охватывает руку, кровотечение прекращается. Руку из матки извлекают. Грубое, с применением силы массирование матки недопустимо, так как может вызвать множественные кровоизлияния в мышцу матки. Одновременно с массажем матки на кулаке вводят средства, сокращающие матку (окситоцин, простагландины). Для закрепления эффекта остановки кровотечения можно применить шов по В.А. Лосицкой (на заднюю губу шейки матки через все слои накладывают шов толстым кетгутом), ввести в задний свод влагалища тампон, смоченный эфиром (холодовый раздражитель), ввести лед в прямую кишку, пузырь со льдом на низ живота.

Клеммирование маточных сосудов по Бакшееву, Генкелю-Тиканадзе, Квантилиани и др. по решению Пленума правления Всероссийской Ассоциации акушеров-гинекологов следует считать неприемлемыми, ввиду их малой эффективности. По этой же причине не применяют в настоящее время и тугую тампонаду матки. Применяли еще криовоздействие: в полость матки вводили наконечник, охлажденный закисью азота. З. А. Чиладзе предложил воздействие электротоком, разряд в 2000 вольт (по типу дефибриллятора серд-

ца). Эти два последних метода не были достаточно эффективными, поэтому они не получили широкого практического применения.

Отсутствие эффекта от ручного обследования полости матки и массажа матки на кулаке, продолжение кровотечения позволяет поставить диагноз атонического кровотечения и приступить к хирургическому вмешательству.

После вскрытия брюшной полости накладывают гемостатические швы на матку, при отсутствии эффекта - лигатуры на маточные и яичниковые сосуды с обеих сторон, выжидают некоторое время. В 50% случаев матка сокращается (наступает гипоксия миометрия и мышца матки рефлекторно сокращается), кровотечение останавливается, матка сохраняется. Если этого не происходит, применяют перевязку повздошных сосудов. Затем при отсутствии эффекта - экстирпация матки.

Мероприятия по борьбе с малокровием. Эти мероприятия производят одновременно с мероприятиями по остановке кровотечения.

Необходимо твердо соблюдать правила, обеспечивающие положительный эффект лечения:

1. Все мероприятия начинать как можно раньше.

2. Они должны быть комплексными.

3. Учитывать исходное состояние здоровья родильницы.

Борьба с острой анемией заключается в следующем:

1. Гемотрансфузия.

2. Трансфузия кровезаменителей.

3. Введение средств, корригирующих свертывающую систему крови (свежезамороженная плазма, фибриноген и др.).

4. Введение сердечных средств и гормональных препаратов - коргликона, кокарбоксилазы, кортикостероидов.

5. Коррекция КОС крови.

6. Восстановление электролитного состава крови.

7. Восстановление нарушений микроциркуляции и перфузии тканей.

При восполнении ОЦК и ликвидации гиповолемии необходимо учитывать количественное соотношение вливаемых сред и объемную скорость и длительность переливания.

Если в течение первых 1-2 часов восполняется 70% потерянного объема крови, то следует надеяться на благоприятный исход.

В процессе терапии критериями эффекта лечения являются окраска кожных покровов и их температура, пульс, артериальное давление, центральное венозное давление (ЦВД), почасовой диурез, показатели гематокрита, КОС крови.

Критическая потеря крови - 30 мл на 1 кг массы тела. Пограничная кровопотеря

- 0,5-0,7% от массы тела. В этих случаях восполнение ОЦК проводят введением кровезаменителей с высоким молекулярным весом в том же количестве, что и кровопотеря. Кровопотеря свыше 0,8% является патологической.

После восстановления ОЦК и остановки кровотечения лечение больной продолжается.

ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСОЙ КРОВОПОТЕРЕ.
Величина Общий объем Кровезаменители и объем гемотрансфузии
_ _ _
СИНДРОМ ДИССЕМИНИРОВАННОГО ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ КРОВИ.
ЭТИОЛОГИЯ.
Тяжелые формы гестозов, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, геморрагический шок, эмболия околоплодными водами, сепсис, заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, печени, резус-конфликт, переливание несовместимой крови, неразвивающаяся беременность и др. Выше перечисленные состояния приводят к гипоксии тканей и метаболическому ацидозу, что в свою очередь вызывает активацию кровяного и тканевого тромбопластина.

Механизм развития ДВС-синдрома.

I фаза. Образование активного тромбопластина- самая продолжительная фаза гемостаза. В ней принимают участие факторы плазменные. (XII, XI, IX, VIII, X, IV, V) и факторы тромбоцитарные (3, 1).

II фаза. Переход протромбина в тромбин. Происходит при действии активного тромбопластина и участии ионов кальция (фактор IV).

III фаза. Образование фибрин-полимера. Тромбин (при участии ионов кальция (фактор IV) и фактора тромбоцитов (4) переводит фибриноген в фибрин-мономер, который при действии VIII фактора плазмы и тромбоцитарного фактора 2 превращается в нерастворимые нити фибрина-полимера.

Изменение прокоагулянтов в звене гемостаза, активация тромбоцитарного звена приводят к агрегации тромбоцитов с выделением биологически активных веществ:

кининов, простагландинов, катехоламинов и др. Они влияют на сосудистую систему.

При замедленном течении крови через разветвления мелких сосудов происходит ее расслоение на плазму и эритроциты, заполняющие разные капилляры.

Теряя плазму, эритроциты теряют способность к передвижению и скапливаются в виде медленно циркулирующих, а затем нециркулирующих образований. Происходит стаз, агрегация, а затем и лизис, высвобождается связанный со стромой эритроцитов кровяной тромбопластин. Поступление в кровоток тромбопластина вызывает процесс внутрисосу-

дистого свертывания крови. Выпадающие при этом нити фибрина опутывают глыбки эритроцитов, образуя "сладжи" - комочки, оседающие в капиллярах и еще больше нарушающие однородность структуры крови. Важную роль в развитии "сладж"-феномена играют два взаимосвязанных явления - снижение кровотока и увеличение вязкости крови (М.А. Репина, 1986). Происходит нарушение кровоснабжения тканей и органов.

В ответ на активацию системы коагуляции включаются защитные механизмы фибринолитическая система и клетки ретикулоэндотелиальной системы.

На фоне диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови вследствие повышенного потребления прокоагулянтов и усиления фибринолиза развивается повышенная кровоточивость.

Разными авторами предложены различные классификации стадий в течении ДВС-синдрома, хотя в клинической практике синдром ДВС не всегда проявляется в такой четкой форме.

М.С. Мачабели выделяет 4 стадии:

I стадия - гиперкоагуляции, связанная с появлением большого количества активного тромбопластина.

II стадия - коагулопатия потребления, связанная с уменьшением прокоагулянтов из-за включения их в микротромбы. Одновременно активизируется фибринолиз.

III стадия - резкое снижение в крови всех прокоагулянтов вплоть до развития афибриногенемии на фоне выраженного фибринолиза. Эта стадия характеризуется особенно тяжелыми геморрагиями. Если больная остается жива, то тромбогеморрагический синдром переходит в следующую стадию.

IV стадия - восстановительная. Происходит постепенная нормализация состояния свертывающей системы крови. Нередко в этой стадии выявляются осложнения перенесенного ДВС-синдрома - острая печеночная недостаточность, острая почечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность, нарушение мозгового кровообращения.

Федорова З.Д. и др. (1979), Барышев Б.А.(1981) предлагают следующую классификацию течения синдрома ДВС:

I стадия - гиперкоагуляции. Продолжительность этой фазы различна. В ней наблюдают уменьшение времени свертывания крови, снижение фибринолитической и антикоагуляционной активности, укорочение тромбин-теста.

Клинически в этой стадии наблюдают гиперемию кожных покровов, чередующуюся с цианозом, мраморность рисунка, особенно на верхних и нижних конечностях, иногда озноб, беспокойство больной, тахикардию.

II стадия - гипокоагуляции. По данным коагулограммы отмечается потребление факторов свертывания, появляются продукты деградации фибриногена и фибрина (ПДФ), уменьшается число тромбоцитов, увеличивается тромбиновое время, несколько уменьшается время лизиса сгустка фибрина, снижается активность антитромбина III.

Клинически отмечают усиление кровотечения из родовых путей, раневых поверхностей, появляются кровоизлияния на коже, носовые кровотечения, петехиальные высыпания на боковых поверхностях грудной клетки, бедрах, верхнем веке. Кровь, изливающаяся из матки, содержит рыхлые сгустки, которые быстро лизируются.

III стадия - гипокоагуляции с генерализованной активацией фибринолиза.

Коагулограмма: уменьшение числа и ослабление функциональных свойств тромбоцитов, снижение концентрации и активности прокоагулянтов, циркуляция в крови больших количеств продуктов деградации фибриногена и фибрина (ПДФ), резкое повышение фибринолитической активности, дальнейшее увеличение свободного гепарина.

Клиника - выделяется жидкая не свертывающаяся кровь, иногда образуются единичные мелкие сгустки, которые быстро лизируются. Наблюдается генерализованная кровоточивость мест инъекций, венесекций, операционного поля, гемотурия, появляются геморрагические выпоты в грудной и брюшной полостях, перикарде.

IV стадия - полное несвертывание крови. Терминальная стадия. Гипокоагуляция крайней степени в сочетании с высокой фибринолитической и антикоагуляционной активностью.

Клиническая картина такая же, как и в III стадии, - генерализованная кровоточивость.

Надо сказать, что в эту классическую схему развития синдрома ДВС жизнь вносит свои коррективы и наблюдается множество клинических и лабораторных вариантов синдрома, протекающего индивидуально у каждой больной. Течение синдрома зависит от характера акушерской патологии, вызвавшей кровотечение, сопутствующих соматических заболеваний, особенностей течения беременности и др.

Продолжительность клинических проявлений ДВС-синдрома может достигать 7-9 часов и более. Изменения в системе гемокоагуляции, определяемые с помощью лабораторных методов, сохраняются дольше, чем клинические. Поэтому лабораторная диагностика ДВС-синдрома имеет первостепенное значение: позволяет более точно установить степень или фазу синдрома и выбрать правильное лечение.

Диагноз хронического синдрома ДВС ставят на основании лабораторных исследований системы гемостаза.

В патогенезе гестозов беременных определенную роль играет хронический синдром ДВС. Для него характерно: генерализованный спазм артериол, длительная умеренно выраженная гиперкоагуляция. В системе микроциркуляции образуются тромбоцитарные микросвертки ("сладжи"), что при тяжелых гестозах приводит к некрозам и кровоизлияниям в паренхиматозных органах, головном мозге и в плаценте, что приводит к формированию недостаточности плаценты. А при развитии локальной острой формы ДВС - к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.

ЛЕЧЕНИЕ.

Лечение синдрома ДВС индивидуальное.

Оно заключает в себе проведение одновременно трех основных мероприятий:

1. Ликвидация основной причины, вызвавшей ДВС.

2. Нормализация гемодинамики.

3. Нормализация свертывания крови.

Для лечения синдрома ДВС при акушерских кровотечениях следует учитывать фазу синдрома, в которую начато лечение, характер акушерской патологии. Его проводят под контролем лабораторной диагностики. Так при прогрессирующей хронической форме ДВС синдрома у беременных с гестозами, при наличии мертвого плода в матке, при неразвивающейся беременности целесообразно досрочное родоразрешение через естественные родовые пути.

Беременным с хронической формой ДВС-синдрома при гестозах показано в комплексе лечебных мероприятий применение низкомолекулярных кровезаменителей (реополиглюкин, гемодез, полидез, желатиноль) в сочетании со спазмолитиками, которые улучшают реологические свойства крови, препятствуют микротромбозу и способствуют улучшению тканевой перфузии. Гепарин, вводимый подкожно по 5000ЕД каждые 12 часов нормализует уровень тромбоцитов и фибриногена. Он является антикоагулянтом прямого действия, уменьшает активность тромбоцитов, обладает антитромбопластиновой и антитромбиновой активностью, тем самым нормализует кровообращение в паренхиматозных органах и маточно-плацентарном комплексе.

При острых формах ДВС, наряду с мероприятиями по нормализации центральной и периферической гемодинамики, проводят восстановление коагуляционных свойств крови. Для этого необходимо прекратить внутрисосудистое свертывание крови, снизить фибринолитическую активность и восстановить коагуляционные способности крови. Это проводят под контролем коагулограммы.

Восстановление коагуляционных свойств крови достигают замещающей терапией переливание свежезамороженной плазмы, свежезамороженных эритроцитов, "теплой донорской крови", свежецитратной крови, антигемофильной плазмы, фибриногена.

Торможение фибринолитической активности достигают введением ингибиторов животного происхождения - контрикала, трасилола, гордона. Разовая доза контрикала - 2000 ЕД (суточная - 6000 ЕД), трасилола - 2500 ЕД (суточная - 10000 ЕД), гордокса - 100000 ЕД (суточная - 500000 ЕД). Ингибиторы фибринолиза применяют строго под контролем коагулограммы.

Интенсивную терапию продолжают и после устранения синдрома ДВС и направляют на лечение почечной и печеночной недостаточности, легочной недостаточности, восстановление белкового и электролитного баланса, профилактику инфекционных осложнений.

Контрольные вопросы:

1. Какова физиологическая кровопотеря в родах.

2. Что такое истинное вращение плаценты.

3. Перечислите причины кровотечений в последовом периоде.

4. С какими заболеваниями следует дифференцировать атоническое кровотечение.

5. Каковы симптомы атонического кровотечения.

6. Перечислите причины кровотечений в раннем послеродовом периоде.

7. Какие мероприятия надо проводить при истинном вращении плаценты.

8. Какие симптомы при травме родовых путей.

9. Какие мероприятия надо проводить при гипотоническом кровотечении.

10. Каковы симптомы ДВС-синдрома.

11. Каков механизм развития ДВС-синдрома.

12. С каких кровезаменителей целесообразно начинать возмещение ОЦК.

Задача № 1.

Родильница 28 лет. Роды вторые. Первые роды протекали без осложнений, масса плода 4500,0. Беременность шестая (аборты, осложненные воспалением матки).

Послед отделился и выделился самостоятельно через 7 мин после рождения плода, целый. Кровопотеря 350 мл. Через 5 мин кровяные выделения усилились, при наружном массаже матка мягкая, сокращается и вновь расслабляется, кровотечение продолжается.

Диагноз? Что делать?

Задача № 2 Родильница в раннем послеродовом периоде, вес 60 кг, кровопотеря в родах 800 мл.

Оценить кровопотерю, объем и состав инфузионной терапии.

Задача № 3 Роженица И. 30 лет поступила в роддом в конце П периода родов. В анамнезе 1 роды и 4 искусственных аборта, последний из которых осложнился повторным выскабливанием стенок полости матки по поводу остатков плодного яйца. Данная беременность – шестая. Через час родилась живая доношенная девочка массой 3500, длиной 50см, оценкой по Апгар 8/9 баллов. В Ш периоде родов в связи с начавшимся кровотечением при отсутствии признаков отделения плаценты произвели ручное обследование стенок полости матки, при котором обнаружили частичное истинное вращение плаценты, произвели экстирпацию матки. Общая кровопотеря составила 1800 мл. Масса роженицы 75 кг.

Оценить кровопотерю и рассчитать объем инфузионной терапии.

Тема № 17.
УЗКИЙ ТАЗ.

Продолжительность занятия - 180 минут.

Цель занятия: ознакомить студентов с различными формами анатомически узкого таза, способами его диагностики и принципами ведения родов при нем, понятием клинически узкий таз, указать на важность правильного выбора способа родоразрешения для благоприятного исхода родов.

Ординатор должен знать: роль анатомически узкого таза в течение и исходе родов для матери и плода, значение наружного и внутреннего акушерского исследования в диагностике различных форм и степеней сужения таза, дополнительные методы исследования (УЗ пельвиометрия, рентгенопельвиометрия, кардиомониторинг, УЗ биометрия плода), принципы ведения родов и их осложнения при данной патологии.

Ординатор должен уметь: тщательно собрать анамнез, произвести наружный осмотр беременной, включая антропометрию, оценить данные наружного тазоизмерения и внутреннего акушерского исследования, результаты функциональной оценки состояния плода, вычислить предполагаемую массу плода и выбрать способ родоразрешения.

Место занятия: отделение патологии беременных, учебная комната.

Оснащение: акушерский фантом, костный таз, слайды и учебные таблица, тазомер, сантиметровая лента, партограмма.

План организации занятия:

Организационные вопросы. Обоснование темы - 10 мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов - 35 мин.

Демонстрация слайдов и таблиц с рисунками строения и плоскостей таза.

Определение опознавательных точек большого и малого таза и их размеров на скелетах женского таза. Обучение методике антропометрии и ее оценке для прогнозирования исхода родов с учетом показателей состояния плода.

Демонстрация рожениц в I период родов для оценки характера родовой деятельности и во II периоде с целью определения признаков клинически узкого таза - 130 мин.

Подведение итогов занятия, домашнее задание- 5 мин.

Содержание занятия Понятие узкого таза включает в себя анатомически и клинически узкий таз. К анатомически узким тазам относятся такие, у которых один или несколько наружных размеров уменьшены на 1,5-2 см. Клинически узким тазом называют все случаи несоответствия между головкой плода и тазом матери независимо от его размера.

Женский таз имеет особенности строения и отличается от мужского не только толщиной костей, но и его формой. В костном тазу различают "большой" и "малый" таз, четыре плоскости: вход, широкий и узкой части полости малого таза, выход, проводную ось таза.

Возможными причинами формирования анатомически узкого таза являются:

нерациональное питание, частые острые и хронические заболевания в детстве и пубертатном возрасте, перенесенный рахит и заболевания позвоночника и суставов, травмы костей и сочленений таза, чрезмерные нагрузки и эмоциональные перегрузки в пре- и пубертатном возрасте и др.

Частота узкого таза колеблется от 1,04 до 7,7%, что объясняют отсутствием единой классификации узкого таза и разными диагностическими возможностями. В последние десятилетие в нашей стране анатомически узкий таз встречается примерно в 3,5% случаев.

В настоящее время для практических целей используют следующие классификации. Классификация узкого таза по форме и степени сужения. По форме таза: редко встречающиеся формы (косопоставленный, остеомалятический, кососуженный таз и др.) и часто встречающиеся формы (поперечносуженный, общеравномерносуженный и плоские тазы). Классификация, основанная на определении величины истинной конъюгаты (ИК), т.е. на степени сужения таза, является основной.

Классификация Литцмана предусматривает четыре степени сужения (1 – до 9 см, 2 – до 7,5 см, 3 – до 5,5 см, 4 – менее 5,5 см).

Классификация Крассовского – три степени сужения (1 – от 11 см до 9,5 см, 2 менее 9,5 до 6,5 см, 3 – менее 6,5 см). С практической точки зрения предпочтение следует отдать последней классификации.

За рубежом широко используют классификация Колдуэлла и Молой, основанную на данных рентгенологического исследования. В данной классификации выделены 4 основные формы таза: гинекоидный, андроидный, антропоидный и платипеллоидный и 14 "смешанных" форм (по форме переднего и заднего сегмента малого таза); кроме формы учитывают размеры таза, по которым тазы подразделяют на малые, большие и средние. Среди узких тазов, в настоящее время, наиболее часто встречается поперечносуженный таз, на втором месте – простой плоский таз, реже встречаются общеравномерносуженный и плоскорахитические тазы. В современных условиях преобладают "стертые" формы узкого таза, т.е. первой и реже второй степени сужения Традиционные способы диагностики анатомических изменений костного таза включают в себя тщательный сбор анамнеза и традиционные измерения (антропометрию, измерение индекса Соловьева, ромба Михаэлиса, наружное и внутреннее акушерское исследование) и дают представление о форме и степени сужения таза, дополнительные методы исследования: УЗИ и рентгенопельвиометрия, позволяют определить истинные размеры малого таза с ошибкой в 2 мм. Для определения предполагаемой массы плода используют формулы Ланковица, Жорданиа, Джонсона, данные УЗ биометрии плода. Для вычисления истинной конъюгаты используют 4 способа: по диагональной и наружной конъюгате, вертикальному размеру ромба Михаэлиса и размеру Франка. Диагностику узкого таза проводят в женской консультации, уточнение диагноза - в стационаре, с этой целью беременную госпитализируют за 2 недели до срока родов.

Наиболее часто встречающаяся форма узкого таза - поперечносуженный таз классифицируют по поперечному размеру входа малого таза (по Р.И. Калгановой) на 3 степени сужения: от 12,4 до11,5 см - I степень; от 11,4 до 10,5 см - II степень сужения;

менее 10,5 см – третья степень сужения.

Примерные наружные разремы часто встречающихся форм узкого таза Форма таза D.sp. D.cr. D.tr. C. ext C.diag.

Поперечносуженный 23 26 29 20 13 Простой плоский 26 29 31 18 11 Равномерносуженный 24 26 28 18 11 Плоскорахитический 26 26 31 18 11 Особенности строения узкого таза определяют особенности биомеханизма родов для каждой формы таза, особенности вставления головки (асинклитическое вставление головки, высокое прямое стояние и низкое по-

перечное стояние стреловидного шва). Так, для поперечносуженного таза характерно асинклитическое вставление головки в один из косых размеров плоскости входа малого таза, а при увеличенных прямых размерах таза головка вставляется стреловидным швом в прямой размер входа в малый таз, что называют высоким прямым стоянием головки. Далее головка сгибается и проходит все плоскости таза без ротации и рождается в переднем виде затылочного предлежания. Для простого плоского таза или таза Девентера характерны следующие особенности биомеханизма родов: длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа малого таза в состоянии умеренного разгибания, стреловидный шов может располагаться асинклитически. Чаще наблюдается передний асинклитизм (Негеле), реже – задний (Лицмана). В полости малого таза из-за уменьшенных прямых размеров его плоскостей ротация головки не происходит и возникает низкое поперечное стояние стреловидного шва. При общеравномерносуженном тазе происходит сильное сгибание головки плода (асинклитизм Редерера), что является особенностью биомеханизма родов для данной формы узкого таза. При плоскорахитическом тазе отмечают длительное стояние головки стреловидным швом в поперечном размере входа малого таза и вставление в состоянии умеренного разгибания и асинклитизма.

Течение родов при узком тазе может осложняться несвоевременным излитием околоплодных вод, выпадением пуповины и мелких частей плода, клиническим несоответствием головки плода и таза матери (клинически или функционально узкий таз), затяжным течением родов, внутриутробной гипоксией и травмой плода, инфекцией и т.д. Рациональное ведение родов при узком тазе до сих пор относят к наиболее трудным разделам акушерства. Тактика ведения родов при узком тазе зависит от степени сужения, формы таза, предполагаемой массы плода, сопутствующей акушерской и экстрагенитальной патологии. Принцип ведения родов при узком тазе - активно-выжидательный: под кардиомониторным наблюдением за состоянием плода и сократительной деятельностью матки, с функциональной оценкой таза, с адекватным поэтапным обезболиванием, применением спазмолитических средств, профилактикой гипоксии плода, введением цервипроста, препидил-геля в цервикальный канал при отсутствии готовности родовых путей к родам.

При анатомическом сужении таза 2 степени и более, а также при сочетании 1 степени сужения таза и крупных размеров плода, тазового предлежания плода, гидроцефалии и др. патологии беременной производят кесарево сечение в плановом порядке.
Акушерские щипцы при узком тазе считают травматичным способом родоразрешения как для матери, так и для плода.

Анатомически узкий таз является основной причиной возникновения в родах клинически, или функционально, узкого таза. Клинически узким тазом называют все случаи несоответствия между головкой плода и тазом матери, независимо от его размеров. Причинами его возникновения могут быть анатомически узкий таз, крупный плод, разгибательные вставления головки плода, переношенная беременность, гидроцефалия у плода, опухоли и пороки развития плода, таза матери, опухоли матки и т.д. Признаки клинически узкого таза возможно диагностировать при открытии шейки матки более 7-8 см, отсутствии плодного пузыря, опорожненном мочевом пузыре и нормальной сократительной деятельности матки. Функциональная оценка таза включает в себя признак Вастена и Цангемейстера, длительность стояния головки плода в одной плоскости, высоту стояния контракционного кольца, симптомы прижатия мочевого пузыря, состояние шейки матки (наличие отека, который может распространяться на влагалище и наружные половые органы), конфигурацию головки и размеры родовой опухоли. Для клинически узкого таза характерна непроизвольная потужная деятельность и появление симптомов угрожающего разрыва матки.

Клиническая картина родов зависит от степени несоответствия и наличия осложнений.

Кесарево сечение производят при выявлении признаков клинически узкого таза и угрожающего разрыва матки.

Профилактические мероприятия включают в себя своевременное распознавание аномалий костного таза, крупного плода, особенностей вставления головки и анамалий родовой деятельности, своевременную дородовую госпитализацию для выбора способа родоразрешения и подготовки к родам

Контрольные вопросы:

1. Определение понятия анатомически и клинически узкого таза.

2. Указать причины формирования узкого таза.

3. Классификация анатомически узких тазов.

4. Указать способы диагностики анатомически узкого таза.

5. Особенности строения и биомеханизма родов при плоских тазах.

6. Особенности строения и биомеханизма родов при поперечносуженном тазе.

7. Особенности строения и биомеханизма родов при общесуженных тазах.

8. Осложнения родов при аномалиях костного таза.

9. Сформулировать принципы ведения родов при узком тазе.

10. Указать причины возникновения и клинические симптомы функционально узкого таза.

Задача № 1.

В родильный дом поступила беременная 25 лет. Беременность - вторая, первая беременность закончилась рождением мертвого плода массой 3800,0 с кровоизлиянием в мозг.

Рост женщины 160 см, наружные размеры таза: 26-28-30-17 см, индекс Соловьева - 16 см, размеры ромба Михаэлиса: вертикальный - 9 см, горизонтальный см, окружность живота 110 см, высота стояния дна матки - 41 см.

Диагноз? План ведения родов?

Задача № 2.

Первородящая 23 лет поступила в родильный дом с регулярной родовой деятельностью, положение плода продольное, предлежание головное. Наружные размеры таза: 26-29-31-20, окружность живота - 96 см, высота дна матки - 38 см.

При динамическом наблюдении через 10 час от начала родовой деятельности проявились непроизвольные потуги. Роженица жалуется на постоянные резкие боли в области нижнего сегмента матки, самостоятельно не мочится, признак Вастена вровень. При влагалищ-

ном исследовании обнаружено: открытие шейки матки 8 см, плодного пузыря нет, головка плода прижата ко входу в малый таз. Определяются глазницы плода, корень носа, лоб, угол большого родничка.

Диагноз? Тактика ведения родов?

Тема №18

РАЗГИБАТЕЛЬНЫЕ ПРЕДЛЕЖАНИЯ И ВСТАВЛЕНИЯ ГОЛОВКИ.
АСИНКЛИТИЧЕСКИЕ ВСТАВЛЕНИЯ ГОЛОВКИ.
НЕПРАВИЛЬНЫЕ СТОЯНИЯ ГОЛОВКИ.
Продолжительность занятия - 90 минут Цель занятия: изучить причины неправильных предлежаний и вставлений головки, асинклитических вставлений головки и неправильных стояний головки;
диагностику, биомеханизмы и клинику родов, осложнения во время и после родов.

Ординатор должен знать: причины возникновения разгибательных предлежаний и вставлений головки, асинклитических вставлений головки и неправильных стояний головки плода, при каких из перечисленных патологических состояний роды можно провести через естественные родовые пути и биомеханизм этих родов, какие являются показанием для кесарева сечения.

Ординатор должен уметь: диагностировать эти патологические состояния и продемонстрировать биомеханизмы родов на фантоме.

Место проведения занятия: учебная комната, родильный блок.

Оснащение: таз, фантом и куклы.

План организации занятия:

Организационная часть, обоснование темы - 5 мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов - 30 мин.

Работа в учебной комнате на фантоме и в родильном блоке (определение положения, позиции, вида и предлежания плода) - 140 мин.

Итоги занятия, домашнее задание - 5 мин.

Содержание занятия.

Общими для всех степеней разгибания являются следующие причины:

недостаточность нижнего сегмента матки, узкий таз, особенно плоский, многоводие, многоплодие, раннее излитие вод, кифоз позвоночника матери, недостаточность передней брюшной стенки (дряблый и отвислый живот) и тазового дна, подслизистые миомы матки, предлежания плаценты, очень большая или наоборот, очень маленькая головка плода, опухоли в области шеи плода, потеря плодом обычной своей упругости (мертвый плод) и др. Все степени разгибания головки плода встречаются преимущественно у повторнородящих.

Различают три степени разгибания головки.

При первой степени разгибания, называемом также переднеголовным предлежанием, головка проходит через родовой канал таким образом, что ведущей точкой является область большого родничка.

Вторая степень разгибания или лобное предлежание, характеризуется более значительным разгибанием головки. Последняя проходит через родовой канал со лбом (ведущая точка – лоб), опущенным ниже остальных частей головки.

При третьей степени разгибания создается лицевое предлежание. При этом головка разогнута так резко, что ведущей точкой становится подбородок плода.

Между этими тремя основными степенями разгибания головки существуют промежуточные, переходные, состояния.

О разгибательном предлежании можно говорить в тех случаях, когда головка стоит в разогнутом состоянии над входом в таз или находится во входе только малым сегментом и еще не фиксирована. При разгибательном вставлении головка находится в разогнутом состоянии во входе или в более глубоких отделах таза большим сегментом.

Общие особенности биомеханизма родов при разгибательных предлежаниях головки по сравнению со сгибательными характеризуются двумя главными отличительными чертами: во-первых, при затылочном предлежании (сгибательный тип) биомеханизм родов начинается со сгибания головки и заканчивается в выходе таза разгибанием; при разгибательных же предлежаниях, наоборот, биомеханизм родов начинается с разгибания головки и заканчивается в выходе таза сгибанием; вовторых, при сгибательном типе вставления (затылочное предлежание) внутренний поворот головки совершается так, что когда головка устанавливается в выходе таза, плод, как правило, находится в переднем виде и, как исключение, - в заднем; при разгибательном же типе вставления головки поворот совершается так, что когда головка устанавливается в выходе таза, как правило, находится в заднем виде и как редкое исключение - в переднем.

ПЕРЕДНЕГОЛОВНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Правильный диагноз ставят лишь при помощи влагалищного исследования, когда обнаруживают стояние большого и малого родничков на одном уровне или стояние большого родничка ниже малого. Диагноз подтверждают после родов по состоянию формы головки плода и следов на ней, которые имеют место в первые часы и дни ребенка. При переднеголовном предлежании головка имеет брахицефалическую форму (башенная головка). Первый момент биомеханизма родов при переднеголовном предлежании умеренное разгибание головки, при этом головка устанавливается своим стреловидным и частью лобного шва в поперечном, или, очень редко, в одном из косых размеров таза. Головка плода вставляется своим прямым размером 12 см. По мере продвижения головки ведущей точкой становится большой родничок. Возможно асинклитическое вставление.

Второй момент биомеханизма родов - внутренний поворот: стреловидный шов из поперечного размера входа в малый таз переходит в прямой размер выхода из малого таза, затылком кзади, к копчику. Головка осуществляет поворот при переходе через плоскость узкой части полости малого таза.

Третий момент биомеханизма родов - сгибание головки. Сгибание головки происходит в шейной части позвоночника. Точкой фиксации является надпереносица, а точкой опоры - нижний край лонного сочленения. Рождаются лоб, темя и затылок плода.

Четвертый момент биомеханизма родов - разгибание головки. Точкой фиксации является подзатылочная ямка или затылочный бугор, точкой опоры передняя поверхность копчика. Рождается лицо плода.

Пятый момент биомеханизма родов - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки - совершается так же, как и при затылочном предлежании.

Течение родов при переднеголовном предлежании – затяжное, особенно в период изгнания. Поэтому для предупреждения асфиксии плода проводят ее профилактику. Врач следит за продвижением головки по родовым путям и не допускает, чтобы головка стояла в одной плоскости более 1 часа.

К оперативным вмешательствам приходится прибегать лишь при показаниях со стороны матери (клиника узкого таза, опасность образования мочеполовых свищей и др.) и плода (острая гипоксия плода).

ЛОБНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Распознавание лобного предлежания происходит при влагалищном исследовании: по проводной оси таза обнаруживают лоб с лобным швом, к которому с одной стороны примыкают переносье и надбровные дуги, а с другой - передний угол большого родничка. Родовая опухоль расположена в области лба на всем протяжении от переносицы до большого родничка.

Первый момент биомеханизма родов - разгибание головки. Головка устанавливается в поперечном размере входа таза, своим большим косым размером, который равен 13,5 см.Головка резко конфигурируется и с большим трудом проходит в полость малого таза.

Второй момент биомеханизма родов - внутренний неправильный поворот головки затылком к копчику – происходит при переходе через плоскость узкой части полости малого таза. Лобный шов устанавливается в прямом размере выхода из малого таза. Образуется точка фиксации верхняя челюсть и точка опоры - нижний край лонного сочленения.

Третий момент биомеханизма родов - сгибание головки. При этом над промежностью выкатывается темя и затылок плода. Образуется вторая точка фиксации (подзатылочная ямка) и вторая точка опоры (верхушка копчика).

Четвертый (разгибание) и пятый (внутренний поворот головки и наружный поворот плечиков) моменты биомеханизма родов происходят так же, как при переднеголовном предлежании.

Роды при лобном предлежании через естественные родовые пути невозможны, поэтому лобное предлежание является абсолютным показанием для кесарева сечения.

Даже, если плод маленький, а размеры таза нормальные, роды сопровождают тяжелые осложнения. Материнская смертность довольно высока, еще выше - смертность плодов и новорожденных.

ЛИЦЕВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

Диагноз лицевого предлежания ставят на основании данных наружного исследования и подтверждают данными влагалищного исследования, при котором прощупывают нос, рот и подбородок, который является ведущей точкой.
Первый момент биомеханизма родов в лицевом предлежании - разгибание головки. Разгибание происходит в шейной части позвоночника. В результате предлежащей частью становится лицо. В поперечном или в одном из косых размеров входа в таз устанавливается лицевая линия. При достижении головкой полного разгибания она проходит через родовой канал окружностью, соответствующей вертикальному размеру 9,5 см.

Второй момент - внутренний поворот головки. Лицевая линия постепенно переходит из поперечного размера в косой, а затем когда головка достигает выхода, в прямой размер, при этом она упирается подъязычной костью в нижний край лонного сочленения. Очень редко поворот головки совершается подбородком к копчику. В таком положении роды не возможны (сдвоенное тело – головка и туловище плода).

Третий момент биомеханизма родов - сгибание головки, когда, вслед за уже родившимся подбородком, последовательно выкатываются над промежностью рот, нос, глаза, лоб, темя и затылок.

Четвертый момент биомеханизма родов - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки затылком в сторону позиции.

Роды через естественные родовые пути при лицевом предлежании заднем виде возможны, если нет других осложняющих моментов (крупный плод, слабость родовой деятельности и др.). После родов головка имеет резко выраженную долихэцефалическую форму, на лице – выраженный отек, деформация.

Новорожденный находится в привычной разогнутой позе При переднем виде лицевого предлежания роды через естественные родовые пути не возможны. При такой ситуации необходимо произвести кесарево сечение.

АСИНКЛИТИЧЕСКИЕ ВСТАВЛЕНИЯ
В начале нормальных родов головка устанавливается над входом в таз или вставляется во вход таким образом, что стреловидный шов, совпадая с проводной линией таза, располагается во входе на одинаковом расстоянии от лона и мыса. Такое осевое или синклитическое вставление головки благоприятствует ее прохождению по родовому каналу. Однако в большинстве случаев головка вставляется во вход таким образом, что передняя теменная кость оказывается глубже задней. (стреловидный шов находится ближе к мысу). Слабо и умеренно выраженный передний асинклитизм благоприятствуют прохождению головки по недостаточно просторному для нее родовому каналу.
Иногда асинклитизм бывает выражен настолько, что препятствует дальнейшему продвижению головки по родовому каналу. Такие резко выраженные степени внеосевого вставления головки называют патологическими асинклитизмами.

Различают два вида асинклитизма: передний (асинклитизм Негеле), когда стреловидный шов приближен к крестцу, и передняя теменная кость опускается первой в плоскость входа малого таза, на ней расположена ведущая точка, и задний (асинклитизм Литцмана), при котором первой в таз опускается задняя теменная кость, стреловидный шов отклонен кпереди к лону К причинам внеосевого вставления головки в таз относят: расслабленное состояние брюшной стенки, оказывающейся не в состоянии противодействовать отклоняющемуся вперед дну матки, в результате чего образуется переднетеменное вставление, или расслабленное состояние нижнего сегмента матки, не оказывающего должного сопротив-

ления отклоняющейся вперед головке, вследствие чего образуется заднетеменное вставление. Влияют на формирование асинклитизма в родах размеры головки плода и состояние таза роженицы (его сужение и особенно уплощение плоский таз, а также степень угла наклонения таза). Степень асинклитизма определяют при влагалищном исследовании по месту расположения и возможности достижения стреловидного шва.

Роды при сильных и средних степенях асинклитизма (стреловидный шов не определяют или определяют с трудом) протекают так же, как и роды при узком тазе, и при том тем тяжелее, чем резче выражен асинклитизм и причины его вызывающие.

Пока головка еще прочно не вколочена во вход в таз, асинклитизм можно в ряде случаев исправить, изменяя положение роженицы в кровати. Для исправления переднего асинклитизма роженице предлагают лечь на спину, а заднего - на живот.

Влиять на вставление головки можно путем изменения угола наклонения таза: при переднетеменном асинклитизме - увеличением этого угла (валик под поясницу, вальхеровское положение), при заднетеменном - уменьшением его (валик под крестец, притягивание бедер роженицы к животу, полусидячее положение).

Переднетеменное вставление этим простым вмешательством почти всегда устраняют, даже в резко выраженных случаях. При заднетеменном вставлении его полного или значительного устранения достигают значительно реже. Если, несмотря на принятые меры или независимо от них, наступают явления клинически узкого таза, роды должны быть закончены операцией кесарево сечение.

НЕПРАВИЛЬНЫЕ СТОЯНИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА

К неправильным стояниям головки относят: высокое (во входе) прямое и низкое (в выходе) поперечное стояние стреловидного шва.
Каждое из этих отклонений от физиологического течения биомеханизма родов может привести к серьезным осложнениям.

ВЫСОКОЕ ПРЯМОЕ СТОЯНИЕ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА

Если плод в начале родов обращен спинкой прямо кпереди или кзади, а головка его стоит стреловидным швом над прямым размером входа в малый таз, говорят о высоком прямом стоянии стреловидного шва (головки), которое в дальнейшем, после отхождения вод может прейти в высокое прямое вставление стреловидного шва (головки). Такое вставление приводит обычно к серьезным осложнениям родов, так как головка плода, фиксированная прямым своим размером (12 см) в прямом размере входа в таз (11 см), встречает со стороны лонного сочленения и мыса трудно преодолимое препятствие; головка подвергается во входе в таз давлению в переднезаднем направлении - от лба к затылку, т.е. в направлении, обладающем меньшей по сравнению с поперечным конфигурационной способностью.
В зависимости от того, куда обращен малый родничок - кпереди к лону или кзади к мысу, различают передний вид высокого стояния стреловидного шва и задний вид высокого прямого стояния стреловидного шва.

Частота этой патологии от 0,2% до 1,2%.

Этиология высокого прямого стояния головки довольно разнообразна. Сюда относят нарушение соотношений между головой и тазом (узкий таз, широкий таз), недоношенность плода (малые размеры его головки), изменения формы его головки (широкий плоский череп) и формы таза (круглая форма входа малого таза при поперечном его сужении), случайное, в момент излития, вод прямое стояние стреловидного шва над входом в таз. При

этом, быстро друг за другом следующие, схватки или потуги могут вогнать головку плода во вход малого таза и фиксировать ее в этом положении.

Роды при высоком прямом стоянии стреловидного шва возможны при определенных условиях: плод не должен быть крупным, головка его хорошо конфигурировать, таз матери нормальных размеров, родовая деятельность достаточной силы. Головка плода продвигается по родовому каналу в прямом размере всех плоскостей малого таза, не совершая внутренний поворот. Исход родов может быть не благоприятным для матери (клиника узкого таза и др.) и плода (гипоксия, травма), поэтому родоразрешение, как правило, проводят с помощью кесарева сечения.

НИЗКОЕ ПОПЕРЕЧНОЕ СТОЯНИЕ СТРЕЛОВИДНОГО ШВА

Низким поперечным стоянием стреловидного шва называют патологию родов, характеризующуюся стоянием головки стреловидным швом в поперечном размере выхода таза. Сюда же должены быть отнесены и те случаи, когда головка стоит стреловидным швом длительное время (свыше 2 часов) в поперечном размере узкой части полости малого таза, несмотря на хорошую родовую деятельность. Причинами самопроизвольных родов, при которых головка плода не совершает внутренний поворот, могут быть сужение таза (плоские тазы, особенно, плоскорахитический), маленькие размеры головки плода, сниженный тонус мышц тазового дна. При активной родовой деятельности роды заканчиваются самопроизвольно. Ведение родов выжидательное (до двух часов) до появления осложнений со стороны матери или плода (гипоксия). В таких случаях, при живом плоде показано наложение атипических акушерских щипцов.

Контрольные вопросы:

1. Причины образования разгибательных предлежаний.

2. Биомеханизм родов при I степени разгибания головки.

3. Биомеханизм родов при лицевом предлежании в заднем виде.

4. Какие разгибательные предлежания являются абсолютным показанием к кесареву сечению?

5. Какие моменты биомеханизма родов являются общими для всех разгибательных предлежаний?

6. Какие осложнения у матери возникают в родах при разгибательных предлежаниях?

7. Какие осложнения у ребенка, родившегося в разгибательных предлежаниях?

8. Причины асинклитического вставления?

9. Какие виды асинклитического вставления вы знаете?

10. Как вы будете родоразрешать роженицу, у которой высокое прямое стояние стреловидного шва?

Задача № 1.

Повторнородящая 33 лет после 10 ч хорошей родовой деятельности поступила в родильный дом. Размеры таза нормальные. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Пред-

полагаемая масса плода 4000.0, сердцебиение плода 136 уд. в мин. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки почти полное, стреловидный шов в поперечном размере, справа малый родничок, слева большой ниже малого. Плодный пузырь цел. Мыс не достигается, экзостозов нет.

Диагноз? Тактика врача.

Задача № 2.

Повторнородящая 20 лет доставлена машиной скорой помощи с диагнозом:

Беременность 26 недель. Головное предлежание. I период родов.

Воды излились час тому назад. Сердцебиение плода 140 уд. в мин. ясное, ритмичное. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, лобный шов в поперечном размере таза, достигается передний угол большого родничка, глазницы, корень носа. Мыс не достигается, экзостозов нет.

Диагноз? Тактика врача.

Задача № 3.

Повторнородящая 28 лет поступила с хорошей родовой деятельностью в течение 6 часов с целыми водами. Таз нормальных размеров. Предполагаемая масса плода - 3200.0, Сердцебиение 140 уд. в мин.

При влагалищном исследовании:

раскрытие шейки матки полное, плодный пузырь цел, предлежит головка плода, лицевая линия в правом косом размере входа в малый таз, подбородок слева спереди, надбровные дуги и нос - справа сзади.

Диагноз? Тактика врача.

Задача № 4.

Многорожавшая женщина поступила с жалобами на сильные и очень болезненные схватки, между которыми нет расслабления матки. Родовая деятельность в течение 6 часов. Обнаружено: передняя брюшная стенка перерастянута, живот отвислый. Головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода после схватки учащается до 180 уд. в 1 мин. и плохо восстанавливается. Предполагаемая масса плода 4100,0. При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, стреловидный шов в поперечном размере, близко к лону, во время схватки отмечается резкая конфигурация, задняя теменная косточка находит на переднюю. Мыс не достигается. Экзостозов нет.

Диагноз? Тактика врача.

Задача № 5.

Первородящая 20 лет поступила с жалобами на схваткообразные боли внизу живота в течение 16 часов. В приемном покое излились воды в количестве 1,5 л., светлые. При влага-

лищном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, предлежит головка плода, стреловидный шов в прямом размере входа в малый таз, малый родничок спереди, большой сзади. Мыс не достигается.

Диагноз? Тактика врача.

Тема № 19

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ, АНЕМИЯХ, ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК, САХАРНОМ ДИАБЕТЕ, ВИРУСНОМ ГИПАТИТЕ, ТУБЕРКУЛЕЗЕ.
Продолжительность занятия 360 минут.
I. БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И АНЕМИЯХ.
Продолжительность занятия – 90 минут.

Цель занятия: изучить особенности течения и ведения беременности, родов и раннего послеродового периода у женщин, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями и анемиями.

Ординатор должен знать: 1) классификацию недостаточности кровообращения, особенности гемодинамических изменений при заболеваниях сердечно-сосудистой системы во время беременности, родов и послеродового периода, показания к прерыванию беременности в ранние и поздние сроки, тактику ведения беременности, родов и послеродового периода, 2) этиопатогенез, диагностику, особенности течения и ведения беременности, родов и послеродового периода при анемиях, лечение.

Ординатор должен уметь: 1) обследовать беременную с заболеваниями сердечнососудистой системы, по данным лабораторных исследований и по клиническим проявлениям оценить активность ревматического процесса, определить форму порока сердца и степень нарушения кровообращения; четко определить противопоказания к пролонгированию беременности; правильно выбрать метод родоразрешения, 2) назначить обследование и лечение при анемиях.

Место проведения занятия: отделение патологии беременных, родильное отделение, послеродовое отделение, учебная комната.

Оснащение: таблицы, слайды, видеоматериал, данные лабораторных исследований.

План организации занятия:

Организационные вопросы, обоснование темы – 10 мин Контроль исходного уровня знаний студентов – 30 мин Теоретический и клинический разбор темы, историй родов, курация беременных – 45 мин Обсуждение итогов занятия, домашнее задание – 5 мин.

Содержание занятия:

Одно из самых тяжелых экстрагенитальных патологий у беременных являются заболевания сердечно-сосудистой системы, и основное место среди них занимают пороки сердца. Беременных с пороками сердца относят к группе высокого риска материнской и перинатальной смертности и заболеваемости. Это объясняют тем, что беременность накладывает дополнительную нагрузку на сердечно-сосудистую систему женщин.

Беременность - весьма динамический процесс, и изменения гемодинамики гормонального статуса и многих других физиологических факторов в организме беременной происходят постоянно и постепенно, а иногда и внезапно. В связи с этим важно не только правильно поставить диагноз, определить нозологическую форму заболевания сердца или сосудов, но оценить этиологию этого заболевания и функциональное состояние сердечно-сосудистой системы. Кроме того, важна оценка степени активности первичного патологического процесса (ревматизм, ревматоидный артрит, тиреотоксикоз и др.), приведшего к поражению сердечно-сосудистой системы, а также выявление очаговой инфекции (холецистит, тонзиллит, кариес зубов и т.д.) и других сопутствующих заболеваний.

Таковы сложные, но в подавляющем большинстве случаев все же разрешимые проблемы, возникающие перед врачом, который решает вопрос о том, может ли женщина, страдающая каким-либо сердечно-сосудистым заболеванием, иметь беременность и роды без риска для своего здоровья и для своей жизни, без риска для здоровья и жизни своего будущего ребенка. Вопрос о допустимости иметь беременность и роды женщине, страдающей сердечно-сосудистыми заболеваниями, должен решаться заранее, в идеале до замужества. В решении этого вопроса определенные преимущества имеет врач, осуществляющий диспансерное наблюдение больных, а также лечащий врач, постоянно наблюдающий больную (участковый врач, семейный врач, кардиолог). В дальнейшем, в случае возникновения беременности, родов и послеродового периода, этот вопрос должен решаться совместно кардиологом с акушером-гинекологом, а при необходимости с привлечением врачей других специальностей.

В период беременности, повышенная нагрузка на сердечно-сосудистую систему вызывает физиологически обратимые, но достаточно выраженные изменения гемодинамики и функции сердца. Не зная об изменениях гемодинамики у здоровых беременных, невозможна ее адекватная оценка при сердечно-сосудистых заболеваниях.

Повышение нагрузки связано с усилением обмена, направленным на обеспечение потребностей плода, увеличением объема циркулирующей крови, появлением дополнительной плацентарной системы кровообращения, с постоянно нарастающей массой тела беременной. При увеличении размеров матка ограничивает подвижность диафрагмы, повышается внутрибрюшное давление, изменяется положение сердца в грудной клетке, что, в конечном итоге, приводит к изменениям условий работы сердца. Такие гемодинамические сдвиги, как увеличение объема циркулирующей крови и сердечного выброса могут оказаться неблагоприятными и даже опасными у беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, вследствие наслоения их на уже имевшиеся, обусловленные болезнью.

Изменение гемодинамики у матери оказывает отрицательное влияние на маточно-плацентарное кровообращение, что может вызвать в некоторых случаях возникновение у плода пороков развития, в том числе врожденных пороков сердца.

Длительный период беременности сменяется кратковременным, но чрезвычайно значительным по физической и психической нагрузки периодом родов. Вслед за периодом родов наступает послеродовой период, который не менее важен по гемодинамическим и другим физиологическим изменениям. Врачу необходимо знать характерные для этих периодов изменения гемодинамики, чтобы отличить физиологические сдвиги от патологических, для оказания необходимого воздействия на сердечно-сосудистую систему, когда нужно и не вмешиваться, когда в этом нет нужды.

Наиболее важными гемодинамическим сдвигом во время беременности является увеличение сердечного выброса.

В состоянии покоя максимальное его увеличение составляет 30-45% от величины сердечного выброса до беременности. Нарастание этого показателя происходит уже в начальные сроки беременности: на 4-8-й неделе он может превышать среднюю величину сердечного выброса здоровых небеременных женщин на 15%. Максимальное увеличение сердечного выброса происходит (по данным различных авторов) на 20-24-й неделе; на 28-32-й неделе; 32-34-й неделе. На величину сердечного выброса значительное влияние оказывают изменения положения тела беременной.

По мере нарастания сердечного выброса, увеличивается работа левого желудочка и достигает максимума (33-50%) на 26-32-й неделе беременности. К периоду родоразрешения при одноплодной беременности работа левого желудочка приближается к нормальным условиям, а при многоплодной она остается повышенной.

Резкое возрастание работы левого и правого желудочков отмечается во время родов (30-40%). В раннем послеродовом периоде работа левого желудочка приближается к величине, определяемой в конце срока беременности. Благодаря возрастающему притоку крови к сердцу, уменьшению размеров матки, повышению вязкости крови вновь усиливается работа сердца на 3-4 день после родов. Все это может угрожать женщине с сердечно-сосудистыми заболеваниями развитием декомпенсации кровообращения перед родами, в родах и после них.

Объем циркулирующей крови (ОЦК) увеличивается уже в первом триместре беременности и достигает максимума к 29-36-й неделе. В родах изменения ОЦК обычно не отмечается, но он заметно снижается (на10-15%) в раннем послеродовом периоде. Однако у женщин, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, часто бывают отеки, в том числе так называемые внутренние. ОЦК может увеличиваться за счет поступления в кровеносное русло большого количества внесосудистой жидкости, что может привести к развитию сердечной недостаточности, вплоть до отека легких.

Из-за резкого выключения маточно-плацентарного кровообращения, устранения сдавления нижней полой вены сразу после рождения плода происходит быстрое увеличение ОЦК, которое больное сердце не всегда может компенсировать увеличением сердечного выброса.

Потребление организмом кислорода во время беременности нарастает и перед родами превышает исходный уровень на 15-30%. Это связано с ростом метаболических потребностей плода и матери, в также с увеличением нагрузки на материнское сердце. Кроме того, выявлена прямая зависимость между массой тела плода и степенью увеличения потребления кислорода матерью. В самом начале родов происходит увеличение потребление кислорода на 25-30%, во время схваток на 65во втором периоде на 70-85%, на высоте потуг на 125-155%. В раннем послеродовом периоде потребление кислорода все еще остается повышенным на 25% по сравнению с дородовом уровнем. Резкое повышение потребление кислорода во время родов является значительным фактором риска для рожениц с заболеванием сердечно-сосудистой системы.

Синдром сдавления нижней полой вены у беременных женщин нельзя расценивать как признак заболевания. Скорее это проявление недостаточной адаптации сердечно-сосудистой системы к обусловленному увеличению давления матки давлению на нижнюю полую вену и уменьшению венозного возврата крови к сердцу, вследствие чего происхо-

дит снижение АД (при резком снижении наступает обморок), а при падении систолического АД - потеря сознания. Синдром сдавления нижней полой вены может проявляться беспокойством, чувством нехватки воздуха, учащением дыхания, головокружением, потемнением в глазах, побледнением кожных покровов, потоотделением, тахикардией. Эти признаки могут быть и при других шоковых состояниях. Но в отличии от последих, отмечают резкое повышение венозного давления на ногах при измененном венозном давлении на руках. Чаще всего синдром возникает при многоводии, беременности крупным плодом, при артериальной и венозной гипотонии, при многоплодии, у беременных маленького роста. Особого лечения обычно не требуется. При возникновении синдрома сдавления нижней полой вены достаточно немедленно повернуть женщину на бок. Первые признаки расстройства обычно появляются у женщин, лежащих в положении на спине.

Особую опасность представляет появление коллапса (шока), обусловленного сдавлением нижней полой вены во время оперативного родоразрешения. Необходимо знать, что при выраженном длительном сдавлении нижней полой вены снижается маточный и почечный кровоток, ухудшается состояние плода. Возможны такие осложнения, как преждевременная отслойка плаценты, тромбофлебиты и варикозное расширение вен нижних конечностей, острая и хроническая гипоксия плода.

Говоря о значении сочетания болезней сердца и сосудов с беременностью необходимо отметить, что беременность и обусловленные ею изменения гемодинамики, метаболизма, массы тела (увеличение на 10-12 кг к концу беременности), водно-солевого обмена (за время беременности общее содержание воды в организме увеличивается на 5-6 л, содержание натрия в организме возрастает уже к 10-й неделе беременности на 500-600 ммоль, а калия на 170 ммоль, перед родами в организме накапливается до 870 ммоль натрия) требуют от сердца усиленной работы и нередко отягощают течение сердечно-сосудистого заболевания.

Женщинам страдающим сердечно-сосудистыми заболеваниями, изменение гемодинамических нагрузок могут угрожать инвалидностью или даже смертью.

При некоторых пороках сердца возрастает опасность возникновения бактериального эндокардита, особенно в предродовом и послеродовом периодах.

Изменение гемодинамики может неблагоприятно сказываться на течение заболеваний почек. Кроме того, сердечно-сосудистые заболевания часто осложняют течение беременности (поздние гестозы, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, преждевременные роды) и родов (быстрые роды, дискоординация родовой деятельности, повышенная кровопотеря и др.). При тяжелых сердечно-сосудистых заболеваниях высока перинатальная детская смертность.

Для правильного ведения беременных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы необходимо оценивать так называемый сердечный резерв, который зависит от возраста женщины, длительности заболевания сердца и функциональных возможностей сердечной мышцы. Желательно сердечный резерв установить еще до беременности, а затем регулярно оценивать его при динамическом наблюдении больной.

Современная диагностика и адекватное лечение позволяет теперь во многих случаях перенести беременность и роды женщинам с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

I. ПРИОБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

Приобретенные ревматические пороки сердца составляют от 75% до 90% поражений сердца у беременных.
1. Наиболее частой формой ревматического порока сердца является митральный стеноз "чистый" или преобладающий, при сочетании с недостаточностью митрального клапана. Данный порок обнаруживают у 75-90% беременных страдающих приобретенными пороками сердца.

2. Второй по частоте порок (6-7%) - это недостаточность митрального клапана.

Как правило, при данном пороке, при отсутствии выраженной региргутации, нарушений сердечного ритма и недостаточности кровообращения беременность заметно не ухудшает течение заболевания сердца.

3. Недостаточность аортального клапана. Эти пороки (аортальные) встречаются реже (0,75-5%), но риск развития острой сердечной недостаточности у беременных довольно высок. Довольно часто аортальные пороки сочетаются с поражениями других клапанов (митрального).

4. Аортальный стеноз. Стеноз устья аорты может быть клапанным (за счет сращения створок клапана), подклапанным (обусловленным фиброзным сужением ниже клапана или выраженной гипертрофией выходного тракта левого желудочка) и надклапанным.

5. Недостаточность трехстворчатого клапана, обычно, имеет ревматическую природу. Чаще всего данный порок встречается при легочной гипертонии.

6. Стеноз трехстворчатого клапана - встречается редко, почти исключительно у женщин, имеет ревматическую природу, обычно сочетается с поражением митрального (а нередко и аортального) клапана и очень редко оказывается "изолированным" пороком.

7. Приобретенные пороки клапана легочной артерии - клинически выявляют весьма редко. Чаще всего сочетаются с поражениями других клапанов сердца.

8. Многоклапанные ревматические пороки сердца. Встречаются довольно часто.

Диагностика их затруднена, т.к. гемодинамические сдвиги характерные для отдельных видов пороков, и симптомы их, препятствуют проявлению некоторых характерных для каждого из видов порока гемодинамических сдвигов и клинических признаков. Тем не менее, выявление у беременных сочетанных пороков может иметь решающее значение для принятия решения о возможности сохранения беременности и о целесообразности хирургической коррекции порока или пороков.

II. ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА И МАГИСТРАЛЬНЫХ СОСУДОВ У БЕРЕМЕННЫХ

Благодаря совершенствованию диагностической техники, разработке хирургических методов радикальной или паллиативной коррекции дефектов развития сердца и магистральных сосудов, вопросы точной диагностики и лечения врожденных пороков сердца стали активно решать в последние десятилетия. Раньше врожденные пороки сердца делили только на две группы: "синие" и "не синие" пороки. В настоящее время известно около 50 форм врожденных пороков сердца и магистральных сосудов. Одни из них встречаются крайне редко, другие только в детском возрасте.
Рассмотрим основные из них:

1. Дефект межпредсердной перегородки. Встречают наиболее часто у взрослых с врожденными пороками сердца (9-17%). Проявляется клинически, как правило, на третьем-четвертом десятилетии жизни. Течение и исход беременности при этом пороке сердца обычно благополучны. В редких случаях при нарастании сердечной недостаточности приходится прибегать к прерыванию беременности.

2. Дефект межжелудочковой перегородки. Встречают реже, чем дефект межпредсердной перегородки. Часто сочетается с недостаточностью аортального клапана. Беременные женщины с незначительным дефектом межжелудочковой перегородки могут перенести беременность хорошо, но, по мере увеличения дефекта нарастает опасность развития сердечной недостаточности, иногда с летальным исходом. После родов может возникнуть парадоксальная системная эмболия.

3. Открытый артериальный проток. При незаращении протока происходит сброс крови из аорты в легочную артерию. При значительном сбросе крови происходит дилатация легочной артерии, левого предсердия и левого желудочка. В плане тактики ведения беременной с данным пороком главное значение имеет диагностика диаметра протока.

Данное заболевание, при неблагоприятном течении, может осложнить развитие легочной гипертонии, подострого бактериального эндокардита, а также сердечной недостаточности. Во время беременности, при начальной стадии легочной гипертонии может произойти значительное повышение давления в легочной артерии с развитием затем правожелудочковой недостаточностью.

4. Изолированный стеноз легочной артерии. Этот порок относят к числу наиболее распространенных врожденных пороков (8-10%). Заболевание может осложнять развитие правожелудочковой недостаточности, т.к. при беременности увеличивается объем циркулирующей крови и сердечный выброс. При легком и умеренном стенозе легочной артерии беременность и роды могут протекать благополучно.

5. Тетрада Фалло. Тетраду Фалло относят к классическим "синим" порокам сердца. Состоит из стеноза выводного тракта правого желудочка, большого дефекта межжелудочковой перегородки, смещения корня аорты вправо и гипертрофии правого желудочка. У женщин с тетрадой Фалло беременность представляет и риск для матери и для плода. Особенно опасен ранний послеродовой период, когда могут возникать тяжелые синкопальные приступы. При тетраде Фалло высок процент таких осложнений, как развитие сердечной недостаточности, достаточно высок летальный исход для матери и плода. Женщины, перенесшие радикальную операцию по поводу этого порока имеют больше шансов на благоприятное течение беременности и родов.

6. Синдром Эйзенмейгера - относят к группе "синих" пороков. Наблюдают при больших дефектах сердечной перегородки или соустье большого диаметра между аортой и легочной артерией (т.е. при дефектах межжелудочковой и межпредсердной перегородок, открытом артериальном протоке). Синдром Эйзенмейгера часто осложняет тромбоз в системе легочной артерии, тромбоз сосудов головного мозга, недостаточность кровообращения. При синдроме Эйзенменгера очень высок риск летального исхода как для матери, так и для плода.

7. Врожденный стеноз аорты - может быть подклапанный (врожденный и приобретенный), клапанный (врожденный и приобретенный) и надклапанный (врожденный). Беременные с незначительным или умеренным врожденным стенозом аорты беременность пе-

реносят хорошо, но риск развития в послеродовом периоде подострого бактериального эндокардита не зависит от выраженности стенозирования.

8. Коарктация аорты (стеноз перешейка аорты). Порок обусловлен сужением аорты в области ее перешейка (граница дуги и нисходящей части аорты). Коарктация аорты нередко сочетается с двухстворчатостью клапана аорты. Коарктацию аорты может осложнять кровоизлияние в мозг, расслоение или разрыв аорты, подострый бактериальный эндокардит. Наиболее частой причиной смерти является разрыв аорты.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

1. АНАМНЕЗ - может содержать важные сведения о времени возникновения заболевания ревматизмом, длительности существования порока сердца, количестве перенесенных ревматических атак, нарушениях кровообращения и т.д.

2. ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ - регистрация электрических явлений, возникающих в сердечной мышце при ее возбуждении.

3. ВЕКТОРКАРДИОГРАФИЯ - выявление признаков гипертрофии отделов сердца.

4. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ -без достаточных основаниях проводить при беременности не следует.

5. РАДИОНУКЛИИДНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ при беременности проводить не следует.

6. ФОНОКАРДИОГРАФИЯ - метод регистрации звуков (тоны и шумы), возникающих в результате деятельности сердца, и применяют для оценки его работы и распознавания нарушений, в том числе пороков клапана.

7. ЭХОКАРДИОГРАФИЯ - применяют для изучения гемодинамики и кардиодинамики, определения размеров и объемов полостей сердца, оценки функционального состояния миокарда. Метод безвреден для матери и плода.

8. РЕОГРАФИЯ - для определения состояния тонуса сосудов, их эластичности, кровенаполнения при беременности.

9. ПРОБЫ С НАГРУЗКОЙ - для оценки функционального состояния миокарда. Пробы с нагрузкой на велоэргометре до частоты сердечных сокращений 150 в минуту применяют и у беременных.

10. Исследования функции внешнего дыхания и кислотно-щелочного состояния.

11. Исследования крови.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ У ЖЕНЩИН С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Говоря о тактике ведения беременности, родов у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, необходимо сказать, что вопрос о сохранении беременности и безопасности ее для матери и будущего ребенка должны решать не только до наступления беременности, но и лучше перед замужеством больной.

Основой правильного ведения и лечения беременных, страдающих сердечнососудистыми заболеваниями, является точная диагностика, учитывающая этиологию болезни.

Большие нагрузки на сердечно-сосудистую систему при беременности происходят на 7-8-м акушерском месяце беременности и во время родов.

Поэтому беременные должны быть госпитализированы в стационар не менее трех раз:

I-ая госпитализация - на 8-10-й неделе беременности для уточнения диагноза и решения вопроса о возможности сохранения беременности.

При митральном стенозе I ст. Беременность может быть продолжена при отсутствии обострения ревматического процесса.

Недостаточность митрального клапана является противопоказанием к беременности только при наличии сердечной слабости или активизации ревматического процесса, а также при его сочетании с нарушением ритма сердца и недостаточностью кровообращения.

Стеноз аортального клапана - беременность противопоказана при признаках недостаточности миокарда, при значительном увеличении размеров сердца беременной.

Недостаточность аортального клапана - прямые противопоказания.

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

Больных после операции на сердце рассматривают дифференцировано.

Острый ревматический процесс или обострение хронического – противопоказание к беременности.

Обобщая вышеизложенное, можно сказать, что вопрос о прерывании беременности до 12 недель решают в зависимости от выраженности порока, функционального состояния системы кровообращения и степени активности ревматического процесса.

II-ая госпитализация - на 28-29-ой неделе беременности для наблюдения за состоянием сердечно-сосудистой системы и, при необходимости, для поддержания функции сердца в период максимальных физиологических нагрузок.

III-я госпитализация - на 37-38 неделе для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения.

При появлении признаков недостаточности кровообращения, обострения ревматизма, возникновении мерцательной аритмии, позднего гестоза беременных или выраженной анемии больную необходимо госпитализировать независимо от срока беременности.

Вопрос прерывания беременности на более поздних сроках является достаточно сложным. Не редко возникает проблема, что менее опасно для больной: прервать беременность или развиваться ей дальше.

В любых случаях при появлении признаков недостаточности кровообращения или каких-либо интеркуррентных заболеваний больная должна быть госпитализирована, подвергнута тщательному обследованию, лечению. При неэффективности лечения, наличии противопоказаний к оперативному вмешательству на сердце принимают решение о прерывании

беременности. Беременность сроком свыше 26 недель следует прерывать с помощью абдоминального кесарева сечения.

До настоящего времени, многие врачи считали, что родоразрешение в срок с помощью кесарева сечения уменьшает нагрузку на сердечно-сосудистую систему и снижает летальность беременных, страдающих пороками сердца.

Однако многие авторы рекомендуют при тяжелых степенях пороков сердца проводить родоразрешение с помощью кесарева сечения, но не в качестве последней меры при затянувшихся родах через естественные родовые пути, осложнившихся декомпенсацией сердечной деятельности, а в качестве проводимого в срок превентивного мероприятия.

В последнее время несколько расширили показания для проведения кесарева сечения у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

К ним относят следующие:

1. Недостаточность кровообращения II-Б - III стадии;

2. Ревмокардит II и III степени активности;

3. Резко выраженный митральный стеноз;

4. Септический эндокардит;

5. Коарктация аорты или наличие признаков высокой артериальной гипертонии или признаков начинающегося расслоения аорты;

6. Тяжелая стойкая мерцательная аритмия;

7. Обширный инфаркт миокарда и признаки ухудшения гемодинамики;

8. Сочетание заболевания сердца и акушерской патологии.

Противопоказание к операции кесарева сечения - тяжелая легочная гипертония.

Самостоятельное родоразрешение через естественные родовые пути допускают при компенсации кровообращения у больных с недостаточностью митрального клапана, комбинированным митральным пороком сердца с преобладанием стеноза левого антривентрикулярного отверстия, аортальными пороками сердца, врожденными пороками сердца "бледного типа", при обязательном обезболивании родов, для профилактики возникновения или усугубления сердечной недостаточности (следует начинать с в/м введения 2 мл 0,5% раствора диазепама и 1 мл 2% промедола уже с момента появления первых схваток).

Успешному родоразрешению больных, страдающих тяжелыми врожденными и приобретенными пороками сердца, может способствовать ведение родов в условиях гипербарической оксигенации, учитывая возможные осложнения ГБО в послеродовом периоде.

СОСУДИСТЫЕ ДИСТОНИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Нарушения сосудистого тонуса, являясь осложнением беременности или симптомами экстрагенитального заболевания, ухудшают условия развития плода, повышают риск патоло-

гического течения родов и тем самым способствуют увеличению перинатальной смертности и детской заболеваемости.
Частота сосудистой дистонии у беременных женщин составляет от 10,4 до 24,3%.

К клиническим вариантам нарушений сосудистого тонуса у беременных относят артериальную гипо- и гипертензию, возникающую во время беременности.

Состояние гипо- и гипертензии, возникающие до беременности и сохраняющиеся во время беременности, чаще всего связаны с нейроциркуляторной дистонией.

Наиболее приемлемой в настоящее время является классификация нейроциркуляторной дистонии, построенная с учетом характера нарушений со стороны сердца и особенностей гемодинамических сдвигов.

Различают следующие типы нейроциркуляторной дистонии:

а). кардиальный, для которого характерны боль в области сердца, сердцебиение при нормальном АД;

б). гипотензивный, при котором часто наблюдают общие неврологические расстройства, целеброваскулярные, кардиальные симптомы при стабильном снижении АД ниже 100/60 мм рт ст;

в). гипертензивный, характеризующийся неустойчивостью АД с наклонностью к повышению, преобладанием кардиальных и церебральных симптомов.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИИ.
Частота артериальной гипотензии у беременных от 4,2-12,2% до 32,4% по данным разных авторов.
Артериальная гипотензия является результатом общих нарушений в организме, симптомом общего заболевания, когда изменяется тонус не только сосудов, но и других органов.
Артериальная гипотензия неблагоприятно влияет на течение беременности и родов, развитие плода и новорожденного.

Наиболее частыми осложнениями во время беременности являются ранний токсикоз, угроза прерывания беременности, недонашивание, поздний гестоз и анемия.

Наиболее частыми осложнениями в родах являются несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, разрывы промежности.

Последовый и послеродовый период у 12,3-23,4% женщин осложняет кровотечение.

Послеродовый период - субинволюция матки, лохиометра и эндомиометрит.

Сравнительно небольшая кровопотеря (400-500 мл) у рожениц с артериальной гипотензией часто вызывает тяжелый коллапс.

Частота оперативных вмешательств составляет: кесарево сечение – 4,6%;

ручное вхождение в полость матки – 15,3%.

При артериальной гипотензии частота внутриутробной гипоксии плода и асфиксии новорожденного составляет 30,7%, увеличивается количество родовых травм до 29,2%, число недоношенных детей до 17% и детей с гипотрофией I-II степени до 26,1%. Оценка состояния детей по шкале Апгар статистически достоверно снижена.

Беременным с артериальной гипотонией назначиют экстракт элеутерококка или пантокрина по 20-25 кап. 3 раза в сутки, 10% раствор кофеин бензоата натрия по 1 мл.

п/к, тиамин, пиридоксин по 1 мл в/м ежедневно, в/в вливание низкоконцентрированного раствора глюкозы (5-10%) с аскорбиновой кислотой.

Перед родами оправдано применение комплексной дородовой подготовки – создание негормонального глюкоза-кальциево-витаминного фона при продолжающейся терапии плацентарной недостаточности.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

К числу наиболее распространенных форм заболеваний сердечно-сосудистой системы относится гипертоническая болезнь, эссенциальная артериальная гипертензия. Артериальную гипертензию выявляют у 5% беременных. Из этого числа в 70% случаев имеет место поздний гестоз, в 15-25% - гипертоническая болезнь, в 2вторичные гипертензии, связанные с заболеваниями почек, эндокринной патологией, болезнями сердца и крупных сосудов.

По А.Л. Мясникову (1965) различают три стадии болезни с дополнительным делением из них на фазы А и Б.

Стадия I, фаза А – характеризуется повышением артериального давления при психологических нагрузках. Фаза Б – транзиторная гипертензия: АД повышается на некоторое время и при определенных условиях.

Стадия II, фаза А – характеризуется постоянной, но не устойчивой гипертензией. Фаза Б – характеризуется значительным и стойким повышением АД.

Возникают гипертонические кризы. Отмечают признаки стенокардии. Обнаруживают изменения глазного дна.

Стадия III – склеротическая, наряду со стойким и значительным повышением АД, наблюдают склеротические изменения в органах и тканях. Фаза А – компенсированная. Фаза Б – декомпенсированная, отмечают нарушения функций органов, развитие сердечной и почечной недостаточности, нарушение мозгового кровообращения, гипертоническую ретинопатию.

Клиническая картина гипертонической болезни при беременности, мало чем отличается от гипертонической болезни у не беременных женщин и зависит от стадии заболевания.

Сложность диагностики заключается в том, что многие беременные, особенно молодые, не подозревают об изменениях АД. Бывает очень трудно оценить степень депрессорного влияния беременности на начальные формы гипертонической болезни.

Кроме того, часто развивающийся гестоз второй половины беременности затрудняет диагностику гипертонической болезни.

Правильно собранный анамнез, в том числе и семейный помогает в диагностике гипертонической болезни. Следует обратить внимание на данные профосмотров в школе, на работе. Если у беременной повторные роды, выяснить течение предыдущих.

При анализе жалоб больной следует обратить внимание на головные боли, кровотечения из носа, боли в области сердца и др.

Объективное обследование включает в себя обязательное измерение АД на обеих руках, ЭКГ, исследование глазного дна.

При I стадии гипертонической болезни больные отмечают периодические головные боли, шум в ушах, нарушение сна, редкие носовые кровотечения. На ЭКГ обычно обнаруживают признаки гиперфункции левого желудочка, глазное дно не изменено.

При II стадии головные боли носят постоянный характер, одышка при физической нагрузке. Бывают гипертонические кризы. На ЭКГ выраженные признаки гипертрофии левого желудочка, изменения глазного дна.

III стадия гипертонической болезни встречается крайне редко, так как женщин этой группы имеют пониженную способность к зачатию.

При дифференциальной диагностике с гестозом второй половины беременности следует помнить, что при I и II стадии гипертонической болезни, как правило, отсутствуют изменения в моче, нет отеков, снижения суточного диуреза, гипопротеинемии.

Ведение беременности и родов Самое частое осложнение гипертонической болезни - это развитие гестоза, который проявляется с 28-32-ой недели беременности. Как правило, гестоз протекает крайне тяжело, плохо поддается терапии и повторяется при последующих беременностях.

При гипертонической болезни страдает плод. Нарушения функции плаценты приводит к гипоксии, гипотрофии и даже гибели плода. Нередко осложнение гипертонической болезни – отслойка нормально расположенной плаценты.

Роды при гипертонической болезни часто приобретают быстрое, стремительное течение или затяжное, что неблагоприятно сказывается на плоде.

Для правильного ведения родов при гипертонической болезни необходима оценка тяжести заболевания и выявление возможных осложнений.

С этой целью беременную, страдающую гипертонической болезнью трижды за время беременности госпитализируют в стационар.

I-я госпитализация – до 12 нед. беременности. При обнаружении IIA стадии заболевания беременность может быть сохранена при отсутствии сопутствующих нарушениях деятельности сердечно-сосудистой системы, почек и др. IIБ и III стадии служат показанием для прерывания беременности.

II-я госпитализация в 28-32 нед. – период наибольшей нагрузки на сердечнососудистую систему. В эти сроки проводят тщательное обследование больной и коррекцию проводимой терапии.

III-я госпитализация должна быть осуществлена за 2-3 нед. до предполагаемых родов для подготовки женщин к родоразрешению.

Чаще всего роды проводят через естественные родовые пути. В первом периоде необходимо адекватное обезболивание, гипотензивная терапия, ранняя амниотомия. В период изгнания гипотензивную терапию усиливают с помощью ганглиоблокаторов. В зависимости от состояния роженицы и плода II период сокращают, производя перинеотомию или наложение акушерских щипцов. В III период родов осуществляют профилактику кровотечения. На протяжении всего родового акта проводят профилактику гипоксии плода.

Лечение Терапия гипертонической болезни включает в себя создание для больной психоэмоционального покоя, строго выполнения режима дня, диеты, медикаментозной терапии и физиотерапии.

Медикаментозное лечение проводят с использованием комплекса препаратов, действующих на различные звенья патогенеза заболевания. Применяют следующие гипотензивные средства: диуретики (фуросемид, бринальдикс, дихлотиазид);

препараты, действующие на различные уровни симпатической системы, включая и

-адренорецепторы (анаприлин, клофелин, метилдофа); вазодилататоры и антагонисты кальция (апрессин, верапамил, фенитидин); спазмолитики (дибазол, папаверин, НО-ШПА, эуфиллин).

Физиотерапевтические процедуры включают в себя электросон, индуктотермию области стоп и голеней, диатермию околопочечной области. Большой эффект оказывает гипербарическая оксигенация.

Микроморфометрические исследования плаценты выявили изменения соотношения структурных элементов плаценты. Площадь межворсинчатого пространства, стромы, капилляров, сосудистый индекс снижаются, площадь эпителия увеличивается.

При гистологическом исследовании отмечают очаговый ангиоматоз, распространенный дистрофический процесс в синцитии и трофобласте, очаговое полнокровие микроциркуляторного русла; в большинстве случаев множество "склеенных" склерозированных ворсин, фиброз и отек стромы ворсин.

Для коррекции плацентарной недостаточности разработаны лечебнопрофилактические мероприятия, включающие помимо средств, нормализующих сосудистый тонус, препараты, воздействующие на метаболизм в плаценте, микроциркуляцию и биоэнергетику плаценты.

Всем беременным с сосудистой дистонией назначают средства, улучшающие микроциркуляцию (пентоксифиллин, эуфиллин), биосинтез белка и биоэнергетику (эссенциале), микроциркуляцию и биосинтез белка (алупент).

Профилактика Профилактические меры осложнений беременности и родов при гипертонической болезни - регулярный контроль за беременной женщиной в условиях женской консультации со стороны врача акушера-гинеколога и терапевта, обязательная трехразовая госпитализация в стационар беременной даже при хорошем самочувствии и эффективная амбулаторная гипотензивная терапия.

АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

Анемии беременных разделяют на приобретенные (дефицит железа, белка, фолиевой кислоты) и врожденные (серповидно-клеточные).

Частота анемий, определенных по снижению уровня гемоглобина в крови с использованием стандартов ВОЗ, колеблется в различных регионах мира в пределах 21-80%. Различают две группы анемий: диагностируемые во время беременности и существовавшие до наступления ее. Чаще всего наблюдают анемии, возникшие при беременности.

У большинства женщин к 28-30 недельному сроку беременности развивается анемия, связанная с неравномерным увеличением объема циркулирующей плазмы крови и объема эритроцитов. В результате снижается показатель гематокрита, уменьшается количество эритроцитов, падает показатель гемоглобина. Подобные изменения картины красной крови, как правило, не отражаются на состоянии и самочувствии беременной.

Истинные анемии беременных сопровождаются типичной клинической картиной и оказывают влияние на течение беременности и родов.

Этиология и патогенез.

Анемия беременных являются следствием многих причин, в том числе и вызванных беременностью: высокий уровень эстрогенов, ранние токсикозы, препятствующие всасыванию в желудочно-кишечном тракте элементов железа, магния, фосфора, необходимых для кроветворения.

Для развития анемических состояний при беременности определенное значение имеют частые роды с длительными лактационным периодом, истощающие запасы железа и других антианемических веществ в организме женщин. Анемии отмечены при ревматизме, сахарном диабете, гастрите, заболеваниях почек и инфекционных заболеваниях. Ежедневная потребность в железе – 800 мг (300мг – плоду). При недостаточном поступлении железа в организм или недостаточном его усвоении из-за дефицита белка у беременной развивается железодефицитная анемия, Hb ниже 110 г/л.

Мегалобластная анемия связана с недостатком фолатов. Одной из причин развития анемии у беременных считают прогрессирующий дефицит железа, который связывают с утилизацией железа на нужды фетоплацентарного комплекса, для увеличения массы циркулирующих эритроцитов. У большинства женщин детородного возраста запас железа недостаточен, причем этот запас уменьшается с каждыми последующими родами, особенно осложненными кровотечениями и развитием постгеморрагических (железодефицитных) анемий. Отсутствие запаса железа в организме женщины может быть связано с недостаточным содержанием его в обычной диете, со способом обработки пищи и потерей необходимых для его усвоения витаминов (фолиевой кислоты, витаминов B12, B6, C); с отсутствием в рационе достаточного количества сырых овощей и фруктов, белков животного происхождения. Все перечисленные факторы могут сочетаться между собой и приводить к развитию истинных железодефицитных анемий беременных. Как известно, анемия у беременных часто сочетается, как с акушерской, так и с экстрагенитальной патологией Диагностика.

Оценка тяжести заболевания, уровня гематокрита, концентрации железа в плазме крови, железосвязывающей способности трансферрина и показателя насыщения трансферрина железом. По мере развития заболевания концентрация железа в плазме крови снижается, а железосвязывающая способность увеличивается, в результате процент насыщения трансферрина железом снижается до 15% и меньше (в норме 35-50%). Снижается показатель гематокрита до 0,3 и меньше.

О запасах железа судят по уровню в сыворотке крови ферритина с помощью радиоиммунного метода. Кроме того, проводят другие биохимические исследования показателей крови, исследуют функцию печени, почек, желудочно-кишечного тракта.

Необходимо исключить наличие специфических инфекционных заболеваний, опухолей различной локализации.

Течение и ведение беременности и родов при анемии.

Среди осложнений беременности при анемии на первом месте находятся токсикозы первой половины беременности (15,2%). Это осложнение чаще наблюдают у первобеременных (26,2%). Угрозу прерывания беременности встречают почти с одинаковой частотой как в ранние (10,1%), так и поздние (10,9%) сроки беременности.

Следует отметить, что угроза прерывания беременности в ранние сроки чаще имеет место у первобеременных, а в поздние сроки признаки прерывания беременности отмечают почти у каждой четвертой многорожавшей женщины.

При анемии тяжелой степени 42% детей рождаются преждевременно, закономерно развивается гипотрофия.

Анемии беременных являются фактором риска, оказывающим влияние на становление функции внешнего дыхания у новорожденных. До 29% новорожденных рождаются в состоянии асфиксии.

При малокровии у матерей значительно возрастает риск рождения детей с малой массой тела, причем гипотрофия особенно выражена при тяжелой степени анемии.

При анемии беременных в последовом и раннем послеродовом периоде часто возникает такое грозное осложнение, как кровотечение.

Высокая частота анемий у беременных и неблагоприятные последствия их для плода, новорожденного и ребенка раннего возраста свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения проблемы, изыскания путей профилактики и лечения этого распространенного осложнения беременности.

При исследовании показателей белкового метаболизма были получены интересные данные. Выявлено достоверное снижение уровня общего белка в сыворотке крови (на 25% при анемии легкой степени и на 32% при анемии средней тяжести). При изучении белкового метаболизма были установлены основные молекулярные механизмы биосинтеза белка в плаценте. Это свидетельствует о том, что развивающаяся у беременных плацентарная недостаточность является вторичной, так как формирование и функционирование плаценты происходят в организме, гомеостаз которого отличается от нормального. Глубокие нарушения, свидетельствующие о выраженной плацентарной недостаточности, выявлены и при исследовании содержания половых стероидных гормонов. Концентрация эстрадиола в сыворотке крови у беременных с анемией снижена более чем в 2,5 раза по сравнению с таковой у здоровых беременных, экскреция эстриола во II триместре снижена на 32%, а в III – на 45%.

Развитие плацентарной недостаточности при анемии у беременных способствует увеличению риска рождения детей с малой массой тела, с признаками внутриутробной гипотрофии, в состоянии асфиксии.

Бесспорным представляется факт неблагоприятного влияния анемии у матери на постнатальное развитие ребенка: отставание в массе тела, росте, повышение инфекционной заболеваемости, снижение показателей гуморального иммунитета и т.д.

Все это позволяет отнести детей, родившихся от матерей с анемией, к группе высочайшего риска по развитию перинатальной и младенческой заболеваемости.

При анемии средней и тяжелой степени проводят целенаправленную коррекцию метаболических нарушений, характерных для хронической плацентарной недостаточности. Кроме традиционных методов лечения анемии включающих применение препаратов железа, аскорбиновой кислоты, используют пищевые продукты для лечебного питания: энпиты (по 45 г в сутки) и сухую белковую смесь (до 12 г в сутки). Кроме того, проводят коррекцию плацентарной недостаточности медикаментами, улучшающими его функционирование: эссециале, зиксорин, пентоксифиллин, эуфиллин.

Медикаментозную коррекцию плацентарной недостаточности у беременных с анемией легкой и средней степени тяжести осуществляют по следующей схеме:

1. энпит белковый до 45 г или сухая белковая смесь до 12 г в сутки;

аскорбиновая кислота по 0,5 г 3 раза в сутки;

2. метионин по 0,25 г или глютаминовая кислота по 0,5 г 4 раза в сутки;

3. 5% раствор глюкозы по 200 мл, 2,4% раствор эуфиллина по 10 мл, внутривенно капельно;

4. метилксантины – пентоксифиллин по 7 мг/кг;

5. биоантиоксидант – эссенциале по 0,5 мг/кг.

Медикаменты подбирают для каждой беременной с учетом индивидуальной чувствительности, степени тяжести анемии и выраженности плацентарной недостаточности.

Врожденные мегалобластические анемии – опасны, так как при них велика материнская и детская перинатальная заболеваемость и смертность.

Контрольные вопросы:

1. Перечислите причины возникновения осложнений течения беременности у женщин, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями.

2. Классификация сердечно-сосудистой недостаточности по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко.

3. Каким образом можно установить обострение ревматического процесса у беременных женщин?

4. В какие сроки беременности необходимо проводить профилактическое лечение ревматизма?

5. При каких пороках сердца беременность противопоказана?

6. Принципы лечения беременных женщин с заболеваниями сердца.

7. Показания к наложению акушерских щипцов.

4. Показания к родоразрешению путем кесарева сечения у беременных с заболеваниями сердца.

II. БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЧЕК.
Продолжительность занятия 90 минут.
Цель занятия: изучить со студентами течение беременности и родов при заболевании почек и мочевыводящих путей, клинику, диагностику, лечение, тактику ведения родов и послеродового периода.

Ординатор должен знать: нозологические формы почечной патологии, особенности клинического течения этих заболеваний при беременности, лечение их, ведение родов, метод родоразрешения, дифференциальную диагностику с гестозами II половины беременности.

Ординатор должен уметь: обследовать беременную, поставить диагноз, провести дифференциальный диагноз между заболеванием почек и гестозами, знать медикаментозную терапию этих заболеваний, выписать рецепты и определить тактику ведения родов, метод родоразрешения.

Место проведения занятия: учебная комната, отделение патологии беременных, родильный блок, 2-е акушерское отделение.

Оснащение: индивидуальная карта беременной, история родов, эхограммы, рентгенограммы, анализы специального урологического лабораторного исследования.

План организации занятий:

Организационные вопросы, обоснование темы - 5 мин.

Контроль знаний студентов по теме - 30 мин.

Теоретический разбор темы и курация больных в отделении патологии беременных, разбор истории родов - 50 мин.

Подведение итогов занятия, домашнее задание - 5 мин.

Содержание занятия.

Среди экстрагенитальной патологии у беременных заболевания почек и мочевыводящих путей занимают второе место после болезней сердечно-сосудистой системы и представляют опасность, как для матери, так и плода. Рано развиваются и тяжело протекают гестозы, часты самопроизвольные выкидыши, преждевременные роды, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, внутриутробное инфицирование плода, его

гипотрофия и хроническая гипоксия, рождение незрелых недоношенных детей, мертворождения.

В свою очередь беременность может способствовать возникновению почечной патологии, либо обострению, латентно протекающих до беременности, хронических заболеваний почек.

Беременность предрасполагает к заболеванию почек вследствие нарушения уродинамики, обусловленного изменением топографоанатомических взаимоотношений по мере увеличения размеров матки, воздействием прогестерона на рецепторы мочевыводящих путей. Наблюдается гипотония и расширение чашечнолоханочной системы и мочеточников (емкость лоханок вместе с мочеточниками вместо 3-4 мл до беременности достигает во второй ее половине 20-40, а иногда и 70 мл). Кроме того, матка во второй половине беременности отклоняется вправо (ротируясь в эту же сторону) и тем самым оказывает большее давление на область правой почки, чем можно, по видимому, объяснить большую частоту правостороннего поражения мочевыводящей системы. Снижение тонуса и амплитуды сокращений мочеточника начинается после III месяца беременности и достигает максимума к VIII месяцу. Восстановление тонуса начинается с последнего месяца беременности и продолжается в течение III месяцев послеродового периода. Снижение тонуса верхних мочевых путей и застой мочи в них при беременности ведет к тому, что в почечной лоханке повышается давление - это имеет значение в развитии пиелонефрита.

Немалую роль в развитии почечной патологии во время беременности имеют:

ослабление связочного аппарата почек, способствующее патологической подвижности почек;

увеличение частоты пузырно-мочеточникового рефлюкса;

увеличение секреции эстрогенов и прогестерона, глюкокортикоидов, гормонов плаценты-хориогонический гонадотропин и хорионический соматомаммотропин.

Инфекция проникает в мочевые пути восходящим путем (из мочевого пузыря), нисходящим – лимфогенным (из кишечника, особенно, при запорах), гематогенным (при различных инфекционных заболеваниях). Возбудители - кишечная палочка, грамотрицательные эктеробактерии, синегнойная палочка, протей, энтерококк, золотистый стафилококк, стрептококк, грибы типа Candida.

Следует отметить часто встречающиеся клинические формы - пиелонефрит, гидронефроз, бессимптомная бактериоурия. Реже - гломерулонефрит, ТБС почек, мочекаменная болезнь, аномалии развития мочевыводящих путей.

ПИЕЛОНЕФРИТ - это наиболее частое заболевание при беременности (от 6 до 12%), при котором страдает концентрационная способность почек. Пиелонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода.

Наиболее частое осложнение - поздний гестоз, невынашивание беременности, внутриутробное инфицирование плода. Грозными осложнениями являются острая почечная недостаточность, септицемия, септикопиэмия, бактериальный шок.

Беременных с пиелонефритом относят к группе высокого риска. Чаще всего пиелонефрит обнаруживают в сроке беременности - 12-15 нед., 24-29 нед., 32-34 нед., 39-40 нед., в по-

слеродовом периоде на 2-5 день, 10-12 день. Пиелонефрит у беременных может возникнуть впервые, или проявиться (обостриться), если женщина болела им до беременности. Беременные, больные пиелонефритом, должны быть госпитализированы при каждом обострении заболевания, при появлении признаков позднего гестоза, ухудшении состояния плода (гипоксия, гипотрофия.) Возбудителями пиелонефрита являются грамотрицательные микроорганизмы кишечной группы, синегнойная палочка, протей, грибы типа кандида, стафилококки.

Инфекция распространяется гематогенным путем из очага воспаления - глоточных миндалин, зубов, гениталий, желчного пузыря. Возможен и восходящий путь - из уретры и мочевого пузыря.

Клиника. Различают острый, хронический и латентно протекающий и гестационный пиелонефрит.

Острый пиелонефрит у беременных и родильниц проявляется следующими признаками: внезапное начало заболевания, температура (39-40), боли в поясничной области, общее недомогание, головная боль, потрясающие ознобы, сменяющиеся профузным потом, адинамия, боли во всем теле, интоксикация. Усиление болей в пояснице объясняют переходом воспалительного процесса на капсулу почки и околопочечную клетчатку. Боли - по ходу мочеточника, расстройство мочеиспускания, вынужденное положение на боку с приведенными нижними конечностями. Симптом Пастернацкого положительный. Отеки - не характерны, диурез - достаточный, АД нормальное. В осадке мочи - лейкоциты, эритроциты, различные цилиндры и клетки эпителия. Появление цилиндров свидетельствует о поражении паренхимы почек.

Исследование мочи по Нечипоренко - в норме соотношение лейкоцитов и эритроцитов 2:1 (в 1 мл мочи 4000 лейкоцитов и 2000 эритроцитов). При пиелонефрите количество лейкоцитов в моче может быть нормальным, а в анализах по Нечипоренко наблюдают лейкоцитурию. Бактериурия - важный симптом при пиелонефрите. В моче по Зимницкому - уменьшение относительной плотности и нарушение соотношения дневного и ночного диуреза в сторону последнего, что говорит о снижении концентрационной способности почек. Гемограмма беременных, страдающих пиелонефритом, - лейкоцитоз, увеличение палочкоядерных форм, уменьшение гемоглобина. Биохимия крови - изменение общего количества белка и белковых фракций за счет уменьшения альбуминов.

Хронический пиелонефрит - вне обострения бывают тупые боли в пояснице, в моче небольшое количество белка, слегка увеличенное количество лейкоцитов. Во время беременности может обостряться, иногда дважды, трижды, при каждом обострении женщина должна быть госпитализирована.

Важно знать 3 степени риска беременности и родов у больных с пиелонефритом:

к 1 степени относят больных с не осложненным пиелонефритом, возникшим во время беременности;

ко 2 степени - больных с хроническим пиелонефритом, существующим до беременности;

к 3 степени - женщины с пиелонефритом и гипертензией или анемией, пиелонефритом единственной почки.

Больным 1 и 2 степени риска можно разрешить пролонгировать беременность с постоянным динамическим наблюдением у терапевта, нефролога. Больным с 3-ей степенью риска беременность противопоказана.

Дифференциальный диагноз - с острым аппендицитом, острым холециститом, почечной и печеночной коликой, общими инфекционными заболеваниями.

Затруднение представляет дифференциальный диагноз с нефропатией, гипертонической болезнью. Выраженная протеинурия, изменение глазного дна ангиоретинопатия, нейроретинопатия, кровоизлияния и отек сетчатки говорят за присоединяющийся гестоз, значительно ухудшающий состояние больной.

Лечение пиелонефрита беременных и родильниц проводят по общим принципам терапии воспалительного процесса почек под контролем посева мочи и чувствительности к антибиотикам.

В комплекс лечебных мероприятий входит следующее:

Назначение полноценной витаминизированной диеты, коленно-локтевого положения на 10-15 минут несколько раз в день и сон на здоровом боку, диатермия околопочечной области, питье минеральных вод (Ессентуки № 20). Антибиотики 8-10 дней, новиграмон - 2 капсулы 4 раза в день в течение 4-х дней, затем по 1 капсуле 4 раза в день в течение 10 дней. Со 2-го триместра - 5-НОК по 2 табл. 4 раза в день в течение 4-х дней, затем по 1 таблетке 4 раза в день 10 дней; фурагин по 0,1 4 раза в день в течение 4-х дней и по 0,1 3 раза в день 10 дней. Дезинтоксикационная терапия гемодез, реополиглюкин, альбумин, протеин. Для лечения внутриутробной гипотрофии плода - в/в 5 мл трентала с 500 мл 5% раствора глюкозы. Спазмолитики баралгин 5 мл в/м, ависан по 0,05 3 раза в день; супрастин или димедрол по 1 табл. 1 раз в день, мочегонные средства - сбор трав, толокнянка, почечный чай.

Если терапия не дает результатов, производят катетеризацию мочеточников.

Родоразрешение проводят через естественные родовые пути. Кесарево сечение в условиях инфицированного организма крайне нежелательно и его выполняют по строго акушерским показаниям. В 10% случаев производят досрочное родоразрешение, когда пиелонефрит сочетается с тяжелым гестозом и при отсутствии эффекта от проводимой терапии. В послеродовом периоде лечение пиелонефрита продолжают в течение 10 дней. Женщину выписывают из роддома под наблюдение уролога.

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ беременных - от 0,1% до 9%. Это инфекционноаллергическое заболевание, приводящее к иммунокомплексному поражению клубочков почек. Возбудитель - гемолитический стрептококк. Чаще всего это заболевание возникает после ангины, гриппа.

Клиника - боли в пояснице, головные боли, снижение работоспособности, учащенное мочеиспускание. Основной симптом при беременности - отеки на лице под глазами, на нижних конечностях, передней брюшной стенке. Повышение АД, ретиноангиопатия. В моче - белок, эритроциты, лейкоциты, цилиндры. В анализах мочи по Нечипоренко количество эритроцитов преобладает над количеством лейкоцитов. При тяжелом течении - увеличение креатинина, мочевины, остаточного азота. Анемия.

Дифференциальный диагноз - с сердечно-сосудистыми заболеваниями, пиелонефритом, поздним гестозом. Гломерулонефрит не является абсолютным показанием для прерывания беременности. Однако надо помнить, что прогноз для матери и плода может быть очень серьезным. Рано развивается поздний гестоз и протекает очень тяжело. У 11% женщин наблюдают самопроизвольные выкидыши, у 29% - преждевременные роды. Возможны такие осложнения, как энцефалопатия, сердечная, почечная недостаточность, которые могут привести к гибели женщины, гипотрофия и гипоксия внутриутробного плода, вплоть до его антенатальной гибели.

Велика гибель недоношенных детей после родов. Возможны кровотечения во время беременности, в родах и послеродовом периоде, так как развивается тромбоцитопения, изменения в коагуляционном звене, характерные для 1 фазы ДВС. В дальнейшем может быть тяжелая гипокоагуляция по типу 2-й и даже 3-ей фазы синдрома ДВС.

В ранние сроки беременности необходимо обследование и решение вопроса о возможности сохранения беременности. Острый гломерулонефрит является показанием к прерыванию беременности. После перенесенного острого гломерулонефрита беременность возможна не ранее чем через 3-5 лет.

Хронический гломерулонефрит в стадии обострения с выраженной гипертензией и азотемией является противопоказанием для пролонгирования беременности.

Ведение и лечение женщин с гломерулонефрит проводят совместно акушергинеколог и нефролог. Кроме первичной госпитализации в ранние сроки беременности, показано стационарное лечение в любые ее сроки при ухудшении общего состояния, признаках угрозы прерывания беременности, позднего гестоза, гипоксии и гипотрофии плода.

В сроке 36-37 недель необходима плановая госпитализация в отделение патологии беременных для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения.

Показанием для досрочного родоразрешения считают обострение хронического гломерулонефрита, сопровождающееся нарушением функции почек (уменьшение суточного диуреза, клубочковой фильтрации, почечного кровотока, нарушение белкового обмена, нарастание азотемии, повышение АД, присоединение тяжелых форм позднего гестоза, отсутствие эффекта от проводимого лечения). Назначают подготовку родовых путей и общепринятые схемы родовозбуждения. В родах применяют спазмолитики, анальгетики, проводят профилактику кровотечений. II период родов ведут в зависимости от цифр АД, состояния плода (управляемая гипотония, акушерские щипцы, периотония). Кесарево сечение у беременных с гломерулонефритом производят редко, в основном, по акушерским показаниям. В послеродовом периоде при ухудшении состояния родильницу переводят в специализированный стационар, в дальнейшем она находится под наблюдением терапевта или нефролога.

Лечение острого гломерулонефрита начинают с антибиотиков (пенициллина и его синтетических аналогов), используют гипотензивные средства в сочетании с мочегонными (адельфан, триампур по 1-2 табл. в день). При гипертонической форме гломерулонефрита используют периферические вазодилятаторы, ганглиоблокаторы, средства, уменьшающие нагрузки на сердце (клофелин по 0,000075-0,00015 по 2-4 табл. в день, анаприлин 0,01 4 раза в день после еды, обзидан 0,04 2-4 раза в день или в виде 0,1% раствора по 1-5 мл в/м; апрессин 0,01-0,025 2-4 раза в день, 2% раствор папаверина 2,0 мл в/м, 1% раствор дибазола 2-3 мл в/м, раствор эуфиллина 2,4% - 10 мл в/в; диадинамические токи, гальванизация воротниковой зоны, УЗ на область почек в импульсном режиме; в/в белковые препа-

раты: альбумин 5%-10%-20% - 75-100 мл, протеин 200-300 мл, сухая плазма в разведении 1:3 по 200-100 мл 1-2 раза в неделю, витамины, десенсибилизирующие средства. При острой почечной недостаточности следует прибегать, прежде всего, к катетеризации мочеточников с диагностической и лечебной целью.

ПОЧЕЧНО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ встречается у 0,1-0,2% беременных и родильниц. В развитии ПКБ играют роль: изменение фосфорно-кальциевого обмена, нарушение обмена мочевой и щавелевой кислоты, расширение мочеточников и лоханок, снижение их тонуса, затруднение оттока и повышение концентрации мочи все это способствует образованию камней. Большая роль принадлежит инфекции.

Хронический пиелонефрит осложняется мочекаменной болезнью у 85% беременных, у 80% к мочекаменной болезни присоединяется пиелонефрит. Изменения уродинамики и гипертрофия мочеточников предрасполагают к продвижению камней, поэтому течение мочекаменной болезни при беременности ухудшается. Нередко заболевание впервые обнаруживают во время беременности.

Клиника характеризуется классической триадой - боль, гематурия, отхождение конкрементов. Приступ возникает внезапно - боль в пояснице с иррадиацией в паховые области, половые губы, в ногу, эпигастрий. Дифференцируем с острым аппендицитом, холециститом. Больные пытаются найти удобное положение - коленнолоктевое, на боку. У беременных - чаще правосторонняя колика. Симптом Пастернацкого положительный. Анализ крови в норме, в анализах мочи - эритроциты, лейкоциты, кристаллы солей. Приступ приводит к угрозе прерывания беременности, преждевременным родам. В некоторых случаях приходится проводить досрочное родоразрешение, если приступ не удается купировать.

Оперативное лечение ПКБ в плановом порядке у беременных не производят.

Экстренно оперируют женщин с наличием длительно не купирующейся почечной колики, наличием анурии, атаки острого пиелонефрита и, когда путем катетеризации лоханок, не удалось восстановить отток мочи.

Диагностика ПКБ при беременности сложна. Рентгенологическое исследование в первой половине беременности - неприемлемо, во второй – нежелательно, вот поэтому важно распознать эту болезнь до беременности. Допускают применение радиоизотопной ренографии, хромоцистоскопии, катетеризации мочеточников или лоханок, ультразвуковое сканирование, тепловидение.

Лечение - купирование приступа. С этой целью применяют следующие медикаментозные средства: 2% раствор промедола 1,0 в/м, 50% раствор анальгина 2,0 мл в/м, баралгин 5 мл, 2,5% раствор галидора 2,0 мл, 2% раствор папаверина, 2% раствор НО-ШПЫ 2 мл, 1% раствор димедрола, 2-2,5% пипольфена 2 мл. Цистенал по 20 капель, ависан по 0,05 3 раза в день. Назначение диеты, препятствующей образованию камней.

АНОМАЛИИ РАЗВИТИЯ ПОЧЕК И БЕРЕМЕННОСТЬ. Клинические формы аномалий: дистопия почек, удвоенная почка, аплазия одной почки, подковообразная почка. У всех беременных, страдающих пороком развития матки, необходимо обследовать мочевыделительную систему для выявления возможных аномалий развития почек.

Установление диагноза не представляет большого затруднения благодаря в/в урографии. Вопрос о ведении беременности решают в зависимости от вида аномалии почек и степени сохранения их функции. Самой неблагоприятной формой аномалии считают поликистоз-

ную почку. Она бывает крайне редко, но, при ней, как правило, нарушена функция, поэтому вопрос о сохранении беременности должны решать индивидуально с учетом степени нарушения функции почек.
При аплазии одной почки должна быть хорошо обследована функция второй почки. Если она полностью сохранена, беременность можно оставить. Такая же тактика должна быть при установлении у беременной подковообразной или удвоенной почки. При дистопированной почке ведение беременности и родов зависит от ее локализации. Если она расположена выше безымянной линии, т.е. в области большого таза, вполне допустимы самостоятельные роды естественным путем. Если почка расположена в малом тазу, то есть может стать препятствием нормальному родоразрешению, или в процессе родов подвергнуться серьезной травме. Поэтому заблаговременно решают вопрос о ведении беременности и родов.

БЕССИМПТОМНУЮ БАКТЕРИУРИЮ наблюдают по данным различных авторов от 45 до 10% беременных женщин. Это такое состояние, когда значительное количество вирулентных микроорганизмов находят в моче женщины без каких либо клинических симптомов инфекции мочевых путей. К бессимптомной бактериурии относят те случаи, когда обнаруживают 100.000 или более бактерий в 1 мл мочи, взятой с помощью катетера. Наиболее часто – это кишечная палочка, клебсиелла, энтеробактерии, протей. Беременные с бессимптомной бактериурией должны быть подвергнуты тщательному обследованию на предмет выявления латентно протекающего заболевания мочевой системы. На фоне бессимптомной бактериурии примерно у 25% развивается острый пиелонефрит, поэтому необходимо таким беременным проводить своевременное профилактическое лечение нитрофуранами, сульфаниламидами, антибиотиками с учетом чувствительности к ним выявленной бактериальной флоры. Стараться избегать назначения антибиотиков тетрациклинового ряда и других лекарственных средств в первые 3 месяца беременности.

Антибактериальная терапия, направленная на устранение бессимптомной бактериурии, снижает частоту пиелонефрита до 1-2%. Эффективность лечения контролируют путем посева мочи на флору.

Контрольные вопросы:

1. Перечислить предрасполагающие факторы в развитии почечной патологии у беременных.

2. Течение беременности при пиелонефрите.

3. Лечение пиелонефрита при беременности

4. Акушерская тактика при гломерулонефрите.

5. Клиника почечно-каменной болезни, показания к досрочному родоразрешению.

6. Мероприятия по купированию приступа почечной колики.

7. Прогноз для плода и новорожденного при беременности, осложненной заболеваниями почек.

Задача № 1.

Первобеременная 27 лет, срок беременности 28-29 недель обратилась в женскую консультацию с жалобами на боли в пояснице больше справа, озноб, повышение температуры до 38-39. Матка в нормотонусе, положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное ритмичное 136 уд. в мин.

Выделений из половых путей нет. Симптом Пастернацкого положительный справа.

Отеков нет. А/Д 120/80. В моче большое количество лейкоцитов.

Диагноз? Тактика врача, лечение.

Задача № 2.

Первобеременная 24 года, беременность 28 недель. Из анамнеза выявлено, что в детстве болела скарлатиной, осложненной пиелонефритом. 2 года тому назад по поводу пиелонефрита лечилась в стационаре. При обращении в женскую консультацию обнаружено - белок в моче 2,95%, А/Д 160/90, отеки на нижних конечностях. Положение плода продольное, сердцебиение плода ясное, ритмичное 130 уд. в мин.

Диагноз? Тактика врача.

III. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Продолжительность занятия - 90 минут.

Цель занятия: изучить особенности течения и ведения беременности, родов и раннего послеродового периода у женщин с сахарным диабетом.

Ординатор должен знать: классификацию сахарного диабета, особенности течения и ведения беременности, родов и раннего послеродового периода у женщин с сахарным диабетом, влияние на плод, принципы лечения, сроки и методы родоразрешения.

Ординатор должен уметь: обследовать больную с сахарным диабетом, оценить степень тяжести сахарного диабета; определить противопоказания к сохранению беременности, выбрать сроки и метод родоразрешения.

Место проведения занятий: отделение патологии беременных, учебная комната.

Оснащение: таблицы, слайды, данные лабораторных исследований, истории родов женщин больных сахарным диабетом.

План организации занятий:

Организационные вопросы, обоснование темы занятия - 10 мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов - 30 мин.

Теоретические занятия в учебной комнате, работа в отделение патологии беременных: курация больных, разбор историй родов - 50 мин.

Обсуждение итогов занятия, домашнее задание - 10 мин.

Содержание занятия Проблема ведения беременности у женщин страдающих сахарным диабетом актуальна во всем мире. Течение беременности и родов при сахарном диабете крайне неблагоприятно сказывается на внутриутробном развитии плода, увеличивается частота пороков развития, высока перинатальная заболеваемость и смертность.

В клинической практике различают три основных вида сахарного диабета:

сахарный диабет I типа – инсулинозависимый (ИЗСД);

сахарный диабет II типа – инсулинонезависимый (ИНСД);

сахарный диабет III типа – гестационный диабет (ГД), который развивается после 28 нед. беременности и представляет собой транзиторное нарушение утилизации глюкозы у женщин во время беременности.

Чаще всего встречается ИЗСД. Заболевание, как правило, обнаруживают у девочек еще в детстве, в период полового созревания. ИНСД встречают у женщин старшего возраста (после 30 лет), и он протекает менее тяжело. ГД диагностируют крайне редко.

ИЗСД у беременных отличается значительной лабильностью и волнообразным течением заболевания. Характерной особенностью ИЗСД у беременных является нарастание симптомов сахарного диабета, раннее развитие ангиопатий (практически у половины беременных), склонность к кетоацидозу.

Первые недели беременности. Течение сахарного диабета у большинства беременных остается без изменений, или наблюдают улучшение толерантности к углеводам (эстрогены), что стимулирует выделение инсулина поджелудочной железой.

В свою очередь, улучшено периферическое усвоение глюкозы. Это сопровождается снижением уровня гликемии, появлением у беременных гипогликемии, которое требует снижения дозы инсулина.

Вторая половина беременности. Благодаря повышенной деятельности контринсулярных гормонов (глюкагон, плацентарный лактоген, пролактин) ухудшается толерантность к углеводам, усиливаются диабетические жалобы, повышается уровень гликемии, повышается глюкозурия, возможно развитие кетоацидоза. В это время необходимо увеличение инсулина.

К концу беременности, из-за снижения уровня контринсулярных гормонов, вновь улучшается толерантность к углеводам, снижается уровень гликемии и дозы вводимого инсулина.

В родах у беременных сахарным диабетом возможна, как высокая гипергикемия, состояние ацидоза, так и гипогликемическое состояние.

В первые дни послеродового периода уровень гликемии падает, в дальнейшем к 4-5 дню нарастает.

Первая половина беременности у большинства больных сахарным диабетом протекает без особых осложнений. Исключение составляет угроза самопроизвольного выкидыша.

Во второй половине беременности чаще возможны такие акушерские осложнения, как поздний гестоз, многоводие, угроза преждевременных родов, гипоксии плода, инфекции мочевыводящих путей.

Течение родов осложняет наличие крупного плода, что является причиной целого ряда дальнейших осложнений в родах: слабость родовых сил, несвоевременное излитие околоплодных вод, нарастание гипоксии плода, развитие функциональноузкого таза, затрудненное рождение плечевого пояса, развитие эндометрита в родах, родовой травматизм матери и плода.

Сахарный диабет матери оказывает большое влияние на развитие плода и новорожденного. Существует ряд особенностей, отличающих детей, рожденных больными сахарным диабетом женщинами, от потомства здоровых матерей. К ним относят характерный внешний вид (круглое лунообразное лицо, чрезмерно развита подкожная жировая клетчатка), большое количество кровоизлияний на коже лица и конечностях, отечность, цианотичность; крупная масса, значительная частота пороков развития, функциональная незрелость органов и систем. Наиболее тяжелым проявлением диабетической фетопатии является высокая перинатальная смертность детей. У нелеченых во время беременности женщин она достигает 70-80%. При условии специализированного наблюдения за страдающими сахарным диабетом беременных перинатальная смертность детей резко снижается и достигает 15%.

Сегодня во многих клиниках эта цифра не превышает 7-8%.

Период новорожденности у потомства больных сахарным диабетом отличает замедление и неполноценность процессов адаптации к условиям внеутробного существования, что проявляется вялостью, гипотонией и гипорефлексией ребенка, неустойчивостью показателей его гемодинамики, замедленным восстановлением веса, повышенной склонностью к тяжелым респираторным расстройствам.

Одним из главных условий ведения беременных, страдающих сахарным диабетом, является компенсация сахарного диабета. Инсулинотерапия при беременности обязательна даже при самых легких формах сахарного диабета.

Основные рекомендации по ведению беременных с сахарным диабетом.

1. Раннее выявление среди беременных скрыто протекающих и клинически явных форм сахарного диабета.

2. Планирование семьи у больных сахарным диабетом:

своевременное определение степени риска для решения вопроса о целесообразности сохранения беременности;

планирование беременности у больных сахарным диабетом женщин;

строгая компенсация сахарного диабета до беременности, во время беременности, в родах и в послеродовом периоде;

профилактика и лечение осложнений беременности;

выбор срока и метода родоразрешения;

проведение адекватных реанимационных мероприятий и тщательное выхаживание новорожденных;

дальнейшее наблюдение за потомством больных сахарным диабетом матерей.

Ведение беременности у больных сахарным диабетом осуществляют в условиях амбулаторного и стационарного наблюдения.

У беременных с сахарным диабетом целесообразны три плановые госпитализации в стационар:

I-ая госпитализация - в ранние сроки беременности для обследования, решения вопроса о сохранении беременности, проведения профилактического лечения, компенсации сахарного диабета.

Противопоказания к беременности при сахарном диабете.

1. Наличие быстро прогрессирующих сосудистых осложнений, которые обычно встречают при тяжело протекающем заболевании (ретинопатия, нефропатия), осложняют течение беременности и значительно ухудшают прогноз для матери и плода.

2. Наличие инсулинорезистентных и лабильных форм сахарного диабета.

3. Наличие сахарного диабета у обоих родителей, что резко увеличивает возможность заболевания у детей.

4. Сочетание сахарного диабета и резус-сенсибилизации матери, которое значительно ухудшает прогноз для плода

5. Сочетание сахарного диабета и активного туберкулеза легких, при котором беременность нередко приводит к тяжелому обострению процесса.

Вопрос о возможности беременности, ее сохранение или необходимости прерывания решают консультативно при участии врачей акушеров-гинекологов, терапевта, эндокринолога до срока 12 недель.

II-ая госпитализация в стационар при сроке 21-25 недель в связи с ухудшением течения сахарного диабета и появлением осложнений беременности, что требует проведения соответствующего лечения и тщательной коррекции дозы инсулина.

III-я госпитализация при сроке 34-35 недель для тщательного наблюдения за плодом, лечения акушерских и диабетических осложнений, выбора срока и метода родоразрешения.

Основные принципы ведения беременности при сахарном диабете:

строгая, стабильная компенсация сахарного диабета, что в первую очередь предусматривает нормализацию углеводного обмена (у беременных с сахарным диабетом уровень гликемии натощак должен быть в пределах 3,3-4,4 ммоль/л, а через 2 часа после еды - не более 6,7 ммоль/л);

тщательный метаболический контроль;

соблюдение диеты - в среднем суточная калорийность пищи составляет 1600-2000 ккал, причем, 55% об общей калорийности пищи покрывают за счет углеводов, 30% - жиров, 15% - белков, достаточное количество витаминов и минеральных веществ;

тщательная профилактика и своевременная терапия акушерских осложнений.

Следует помнить, что повышенная склонность беременных с сахарным диабетом к развития тяжелых форм позднего гестоза и других осложнений беременности, диктует необходимость строжайшего наблюдения за динамикой веса, артериального давления, анализами мочи и крови, а также педантичного соблюдения режима самой беременной.

Срок родоразрешения у беременных с сахарным диабетом определяют индивидуально, с учетом тяжести течения сахарного диабета, степени компенсации заболевания, функционального состояния плода, наличия акушерских осложнений.

При сахарном диабете возможно запоздалое созревание функциональной системы плода, поэтому оптимальным являются своевременные роды. Однако, нарастание различных осложнений к концу беременности (фето-плацентарная недостаточность, поздний гестоз и др.) диктует необходимость родоразрешения больных в 37-38 недель.

При планировании родоразрешения у плодов от больных сахарным диабетом матерей должны проводить оценку степени зрелости.

Оптимальным методом родоразрешения для матерей, больных сахарным диабетом, и их плодов, считают роды через естественные родовые пути.

Родоразрешение через естественные родовые пути проводят под постоянным контролем уровня гликемии (каждые 2 часа), тщательным обезболиванием, терапией фето-плацентарной недостаточности, адекватной инсулинотерапией.

Учитывая характерные для сахарного диабета особенности родового акта, необходимы:

1. Тщательная подготовка родовых путей;

2. При подготовленных родовых путях родовозбуждение целесообразно начинать с амниотомии с последующим созданием гормонального фона. При эффективной родовой деятельности роды продолжать через естественные родовые пути с широким применением спазмолитических средств;

3. Для предупреждения вторичной слабости родовых сил при раскрытии шейки матки 7-8 см приступить к в/в введению окситоцина и продолжать его введение по показаниям до рождения ребенка.

4. Проводить профилактику гипоксии плода, контроль гемодинамических показателей матери;

5. Проводить профилактику декомпенсации сахарного диабета в родах. Для этого через 1-2 часа определять у роженицы уровень гликемии;

6. Чтобы предотвратить слабость потуг и обеспечить активную родовую деятельность к моменту рождения массивного плечевого пояса плода необходимо продолжить активацию родовых сил окситоцином.

7. В случае выявления гипоксии плода или вторичной слабости родовых сил оперативное родоразрешение - акушерские щипцы с предварительной эпизиотомией.

8. При неподготовленных родовых путях, отсутствии эффекта от родовожбуждения или появлении симптомов нарастающей гипоксии плода роды необходимо закончить операцией кесарево сечение.

До настоящего времени абсолютных показаний к плановому кесареву сечению при сахарном диабете не существует.

Тем не менее, можно выделить следующие (кроме общепринятых в акушерстве):

1. Выраженные или прогрессирующие осложнения диабета и беременности:

2. Тазовое предлежание плода.

3. Наличие крупного плода.

4. Прогрессирующая гипоксия плода.

Основным принципом реанимации новорожденных от матерей с сахарным диабетом является выбор реанимационных мероприятий в зависимости от состояния новорожденного, степени его зрелости и метода родоразрешения. Особенность ведения новорожденных от больных сахарным диабетом матерей - введение 10% глюкозы в вену пуповины сразу после рождения. Дальнейшее введение глюкозы у этих новорожденных проводят из расчета суточной потребности в жидкости в зависимости от уровня гликемии, который проверяют через 2, 3, 6 часов после родов, затем по показаниям.

Контрольные вопросы:

1. Течение сахарного диабета у больных в первые недели беременности.

2. Течение сахарного диабета у больных во втором триместре беременности.

3. Какие акушерские осложнения возможны у больных сахарным диабетом во второй половине беременности.

4. Какие акушерские осложнения возможны у больных сахарным диабетом в родах?

5. В какие сроки беременности и для чего целесообразна госпитализация в стационар беременных женщин, страдающих сахарным диабетом?

6. Перечислите показания к родоразрешению путем кесарева сечения при сахарном диабете.

7. Прогноз беременности и родов при диабете.

IV. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ

V. ТУБЕРКУЛЕЗ И БЕРЕМЕННОСТЬ

Продолжение занятия 90 мин.

Цель занятия: ознакомить студентов с особенностями течения беременности и родов при вирусном гепатите и туберкулезе, сроками и методами родоразрешения.

Ординатор должен знать: нозологические формы вирусного гепатита и туберкулеза, методы диагностики, особенности течения беременности и родов, осложнения вызванные вирусным гепатитом и туберкулезом, сроки и методы родоразрешения, прогноз для матери и плода.

Ординатор должен уметь: определить тактику ведения беременности и родов в зависимости от форм вирусного гепатита и туберкулеза, тяжести течения и периода заболевания, наметить план ведения, сроки и методы прерывания беременности или родоразрешения, меры профилактики заболеваний у новорожденного.

Место проведения занятия: учебная комната, II акушерское отделение.

Оснащение: истории родов, таблицы биохимических показателей крови, коагулограмма.

План организации занятия:

Организационные вопросы, обоснование темы - 5 мин.

Контроль знаний студентов данной темы - 40 мин.

Клинический разбор темы, историй родов по теме - 50 мин.

Подведение итогов занятия, решение задач - 5 мин.

Содержание занятия.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ И БЕРЕМЕННОСТЬ.
В настоящее время увеличивается число вирусных инфекций, в том числе и заболеваний передающихся половым путем. Хотя вирусный гепатит встречается сравнительно редко, но беременные женщины заболевают им в 5 раз чаще, чем небеременные, что можно объяснить высокой восприимчивостью организма беременных к вирусу инфекционного гепатита вследствие изменения функции печени, ослабления иммунных сил организма. У беременных вирусные гепатиты протекают тяжелее, чем у не беременных и представляют серьезную опасность для матери и плода. Беременных с этим заболеванием относят к группе повышенного риска. В настоящее время выделено несколько форм вирусных гепатитов (А, В, С, Д, ни А, ни В, Е).
ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А (ВГА). Источник инфекции - больной человек.

Механизм передачи - фекально-оральный. Основные факторы передачи - вода, пища, "грязные руки", предметы обихода и др. Особенно опасен с эпидемиологической точки зрения персонал пищеблока. Инкубационный период от 9 до 40 дней. Наиболее массивное выделение вируса происходит в последние 7-10 дней инкубационного периода. Заболевание имеет сезонность - июль-август, октябрь-ноябрь. Особенность течения заболевания у беременных - чаще развивается латентная продрома, генерализованный кожный зуд, более резко выражен холестатический синдром.

Клиническое течение.

1. Преджелтушный период (продромальный) от 2 до 10 дней проявляется в нескольких формах - диспептической, гриппоподобной, астеновегетативной, смешанной.

2. Желтушный период - фаза нарастания, разгара и угасания - каждая фаза в среднем 7 дней.

3. Заключительный период (послежелтушный) или период реконвалесценции выздоровления.

У беременных отмечают удлинение преджелтушного периода до 2-3 недель, который протекает с преобладанием диспепсических явлений: плохой аппетит, отвращение к пище, тяжесть в подложечной области, тошнота, рвота, а также кожный зуд. Очень важно провести дифференциальный диагноз с поздним гестозом. В анализах крови - анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез, повышенное СОЭ. Биохимический анализ крови: гипербилирубинемия, диспротеинемия (снижение уровня альбуминов и повышение концентрации глобулинов), повышение активности аминотрансфераз в 10 раз и более, повышение тимоловой пробы. Окончательным методом диагностики ВГА является определение в сыворотке крови специфических антител к вирусу гепатита А из класса иммуноглобулинов М (анти-ВГА IgM) с помощью иммуноферментного или радиоиммунного анализа.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В (ВГВ). В анамнезе у больных - переливание крови, инъекции различных препаратов при операциях, зубоврачебных вмешательствах.

Возможно заражение половым путем при накоплении вируса в цервикальном канале, во влагалище. Возбудитель ВГВ - устойчив, поэтому инструментарий надо подвергать тщательной обработке (автоклавировать не менее 45 мин при Т=120С). Источниками инфекции ВГВ являются больные любой формой (острой, хронической), а также "носители" HBsAg. Инкубационный период от 6 недель до 6 месяцев. Преджелтушная стадия 14 дней. В этот период отмечают диспепсические проявления, аллергию в виде кожных высыпаний, артралгии. По сравнению ВГА при ВГВ более выражена интоксикация и в том числе и в желтушном периоде. Диагноз подтверждает положительная реакция на поверхностный антиген вируса гепатита (HBsAg).

Клинические симптомы: гепатоспленомегалия, потемнение мочи, обесцвечивание кала, очень интенсивный зуд, высокие показатели билирубина, аминотранфераз, снижение протромбина, снижение сулемовой пробы. Однако следует отметить, что отдифференцировать ВГА и ВГВ по клинике и биохимическим данным невозможно, но течение ВГА обычно тяжелее, возможно осложнение - острая печеночная недостаточность. Если при ВГА у беременных, ребенок не подвержен инфицирования (ВГА перинатально не передается), то при ВГВ может происходить заражение плода во время родов через кожу плода, в результате заглатывания и аспирации околоплодных вод. Риск внутриутробного заражения составляет 25-50%.

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ НИ А НИ В является среди вирусных гепатитов самым грозным для жизни беременных женщин. Материнская летальность, по данным различных авторов, достигает 20-25%. Клинические формы в зависимости от степени тяжести: легкая, средняя и тяжелая. Пути передачи вируса фекально-оральный при ведущей роди водного пути инфицирования. При обследовании больных на специфические маркеры ВГА-антитела из класса иммуноглобулинов М не обнаружены, а маркеры ВГВ

найдены в небольшом % случаев. Инкубационный период 14-50 дней, в среднем 30 дней. Характерной особенностью этого гепатита у беременных является тяжелое течение во II и III триместрах беременности. В I-ом триместре беременности вирусный гепатит ни А ни В встречается редко и протекает легче. Другая характерная особенность - развитие острой печеночной энцефалопатии в короткий промежуток времени. Ухудшению состояния больной предшествуют симптомы угрозы прерывания беременности - боли внизу живота, пояснице, повышение тонуса матки. Эта симптоматика сочетается с быстро нарастающими болями в области печени. Симптомы ухудшения течения гепатита, явления острой печеночной энцефалопатии особенно быстро и грозно развиваются после прерывания беременности. Одним из ранних признаков ухудшения течения этого гепатита у беременных является гемоглобунурия. Появление гемоглобина в моче - первое проявление, характерного для этой формы гепатита у беременных, ДВС-синдрома. Развивается почечная недостаточность. Кровотечение во время родов встречают не чаще, чем при других гепатитах. Могут быть поздние послеродовые кровотечения (5-7 день после родов). Тяжелая форма вирусного гепатита ни А ни В у беременных крайне неблагоприятно влияет на плод. Дети погибают в анте- и интранатальном периодах, в течение 1-го месяца жизни. Для детей оставшихся в живых характерно отставание в физическом и психомоторном развитии и повышенная заболеваемость.

Для предупреждения заражения новорожденных все беременные должны быть обследованы на наличие HBsAg на ранних сроках и в 32 недели беременности. Роды у рожениц с острым вирусным гепатитом В проводят в специализированных инфекционных стационарах. Беременные с хроническим гепатитом В и носительницы HBsAg должны рожать в специализированных отделениях роддомов со строгим соблюдением противоэпидемиологических мероприятий.

Искусственное прерывание беременности противопоказано в острой стадии всех вирусных гепатитов.

При угрозе прерывания следует проводить терапию, направленную на сохранение беременности. В сроке до 12 недель по желанию женщины можно произвести аборт в конце желтушной стадии. Во всех других случаях прерывание беременности проводят по жизненным показателям: кровотечение при отслойке плаценты, угроза разрыва матки. Невынашивание беременности при гепатитах наблюдают до 30%. Наиболее тяжелым осложнением, по мнению многих авторов, является материнская летальность (доходящая в период эпидемий до 17%) и кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах (3-5%). Кровотечения связаны с нарушением компонентов свертывающей и противосвертывающей систем крови (гипокоагуляция, тромбопластическая активность). Установлено, что при тяжелом течении ВГ может развиться ДВС-синдром, при котором геморрагиям предшествует гиперкоагуляция.

ВГ может оказать неблагоприятное влияние на плод и новорожденного. В результате угнетения клеточных метаболических реакций, в плаценте возникают морфологические и ультраструктурные изменения, что в свою очередь приводит к нарушению фето-плацентарного кровообращения. В результате развивается гипотрофия, гипоксия плода и асфиксия новорожденного. Значительная частота рождения недоношенных детей является причиной высокой перинатальной смертности (10-15%). При заболевании беременной ВГ в ранние сроки беременности могут возникнуть повреждения плода (уродства, аномалии развития), а при заболевании во II и III триместрах - мертворождения. Беременные, больные ВГ, должны находится под постоянным наблюдением врача акушера-гинеколога, основная задача которого предупреждать досрочное прерывание беременности.

При тяжелых формах ВГ спонтанное прерывание беременности может привести к ухудшению течения ВГ вплоть до развития комы и гибели больной.

Лечение проводят в инфекционной больнице.

При легких формах ВГА достаточным является диета и назначение спазмолитических средств: НО-ШПА, баралгин, метацин, свечи с новокаином и папаверином. При средней тяжести - инфузионная терапия (5% раствор глюкозы 500 мл, 400 мл гемодеза, 5-10% раствор альбумина 100-200 мл, эссенциале по 10 мл по 2 раза в сутки в/в), витамины; во II-III триместрах беременности при тяжелой форме ВГ назначают длительное в/в капельное введение 3% раствора сернокислой магнезии. При печеночной недостаточности применяют глюкокортикоиды - преднизолон по 60 мг 3-4 раза в сутки в/в, или дексаметазон 7,5-10 мг 3-4 раза в сутки в/в, рибоксин по 0,2 4 раза в сутки, контрикал по 100.000 ЕД в сутки в/в, дицинон по 4-6 мл в/в, проводят плазмофорез, введение фибриногена, плазмы, эпсилон-аминокапроновой кислоты.

Профилактика заболевания состоит в проведении общесанитарных мероприятий, раннем выявлении и изоляции больных, дезинфекции в очагах, наблюдение за лицами соприкасающимися с больными в течение последних 1-1,5 месяцев, в тщательном обследовании доноров, стерилизации инструментов, соблюдении личной гигиены.

При подозрении на ВГ проводят следующие эпидемиологические мероприятия:

1. Изоляция больной в отдельную палату;

2. Выделение посуды и индивидуальных инструментов;

3. Вызов врача инфекциониста;

4. Проведение следующих лабораторных анализов: клинический анализ крови, анализ мочи с определением желчных пигментов и уробилина, анализ крови на поверхностный (австралийский) антиген, на билирубин, общий белок и белковые фракции, протромбиновое время и протромбиновый индекс, активность аланинаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, холестерин.

При подтверждении диагноза больную переводят в специализированный стационар.

Вирусный гепатит и его осложнения (печеночная кома, цирроз печени) представляют серьезную опасность для матери и плода. Поэтому важной задачей при гепатите считают осуществление профилактических мероприятий.

Активное выявление и изоляция больных желтушными и особенно безжелтушными формами заболевания.

За беременными и родильницами, бывшими в контакте с заболевшими ВГ должно быть установлено наблюдение - при ВГА в течение 45 дней после изоляции больного, при ВГВ - в течение 3 месяцев, каждые 15-20 дней взятие крови на HBsAg, билирубин, активность аланинаминотрансферазы.

Контактным больным проводят введение сывороточного полиглобулина или гамма-глобулина.

Применение в медицинских учреждениях шприцов и инструментов одноразового пользования, тщательная обработка инструментов.

Обследование женщин на разных сроках беременности на выявление хронических вирусных заболеваний печени, а также носителей HBsAg.

Переливание крови по строгим показаниям.

С целью профилактики неонатального гепатита применяют гипериммунный гаммаглобулин и вакцину (вводят новорожденному в/м в течение 1-х суток, 2-я инъекция через 1 месяц).

В процессе родового акта - меры в отношении туалета новорожденного.

Не прерывать беременность в острой стадии гепатита.

Не вводить беременным препаратов, оказывающих вредное влияние на функцию печени (группа антибиотиков тетрациклинового ряда).

Контрольные вопросы.

1. Назовите клинические формы вирусного гепатита.

2. Клиника вирусного гепатита при беременности.

3. Лабораторные данные, характерные для вирусного гепатита.

4. Какой метод исследования позволяет поставить окончательный диагноз ВГ?

5. Что предпринимают для предупреждения заражения новорожденного?

6. Акушерская тактика при вирусных гепатитах.

7. Лечение и ведение беременных с вирусным гепатитом.

8. Какие эпидемиологические мероприятия проводят при подозрении на ВГ?

9. Осложнения вирусного гепатита.

10. Перечислить профилактические мероприятия при ВГ.

11. Показания к прерыванию и пролонгированию беременности при ВГ.

Задача № 1.

В женскую консультацию обратилась беременная с жалобами на желтушность кожных покровов в течение 7 дней, легкий кожный зуд. Последние 2 недели отмечает слабость, сонливость, плохой аппетит, утомляемость. Последние 3 дня отмечает темную пенистую мочу и светлый кал. Из анамнеза выяснено, что последние 3 месяца лечилась у стоматолога.

При осмотре - желтушность кожных покровов, склер глаз, твердого неба. Матка овоидной формы, в нормотонусе, положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд. в мин. Выделений из половых путей нет.

Диагноз: Беременность 28 недель. Головное предлежание. Подозрение на вирусный гепатит «В».

Тактика врача.

Задача № 2.

В родильный дом поступила беременная 23-х лет. Беременность доношенная, регулярная родовая деятельность. Отмечает, что последние 2 дня появилась слабость, желтушность склер, утомляемость, темная пенистая моча. При осмотре кожные покровы, склеры глаз желтушны, А/Д 130/80. Отеков нет. Прибавка в весе за беременность 9 кг. Положение плода продольное, предлежит головка малым сегментом во входе в таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд. в мин.

Схватки - через 3-4 мин по 35-40 секунд, хорошей силы. Излились околоплодные воды желтовато-ополесцирующего цвета, прозрачные. При влагалищном исследовании шейка сглажена, края ее тонкие, хорошо растяжимые, открытие 7-8 см, плодного пузыря нет, предлежит головка, малым сегментом во входе в малый таз, малый родничок слева спереди, большой справа сзади, стреловидный шов в правом косом размере. Размеры таза нормальные.

Диагноз? Тактика врача.

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ
Содержание занятия.
До сравнительно недавнего времени туберкулез являлся одним из наиболее частых показаний к искусственному прерыванию беременности по медицинским показания. В настоящее время вопрос о беременности при ТБС пересмотрен в связи с проведением в нашей стране широких оздоровительных и специальных противотуберкулезных мероприятий, усовершенствованием методов диагностики ТБС, внедрению в практику новых комплексных методов лечения (антибиотики, химиопрепараты, искусственный превмоторакс, оперативные вмешательства на легких и грудной клетке). Кроме того, установлен тот факт, что прерывание беременности часто не облегчало состояние здоровья женщин, и, наоборот, еще более ухудшало течение основного заболевания.

В настоящее время сохранение беременности возможно у большинства женщин больных туберкулезом при систематическом наблюдении и лечении в туберкулезном диспансере и стационаре.

Своевременное распознавание и систематическое лечение позволяет сохранить беременность у больных со свеже выявленными мелкоочаговыми процессами и ограниченными фиброзно-очаговыми образованиями, а также гематогеннодиссеминированным туберкулезом легких.

Прерывание беременности при ТБС показано при:

1. Фиброзно-кавернозном туберкулезе легких, который возникает в результате прогрессирующего течения любой формы ТБС с образованием каверны.

2. Активной форме туберкулеза позвоночника, таза, особенно с образованием абсцесса или фистулы; при туберкулезе тазобедренного, коленного, голеностопного суставов.

3. Двухстороннем, далеко зашедшем туберкулезе почек.

Сроки прерывания беременности При наличии показаний прерывание беременности следует производить в ранние сроки (до 12 недель). Прерывание беременности в более поздние сроки не целесообразно и, как правило, способствует обострению и прогрессированию туберкулезного процесса.

При выявлении ТБС у беременных и возможности сохранить беременность необходимо начать комплексную специфическую терапию. Плановую госпитализацию при туберкулезе проводят три раза. В первые 12 недель беременности, 30-36 и 36-40 нед. лечение проводят в стационаре, в остальные месяцы беременности - в туберкулезном диспансере.

Лечение. Для лечения применяют следующие медикаментозные средства:

ПАСК, стрептомицин, изониазид, тубазид, в сочетании с витаминами В1, В6, В12, С.

При неэффективности препаратов 1-го ряда, или побочных явлениях применяют препараты II ряда - циклосерин, этионамид.

Ведение родов при ТБС. Роды стараются вести через естественные родовые пути. Родоразрешающие операции, как акушерские щипцы, резко ограничены. Их выполняют лишь по акушерским показаниям (гипоксия плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты во втором периоде родов) и при легочно-сердечной недостаточности. Показанием к кесареву сечению является тяжелая акушерская патология (клинически и анатомически узкий таз, предлежание плаценты, со значительным кровотечением при неподготовленных родовых путях, поперечное положение плода).

В родах целесообразно проводит дыхательную гимнастику, применяют обезболивающие и спазмолитические средства.

Прогноз. Ранняя диагностика и раннее начало лечение туберкулеза у беременных обеспечивают благоприятный исход беременности и родов для матери и плода.

Все новорожденные должны подвергаться профилактической вакцинации БЦЖ.

Если у матери закрытая форма туберкулеза, она может кормить новорожденного грудью.

После выписки из родильного дома женщина с новорожденным должны находиться под наблюдением туберкулезного диспансера, женской и детской консультаций.

Контрольные вопросы:

1. Состояние вопроса «Беременность и туберкулез» на современном этапе.

2. Основные клинические симптомы туберкулезе легких, особенности течения туберкулезного процесса при беременности.

3. Диагностика туберкулеза.

4. Показания к прерыванию беременности при туберкулезе легких, почек, костном туберкулезе.

5. Оптимальные сроки прерывания беременности.

6. Лечение туберкулеза, лекарственные препараты.

7. Тактика ведения родов при туберкулезе.

8. Профилактические мероприятия при туберкулезе.

Задача № 1.

В женскую консультацию обратилась женщина 24-х лет по поводу беременности 13-14 недель. Беременность первая. Из анамнеза выяснено, что 4 года назад перенесла туберкулез легких, лечилась в тубдиспансере и стационаре, признана излеченной, снята с учета. Общее состояние удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Заведена индивидуальная карта беременной.

Какова тактика врача женской консультации. Особенности обследования женщины.

Задача № 2.

Первобеременная 22-х лет, срок беременности 28-29 недель, обратилась в женскую консультацию с жалобами на слабость, быструю утомляемость, плохой аппетит, повышенную потливость, повышение температуры до 37-37,5 по вечерам, кашель с мокротой; больна в течении 2-х недель. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Гемодинамичекие показатели в пределах нормы, в легких выслушиваются сухие и влажные хрипы. Матка овоидной формы, в нормотонусе, положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 130 уд. в мин. Отеков нет. Выделений из половых путей нет.

Диагноз? План обследования и лечения?

Тема № 20

ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ. ГИПОКСИЯ ПЛОДА И АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО.

Продолжительность занятия - 180 минут.

Цель занятия: обучить студентов диагностике и лечению плацентарной недостаточности (ПН), гипоксии плода (ГП), оценке состояния новорожденного, родившегося с асфиксией (АН), методам первичной реанимации и интенсивной терапии.

Ординатордолжен знать: этиологию, патогенез, клинику, диагностику, лечение и профилактику ПН,ГП и АН; диагностику гипоксии и асфиксии плода.

Ординатор должен уметь: диагностировать гипоксию плода и асфиксию новорожденного и оказать помощь в родах.

Место занятия: учебная комната, родильный зал, палата интенсивной терапии новорожденного, кабинет УЗИ, кабинет функциональной диагностики.

Оснащение: образцы кардиомониторного наблюдения, видеозаписи УЗИ, допплерометрии, видеофильм "Реанимация новорожденного", таблицы (шкала Апгар, Фишера, Кребса, Савельевой, "Биофизический профиль"), нормативные показатели скорости кровотока в сосудах системы мать-плацента-плод, протокол первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале.

План организации занятия:

Организационные вопросы, обоснование темы - 10 мин.

Контроль исходного уровня занятия по теме - 30 мин.

Клинический разбор, осмотр рожениц и новорожденных в родильном зале, показ видеофильмов - 130 мин.

Обобщение занятия, дамашнее задание - 15 мин.

Содержание занятия.

Хроническая фетоплацентарная недостаточность.

Фетоплацентарная недостаточность (ФПН) составляет в структуре причин перинатальной смертности более 20 %. Многолетние наблюдения многих авторов за развитием детей, рожденных матерями с диагностированной ФПН, позволили прийти к выводу, что указанная патология обусловливает не только резкое увеличение перинатальной смертности, но и многочисленные изменения в организме ребенка, которые на протяжении первых лет жизни являются причиной нарушений в его физическом и умственном развитии, а также повышенной соматической и инфекционной заболеваемости (Н. Л. Гармашева, Н. Н. Константинова, 1978; Е. М.

Вихляева, 1983; И. П. Иванов, 1983; В. Е. Радзинский, 1992).

Различают ПН первичную, связанную с патологией хориона на ранних сроках, что приводит к самопроизвольным абортам и ЗВРП, и вторичную (острая – преждевременная отслойка плаценты и хроническая – изменение фето-плацентарного гомеостаза, ЗВРП, гибель плода).

К развитию хронической ФПН приводят все виды экстрагенитальных заболеваний и акушерской патологии. В зависимости от степени выраженности и соотношения между изменениями на всех уровнях установлены следующие фазы ФПН (В. Е.Радзинский, 1992).

1.компенсированная - характеризуется стимуляцией всех видов адаптационногомеостатических реакций, обеспечивающих работу плаценты в фазе устойчивой гиперфункции, что отмечают при ПН, обусловленной пролонгированной беременностью, легкими формами кратковременно протекающего гестоза, нарушением липидного обмена, хроническим пиелонефритом;

2.субкомпенсированная - характеризуется снижением уровня адаптационных реакций по сравнению с нормой, извращением в наборе рибосом, активизацией гликолитических процессов, повышением уровня липидов, снижением гормональной функции. Указанные изменения отмечают при перенашивании беременности, длительном течении легких форм

поздних гестозов, гипертонической болезни I-II стадии и при ревматических пороках сердца с признаками нарушения кровообращения;

3.декомпенсированная (в течение 1-2 суток) - характеризуется преобладанием дисрегуляторных процессов, срывом иерархической регуляции, появлением множественных обратных связей между молекулярными, клеточными и тканевыми звеньями гомеостаза, но без их последующей реализации, что приводит к срыву компенсации. Эта фаза быстро развивается при слабости родовой деятельности, сочетанных гестозах.

Факторами, предрасполагающими к ФПН и отягощающими ее, являются:

возраст матери (менее 18 и более 32 лет), курение, употребление алкоголя, прием различных медикаментов, отягощенный акушерский анамнез, т. е. те факторы, сочетание которых является основанием для включения женщин в ту или иную группу повышенного риска возникновения и развития перинатальной патологии во время беременности и родов.

Исследованиями И. М. Ордиянц (1989) установлено, что у многорожавших женщин, начиная с седьмых родов, во всех случаях, независимо от наличия или отсутствия экстрагенитальной и акушерской патологии, диагностируют ФПН. Прогноз для исхода беременности и родов при диагностированной ФПН зависит от состояния адаптационно-гомеостатических реакций плаценты. Относительная недостаточность плаценты при слабовыраженных компенсаторно-приспособительных реакциях сопровождается задержкой внутриутробного развития плода. Гипоксические состояния, приводящие к нарушению микроциркуляции и метаболизма в фетоплацентарном комплексе, обусловливают развитие ФПН, что в свою очередь формирует порочный круг взаимных патологических влияний в системе мать плацента - плод. Несмотря на то, что ФПН, установленная во второй половине беременности, в большинстве случаев вторична, ее роль в поддержании и усугублении патологического состояния фетоплацентарного комплекса чрезвычайно велика.

Выраженность компенсаторно-приспособительных реакций во многом зависит от основного патологического процесса, приведшего к ФПН. Естественно, что при экстрагенитальных заболеваниях, предшествующих беременности, характер адаптационно-гомеостатических реакций плаценты будет отличаться от такового при ПН, обусловленной чисто акушерской патологией или же сочетанием этих патологических процессов (В. Е. Радзинский, 1987).

Разработка современных методов исследования состояния фетоплацентарного комплекса в динамике беременности и родов позволила своевременно диагностировать и лечить основные клинические формы страдания плода - задержку внутриутробного развития (гипотрофию) и/или хроническую гипоксию его.

Пренатальная диагностика указанных состояний:

1. эхография («биофизический профиль» по Manning’у или в модификации Vintzileos’a, фетометрия, исследование плаценты, в частности определение степени зрелости по Grannum’у),

2. кардиотокография (системы балльных оценок Фишера, Кребса, Савельевой или компьютерная оценка данных по Демидову, Redman & Dowes)

3. допплеровская флоуметрия в сосудах системы «мать- плацента-плод».

4. цитология,

5. амниоскопия,

6. гормональные методы.

Гормональные исследования функции плаценты. В гормональном мониторинге нуждается не менее 20% беременных. К ним относят беременных с гипертензивными нарушениями в процессе беременности, включая поздний гестоз, с отягощенным акушерским и гинекологическим анамнезом (преждевременные роды, самопроизвольные выкидыши, нарушение менструальной функции, бесплодие), имеющих низкую массу тела и незначительную ее прибавку за время беременности, перенесших выраженный ранний токсикоз, хроническую угрозу прерывания беременности, с отслойкой и аномалией расположения плаценты, опухолями матки, пороками ее развития и другими факторами риска.

В настоящее время для выявления функциональной способности плаценты эстриол (Э3) в крови определяют радиоиммунологическим методом. Однако в силу биосинтеза стероидных гормонов, связанных с фетальной эндокринной секрецией, их диагностическая информативность специфична для более поздних сроков беременности.

Об условиях развития плода в ранние сроки беременности больше информируют белковые гормоны плаценты – хорионический гонадотропин (ХГ) и плацентарный лактоген (ПЛ), поскольку они продуцируются трофобластом и синцитиотрофобластом плодного яйца.

Послеродовая диагностика состояния плаценты проводится, в основном, с помощью морфометрических и морфологических методов. Исследуя содержание гормонов фетоплацентарного комплекса в биологических жидкостях, врач имеет возможность диагностировать нарушение состояния плода при различных осложнениях беременности или экстрагенитальной патологии. При этом, обычно, отсутствует специфичность эндокринных показателей. Изменения в содержании гормонов в крови или моче не соответствуют заболеванию беременной. Тяжесть состояния больной в известной мере коррелирует с количеством секретируемых гормонов, так как чаще всего тяжелая патология (нефропатия II-III степени, гипертоническая болезнь II стадии, сердечно-сосудистые нарушения) вызывает гипоксию плода. Данные гормонального исследования имеют особое значение после 30 нед беременности. Установлено, что чем ниже экскреция эстриола с мочой, тем более выражены гипоксические сдвиги в организме плода, тем чаще изменяется его сердечная деятельность. Особенно важно, что уровни экскреции эстриола и ХГЧ снижаются до появления клинических признаков гипоксии плода.

Амниоскопия при различных нарушениях состояния плода позволяет выявить изменение количества околоплодных вод, а также изменение их прозрачности и окраски. Несмотря на разноречивость мнений о роли "мекониальных" вод, следует считать, что зеленоватые воды при беременности - признак гипоксии плода (Т. Д.

Травянко и соавт., 1989).

При исследовании околоплодных вод, полученных путем амниоцентеза, наибольшее значение для диагностики гипоксии плода имеют такие показатели, как pH (ниже 7,02), PCO2 (свыше 7,33 кПа), PO2 (ниже 10,66 кПа), концентрация калия (свыше 5,5 ммоль/л), мочевины (свыше 7,5 ммоль/л), хлоридов (свыше 110 ммоль/л), глюкозы (снижение с 1,2 до 0,8

ммоль/л при тяжелой гипоксии плода) (Г.П. Максимов, 1989). Надежным признаком гипоксии плода является увеличение в 2.5 раза и больше содержания в околоплодных водах -глюкуронидазы. M. Hagamani и соавторами (1979) обнаружили, что концентрация эстрогенов и хорионического маммотропина в околоплодных водах при гипоксии и гипотрофии плода значительно снижается.

В последние годы незаменимым методом диагностики патологических состояний плода является его ультразвуковое исследование и биометрия плаценты. Истончение ее (до 2 см) или утолщение (свыше 5 см) в последний месяц, беременности свидетельствует о развивающейся плацентарной недостаточности (Л. С. Персианинов, В. Н. Демидов, 1982). Эхография позволяет также диагностировать ряд патологических состояний плаценты.

Большое распространение получило определение так называемого биофизического профиля плода, который включает комплексную оценку 5-ти параметров:

дыхательные движения плода, двигательная активность плода, мышечный тонус плода, количество околоплодных вод, нестрессовый тест (НСТ) при кардиотокографии.

В модификации Vintzileos'a (1987) добавлен 6-й параметр - степень зрелости плаценты по Grannum'y. По мнению многих исследователей, комплексная оценка "биофизического профиля" плода позволяет получать наиболее объективную информацию о его жизнедеятельности [Arduini D. et al., 1985; Benacerraf B., Frigoletto F., 1986; DeVore L. et a1., 1987]. Установлено, что прогностическая ценность положительного результата при определении "биофизического профиля" плода составляет 90 %. F. Manning и соавт. (1981) разработали специальную балльную систему оценки этого показателя (по анологии со шкалой Апгар). По данным R.

Richter (1984), частота неблагоприятных исходов беременности для плода при оценке 10 баллов составляет 6%, 8 баллов- 13 %, 6 баллов - 30%, 4 балла – 75 %, 2 балла - 100 %. По мнению A. M. Vintzileos и соавт.

(1987), основными ошибками в трактовке данных "биофизического профиля" плода, приводящими к неправильной тактике ведения беременности, являются:

1. выбор тактики ведения беременности, основанный только на подсчете баллов без учета клинических данных в каждом конкретном случае;

2. принятие решения о тактике ведения беременности без учета данных предшествующего изучения "биофизического профиля" плода и давности его проведения;

3. оценка состояния плода только на основании результатов ультразвукового исследования без использования данных НСТ;

4. недостаточная квалификация исследователя.

Manning и соавт. (1981) предлагают следующую акушерскую тактику в зависимости от суммы баллов при определении "биофизического профиля" плода.

Оценка в 8-10 баллов свидетельствует о нормальном состоянии плода. Повторное иссследование плода нужно проводить только у беременных группы высокого риска перинатальной патологии через 1-2 недели. При оценке 4-6 баллов акушерская тактика определяется с учетом признаков зрелости плода и подготовленности родовых путей.

В случаях недостаточной зрелости плода и отсутствия подготовленности родовых путей исследование повторяют через 24 ч. При получении повторного неблагоприятного результата необходимо проведение терапии кортикостероидами с последующим родоразрешением через 48 ч.

При наличии признаков зрелости плода показано досрочное родоразрешение.

Оценка 0-2 балла является крайне неблагоприятным признаком и служит показанием для быстрого бережного родоразрешения. При отсутствии признаков зрелости плода родоразрешение необходимо проводить после 48-часовой подготовки кортикостероидами.

Кардиотокография (КТГ) позволяет объективно оценить характер сердечной деятельности плода и сократительную активность матки. Вместе с тем многими исследованиями доказано, что неправильная интерпретация данных, полученных при КТГ, ведет к гипердиагностике гипоксических состояний, что, в свою очередь, приводит к неоправданному росту частоты оперативного родоразрешения путем кесарева сечения. Для устранения субъективизма, присущего визуальной оценке кардиотокограмм, даже при применении специальных систем балльной оценки, в последние годы разработаны и внедрены в практику автоматизированные компьютерные системы оценки кардиотокограмм.

Метод ультразвуковой допплерометрии, с помощью которого осуществляют прямые измерения кровотока в различных сосудистых зонах системы мать-плацентаплод в динамике позволяет оценивать состояние маточно-плацентарного кровотока и поэтому имеет важное диагностическое и прогностическое значение в группе беременных высокого перинатального риска. Проведенные многочисленные исследования доказывают, что комплексная оценка кровообращения в системе матьплацента-плод позволяет улучшить диагностику и выбор оптимальной акушерской тактики при ФПН. Была разработана классификация нарушений маточноплацентарного и плодово-плацентарного кровотока, основанная на оценке кривых скоростей кровотока в маточных артериях и артериях пуповины (Стрижаков А.Н. и соавт.1989).

Согласно этой классификации выделяют три степени тяжести гемодинамических нарушений:

I степень: А - нарушение маточно-плацентарного кровотока при сохранном плодовоплацентарном кровотоке, Б - нарушение плодово-плацентарного кровотока при сохранном маточно-плацентарном кровотоке;

II степень: одновременное нарушение маточно-плацентарного и плодовоплацентарного кровотока, не достигающее критических изменений (сохранен конечнодиастолический кровоток);

III степень: критические нарушения плодово-плацентарного кровотока (отсутствие кровотока или реверсный диастолический кровоток) при сохранном или нарушенном маточно-плацентарном кровотоке.

Отмечена прямо-пропорциональная с высоким коэффициентом корреляции зависимость между степенью гемодинамических нарушений в системе мать-плацентаплод и частотой задержки развития плода, внутриутробной гипоксией, оперативным родоразрешением путем операции кесарева сечения, тяжелым состоянием новорожденного и перинатальными потерями. Следует отметить, что при динамическом наблюдении не отмечена нормализа-

ция или улучшение показателей гемодинамики при IA, II и III степени нарушения маточно-плацентарно-плодового кровотока. Нормализация плодово-плацентарного кровотока отмечена только при IБ степени, обычно у беременных с угрозой прерывания беременности.

В настоящее время нет достаточных оснований и убедительных данных, чтобы считать оправданным использование допплерографии в качестве скринингового метода в акушерской практике. Однако неоспоримым является тот факт, что допплеровское исследование маточно-плацентарного и плодового кровотока имеет важное диагностическое и прогностическое значение в группе беременных высокого перинатального риска. Наибольшее внимание исследователей привлекает оценка гемодинамики плода и маточно-плацентарного кровотока при ПН. Это обусловлено, во-первых, тем, что ПН является одной из основных причин перинатальной заболеваемости и смертности, во-вторых, в патогенезе рассматриваемой патологии ведущую роль играют гемодинамические нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока. Хотя гемодинамические нарушения, которые могут быть выявлены при допплерометрическом исследовании, отмечены в подавляющем большинстве наблюдений ПН, не все формы ПН сопровождаются существенными изменениями маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока. С этим, по-видимому, бывает связано большинство ложноотрицательных результатов допплерометрии при этой патологии. Поэтому следует еще раз подчеркнуть необходимость комплексного учета данных трех основных взаимодополняющих методов исследования в акушерской клинике: эхографии, КТГ и допплерометрии. (Медведев М.В. Клиническое руководство по УЗД, II том, 1996).

Не менее ценным диагностическим методом патологических состояний плода является определение кислотно-основного состояния крови плода, взятой из сосудов кожи предлежащей головки. В I период родов снижение pH до 7,2 расценивают как субкомпенсированный ацидоз, ниже 7,2 - декомпенсированный ацидоз, что свидетельствует о гипоксии плода. Состояние декомпенсированного ацидоза в сочетании с изменениями частоты сердечных сокращений является надежным признаком гипоксии плода, при котором требуется немедленное родоразрешение (Л. Б.Маркин, 1989).

Комплексное исследование позволяет достоверно определять степень страдания плода и своевременно проводить лечение ФПН.

Лечение ФПН включает в себя терапию основного заболевания, а также комплекс мероприятий, направленных на улучшение маточно-плацентарного кровообращения и обменных процессов в фетоплацентарном комплексе.

Компенсированные формы ФПН не требуют специфической терапии. Достаточно провести обычные антигипоксические мероприятия и обеспечить клеточные процессы пластическим и энергетическим материалом (глюкоза, аскорбиновая кислота, галаскорбин, сигетин, эстрогены, аминокислоты).

Субкомпенсированные формы ФПН подлежат интенсивной терапии, включающей препараты, которые стимулируют синтез циклического аденозинмонофосфата:

метилксантины (теофиллин, эуфиллин, трентал, папаверин, но-шпа), а также адреномиметики (алупент, партусистен), стимуляторы биосинтеза белка (токоферола ацетат, эссенциале, фенобарбитал, зиксорин); средства защиты биомембран (полиненасыщенные жирные кислоты - эссенциале, линетол; стероидные гормоны эстрадиол дипропионат) на фоне избирательного улучшения маточно-плацентарного кровообращения (сигетин, премарин).

Недопустимо одновременно вводить большое количество лекарственных средств.

Следует выбирать препараты, оказывающие влияние сразу на несколько звеньев адаптационных реакций, и ограничивать назначение медикаментов, нарушающих биоэнергетику плаценты, в частности митохондриальную дыхательную активность (окситоцин, предион).

В. Е. Радзинским (1982) предложена следующая схема лечения хронической ФПН:

1. Глюкоза - 1000 мл 5 % р-р в/в капельно ежедневно или через день.

2. Трентал - 5 мл или эуфиллин - 10 мл 2,4 % р-ра в/в капельно в р-ре глюкозы ежедневно.

3. Эссенциале - 5 мл в/в капельно ежедневно или линетол - 20 мл 3 раза в день.

4. Токоферола ацетат (витамин Е) - 1 мл 30 % р-ра в/м1 раз в день.

5. Бриканил или орципреналина сульфат (алупент) -0,5 мг в 500 мл 5 % р-ра глюкозы в/в капельно медленно, со скоростью 5-7 капель в1 мин.

6. Р-ры аминокислот (альвезин, аминон) в/в капельно и/или энпит белковый по 1 столовой ложке 3 раза в день.

7. Цитохром С (Cyto-Mack) -30 мг в/в.

8. Актовегин - 80 мг в/в.

Лечение проводят в течение 10-12 дней под контролем состояния фетоплацентарного комплекса. За 2-3 нед до родов необходимо начать ежедневное внутривенное или внутримышечное введение 4-6 мл 1 % раствора сигетина, а за 7-10 дней до родов - 1-2 мл 0,1 % раствора эстрадиола дипропионата или фолликулин из расчета 300 МЕ/кг массы тела. Параллельно с препаратами эстрогенов назначают и другие средства комплексной дородовой подготовки.

Хроническая декомпенсированная ФПН, даже поддающаяся комплексной терапии, при наличии жизнеспособного плода является показанием к кесареву сечению.

Следует лишь отметить, что кесарево сечение при хронической ФПН следует проводить только в тех стационарах, где имеются все условия для выхаживания новорожденных (соответствующая аппаратура, круглосуточные дежурства неонатолога и реаниматолога). В противном случае заболеваемость и смертность новорожденных при оперативном родоразрешении не на много отличаются от таковых при влагалищном родоразрешении, и риск операции становится неоправданным.

Гипоксия плода - патологическое состояние, развивающееся под влиянием кислородной недостаточности во время беременности и в родах.

В патогенезе ГП и АН основным является фетоплацентарная недостаточность при акушерской и экстрагенитальной патологии. Нарушения структуры плаценты и процессов микроциркуляции в ней при поздних гестозах беременных, воздействие лекарственных препаратов и других вредных факторов приводят к хроническому кислородному голоданию плода, сопровождающемуся снижением напряжения кислорода в крови, гиперкапни-

ей, декомпенсированным ацидозом, нарушением водноэлектролитного обмена, снижением содержания кортикостероидов. Это, в свою очередь, вызывает нарушение функции центральной нервной и сердечно-сосудистой систем, регуляции гомеостаза, повышение проницаемости сосудов, снижение иммунологической реактивности организма плода. Гипоксические состояния плода связаны с изменениями в сложной системе мать-плацента-плод. Это свидетельствует о том, что исход беременности для плода и во многом для матери зависит от состояния компенсаторно-приспособительных механизмов фетоплацентарного комплекса и рациональной коррекции выявленных нарушений.

Различают острую и хроническую гипоксию плода.

Симптомы острой гипоксии плода чаще проявляются в родах.

Хроническая гипоксия плода (более 7-10 суток) - это следствие длительно текущей акушерской или экстрагенитальной патологии, приводящей к отставанию плода в развитии.

Основные проявления гипоксии плода: нарушение ЧСС (вначале тахи-, затем брадикардия), ухудшение звучности сердечных тонов (в начале небольшое усиление, затем нарастающая глухость тонов); появление аритмии, снижение интенсивности движения плода, отхождение мекония, изменение показателей КОС околоплодных вод и крови плода.

Диагностика гипоксии плода может быть только комплексной.

Одним из наиболее простых и распространенных методов контроля за функциональным состоянием плода во время беременности и в родах является регистрация его сердечной деятельности. В клинической практике наиболее часто применяется КТГ плода.

Проба с функциональной нагрузкой (диагностика хронической гипоксии плода). Беременная в течение 3-4 мин поднимается и спускается по 2-м ступенькам. До и после нагрузки регистрируют сердечную деятельность плода. При нормально протекающей беременности ЧСС остается в физиологических границах 116-160 уд. в мин. При гипоксии плода либо отмечают монотонность ритма ЧСС, либо тахи- или брадикардию.

Окситоциновый тест. Под влиянием окситоцина уменьшается кровоток в межворсинчатом пространстве, что проявляется изменением ЧСС плода. Для проведения теста 1 ЕД окситоцина растворяют в 100 мл 5% глюкозы. 1 мл этого раствора содержит 0,01 ЕД окситоцина. В шприц набирают 5 мл раствора и вводят беременной в/в со скоростью 1 мл в мин. В норме ЧСС плода не изменяется. При гипоксии наблюдается тахи- или брадикардия.

Пробы с задержкой дыхания на вдохе и на выдохе. В норме задержка дыхания сопровождается изменением ЧСС в среднем на 7 уд. в мин. Задержка дыхания на вдохе вызывает урежение, а на выдохе - учащение ЧСС плода. При гипоксии наблюдается отсутствие этих изменений ЧСС.

Холодовая проба дает уменьшение ЧСС в пределах до 10 уд. в мин. При гипоксии изменения ритма отсутствуют.

Существует пробы с введением атропина сульфата, эуфиллина и др. Атропин легко проникает через плаценту и вызывает явления тахикардии, поэтому его не рекомендуют.

К современным методам оценки состояния плода относится УЗИ (фетометрия, плацентография, "Биофизический профиль"), допплеровская флоуметрия, амниоцентез (pH амнио-

тической жидкости, дельта OD450, уровень гормонов, фосфолипидов), кордоцентез (показатели крови), кардиомониторинг с компьютерной оценкой полученных данных, pH крови из кожи головки плода (в родах).

СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПОКСИИ ПЛОДА (лечение основного заболевания матери, регуляция тонуса матки, коррекция ФПН).

1. Лечение основного заболевания матери (патологии беременности или экстрагенитальной патологии).

2. Соблюдение постельного режима (предпочтительнее на левом боку для исключения синдрома нижней полой вены - т.н. "поза крокодила").

3. Оксигенотерапия.

4. Внутривенное введение глюкозы (500 мл - 10% раствор)+10ЕД инсулина + кокарбоксилазы 100 мг + аскорбиновая кислота (10 мл - 5%). Инфузии проводят 5-8 дней.

5. Внутривенное введение препаратов, улучшающих маточно-плацентарное кровообращение: эуфиллин (10 мл-2,4%), сигетин (2 мл-1%), АТФ (2 мл-1%) или курантил (2 мл-0,5%). Реополиклюкин 200 мл внутривенно капельно.

6. Применение токолитиков (особенно при недоношенной беременности и повышенной возбудимости матки): $MgSO_4$ (10 мл - 25% в 5% растворе глюкозы 100 мл внутривенно капельно) или алупент (0,5 мг) в 5% растворе глюкозы в течении 2-6 дней с последующим использованием таблеток и в/м введении.

Раньше гипоксию плода лечили консервативно:
1. Положение на левом боку.

2. Продолжительная ингаляция чистого увлажненного O_2 через герметично укрепленную маску.

3. Внутривенное введение 100 мл 10% раствора глюкозы+4 ЕД инсулина + 50 мг кокарбоксилазы и 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты.

4. 10 мл 2,4% раствора эуфиллина в/в медленно + 2 мл 1% сигетина + АТФ (2 мл - 1%).

5. Внутривенное капельное введение гидрокарбоната Na (60-80 мл - 5%).

6. Внутривенное введение 10 мл 10% раствора глюконата Ca.

7. При внезапно развившейся брадикардии плода - введение роженице 0,3% мл в/в или 0,7 мл п/к 0,1% раствора атропина сульфата. Если доступна предлежащая часть - атропин сульфат вводят подкожно плоду (0,1 мл -0,1%).

При отсутствии эффекта от лечения острой и хронической ГП показано срочное родоразрешение.

В настоящее время применяют лечение по предполагаемому этиологическому фактору под контролем КТГ. При отсутствии эффекта – оперативное родоразрешение

АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННОГО.
Под выражением "асфиксия новорожденного" следует понимать патологическое состояние, обусловленное нарушением газообмена в виде недостатка O2 и избытка CO2, а также в виде метаболического ацидоза вследствие накопления недоокисленных продуктов обмена. Иначе говоря, АН - это терминальное состояние, связанное с нарушением механизмов адаптации при переходе от внутриутробного существования к внеутробному.
Асфиксия в 80% случаев является продолжением гипоксии плода, поэтому для них характерны общие этиологические и патогенетические факторы.

1. Расстройства функции ЦНС новорожденного обусловлены отрицательным влиянием начавшейся внутриматочной гипоксии, дыхательного и метаболического ацидоза. Продолжительная тяжелая гипоксия плода приводит к полнокровию сосудов головного и спинного мозга, повышению проницаемости сосудов, появлению мелких и массивных кровоизлияний в церебральную ткань и желудочки мозга.

2. Непроходимость воздухоносных путей у новорожденного наступает в результате аспирации околоплодных вод, слизи и мекония. В период внутриутробной жизни плод регулярно осуществляет дыхательные движения, имеющие большое физиологическое значение для регуляции кровообращения. Эти движения осуществляются при закрытой голосовой щели. В результате более глубоких дыхательных движений наступает аспирация околоплодных вод.

3. Незрелость легочной ткани новорожденного обусловлена дефицитом или отсутствием сурфактанта, который необходим для правильного функционирования легких при переходе плода к внеутробному существованию. Благодаря сурфактанту осуществляется адекватное расправление легочной ткани при первом вдохе, т.е. устранение первичного ателектаза.

При диагностике АН используют шкалу Апгар для оценки его состояния и для определения степени тяжести асфиксии, установленной при рождении. В качестве основных показателей жизнедеятельности новорожденного избраны: сердцебиение, дыхание, мышечный тонус, живость рефлексов, цвет кожных покровов.

Каждый из названных критериев оценивают по двухбальной системе (0,1,2).

Окончательное суждение о состоянии ребенка выносят на основании суммы баллов по всем 5 отмеченным выше критерием. Оценку состояния ребенка проводят в течение первой минуты и через 5 мин после рождения.

Основные принципы реанимации новорожденных, родившихся в асфиксии.

Реанимационные мероприятия должны проводить в определенной последовательности и в объеме, зависящем от тяжести проявления асфиксии.

С помощью катетера, соединенного с электровакуумным аппаратом, необходимо произвести отсасывание из полости рта и носоглотки масс, состоящих из околоплодных вод, слизи, крови, мекония. Удаление этих масс следует проводить сразу после рождения головки. Если указанные массы ввиду гипоксического состояния плода были аспирированы в трахею, то в связи со сжатием грудной клетки ребенка в родовых путях (в момент рождения головки) они выжимаются в полость рта и носоглотку. Вместе с тем отмеченные массы могут с самого начала находиться в пределах носоглотки и ротовой полости. В обоих случаях при первом вдохе они могут быть глубоко аспирированы в дыхательные пути. Вот

поэтому очень важно тщательно удалить все содержимое из полостей носа и рта еще до того, как ребенок издает первый крик.

При подозрении на внутриутробную аспирацию околоплодных вод необходимо произвести интубацию и отсосать аспирированные массы через интубационную трубку. После освобождения дыхательных путей от аспирированных масс, при необходимости (цианоз, нерегулярное дыхание), следует перейти на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) с помощью маски (при асфиксии средней тяжести) или через интубационную трубку (при тяжелой асфиксии). Интубационную трубку вводят в трахею вслепую или с помощью ларингоскопа. При нарушении сердечной деятельности (частота сердечных сокращений менее 80 ударов в минуту) проводят непрямой массаж сердца и эндотрахеально вводят адреналин 1:10000 0,1-0,3 мл/кг.

При декомпенсированном метаболическом ацидозе внутривенно (в пуповину) вводят 4% гидрокарбонат натрия - 4 мл/кг медленно, в течение 2-х минут. Для восполнения объема циркулирующей крови применяют 5% раствор альбумина, изотонический раствор хлорида натрия из расчета 10 мл/кг, вводят медленно, на протяжении 5-10 минут.

Если при рождении в тяжелой степени асфиксии реанимационные мероприятия (ИВЛ, массаж сердца) оказываются неэффективными, то они должны продолжаться не более 15-20 мин. Более продолжительная реанимация нецелесообразна.

Профилактика ГП и АН.

1. Профилактика и интенсивная терапия акушерской и экстрагенитальной патологии;

2. Своевременное и бережное родоразрешение при ГП;

3. Своевременное освобождение дыхательных путей;

4. Своевременная перевязка пуповины;

5. Своевременная госпитализация беременных групп повышенного риска;

6. Интенсивная терапия хронической и/или острой гипоксии плода, асфиксии новорожденного; досрочное родоразрешение при отсутствии эффекта от проводимой терапии гипоксии плода.

Контрольные вопросы:

1. Причины ГП и АН.

2. Функциональные методы диагностики ГП (острой и хронической).

3. Заболевания матери, способствующие ГП.

4. Профилактика ГП.

5. Схема лечения острой ГП.

6. Схема лечения хронической ГП.

7. Шкала Апгар.

8. Нестрессовый тест.

9. Биофизический профиль.

10. Степени АН.

11. Методы реанимации новорожденного.

12. Последовательность этапов реанимации новорожденного.

Задача № 1 Роженица пребывает во II периоде родов в течение 2 часов. Головка плода в плоскости узкой части малого таза. Синхронно со схватками отмечается брадикардия до 100 ударов в 1 минуту, длящаяся в течение 30 секунд.

Диагноз? Возможные причины брадикардии. Что делать?

Задача № 2 Безводный промежуток - 8 часов. Проводят родостимуляцию окситоцином по 30 кап./мин. Скорость введения раствора - 30 капель в 1 минуту. Открытие зева - 6 см.

Головка плода большим сегментом в плоскости входа в малый таз. Частота схваток - 1 схватка через 1,5 мин. Отмечают поздние длительные децелерации.

Диагноз? Что делать?

Тема № 21

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ.
ПЕРИНАТАЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ
Продолжительность занятия 180 минут.
Цель занятия: ознакомить студентов с патологией периода новорожденности.

Ординатор должен знать: физиологию и патологию новорожденных; этиологию разных форм родового травматизма плода, группы риска по развитию этих осложнений; лекарственные препараты.

Ординатор должен уметь: диагностировать заболевания новорожденных и оказать медицинскую помощь при них.

Место проведения занятия: учебная комната, родильный зал, отделение патологии новорожденных.

Оснащение: таблицы со шкалой Апгар, Сильвермана-Андерсена, слайды.

План организации занятия:

Организационные вопросы обоснование темы - 10 мин.

Опрос студентов - 40 мин.

Теоретический разбор темы и работа в отделение новорожденных - 120 мин.

Итоги занятий, домашнее задание - 10 мин.

Содержание занятия

ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ
1. Асфиксия (гипоксия) новорожденных.

2. Родовая травма.

3. Болезни легких: пневмопатия и синдром дыхательных нарушений, пневмония.

4. Внутриутробные и неонатальные инфекции.

5. Диабетическая фетопатия новорожденных.

6. Гемолитическая болезнь новорожденных.

АСФИКСИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ - патологическое состояние ребенка, обусловленное длительным или острым воздействием кислородной недостаточности.

Этиология. Внутриутробная острая или хроническая гипоксия плода могут быть обусловлены заболеваниями матери, вызывающими гипоксию у нее и, соответственно, у плода (анемия, хронические заболевания бронхо-легочной и сердечно-сосудистой системы), нарушениями маточно-плацентарного кровотока (поздние токсикозы, перенашивание, плацентиты и др.), заболеваниями плода (гемолитическая болезнь, внутриутробные инфекции, врожденные пороки развития плода).

Острая интранатальная гипоксия плода возникает при плацентарной недостаточности из-за обвития ребенка пуповиной, преждевременной отслойки или предлежания плаценты, аномалий родовой деятельности.

Приобретенная, вторичная неонатальная гипоксия может быть при аспирации околоплодными водами (в том числе мекониальными), пневмопатии, травме головного и спинного мозга, врожденных пороках сердца и легких, диаф-рагмальной грыже, а так же при метаболических нарушениях (гипогликемии) и при неправильной тактике лечения первичной гипоксии плода и новорожденного.

Патогенетические особенности болезни зависят от тяжести и длительности воздействия гипоксии. При кратковременной гипоксии включаются механизмы компенсации для улучшения оксигенации тканей плода. Тахикардия плода объясняется активизацией коры надпочечников, увеличением объема циркулирующей крови и числа эритроцитов. Увеличивается двигательная активность и частота дыхательных движений плода, что способствует компенсации гемодинимических нарушений.

Длительная гипоксия приводит к активизации анаэробного гликолиза и перераспределению кровотока для обеспечения функционирования жизненно важных органов. В свою очередь централизация кровотока усугубляет тканевой ацидоз и влечет к срыву компенсаторные возможности: истощению коры надпочечников, снижению минутного объема кровотока, гипотензии, брадикардии и шоку. Возникают синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови и нарушения электролитного обмена.

Реологические и тканевые нарушения при гипоксии обусловливают различные проявления гипоксической болезни плода и новорожденного при поражении мозга, сердца, кишечника и других внутренних органов.

Объективная оценка степени тяжести первичной гипоксии при рождении дается по шкале Апгар, которая позволяет эффективно провести первичную реанимацию и прогнозировать дальнейшее развитие доношенных детей.

Легкая асфиксия - 7 баллов на 1 и 5 минутах после рождения. Средняя степень тяжести - 4 - 6 баллов. Оценка по шкале Апгар на 1 минуте от 0 до 3 или 4 - 6 баллов, не восстанавливающаяся на 5 минуте, определяет тяжелую гипоксию новорожденного.

Протокол первичной реанимации новорожденных в родильном зале, пересмотренный в приказе 372 от 1997 года, предусматривает использование лишь следующих медикаментов: физиологического раствора и адреналина.

Программа первичной реанимации.

1.Тщательная санация полости рта и носовых ходов в момент рождения головки.

Эту процедуру продолжают сразу же после рождения ребенка. Отсутствие дыхания предполагает проведение прямой ларингоскопии с повторным отсасывание слизи из верхних дыхательных путей (ВДП) и трахеи.

2.При восстановлении проходимости ВДП проводят оксигенацию одним из подходящих способов (через маску, носовые канюли, катетер, аппаратом ИВЛ или методом спонтанного дыхания под постоянным, положительным давлением в ВДП, метод Грегори или Мартина-Буйера).

3.При брадикардии (менее 60 - 70 уд в 1 мин) или отсутствии сердцебиения проводят закрытый массаж сердца и внутривенное введение адреналина.

4.Коррекция метаболических нарушений и восстановление периферического кровотока. Проводят инфузионной терапией через катетер в пупочной вене новорожденного. Раствор гидрокарбоната натрия применяют только после адекватной оксигенации и однократно из расчета 2 - 1 мг на кг.

Лечение новорожденных, перенесших тяжелую гипоксию, должно быть длительным и этапным (в отделениях реанимации и патологии новорожденных детей).

При первичной и вторичной гипоксии (из-за неадекватного лечения первичной гипоксии) могут возникать субарахноидальные, интравентрикулярные и мелкоточечные кровоизлияния.

Внутрижелудочковые и околожелудочковые кровоизлияния чаще возникают у недоношенных детей и, в большинстве случаев, формируют церебральную недостаточность и гидроцефальный синдром. Возможна компрессия ствола мозга с прогрессирующим нарушением витальных функций и неблагоприятным исходом.

Локализация субарахноидальных кровоизлияний вариабельна, но чаще они отмечаются в теменно-височных областях и в мозжечке. Возможно развитие асептического воспаления

оболочек мозга из-за осевшей на них крови. Это в дальнейшем способствует рубцово-атрофическим изменениям оболочек и нарушению гемоликвородинамики.

Внутримозговые кровоизлияния бывают при повреждении терминальных веточек передних и задних мозговых артерий. Неврологическая симптоматика зависит от локализации, характера повреждений и зрелости структур мозга. Петехиальные изменения могут приводить к летальному исходу или органическому повреждению ЦНС. В 20 - 30 случаев у детей развиваются перинатальные энцефалопатии средней и тяжелой степени с неблагоприятным прогнозом дальнейшего психомоторного развития.

РОДОВАЯ ТРАВМА. Термин определяет механическое воздействие родовых сил на плод, нарушение целостности тканей и органов ребенка во время родов. Причиной родового травматизма может быть чрезмерная сила мышечных сокращений матки при ситуациях, предрасполагающих к травме: аномалиях положения плода, крупной массе тела, уменьшении размеров и регидности родовых путей, быстрых, стремительных и затяжных родах.

Предрасполагающие состояния (длительная гипоксия, нарушения питания и роста плода, внутриутробные инфекции) во время беременности и в родах увеличивают вероятность родового травматизма даже при нормальном течении родов.

КЛАССИФИКАЦИЯ РОДОВЫХ ТРАВМ.
1.Родовые повреждения центральной и периферической нервной системы. К ним относят внутричерепные кровоизлияния: эпидуральные, субдуральные и разрыв намета мозжечка с кровоизлиянием в заднюю черепную ямку. Типичными клиническими проявлениями внутричерепных кровоизлияний являются вегетативновисцеральные, псевдобульбарные и двигательные расстройства, нарушения терморегуляции и метаболизма, судороги. Присоединение соматической и инфекционной патологии ухудшает течение и прогноз внутричерепных кровоизлияний.

В остром периоде проводят рациональное вскармливание молоком матери, выхаживание новорожденного, посиндромную терапию отека мозга, геморрагического, судорожного, болевого и дисметаболического синдромов.

1. Натальная спинальная травма по мнению многих ученых возникает чаще внутричерепной. Причи ной ее является формирование увеличения расстояния между основанием черепа и плечиков при тракциях за голову при фиксированных плечиках и наоборот (в случаях тазового предлежания), а так же при чрезмерных ротациях.

Применение в родах ручных пособий, щипцов и вакуум-экстрактора.

К родовой травме спинного мозга относят кровоизлияния в спинной мозг и его оболочки, в эпидуральную клетчатку при надрыве или повышенной проницаемости сосудов, частичный или полный разрыв спинного мозга.

В зависмости от уровня повреждения корешков спинного мозга различают:

повреждения верхне-шейного отдела (С1 - С4), синдром Кофферата (С3- С4) или парез диафрагмы, парез (или паралич) Дюшена-Эрба (С5- С6 или плечевого сплетения), нижний дистальный паралич Дежерин-Клюмпке (С7- Т1), тотальный паралич верхней конечности Керера (С5 - Т1), повреждение грудного отдела (Т1 - Т12), травма пояснично-крестцовой области.

2. Родовые повреждения костно-суставной системы. К ним относят натальные спинальные травмы позвоночника (подвывихи и дислокация суставов С1 и С2, перлом поперечного отростка и шейных позвонков, повреждения межпозвоночных дисков и костей черепа). Часты переломы ключицы, плечевой и бедренной кости, травматический эпифизиолиз плечевой кости. В каждом случае травмы необходима функциональная иммобилизация, снятие болевого синдрома и раннее применение восстановительной терапии.

3.Родовые повреждения мягких тканей в виде небольших ссадин, повреждений и кровоизлияний в грудино-ключично-сосцевидную мышцу и кефалогематомы (кровоизлияния под надкостницу).

4.Родовая травма органов брюшной полости. Наиболее часто повреждается печень, надпочечники и селезенка. Клиническая картина обусловлена нарушением функции поврежденного органа и постгеморрагической анемией.

БОЛЕЗНИ ЛЕГКИХ.
В неонатальном возрасте респираторная патология занимает одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности. Выделяют три основные группы:
пневмонии, пневмопатии и пороки развития. Наиболее часто диагностируют неспецифический синдром дыхательных расстройств (СДР), причиной которого могут быть: незрелость легких, внутриутробные инфекции, гипоксия и асфиксия, кровоизлияния в головной и спинной мозг, нарушения температурного режима выхаживания, постгеморрагическая анемия, транзиторные нарушения функции щитовидной железы и надпочечников, кесарево сечение.

Пневмопатии - перинатальные неинфекционные болезни легких. К ним относят:

первичные ателектазы легких, отечно-геморрагический синдром, болезни гиалиновых мембран, аспирационный синдром (меконием или околоплодными водами), пневмоторакс, бронхиальную дисплазию или синдром Вильсона-Микити, врожденную эмфизему.

Функциональная незрелость легких наиболее часто определяет тяжесть СДР. Его развитие можно прогнозировать на основании исследования липидного спектра, тромботической активности и поверхностного натяжения околоплодных вод.

Ведущей причиной является незрелость сурфактантной системы - поверхностноактивных веществ аэрогематического барьера альвеол. Они играют важную роль, препятствуя спадению альвеол на выдохе, поддерживая нормальную легочную микроциркуляцию и способствуя удалению внутрилегочной жидкости после рождения У плода сурфактант начинает вырабатываться с 20 - 24 недели и полностью созревает к 35 - 36 неделям внутриутробного возраста. Интенсивный выброс его наблюдают в родах.

"Пенный" тест Клементса определяет зрелость легких. В первый час жизни 0,5 мл околоплодных вод (или желудочного содержимого) смешивают с 0,5 мл физиологического раствора и 1 мл этанола, пробирку встряхивают. Если через 15 мин на фоне черной бумаги обнаруживают замкнутое кольцо пузырьков на поверхности, то тест считают положительным, что свидетельствует о малой вероятности развития СДР.

У детей с СДР возникают гипоксемия и гипоксия, гиперкапния и респираторнометаболический ацидоз, а так же другие изменения. Это приводит к функциональным расстройствам головного мозга и сердечно-сосудистой системы.

Определены 2 пути синтеза фосфолипидного компонента сурфактанта - лецитина.

Первый - метилирование кефалина с помощью метилтрансферазы; и второй формирование из цитидинфосфатхолина (в присутствии фосфохолинэстеразы в реакции с диглицеридом). Первый путь легко истощается при гипоксии, инфекции, ацидозе, гипотермии.

В профилактике СДР огромное значение имеет вскармливание нативным молоком матери и ферментативно-гормональный состав молока.

Предрасполагающими факторами развития СДР наиболее часто являются незрелость легочной ткани в виде широких участков межуточной ткани в ацинусе и незаконченностью их дифференцировки, уменьшением количества альвеолярных ходов и альвеол, неполным прилеганием капилляров к альвеолам.

Оценку степени тяжести СДР у недоношенных детей проводят по шкале Сильвермана.

К клиническим признакам СДР относят одышку (более 60 в 1 мин), цианоз, экспираторные шумы (обусловленные компенсаторным спазмом голосовой щели на выдохе - "гаспс-дыхание" - и увеличению остаточной функциональной емкости легких, препятствующей спадению альвеол), западение грудной клетки на вдохе.

Диагноз определяют клинические данные и рентгенологическая картина.

Лечение заключается в уходе, согревании и вскармливании нативным молоком матери. Необходима нормализация газового состава крови методом СДППД или ИВЛ.

Проведение аэрозольной терапии и коррекции КОС.

Пневмонии - воспалительные процессы в легких как самостоятельная болезнь или осложнения других заболеваний.

Классификация (К.А.Сотниковой): внутриутробные и неонатальные пневмонии, бактериальные, вирусные, паразитарные, грибковые, специфической инфекции и смешанные, бронхопневмонии, мелко- и крупноочаговые, сливные, моно- и полисегментарные, интерстициальные и абсцедирующие, легкой, средне тяжелой и тяжелой степени, с острым, подострым и затяжным течением без осложнений и с осложнениями.

Предрасполагающие факторы: хроническая гипоксия и острая асфиксия, аспирационный синдром, длительный безводный промежуток, СДР, натальные травмы, первичная реанимация, склонность к рвоте и срыгиваниям, неблагополучная санитарно-эпидемиологическая ситуация в родильном стационаре.

_ _ _

Примечание: каждый симптом в графе "Стадия I" оценивают в 1 балл, в графе "Стадия II" - в 2 балла, Особенностью шкалы является то, что в ней не учитывают такие признаки дыхательной недостаточности, как одышка и цианоз, так как появление этих симптомов у новорожденного может быть обусловлено и не легочными причинами дыхательных расстройств.

Профилактика пневмоний заключается в устранении предрасполагающих факторов, формировании нормального микробиоценоза, иммунитета и нутритивных процессов под воздействием грудного вскармливания и участия мамы в процессе лечения и ухода.

Течение пневмоний у новорожденных детей зависит от тяжести заболевания, этиологии, сопутствующей анте и перинатальной патологии. Острый период продолжается минимально 2 - 3 недели у доношенных и 4 - 6 недель у недоношенных детей. Период восстановления длится 3 - 6 недель. Особенностями течения пневмонии являются :дыхательная недостаточность, ателектазы, легочная гипертензия, септические состояния и синдром персистирующей фетальной циркуляции. Диагноз " пневмония" - обязательно клинико-рентгенологический.

В процессе лечения важно организовать правильное выхаживание и вскармливание новорожденных. Обязательна этиотропная антибактериальная терапия, не менее 2-х курсов, применение иммунозамещающих средств, физиотерапевтических методов и симптоматической терапии. По показаниям применяют различные программы инфузионной терапии: с целью дезинтоксикации, регидратации и парентерального питания. Важны методы оксигено- и ингаляционной терапии.

ВНУТРИУТРОБНЫЕ И НЕОНАТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИИ.

Внутриутробные инфекции (ВУИ) - инфекционные заболевания и процессы, вызванные возбудителями, которые попадают к плоду от больной мамы трансплацентарным, гематогенным или нисходящим путем, а так же при прохождении ребенка по родовым путям (восходящий путь). До настоящего времени истинная частота ВУИ не установлена. Для плода особую опасность представляют возбудители, с которыми мать встретилась впервые во время беременности, когда снижен первичный иммунный ответ. У женщины инфекционный процесс может протекать как острый, субклинический и латентный (с персистенцией возбудителя) Особое значение для плода имеют инфекции урогенитальной системы матери.

Плацентарная недостаточность увеличивает риск генерализации инфекции при любом, остром или хроническом инфекционном заболевании матери. Внутриутробно инфицированный плод не всегда рождается с ВУИ заболеванием.

Условия, в которые попадает инфицированный ребенок после родов, играют большую роль в реализации инфицирования в болезнь и, в целом, определяют состояние его здоровья на всю жизнь. К благоприятным факторам относят: постоянное совместное пребывание матери и ребенка, грудное вскармливание и раннюю выписку из родильного стационара.

На схеме отражены особенности ВУИ у плодов, новорожденных, младенцев и детей старшего возраста (схема 1).

Исходы ВУИ зависят от особенностей реакций у плода при воздействии возбудителя. У эмбрионов наблюдают лишь альтернативный компонент воспалительной реакции. В раннем фетальном периоде к нему добавляется пролиферативный компонент, который формирует склероз. В поздний фетальный период развивается и сосудистый компонент. Соответственно, исходами ВУИ могут быть: прерывание беременности, формирование пороков развития и другой врожденной патологии. Врожденные пороки развития мозга могут возникать при ВУИ в любом сроке беременности, поскольку органогенез его не завершается с прекращением беременности.

Диагноз ВУИ может быть сформирован на основании совокупности анамнестических, клинических и лабораторных данных.

Факторы риска антенатальных ВУИ: отягощенный акушерский анамнез, осложненное течение настоящей беременности (угроза прерывания, многоводие, недонашивание, преждевременная отслойка и приращение плаценты), урогенитальные инфекции матери, перенесенные инфекции, в том числе ОРВИ, во время беременности, длительный безводный промежуток в родах, ЗВУР плода, дисэмбриогенетические стигмы, пороки развития, острый гидроцефальный синдром, кожные экзантемы, желтуха, лихорадка и нарастающая через несколько дней неврологическая симптоматика.

Таблица Захаровой смотри в файле Захарова в директории Мои док\дидакт\методич.

Комплексное обследование выявляет тромбоцитопению, анемию, увеличение СОЭ, лейкопению (или лейкоцитоз), С-реактивный белок, что позволяет заподозрить ВУИ.

Диагноз ВУИ подтверждают идентификацией возбудителя и серологическими исследованиями, которые проводят у матери и ребенка в динамике.

Ранняя диагностика и лечение ВУИ позволяют сохранить жизнь ребенку, но не прогнозируют полного выздоровления. Часто возбудитель персистирует, развивается хроническая патология почек, соединительной ткани и психоневрологические нарушения.

ПОСТНАТАЛЬНЫЕ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОРОЖДДЕННЫХ возникают при массивном заражении ребенка после рождения любыми возбудителями. Источником инфекции может быть мать, персонал родильного (или педиатрического) стационара, что практически всегда встречается при раздельном помещении матери и ребенка. Формы ИВЗ бывают самые разные, поражаются все органы, системы и ткани.

ДИАБЕТИЧЕСКАЯ ФЕТОПАТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ.

Диабетическую фетопатию у новорожденных наблюдают при плохо компенсированном диабете или латентном диабете во время беременности. Глюкоза из крови матери трансплацентарно поступает к плоду, вызывая гиперплазию В-клеток поджелудочной железы и гиперинсулинизм, способствуя усилению гликогенеза, липогенеза, синтеза белков и тем самым увеличению внутренних органов и ожирению.

Дети рождаются со значительной массой тела, уменьшенной массой мозга и размеров вилочковой железы. Имеют кардио-, гепато- и спленомегалию и задержку дифференцировки скелета. Новорожденные, функционально незрелые и, независимо от массы тела при рождении, ведут себя (адаптация) как недоношенные, у них часты СДР, гипогликемия и сердечная недостаточность.

Контрольные вопросы:

1. Перечислите признаки доношенности.

2. Перечислите признаки недоношенного новорожденного.

3. Перечислите критерии незрелого плода.

4. Причины образования кефалогематомы.

5. Лечение кефалогематомы.

6. Причины переломов ключицы у новорожденного.

7. Возможные причины пареза лицевого нерва у новорожденного.

8. Чем обусловлен синдром дыхательных расстройств.

9. Лечение синдрома дыхательных расстройств.

10. Перечислите признаки диабетической фетопатии.

11. Какие заболевания новорожденных относят к гнойно-септическим.

12. Пути возможного инфицирования новорожденного.

13. Клинические проявления предвестников сепсиса новорожденных.

14. Клинические проявления ранних симптомов сепсиса.

15. Лечение сепсиса новорожденных.

16. Влияние внутриутробной инфекции на течение беременности.

17. Показания к прерыванию беременности при инфекционных заболеваниях.

Тема № 22

РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРИ
Продолжительность занятия 180 минут.
Цель занятия: изучить причины родового травматизма матери, научить студентов распознавать и оказывать помощь при разрывах матки, влагалища, шейки матки, промежности, гематомах, мочеполовых и кишечно-половых свищах.

Ординатор должен знать: причины, клинику и врачебную тактику, профилактику при различных видах родового травматизма матери.

Ординатор должен уметь: диагностировать угрозу разрыва матки, разрывы шейки матки, влагалища, промежности и знать, как оказывать помощь при родовых травмах у матери.

Место проведения занятия: учебная комната, родильный блок, отделение патологии беременных.

Оснащение: таблицы, хирургические инструменты.

План организации занятия:

Обоснование темы занятия - 5 мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов - 40 мин.

Занятия в учебной комнате, предродовой, родильном зале, малой операционной, разбор истории родов - 130 мин.

Подведение итогов занятия, домашнее задание - 5 мин.

Содержание занятия Родовые пути матери во время родов подвергаются значительному растяжению, вследствие чего могут быть повреждены. В основном эти повреждения могут носить поверхностный характер в виде трещин и ссадин, которые не дают никаких симптомов и самостоятельно заживают в первые дни послеродового периода, оставаясь нераспознанными. Иногда повреждения мягких родовых путей матери, возникающие при растяжении тканей или в результате оперативных вмешательств, бывают настолько значительными, что являются причиной серьезных осложнений, последствия которых обнаруживают во время родов и в послеродовом периоде, которые опасны для жизни женщины и приводят в некоторых случаях к длительной потере трудоспособности и инвалидности.

Различают разрывы тела матки, шейки матки, влагалища, наружных половых органов, промежности, гематомы наружных половых органов и влагалища, острый выворот матки, растяжение и разрывы сочленений малого таза, мочеполовые и кишечно-половые свищи.

РАЗРЫВЫ МАТКИ.

Разрывом матки называют нарушение целостности ее стенок. Разрыв матки может произойти во время беременности и в родах и является тяжелейшим проявлением акушерского травматизма. Частота его, по данным различных авторов, колеблется от 0,015% до 0,1% от общего числа родов.

Судя по данным литературы, в последние десятилетия значительно изменилась структура разрывов матки. Уменьшилась частота разрывов в силу механических причин (неправильные положения плода, клинически узкий таз и т.п.), насильственных разрывов, как следствия грубых и неосторожных акушерских вмешательств. Чаще разрывы матки возникают на фоне отягощенного акушерского анамнеза, упорной первичной слабости родовой деятельности или после перенесенной операции на матке, что составляет от 17 до 60% всех разрывов матки. К росту числа женщин с рубцом на матке приводит не только увеличение частоты кесарева сечения, но и не уменьшающееся количество абортов, при которых нередко возникает полная или неполная перфорация матки, иногда нераспознанная, воспалительные процессы.

Кроме того, увеличилось количество консервативно-пластических операций на матке при миомах матки у женщин молодого возраста и количество других внутриматочных вмешательств и операций. По данным литературы рубец на матке имеют 4-8% беременных и рожениц, и каждое 5-3 кесарево сечение является повторным. В связи с неполноценностью рубца на матке оперируют в плановом порядке 40-50% беременных, а всего повторно оперируют 55-85% женщин с рубцом на матке.

Обширность травмы, шок, массивные кровотечения, присоединение инфекции требуют оказания не только квалифицированной хирургической помощи, но и целенаправленных реанимационных мероприятий и длительной, интенсивной терапии.

В связи с этим спасение беременной или роженицы не всегда является возможным.

Летальность при разрывах матки в настоящее время достигает 3-4%. Вовлечение в разрыв смежных с маткой органов отягощает судьбу больных. На исход заболевания влияют задержка оказания хирургической помощи, противошоковых мероприятий, включая переливание крови и ее заменителей. Особенно опасны разрывы матки, происшедшие дома. Причиной смерти женщин в 66-90% являются шок и анемия, реже

- септические осложнения. Среди выживших женщин некоторые страдают гипоксической энцефалопатией. Разрывы матки являются губительными для плода, так как некоторые их формы приводят к его гибели в 100% случаев.

Классификация причин разрывов беременной матки по J.PRITCHARD и P.MACDONALD (1980).

1. Повреждения матки до настоящей беременности.

Хирургия с вовлечением миометрия: кесарево сечение или гистеротомия, восстановленный в прошлом разрыв матки, миомэктомия с рассечением матки вплоть до эндометрия или со вскрытием эндометрия, глубокая резекция маточного угла с целью удаления интерстициального отдела трубы, эксцизия маточной перегородки (метропластика).

Случайная травма матки: инструментальный аборт (зондирование, кюретаж или использование других инструментов), острая или тупая травма (несчастный случай, ранение), немой разрыв при прошлой беременности.

2. Повреждение матки в течение настоящей беременности, перед родами:
постоянные, сильные маточные сокращения, введение окситоцина или простагландинов, интраамниальное введение гипертонического раствора, перфорация мониторным катетером, наружная травма, острая или тупая, перерастяжение матки (многоводие, многоплодие);

во время родов: внутренний поворот плода, щипцы, извлечение за тазовый конец, аномалии плода, сопровождающиеся сильным растяжением нижнего сегмента, сильное давление на дно матки, трудная операция ручного отделения плаценты.

3. Маточные дефекты, не обязательно связанные с травмой.

Врожденные: беременность в не полностью развившейся матке или маточном роге.

Приобретенные: плацента increta or percreta, инвазивный пузырный занос и хорионэпителиома, аденомиоз, истончение прочно ретровертированной матки.

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

I. По патогенетическому признаку:

Самопроизвольные:

Механические (механическое препятствие для родоразрешения и здоровая матка) - типичные;

гистопатические (при патологических изменениях стенки матки) - атипичные;

механико-гистопатические (при сочетании механического препятствия для родоразрешения и патологических изменений маточной стенки) - атипичные.

Насильственные разрывы матки:

Травматические - грубое вмешательство во время беременности или родов при отсутствия перерастяжения нижнего сегмента или во время беременности и родов от случайной травмы;

смешанные - внешнее воздействие при перерастяжении нижнего сегмента.

II. По клиническому течению:

1. Угрожающий разрыв.

2. Начавшийся разрыв.

3. Совершившийся разрыв.

По характеру повреждения:

III.

1. Трещина.

2. Неполный разрыв (не проникающий в брюшную полость).

3. Полный разрыв (проникающий в брюшную полость).

По локализации:

IV.

1. Разрыв в дне матки.

2. Разрыв в теле матки.

3. Разрыв в нижнем сегменте.

4. Отрыв матки от сводов влагалища.

Классификация Л.С. Персианинова является до настоящего времени наиболее распространенной.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РАЗРЫВОВ МАТКИ.
Существуют две теории, объясняющие развитие данной акушерской патологии:

механическая и гистопатическая. В настоящее время доказано, что оба эти фактора имеют существенное значение в патогенезе разрыва. Структурные изменения в мышце матки можно рассматривать как причины, предрасполагающие к травме матки, а механические препятствия - как выявляющий разрыв фактор.

В 1875 г. Бандль выдвинул механическую теорию разрывов матки. Согласно этой теории разрыв матки является следствием сильного растяжения нижнего маточного сегмента в связи с несоответствием размеров предлежащей части плода с размерами таза матери. Головка плода ущемляет шейку матки, мешает ее смещению кверху. После излития вод при нарастающей родовой деятельности плод перемещается в растянутый нижний сегмент матки. При переходе за пределы растяжимости тканей или при незначительном вмешательстве происходит разрыв перерастянутой стенки матки. Клиническая картина несоот-

ветствия размеров плода и таза матери может возникнуть при анатомическом сужении таза, поперечном положении плода, разгибательных предлежаниях головки плода, особенно при переднем виде, асинклитических вставлениях головки плода, высоком прямом стоянии стреловидного шва, гидроцефалии, крупном плоде, переношенной беременности, когда головка плода не способна к конфигурации, опухолях в области малого таза, рубцовых сужениях различных отделов мягких родовых путей, неправильных положений матки после операций, фиксирующих ее положение, экзостозах, дистоции шейки матки.

Клиническая картина разрыва матки по Бандлю - это бурная родовая деятельность, которая проявляется как угрожающий, начавшийся и совершившийся разрыв.

В начале нашего столетия Н.З. Иванов, а затем и Я.В. Вербов, изучая структуру матки после ее разрыва, выдвинули другую теорию. Согласно этой теории причиной разрывов являются глубокие патологические изменения в мускулатуре матки воспалительного и дегенеративного характера, приводящие к функциональной неполноценности органа, которая проявляется в виде слабости и дискоординации родовой деятельности в одних случаях и приводит к разрыву матки в других случаях.

Следовательно, основным клиническим проявлением этих разрывов будет не бурная, а слабая или дискоординированная родовая деятельность. Чаще такие разрывы происходят у повторнородящих или многорожавших женщин.

Причинами патоморфологических изменений в миометрии могут быть рубцы на матке после операций (консервативная миомэктомия, кесарево сечение, иссечение трубного угла при внематочной беременности, повреждения матки при искусственных абортах), инфантилизм и аномалии развития половых органов, воспалительные заболевания матки и придатков, аденомиоз, тяжелые, затяжные роды, паритет родов (более 5 родов), многоводие, многоплодие, приращение и предлежание плаценты, разрушающий пузырный занос и хорионэпителиома.

Возможность разрывов матки возрастает при применении на этом фоне оперативных методов родоразрешения. Однако, здоровая матка может стать неполноценной, если недостаточно внимательно вести роды, упорно стимулировать родовую деятельность.

В настоящее время считают, что в этиопатогенезе разрывов матки присутствуют оба механизма, т.е. разрывы возникают при одновременном существовании гистопатических изменений в ее стенке и каких-либо препятствий для изгнания плода. При более выраженном изменении структуры маточной стенки даже незначительное механическое воздействие может привести к разрыву последней.

Согласно М.А. Репиной, сейчас имеют место в основном гистопатические самопроизвольные разрывы матки, чистая травма встречается редко, трещины матки не бывают. Однозначно решить, что является причиной разрыва матки не всегда возможно, так как всегда имеет место комплекс неблагоприятных факторов.

КЛИНИКА РАЗРЫВОВ МАТКИ.

Клиническая картина разрывов матки очень разнообразна, что объясняется множеством факторов, влияющих на нее. Клиническая картина зависит от преобладания механических или гистопатических причин разрывов матки в случае их сочетания, стадии развития процесса (угрожающий, начавшийся, совершившийся), локализации разрыва (тело, нижний сегмент, дно), характера повреждения (полный, неполный). При совершившемся разрыве клиника зависит от того, проникает ли разрыв матки в брюшную полость или нет, от пол-

ного или частичного выхода плода в параметральное пространство или брюшную полость, от калибра поврежденных сосудов, от величины и скорости кровотечения. Скорость развития и тяжесть геморрагического шока значительно зависят от фона, на котором наступила катастрофа. Сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, паренхиматозных органов, гестозы, физическое и психическое истощение беременной и роженицы, присоединение инфекции способствуют быстрому развитию необратимых изменений в организме.
Большое разнообразие симптомов разрыва матки в родах трудно систематизировать. Наиболее типичную клиническую картину наблюдают при так называемом бандлевском разрыве матки, т. е. при наличии препятствий для рождающегося плода (угрожающий, начавшийся и совершившийся разрыв).

Угрожающий разрыв матки - это такое состояние, когда нет еще ни разрыва, ни надрыва стенки матки. Клиническая картина такого состояния наиболее выражена при механическом препятствии к изгнанию плода и несколько меньше при патологических изменениях стенки матки.

Клиническая картина угрожающего разрыва матки характеризуется появлением следующих симптомов:

1. Бурная родовая деятельность, сильные, болезненные схватки, не судорожные.

2. Матка вытянута в длину, дно ее отклонено в сторону от средней линии, круглые связки напряжены, болезненны, могут быть асимметричны при косом расположении контракционного кольца.

3. Контракционное кольцо расположено высоко над лоном, чаще - на уровне пупка, и косо, вследствие чего матка приобретает форму песочных часов.

4. Нижний сегмент матки истончен, перерастянут, при пальпации вне схваток резко болезненный, в результате чего определить предлежащую часть невозможно.

5. Появляется отек шейки матки вследствие прижатия ее к стенкам малого таза, открытие шейки матки кажется полным, но ее края в виде "бахромы" свободно свисают во влагалище, отек с шейки матки может распространиться на влагалище и наружные половые органы.

6. Вследствие прижатия уретры или мочевого пузыря головкой плода происходит отек околопузырной клетчатки, самостоятельное мочеотделение затруднено.

7. Часто появляются непроизвольные потуги при высоко стоящей головке плода, полном открытии шейки матки и отсутствии плодного пузыря.

8. Беспокойное поведение роженицы. Если своевременно не оказать помощь, то угрожающий разрыв перейдет в начавшийся разрыв матки.

Для начавшегося разрыва характерно присоединение к симптомам угрожающего разрыва матки новых симптомов, вызванных начинающимся надрывом эндометрия. В связи с по-

явлением кровоизлияния в мышце матки схватки приобретают судорожный характер, вне схваток матка не расслабляется, появляются сукровичные или кровяные выделения из влагалища, в моче - примесь крови.

Вследствие бурных, судорожных схваток начинает страдать плод (учащение или урежение сердцебиения плода, повышение двигательной активности, при головных предлежаниях - появление мекония в водах, иногда гибель плода). Роженица – возбуждена, кричит, из-за сильных, непрекращающихся болей. Жалуется на слабость, головокружение, чувство страха, боязнь смерти.

В тех случаях, когда на матке имеется рубец, диагностику угрозы разрыва матки облегчает информация о самом факте операции, послеоперационного течения.

Сведения об этом и дополнительные исследования, проведенные вне беременности (УЗИ, гистеросальпингография) и во время беременности (УЗИ) позволяют заранее определить состояние рубца на матке.

О неполноценности рубца можно думать, если предыдущее кесарево сечение было произведено менее чем 2 года тому назад, в послеоперационном периоде была лихорадка, нагноение передней брюшной стенки, если был корпоральный разрез на матке, если в течение данной беременности имели место боли в животе или скудные кровяные выделения задолго до родов. Во время родов признаками несостоятельности рубца на матке являются боли в его области или внизу живота, непрекращающиеся вне схваток, болезненность рубца при пальпации, определение его истончения и/или ниш.

При отсутствии немедленной помощи происходит разрыв матки. По определению Г. Гентера, совершившийся разрыв матки "характеризуется наступлением зловещей тишины в родильном зале после многочасовых криков и беспокойного поведения роженицы".

В момент разрыва роженица ощущает резкую боль в животе, жжение, как будто что-то лопнуло, разорвалось. Сразу прекращается родовая деятельность. Роженица прекращает кричать, становится апатичной, угнетенной. Кожные покровы бледнеют, появляется холодный пот, учащается пульс, т.е. развивается картина болевого и геморрагического шока. При происшедшем разрыве матки изменяются форма матки и живота, исчезает напряжение брюшной стенки, контракционное кольцо, напряжение круглых маточных связок, появляется вздутие кишечника, болезненность при пальпации, особенно в нижних отделах брюшной полости. Плод частично или полностью выходит в брюшную полость, его части можно пальпировать под передней брюшной стенкой. Сам плод становится подвижным, и фиксированная ранее головка отодвигается от входа в малый таз. Рядом с плодом можно определить сократившуюся матку. Сердцебиение плода, как правило, исчезает.

Наружное кровотечение может быть скудным, так как при полном разрыве кровь свободно изливается в брюшную полость, а при неполном разрыве образуются забрюшинные гематомы, которые располагаются сбоку от матки, смещая ее кверху, могут распространяться до стенок таза и на околопочечную клетчатку.

При изгнании плода в брюшную полость или в параметральное пространство происходят разрывы маточных сосудов, и кровотечение может быть значительным.

Редко сосуды остаются целыми, и кровотечение будет небольшим.

Описанная картина зависит от локализации, размеров и характера повреждения стенки матки.

В патогенезе шока, помимо кровотечения, основную роль отводят болевому и травматическому компонентам.

В настоящее время преобладают стертые клинические картины разрывов матки, когда описанный симптомокомплекс выражен неотчетливо, что часто связано с применением обезболивания в родах, с введением спазмолитических препаратов.

Поэтому, наличие какого-либо одного или двух признаков, более выраженных на фоне других неотчетливых признаков, может помочь распознать эту тяжелую патологию.

К признакам разрыва матки относят: симптомы раздражения брюшины или самостоятельные боли в животе, особенно в нижних отделах, вздутие живота, тошноту, рвоту, ощущение "хруста" при пальпации передней брюшной стенки, нарастающую гематому рядом с маткой и распространяющуюся вверх по боковой стенке таза, внезапное ухудшение состояния роженицы или родильницы, сопровождающееся учащением пульса, падением АД, бледностью кожных покровов, слабостью при сохраненном сознании, подвижность, до того фиксированной ко входу в малый таз, головки плода, внезапное появление кровяных выделений после прекращения родовой деятельности, отсутствие сердцебиения плода, пальпацию его частей под передней брюшной стенкой.

В неясных случаях при подозрении на разрыв матки, после полостных акушерских щипцов, плодоразрушающих операций показано контрольное ручное обследование стенок полости матки и осмотр шейки матки при помощи зеркал.

Из выше изложенного следует, что полностью бессимптомных разрывов матки не бывает. Только внимательное изучение анамнеза, внимательное отношение к жалобам беременных и рожениц, правильная оценка особенностей течения родов позволит в некоторых случаях избежать этой тяжелейшей акушерской патологии.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗРЫВАХ МАТКИ.

Врачебная тактика зависит от того, наступил ли разрыв матки или имеет место его угроза. При появлении симптомов угрожающего разрыва матки необходимо немедленно прекратить родовую деятельность и закончить роды оперативным путем.

Для снятия родовой деятельности применяют ингаляционный наркоз фторотаном.

Наркоз должен быть глубоким, чтобы дальнейшие акушерские манипуляции и операции не привели к прогрессированию разрыва. В то же время надо помнить, что наркоз фторотаном способствует расслаблению матки в послеродовом периоде.

Родоразрешение должны производить бережно, в зависимости от акушерской ситуации. Если нет противопоказаний (эндометрит в родах и др.), то при головке плода, находящейся во входе в малый таз показано кесарево сечение. При мертвом плоде и при головке плода, находящейся в полости малого таза - плодоразрушающая операция. Поворот плода на ножку, извлечение плода за тазовый конец, щипцы, вакуум-экстракция всегда противопоказаны, так как могут привести к насильственному разрыву матки.

При начавшемся и совершившемся разрывах матки всегда показано чревосечение, целью которого является устранение источника кровотечения, восстановление анатомии органов малого таза, предупреждение распространения инфекции. Одновременно с хирургической помощью до начала операции, во время операции и после нее проводят борьбу с шоком и кровотечением по общепринятым методам.

Таким образом, лечение начавшегося и совершившегося разрыва матки включает срочное и одновременное выполнение:

1. Оперативного вмешательства.

2. Адекватного анестезиологического пособия.

3. Адекватной кровопотери и шоку инфузионно-трансфузионной терапии.

4. Коррекции гемокоагуляции.

На исход операции влияют: обширность поражения органа, массивность кровопотери, тяжесть геморрагического шока, сопутствующая патология, своевременность диагноза, время начала операции.

Запоздалое оперативное лечение, обычно, связано с ожиданием консультантов, с сомнением в диагнозе, зашиванием разрывов мягких родовых путей, транспортировкой больной.

При начавшемся или совершившемся разрыве матки чревосечение производят только нижнесрединным разрезом.

Из брюшной полости удаляют плод, послед, кровь, околоплодные воды, определяют источник кровотечения и производят возможный гемостаз. Ввиду частого сочетания совершившегося разрыва матки с атонией, инфекцией и др. патологией объем оперативного вмешательства - это экстирпация или надвлагалищная ампутация матки. По окончании операции показана тщательная ревизия органов брюшной полости.

Ушивание разрывов возможно лишь у молодых женщин при отсутствии признаков инфекции, недавно произошедших, небольших линейных разрывах после иссечения краев раны на матке.

При начавшемся разрыве матки производят кесарево сечение с последующей ревизией матки.

Если разрыв матки не диагностировали во время родов, то родильница либо погибает от кровотечения, либо в течение ближайших суток у нее развиваются симптомы разлитого перитонита. В последнем случае показана экстренная операция чревосечение, экстирпация матки с трубами, с последующим дренированием брюшной полости, массивной антибактериальной терапией.

Профилактика разрывов матки заключается в тщательном изучении специального анамнеза, обследования в условиях женской консультации и своевременной госпитализации в роддом беременных, угрожаемых по родовому травматизму. Задачей врачей дородового отделения является правильная оценка совокупности анамнестических и объективных данных для выработки рационального плана ведения родов. При ведении родов у женщин

с отягощенным акушерским анамнезом на фоне перерастяжения матки и аномалий родовых сил форсированное родоразрешение противопоказано.

РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ.

Разрывы шейки матки происходят по данным разных авторов у 3-60% родивших, причем при первых родах в 4 раза чаще, чем при повторных родах.

Причины разрывов шейки матки разные, в большинстве случаев имеет место сочетание нескольких причин.

Причинами разрывов шейки матки являются:

1. Изменения шейки матки воспалительного характера, рубцовые изменения.

2. Ригидность шейки матки у пожилых первородящих.

3. Чрезмерное растяжение шейки матки при крупном плоде, разгибательных предлежаниях головки плода.

4. Быстрые и стремительные роды.

5. Длительные роды при преждевременном излитии околоплодных вод

6. Длительное ущемление шейки матки между головкой плода и костями таза.

7. Оперативные роды - щипцы, вакуум-экстракция плода, извлечение плода за тазовый конец, ручное отделение и выделение последа.

8. Плодоразрушающие операции.

9. Нерациональное ведение II периода родов - ранняя потужная деятельность.

Разрывы шейки матки могут быть самопроизвольными и насильственными.

Самопроизвольные разрывы шейки матки возникают без оперативных вмешательств, насильственные - при операциях вследствие осложненного течения родов.

Разрывы шейки матки в зависимости от глубины делят на три степени:

I степень - разрывы шейки матки с одной или с обеих сторон не более 2 см.

II степень - разрывы длиной более 2 см, но не доходящие до сводов влагалища.

III степень - разрывы, доходящие до сводов влагалища и переходящие на них.

Единственным симптомом разрыва шейки матки является кровотечение из влагалища при хорошо сократившейся матке, в основном после рождения плода и последа. Вытекающая кровь имеет алый цвет. Кровотечение может быть незначительным или вообще отсутствовать. При повреждении веточек маточных артерий кровотечение может быть массивным, приводить к образованию гематом в парацервикальной и параметральной клетчатке, геморрагическому шоку.

Для диагностики разрывов шейки матки всем родильницам независимо от паритета родов необходимо проводить осмотр шейки матки с помощью зеркал сразу после родов.

Обнаруженный разрыв шейки матки зашивают сразу. Это необходимо для остановки кровотечения, профилактики развития послеродового параметрита, часто возникающего при не зашитом разрыве шейки матки. Незашитые разрывы могут проявить себя и в дальнейшей жизни женщины, приводя к истмико-цервикальной недостаточности и недонашиванию беременности, развитию воспалительных и предраковых заболеваний шейки матки.

Однако, из-за отека, обильных кровяных выделений, растяжения тканей шейки во время родов диагностика разрывов бывает затруднена. Поэтому некоторые авторы предлагают проводить осмотр шейки матки с иссечением некротизированных тканей и зашиванием разрывов через 6-24-48 часов после родов (отсроченные швы).

Обычно, на разрыв шейки накладывают отдельные узловые швы кетгутом через все слои ее стенки со стороны влагалища, начиная от верхнего угла разрыва по направлению к наружному зеву. При этом первый шов с целью гемостаза накладывают несколько выше начала разрыва.

В связи с плохими условиями для заживления (лохии, инфекция, отек и размозжение тканей) швы на шейке матки довольно часто заживают вторичным натяжением. Поэтому предлагают различные модификации швов на шейку матки (однорядные, непрерывные кетгутовые швы, двухрядные, отдельные кетгутовые швы), различный шовный материал (хромированный кетгут, викрил).

Ведение послеродового периода обычное. Специальный уход за шейкой матки не требуется.

РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ.
Разрывы промежности являются одним из самых частых осложнений родов, происходят у 7-15% родивших, причем у первородящих в 2-3 раза чаще, чем у повторнородящих. Этиология разрывов промежности разнообразна.

Причинами разрывов могут быть ригидность тканей у первородящих старше 30 лет, рубцы, оставшиеся после предшествующих родов, а также высокая промежность, крупный плод, прорезывание головки большим размером при разгибательных предлежаниях, заднем виде затылочного предлежания, оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция, извлечение плода за тазовый конец), анатомически узкий таз, быстрые и стремительные роды, неправильное оказание акушерского пособия (преждевременное разгибание и прорезывание головки плода).

Разрыв промежности может начинаться с задней или боковых стенок влагалища или с задней спайки с переходом на промежность и заднюю стенку влагалища. Травме промежности предшествуют признаки, свидетельствующие об угрозе ее разрыва значительное выпячивание промежности, ее цианоз вследствие венозного застоя, а затем - отек и блеск тканей и, при нарушении артериального кровотока, бледность кожных покровов. На коже промежности сначала могут появиться трещины, а затем произойдет разрыв. При наличии признаков угрозы разрыва промежности, чтобы избежать травмы, производят или ее срединный разрез - перинеотомию, или ее боковой разрез - эпизиотомию (срединную или латеральную), так как известно, что резаные раны заживают лучше рваных.

По клинической картине разрывы промежности можно разделить на самопроизвольные и насильственные, которые возникают вследствие технических погрешностей при оказании акушерского пособия и родоразрешающих операций.

По глубине повреждения травмы промежности делят на три степени:

разрыв промежности I степени - это нарушение целостности кожи и подкожной жировой клетчатки задней спайки;

разрыв промежности II степени - нарушены кожа промежности, подкожная жировая клетчатка, мышцы тазового дна, в том числе m.levator ani, задняя или боковые стенки влагалища;

разрыв промежности III степени - кроме вышеперечисленных образований происходит разрыв наружного сфинктера прямой кишки, а иногда и передней стенки прямой кишки.

Редко происходит центральный разрыв промежности, в результате чего плод рождается через образовавшееся отверстие, а не через половую щель.

Основным симптомом разрыва промежности является кровотечение.

Диагностируют разрывы при осмотре промежности и влагалища сразу после рождения последа.

Лечение разрывов промежности - это восстановление ее целостности путем наложения швов. Зашивание разрывов производят сразу после осмотра шейки матки и стенок влагалища при помощи зеркал в малой операционной. Разрывы I и II степени можно зашивать под местной инфильтрационной или ишиоректальной анестезией 0,5раствором новокаина, при разрывах III степени показано общее обезболивание.

Зашивание разрывов промежности I и II степени начинают наложением отдельного кетгутового шва на верхний угол раны стенки влагалища, затем отдельными кетгутовыми швами соединяют разорванные мышцы тазового дна, потом накладывают отдельные узловые или непрерывный кетгутовый шов на разрыв влагалища, отдельные узловые кетгутовые швы на подкожную жировую клетчатку промежности и отдельные узловые шелковые швы или косметический шов кетгутом на кожу промежности.

В послеоперационном периоде поверхность швов должна содержаться в чистоте. Область швов обтирают стерильными тампонами и обрабатывают раствором перманганата калия или настойкой йода. Туалет промежности проводят после каждого акта мочеиспускания или дефекации. На 5 день после операции родильнице дают выпить солевое слабительное и на 6 день после стула снимают шелковые швы с кожи промежности.

При разрывах промежности III степени сначала зашивают стенку прямой кишки отдельными узловыми швами (тонкий шелк, кетгут, викрил), после смены инструментов и перевязочного материала, перчаток, накладывают погружные отдельные кетгутовые швы на сфинктер прямой кишки, а затем восстанавливают целостность промежности в том же порядке, что и при разрывах I-II степени.

При разрывах промежности III степени в послеоперационном периоде родильница в течение 5 дней получает жидкую пищу (бульон, сырое яйцо, чай, соки) и вазелиновое масло. На 6 день после родов ей дают выпить слабительное и на 7 день снимают швы.

Вместе с промежностью нередко происходят разрывы малых и больших половых губ, тканей преддверья влагалища, которые могут сопровождаться кровотечением, особенно в области клитора. Все эти разрывы должны быть зашиты отдельными узловыми кетгутовыми швами. При наложении швов в области клитора возможно сильное кровотечение. Если разрыв расположен в области наружного отверстия уретры, то его зашивание надо производить после введения металлического катетера в мочевой пузырь.

РАЗРЫВЫ ВЛАГАЛИЩА.

Разрывы влагалища часто бывают продолжением разрывов промежности, но могут возникать самостоятельно. Разрывы влагалища могут быть самопроизвольными и насильственными. Первые возникают у женщин с недоразвитым коротким или узким влагалищем при быстрых родах или при клинически узком тазе и, обычно, являются продолжением разрывов других отделов родового канала. Большинство тяжелых повреждений влагалища являются насильственными. Насильственные повреждения влагалища возникают вследствие акушерских операций (акушерские щипцы, вакуумэкстракция плода и др.).

Разрывы влагалища могут располагаться в нижней, средней и верхней его трети. Повреждения могут быть поверхностными или проникать в клетчатку малого таза и даже в брюшную полость, вызывая образование гематом, массивное кровотечение, геморрагический шок.

Каждый разрыв влагалищной стенки сопровождается кровотечением. Поэтому стенки влагалища должны быть осмотрены при помощи зеркал даже при незначительном кровотечении.

Зашивание разрывов производят отдельными кетгутовыми швами. Глубокие разрывы влагалища, проникающие в околовлагалищную клетчатку, зашивать технически очень сложно, требуется хорошее знание анатомии, общее обезболивание.

При глубоких или множественных разрывах в послеоперационном периоде необходимо назначить антибактериальную терапию и влагалищные ванночки с дезинфицирующими растворами.

Нераспознанные повреждения влагалища заживают самостоятельно, но иногда они также могут инфицироваться, осложняя течение послеродового периода. При глубоких разрывах в будущем может возникнуть обезображивающее сужение влагалища, требующее сложного оперативного лечения.

ГЕМАТОМЫ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ВЛАГАЛИЩА.

Гематомы наружных половых органов и влагалища могут возникать во время беременности при падении, ударе. Однако чаще они возникают во время родов вследствие длительного или быстрого периода изгнания плода или при извлечении головки плода с помощью акушерских щипцов. Под воздействием травмы происходит растяжение и разрыв сосудов в глубине мягких тканей, поверхность которых остается неповрежденной. Изливающаяся из поврежденных сосудов кровь скапливается в тканях и рыхлой клетчатке, образуется гематома, размеры которой могут превышать головку новорожденного и более.

Клиническая картина характеризуется появлением сине-багровой опухоли в области наружных половых органов или влагалища, вход во влагалище расположен эксцентрично. Даже небольшие гематомы могут вызывать ощущение дискомфорта (чувство давления, распирания) и резкую боль. При больших или прогрессирующих гематомах развивается картина геморрагического шока. Гематомы могут распространяться вверх на клетчатку малого таза.

Мелкие гематомы чаще рассасываются самостоятельно. Возможно нагноение гематом. При прогрессировании гематом иногда нельзя избежать чревосечения.

Распознают гематомы при осмотре наружных половых органов и влагалища, а также при влагалищном исследовании.

Мелкие гематомы не вскрывают. Прогрессирующие гематомы и гематомы более 4-5 см в диаметре подлежат вскрытию с целью найти кровоточащий сосуд, чтобы наложить на него лигатуру, удалить сгустки крови, зашить рану наглухо. При признаках инфекции зашивание раны противопоказано.

ОСТРЫЙ ВЫВОРОТ МАТКИ.

Острый выворот матки возникает при неправильном ведении последового периода, вследствие слабости связочного аппарата матки, в случае ее атонии. Выворот матки может быть полным или частичным. Всегда сопровождается развитием болевого шока. Диагностика не представляет трудностей.

Лечение острого выворота матки заключается в немедленной противошоковой терапии и вправлении вывернутой матки на место под глубоким наркозом.

РАСТЯЖЕНИЯ И РАЗРЫВЫ СОЧЛЕНЕНИЙ ТАЗА.

У отдельных беременных имеет место чрезмерное размягчение сочленений таза (симфизит, симфизиопатия). При родах крупным или переношенным плодом, родоразрешающих операциях размягченные сочленения начинают растягиваться, лонные кости отходят друг от друга на значительное расстояние (более 0,5 см). При разрыве лонного сочленения может быть смещение лонных костей, повреждение мочеиспускательного канала, клитора, мочевого пузыря. При этом растягиваются и крестцово-подвздошные сочленения. В суставах образуются кровоизлияния, в последующем может быть воспалительный процесс. Клинически эти осложнения вызывают появление болей в области лонного сочленения, крестца, копчика на 2-3 день после родов, которая усиливается при разведении ног и ходьбе, нарушается походка. Могут появиться признаки воспаления в области травмы - гиперемия кожи, отек окружающих тканей.

Распознают повреждения сочленений таза при осмотре и пальпации области лонного сочленения и с помощью рентгенографии.

Лечение может быть консервативным (покой, тугое бинтование таза, корсеты).

При разрыве лонного сочленения или значительном расхождении костей таза требуется хирургическое вмешательство.

МОЧЕПОЛОВЫЕ И КИШЕЧНО-ПОЛОВЫЕ СВИЩИ.

Образование мочеполовых и кишечно-половых свищей после родов связано с неправильным ведением последних, особенно, при узком тазе. Свищи не опасны для жизни женщины, но являются тяжелым увечьем и делают ее инвалидом. Свищи образуются вследствие длительного стояния головки плода в одной плоскости (более 2 часов), в результате чего происходит нарушение кровообращения в окружающих тканях с последующим их некрозом. Образование свищей происходит на 6-7 день после родов, т.е. после выписки из родильного дома. Кроме того, свищи могут образоваться при заживлении зашитых травм промежности вторичным натяжением, при ранении мочевого пузыря и кишечника во время чревосечения.

Основное клиническое проявление свищей - это либо выделение мочи через влагалище вне акта мочеиспускания, либо выделение газов и жидкого кала, сопровождающиеся всегда местной воспалительной реакцией во влагалище.

Диагностируют мочеполовые свищи путем осмотра влагалища и шейки матки с помощью зеркал и цистоскопии, кишечно-половые - также при осмотре влагалища с помощью зеркал, пальцевого ректального исследования и при ректоскопии и ирригоскопии.

Мелкие влагалищно-прямокишечные свищи могут закрыться сами при соблюдении соответствующей диеты и гигиены. При не закрывшихся мочеполовых и кишечно-половых свищах необходимы пластические операции, которые являются довольно сложными и могут быть выполнены не ранее чем через 4-6 месяцев после родов.

Контрольные вопросы:

1. Причины разрывов матки.

2. Классификация разрывов матки.

3. Клиника угрожающего разрыва матки

4. Клиника начавшегося разрыва матки.

5. Клиника совершившегося разрыва матки

6. Лечение угрозы разрыва матки

7. Лечение начавшегося разрыва матки.

8. Лечение совершившегося разрыва матки.

9. Причины разрывов шейки матки.

10. Классификация разрывов шейки матки.

11. Методы зашивания разрывов шейки матки.

12. Классификация разрывов промежности.

13. Клиника угрозы разрыва промежности.

14. Техника зашивания разрыва промежности I-II степени

15. Техника зашивания разрыва промежности III степени

16. Ведение послеоперационного периода при разрывах шейки матки, влагалища и промежности.

17. Диагностика и лечение послеродовых гематом.

18. Диагностика, лечение и профилактика послеродовых свищей.

Задача № 1.

Беременная 30 лет, поступила в роддом в 18 час в связи с излитием околоплодных вод и началом родовой деятельности два часа тому назад. Из анамнеза выяснили, что в 1987 г. были роды. Масса ребенка 4500,0. Имела место упорная слабость родовых сил. С 1988 г. по 1995 г. - 5 искусственных абортов, без осложнений.

При поступлении АД 140/90 мм рт. ст., отеки нижних конечностей. Схватки через 3-4 мин по 50 сек, умеренной силы и болезненности. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение ясное, ритмичное 140 уд. в мин. Размеры таза нормальные. Подтекают светлые воды.

Предполагаемая масса плода 4500,0. Через 2 часа после поступления схватки оставались прежней силы, сердцебиение плода не менялось, Роженица начала тужиться. При наружном обследовании головка плода прижата ко входу в малый таз, нижний сегмент перерастянут, контракционное кольцо расположено косо, признак Вастена положительный.

Влагалищное исследование. Открытие шейки матки 6-7 см, края средней толщины, растяжимы. Головка плода прижата ко входу в малый таз. На головке родовая опухоль, малый родничок слева, большой - справа, стреловидный шов в поперечном размере. Подтекают светлые воды.

Диагноз? Что делать?

Задача № 2.

Беременная 25 лет поступила в роддом с доношенной беременностью с началом родовой деятельности. Из анамнеза выяснили, что 4 года назад у нее были нормальные роды, масса новорожденного 3500,0, длина 48 см., абортов не было. Гинекологические заболевания отрицает. В течение двух лет с целью контрацепции использовала ВМК, который извлекли без выскабливания стенок полости матки. Забеременела сразу.

Беременность протекала без особенностей. Размеры таза нормальные. Предполагаемая масса плода - 3800,0-4000,0. Родовая деятельность развивалась нормально. При открытии шейки матки 3-4 см излились светлые воды. Через 5 часов с начала родовой деятельности роженица пожаловалась на тянущие постоянные боли внизу живота слева. Сердцебиение плода - 100 уд. в мин., затем - аритмичное. Подтекают светлые воды. Роженица не мочится. Моча выведена по катетеру - 50 мл, окрашенная кровью.

Диагноз? Что делать?

Тема № 23

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ НЕСОВМЕСТИМОСТЬ МЕЖДУ МАТЕРЬЮ И ПЛОДОМ (на примере Rh-сенсибилизации и Rh-конфликта).
Продолжительность занятия - 90 минут.

Цель занятия: ознакомить студентов с современными методами ведения беременности, осложненной несовместимостью крови матери и плода по эритроцитарным антигенам на примере несовместимости по Rh-фактору, а также методы профилактики Rh-сенсибилизации при беременности Rh(+) плодом.

Ординатор должен знать: учение о группах крови, обезвреживающую функцию печени, вопросы эпидемиологии по данной проблеме, этиологию изоиммунизации, этиопатогенез гемолитической болезни плода и новорожденного (ГБП и ГБН), вопросы антенатальной и постнатальной диагностики, различные методы лечения плода и новорожденного, показания к проведению антенатальной и постнатальной профилактики изоиммунизации к Rh-фактору.

Ординатор должен уметь: собрать анамнез, касающийся изоиммунизации, оценить данные исследований (УЗИ, кардиомониторинг, цифры билирубина, Hb и Ht новорожденного), выбрать оптимальный срок и метод родоразрешения при различной выраженности ГБП, время амниоцентеза по данным титра антител в крови у матери и /или по данным анамнеза, определить необходимый объем вводимого анти D Rh, глобулина в зависимости от сроков прерывания беременности и от результатов пробы Клейхауэра-Бетке.

Место занятия: палата отделения патологии беременных, детское отделение, родильный блок, учебная комната.

Оснащение: видеозапись УЗИ во 2 и 3 триместрах, операции заменного переливания крови ребенку при билирубинемии, таблица "Тактика ведения беременности у женщин с Rh(-) кровью в целях профилактики, диагностики и лечения ГБН".

План организации занятия:

Организационные вопросы, обоснование темы- 10 мин.

Контроль исходного уровня знаний по теме занятий - 30мин.

Клинический разбор и осмотр беременных с Rh-конфликтной беременностью и новорожденных - 40 мин.

Подведение итогов и домашнее задание - 10 мин.

Содержание занятия А. Определение. Изоиммунизацией называют образование у матери антител (АТ) в ответ на попадание в ее кровяное русло плодовых эритроцитарных антигенов (АГ), наследуемых плодом от отца, или чужеродных АГ при гемотрансфузии. Степень иммунизации зависит от силы АГ и количества образовавшихся АТ.

1. Гемолитическая болезнь плода (ГБП) состояние плода, вызванное гемолизом эритроцитов, характеризующееся анемией, желтухой и увеличением числа бластных форм эритроцитов в кровяном русле.

2. Водянка плода - крайняя степень ГБП.

Б. Патофизиология. Эритроциты, с чужеродными АГ на своей поверхности, попадают в кровоток матер при предыдущей беременности и родах (обычно в III периоде родов) или, что бывает гораздо реже, при данной беременности. Фактором, способствующим такому переходу, считают оперативные акушерские манипуляции во время беременности. Результатом такого плодово-материнского кровотечения может стать изоиммунизация у матери. Трансплацентарный переход образующихся АТ в кровяное русло плода приводит к гемолизу эритроцитов плода, что, в свою очередь, приводит к анемии и гипербилирубинемии. Гибербилирубинемия не оказывает значительного влияния на состояние плода, так как, печень матери берет на себя функцию обезвреживания образующегося билирубина.

Гипербилирубинемия становится актуальной проблемой только после родов, чего нельзя сказать про анемию. Влияние анемии на состояние плода обусловлено тканевой гипоксией и сердечной недостаточностью. По данным вскрытий детей, умерших от ГБП и ГБН, наблюдали характерную водянку с вздутием живота и выраженным подкожным отеком. Всегда отмечалась выраженная анемия с преобладанием незрелых форм эритроцитов. При вскрытии обнаруживали асцит, чрезмерно увеличенные печень и селезенку; их нижние полюсы могли достигать гребня подвздошной кости. В обоих органах отмечали выраженный экстрамедуллярный эритропоэз, большое количество эритробластов. Все это приводит к нарушению нормальной анатомии. Полости сердца обычно расширены и его мышечная стенка гипертрофирована. Вдоль коронарных сосудов сердца можно обнаружить очаги эритропоэза. Часто выявляется гидроторакс.

В легких обнаруживают полнокровие и большое число эритробластов. В почках может быть выраженный эритропоэз, но они обычно нормальных размеров. В косном мозге отмечают полицитемию. Характерный вид и у плаценты: выраженный отек, увеличение размеров. Вес ее часто достигает 50 % от массы плода. Плацента и оболочки в большей или меньшей степени окрашены в желтый цвет из-за желчных пигментов, выделяемых почками плода. В ворсинах хориона - отек, стромальная гиперплазия, увеличение числа капилляров.

Несмотря на хорошо описанную картину патологических изменений, хронология процесса не совсем ясна. Сначала считали, что водянка - это следствие сердечной недостаточности, развившейся на фоне тяжелой анемии и гиперволемии плода, но сейчас стало известно, что у живорожденных детей с водянкой не отмечено ни значительной желудочковой недостаточности, ни гиперволемии. Более свежая точка зрения состоит в том, что асцит у плода - это результат гипертензии в портальной и пупочной венах из-за увеличения и анатомических изменений печени.

Вследствие эритропоэза в печеночной ткани одновременно развивается гипопротеинемия плода, как результат печеночной недостаточности и неспособности отечной плаценты обеспечивать нормальный перенос аминокислот и пептидов. Это, в свою очередь, ведет к нарастанию асцита и последующему генерализованному отеку.

С разработкой методики кордоцентеза стало возможным пролить свет на некоторые особенности патофизиологии водянки. Действительно, у пораженных плодов часто обнаруживают гипопротеинемию и гипоальбуминемию, а у плодов с водянкой это обязательная находка. Эти данные доказывают, что гипопротеинемия играет главную роль в генезе водянки плода. Выявлено, что водянка не развивается до тех пор, пока уровень Hb у плода не снижается менее 40 г/л. Средний уровень Ht при водянке составляет 10,2.

В. Эпидемиология. Анти-D (Rh) иммунизация наиболее частая причина ГБП. Частота встречаемости Rh(-) индивидуумов среди белого населения Европы и Америки составляет в среднем 15 %, среди африканцев - 5-8 %, среди американских индейцев менее 3 %, у латиноамериканцев - 5-10 %. Особо следует отметить народность басков, среди которых частота Rh(-) индивидуумов превышает 30 %. У монголоидов Rh(-) кровь практически не встречают. Частота Rh(-) индивидуумов у индоевропейцев равна 2 %. Вероятность рождения у Rh(-) женщины Rh(+) ребенка от Rh(+) мужа составляет 70 %. У женщин белой расы вероятности несовместимости в браке по D-АГ составляет 10 %, а у женщин негроидной расы - 5 %. Вероятность изоиммунизации у D(-) женщин после беременности D(+) плодом составляет менее 20 %.

Благодаря широкому применению D Iga в целях профилактики, частота Dсенсибилизации значительно снизилась по сравнению с недалеким прошлым. Сегодня на первое место в роли этиологического фактора изоиммунизации и гемолитической болезни новорожденного (ГБН) вышли другие эритроцитарные АГ (см. Табл.1)

1. В системе CDE (Rh) антигенов АГ-Е занимает, после АГ-D, первое место по способности вызывать ГБП. Наиболее часто обнаруживаемые АТ, не считая АТ-D, - это АТ против АГ системы Lewis. Эти АТ относят к холодовым агглютининам, преимущественно из группы IgM. Их экспрессия на фетальных эритроцитах выражена незначительно, поэтому они не вызывают ГБП.

2. АТ к Kell-АГ образуются в ответ на трансфузию Kell(-) пациентке Kell(+) крови. АТ-Kell могут быть причиной выраженной ГБП. Около 90 % населения планеты - Kell(-), поэтому вероятность ГБП невысока. К более редким АГ, способным вызвать изоиммунизацию и ГБП относят АГ Duffy, Kidd, MNSs, Lutheran, Diego, Xg, Public и Private. Атипичные АТ обнаруживают приблизительно у 2 % женщин при скрининговом обследовании. Только незначительная часть из этих АТ может стать причиной ГБП.

3. В 20-25 % всех случаев беременности имеет место несовместимость матери и плода по системе АВО (60 % всех случаев ГБН). Только в 1 % всех случаев ГБН требуется заменное переливание крови. Обычно в 1ые 24 часа после родов у новорожденных - умеренная анемия и легкая или умеренная степень гипербилирубинемии. Несовместимость по системе АВО чаще всего отмечают при сочетании O(I) группы крови матери и A(II) или B(III) группы крови новорожденного. Ситуация может повторяться при последующих беременностях.

Г. Этиология. Изоиммунизация развивается в ответ на плодово-материнское кровотечение, при котором в кровяное русло матери попадает достаточное количество фетальных эритроцитов, или в ответ на переливание крови, несовместимой по данному АГ. Вероятность изоиммунизации прямо пропорциональна количеству несовместимой крови, попавшей в кровяное русло матери. Необходимым минимальным количеством крови, способным вызвать D-изоиммунизацию, считают 0,1 мл.

Д. Дифференциальный диагноз. При выявлении водянки плода при проведении УЗИ, можно предположить ГБП вследствие D-изоиммунизации, или вследствие некоторых других причин. При отсутствии АТ к эритроцитарным АГ применяют термин неиммунная водянка плода (НИВП). Частота НИВП составляет 1:2500-3500 родов.

В 25 % случаев причины НИВП - хромосомные аномалии плода, в 18 % всех случаев множественные пороки развития плода (чаще всего пороки сердца). Сердечная аритмия у плода (например, суправентрикулярная аритмия) также может служить причиной НИВП.

Е. Перинатальная заболеваемость и смертность. Тяжесть ГБП при последующих беременностях обычно возрастает. Картина гемолиза и водянки плода обычно разворачивается в том же сроке, что и при предыдущей беременности или раньше.

Выживаемость плодов и новорожденных в современных условиях составляет более 80 %, благодаря внедрению в клиническую практику современных технологий трансфузии и интенсивного ведения новорожденных.

Ж. Материнская заболеваемость и смертность. Не отличается от уровня в общей популяции беременных.

ДИАГНОСТИКА.
А. Анамнез.
1. Наличие в анамнезе мертворождений в сочетании с водянкой плода или рождение живого плода с признаками водянки требует проведения соответствующего иммунологического обследования при данной беременности.

Причины неадекватной анти Rh-профилактики при предыдущей беременности могут быть следующие:

не было сведений о Rh-принадлежности женщины на ранних этапах беременности при угрожающем аборте с кровотечением, D Ig или не назначался или не был введен своевременно, в. введенная доза D Ig оказалась недостаточной, женщина отказалась от введения ей D Ig (на религиозной почве или по другой причине), у беременной, ее ребенка или мужа неправильно определена Rh принадлежность.

2. Если выявлена Du принадлежность крови, беременную следует вести как D(+).

Б. Осмотр. При физикальном исследовании может обратить на себя внимание только несоответствие высоты дна матки сроку беременности из-за возможного многоводия.

При УЗИ можно также выявить другие признаки ГБП.

В. Основные этапы диагностического процесса.

1. Необходимо пренатальное определение группы крови и скрининг на АТ, способные вызвать ГБП. Затем следует определить группу крови и Rh принадлежность у мужа (полового партнера), а также, по возможности, его генотип (гетеро-, гомозиготность). При невозможности проведения этого исследования следует считать, что отец ребенка - Rh(+).

2. Если беременная сенсибилизирована к другим АГ (не Rh-АГ), ее беременность следует вести по той же схеме, что и при D- изоиммунизации. Исключением будут только случаи Kell- изоиммунизации, т.к. результаты спектрофотометрии слабо коррелируют с тяжестью анемии плода. Случаи Kell- изоиммунизации требуют от врача более агрессивного ведения беременности.

3. Титр сывороточных АТ у матери.

при титре 1:16 у женщины, иммунизированной при данной беременности, риск развития ГБП невысок. Риск развития ГБП при последующих беременностях при данном титре АТ возрастает. Критические уровни титра АТ по другим системам эритроцитарных АГ не так четко определены.

после 16-18 недель беременности титр АТ следует определять через каждые 2-4 недели. Сыворотку, оставшуюся от предыдущего теста, следует сохранять в качестве контроля. Это позволяет повысить точность теста.

Проведения амниоцентеза исключает необходимость повторного тестирования на титр АТ.

УЗИ позволяет точно диагностировать степень поражения плода при выраженной форме ГБП. При легкой или умеренной степени ГБП характерных ультразвуковых признаков можно не обнаружить.

у беременных с титром АТ (1:4, 1:8) бывает достаточным проведение повторного УЗИ для подтверждения удовлетворительного состояния плода (вероятность развития водянки или многоводия невысока).

у беременных с более высоким титром АТ и сенсибилизированных при предыдущей беременности слежение за состоянием плода состоит в сочетании УЗИ со спектрофотометрией околоплодных вод на OD450. При умеренной или тяжелой форме ГБП может иметь место многоводие, гидроперикард и кардиомегалия. При тяжелой форме ГБП УЗИ применяют в динамике для слежения за изменениями в состоянии плода, за нарастанием или исчезновением признаков ГБП.

К ультразвуковым маркерам ГБП относят:утолщение плаценты до 50 мм при умеренной или тяжелой форме ГБП. Структура плаценты - гомогенная, многоводие (индекс амниотической жидкости (ИАЖ) 24) при легкой и умеренной форме ГБП нехарактерно. Сочетание многоводия и водянки говорит о неблагоприятном прогнозе, гидроперикард - один из самых ранних признаков ГБП, увеличение размеров сердца сопутствует нарастанию сердечной недостаточности при тяжелой форме ГБП. При отношении диаметра сердца к диаметру грудной клетки больше 0,5 правомочен диагноз кардиомегалии, обнаружение асцита свидетельствует о наличии выраженной степени ГБП, гепатоспленомегалия развивается вследствие усиленного экстрамедуллярного эритропоэза, отек подкожно-жировой клетчатки, особенно выраженный на головке плода.

5. Исследование околоплодных вод способствует уточнению степени поражения плода. Продуктом распада фетальных эритроцитов является билирубин. Он выделяется почками и легкими плода, попадая в околоплодную среду и пропитывая плодные оболочки. В 1961 году Liley указал на высокую степень корреляции между уровнем билирубина в околоплодных водах и исходом для плода.

Полученную при амниоцентезе жидкость исследуют методом спектрофотометрии, определяя степень поглощения на волне 450 нм (OD450), сравнивая полученные результаты с нормативной шкалой Liley. Точность анализа снижается при попадании в околоплодные воды мекония или крови. Для устранения этого артефакта применяют предварительную обработку амниотической жидкости хлороформом. График Liley довольно информативен при проведении теста после 26 недель беременности.

6. Еще более точную информацию о состоянии плода может дать непосредственное исследование фетальной крови, полученной при кордоцентезе. Это позволяет, в частности, определить Rh принадлежность крови плода. Если плод оказывается D(-), дальнейшее проведение комплексного исследования не требуется. Еще более перспективным является применение метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) с той же целью - определение Rh (D) статуса плода, т.к. отпадает необходимость проводить такое сложное и потенциально опасное исследование как кордоцентез.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ.
А. У беременной с не осложненным акушерским анамнезом и титром АТ 1:16, выявленным до 26 недель беременности, показан амниоцентез с последующей спектрофотометрией.

1. Если OD450 соответствует I зоне по Liley, это свидетельствует о том, что плод или Rh(-) или имеется слабая степень ГБП.

2. Уровень OD450, соответствующий середине II зоны по Liley, указывает на вероятность средней или тяжелой формы ГБП. В этой ситуации обычно показано досрочное родоразрешение. Окончательное решение принимают после определения зрелости легких плода, "биофизического профиля", проведения КТГ, получения данных о нарастании уровня билирубина, учета данных акушерского анамнеза, определения состояния шейки матки по шкале Бишопа (Хечинашвили).

3. При OD450 = верхней части II зоны требуется проведение кордоцентеза или повторный амниоцентез через одну неделю,

4. При OD450 = III зоне или выявлении водянки плода при УЗИ требуется или экстренное родоразрешение или внутриматочная гемотрансфузия плоду. План ведения зависит от срока беременности, состояния плода и уровня неонатальной службы в данном учреждении.

Б. У пациентки с отягощенным акушерским анамнезом или титром АТ 1:16 в сроке до 26 недель - требуется УЗИ. Для решения вопроса о дальнейшем ведении беременности - консультация перинатолога. При выявлении тяжелого поражения плода показан кордоцентез для определения Ht и антигенного статуса плода, особенно, если отец гетерозиготен по данному АГ.

1. При выявлении анемии может быть проведена внутриматочная интраваскулярная гемотрансфузия плоду уже при первичном кордоцентезе.

2. При отсутствии анемии дальнейшая тактика ведения беременности будет зависеть от акушерского анамнеза и данных УЗИ.

В. При выраженной анемии, выявленной во II и III триместрах беременности, показана внутриматочная гемотрансфузия. Интраперитонеальная или интраваскулярная трансфузии может понадобиться даже в 18 недель беременности. Применение интраваскулярной трансфузии значительно повысило уровень выживаемости у тяжело пораженных плодов (до 86,1 %).

ПРОФИЛАКТИКА D- ИЗОИММУНИЗАЦИИ.

А. Для снижения перинатальной заболеваемости и смертности от ГБП следует выделять среди беременных группу риска и правильно осуществлять программу по анти-D-профилактике.

Б. При каждой беременности следует пренатально определять АВО и Rh принадлежность. У D(-) беременных с отрицательным тестом на АТ скрининговое исследование на АТ повторяют в 28 недель беременности. Беременным с отрицательным тестом на АТ в 28 недель показано плановое назначение D Ig.

В. После абортов (искусственных и самопроизвольных) и внематочной беременности вероятность D-сенсибилизации составляет в среднем 4 - 5 %. Необходимая доза D Ig до 13 недель составляет 50 мг, а при более поздних сроках - 300 мг. Иммуноглобулин следует ввести в первые 72 часа после предполагаемого плодово-материнского кровотечения.

Г. Биопсия ворсин хориона может стать причиной материнско-плодового кровотечения, поэтому при этом также показано назначение 50 мг D Ig.

Д. Амниоцентез также может стать причиной D-сенсибилизации. При его проведении у D(-) несенсибилизированных беременных применяют стандартную дозу D Ig (300 мг), если перед этим D-профилактика не проводилась. Но это не исключает необходимость проводить послеродовую профилактику. Если родоразрешение предполагают в ближайшие 48 часов после амниоцентеза, профилактику можно провести после родов, т.е. после определения Rh принадлежности новорожденного.

При рождении Rh(+) ребенка в первые 21 день от введения D Ig у родильницы следует провести непрямую реакцию Кумбса. Положительный тест говорит о достаточном количестве АТ в кровеносном русле. Если тест отрицательный и если в родах предполагалось массивное плодово-материнское кровотечение, следует вводить дополнительную дозу D Ig. Иногда у новорожденного может быть положительная прямая реакция Кумбса из-за трансплацентарного проникновения Rh Ig.

Е. При кордоцентезе у D(-) несенсибилизированной беременной следует определить Rh принадлежность плода. Если плод D(+) или определить Rh принадлежность не удалось, матери вводят 300 мг D Ig.

Ж. При маточном кровотечении у D(-) несенсибилизированной беременной необходимо введение D Ig. Для определения величины плодово-материнского кровотечения проводят пробу Kleihauer-Betke или Rosette. Если в кровяное русло матери попало более 15 мл фетальных эритроцитов, требуется введение дополнительного количества D Ig. Показано проведение непрямой реакции Кумбса спустя 72 часа после введения Ig для выявления свободного D Ig.

1. 20 мг D Ig нейтрализуют примерно 1 мл D(+) эритроцитов (т.е. 300 мг D Ig достаточно для нейтрализации 15 мл плодовых эритроцитов).

_ _ _

Контрольные вопросы:

1. Связь меду гемолизом и билирубинемией.

2. Что необходимо иметь для определения группы крови?

3. Где происходит обезвреживание непрямого билирубина, и каким образом?

4. Может быть у ребенка 0(I) группа крови если у отца и матери ребенка B(III) группа крови?

5. В чем разница между гемосорбцией и плазмаферезом?

6. Чем можно объяснить физиологическую желтуху у новорожденного?

7. Три формы гемолитической болезни новорожденного.

8. Что можно сказать о группе крови человека, если агглютинация произошла во всех четырех стандартных сыворотках (по системе АВ0).

9. На чем основана проба Клейхауэра-Бетке?

10. Почему иммуноглобулин класса G может проникать через плаценту?

11. Какова цель внутриутробной гемотрансфузии плоду?

12. Кому, когда, как и с какой целью вводят анти D Rho иммуноглобулин?

13. Какую дозу анти D Rho иммуноглобулина следует применить при попадании в кровоток матери 20 мл крови плода?

14. Является ли постнатальная профилактика 100% эффективной? Если нет, то почему?

15. С какого срока беременности при аборте необходимо проводить Rhпрофилактику?

16. При каком способе искусственного прерывания беременности больше вероятность иммунизации (при кюретаже или вакуумэкскохлеации)?

17. Объясните термин "ядерная желтуха".

18. Кровь какой группы можно применять для внутриутробной трансфузии плоду при Rh-конфликте?

19. На чем основан эффект фототерапии?

20. Смысл применения фенобарбитала или зиксорина при ГБН?

Задача № 1.

Первобеременная 24 лет обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 12 недель. Группа крови - A(II), Rh (-) (паспортные данные).

Обследование. Тактика врача.

Задача № 2.

Повторнобеременная 32 лет направлена в отделение патологии беременных с диагнозом: беременность 35-36 недель. Резус-конфликтная беременность (титр АТ 1:32).

Тактика врачей стационара.

Тема № 241 - ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИII - ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ.

Продолжительность занятий - 180 минут.

Цель занятия: ознакомить студентов с проблемой перенашивания и недонашивания беременности.

Студент должен знать: 1) диагностику переношенной беременности, дифференциальный диагноз между переношенной и пролонгированной беременностью, тактику ведения, осложнения во время беременности и родов со стороны матери и плода, признаки перезрелости плода и новорожденного, 2) причины, диагностику, лечение, методы родоразрешения при недонашивании беременности в зависимости от клинического течения и сроков

прерывания, признаки недоношенности, незрелости плода, осложнения для матери и плода во время беременности, в родах, профилактику.

Студент должен уметь: определить срок родов, составить план комплексной подготовки к родам, интерпретировать данные УЗИ и кольпоцитограмм при переношенной и недоношенной беременности, стадии преждевременных родов, методы и сроки родоразрешения.

Место занятий: отделение патологии беременности, родильный блок и отделение новорожденных.

Оснащение: схемы родовозбуждения, лечения преждевременного прерывания беременности.

План организации занятия Обоснование темы занятия, организационные вопросы - 10 мин.

Контроль исходного уровня знаний по теме - 40 мин.

Клинический разбор историй родов, осмотр беременных в отделении патологии, работа студентов в родильном блоке и отделении новорожденных мин.

Итоги занятия, домашнее задание - 10 мин.

Содержание занятия.

ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ
Переношенная беременность является проблемой, представляющей большой научный и практический интерес в акушерстве. Актуальность ее объясняется большим числом осложнений в родах, высокой перинатальной смертностью.
Научный подход к проблеме перенашивания беременности определился к 1902 г., когда впервые Беллентайн, а затем Рунге (1948) описали признаки перезрелости у новорожденного, и этот синдром получил название Беллентайна-Рунге.

В современном акушерстве различают истинное (биологическое) перенашивание беременности и мнимое (хронологическое) или пролонгированную беременность.

Истинно переношенной следует считать беременность, которая продолжается более 10-14 дней после ожидаемого срока родов (290-294 дня). Ребенок рождается с признаками перезрелости и жизнь его находится в опасности. Обычно в этих случаях в плаценте определяют петрификаты, жировое перерождение и др.

Пролонгированной, или физиологически удлиненной, следует считать беременность, которая продолжается более 294 дней и заканчивается рождением доношенного, функционально зрелого ребенка без признаков перезрелости и опасности для его жизни.

Этиология и патогенез переношенной беременности:

Перенесенные ранее детские инфекционные заболевания, а также экстрагенитальные заболевания, которые могут являться преморбидным фоном для перенашивания.

Инфантилизм.

Эндокринные заболевания.

Психические травмы.

Гестозы (поздние).

Неправильные положения плода и вставления головки.

Нарушения гипофизарно-надпочечниковой системы плода, а не просто старение плаценты. Чаще встречаются пороки развития плода. Некоторые авторы считают, что перенашивание беременности связано с нарушением механизма возникновения родов.

Ведущее значение в нейрогуморальной регуляции функционального состояния матки, включая и родовую деятельность, имеет гипоталамус и структуры лимбического комплекса, в первую очередь миндалевидные ядра и корковые образования, расположенные в височных долях больших полушарий. В наступлении беременности, ее течении, развитии и характере родовой деятельности большая роль принадлежит эстрагенам, гестагенам, кортикостероидам, хорионическому гонадотропину, некоторым тканевым гормонам (ацетилхолину, катехоламинам, серотонину, кининам, гистаминам, простагландинам), энзимам, электролитам, микроэлементам и витаминам.

На основании исследований многих авторов было установлено, что при нормальной беременности наблюдают нарастание уровня эстрогенов вплоть до конца беременности. Уровень эстриола нарастает особенно быстро после 32 недель беременности. Установлено, что эстрон и эстриол играют важную роль в подготовке организма беременной к родам. Самая высокая концентрация эстрогенов во время родов. Большинство авторов считают, что уровень эстрогенов играет важную роль в наступлении родов, но не являются пусковым фактором этого процесса. Синтез эстриола осуществляет фетоплацентарная система. Он начинается с дегидроэпианандростерона (ДГЭА) в надпочечниках плода, который в его печени гидролизуется в 16 ДГЭА, а в плаценте превращается в эстриол. Только небольшое количество ДГЭА и 16 ДГЭА образуется в организме матери.

Установлено, что аномалии развития плода, особенно ЦНС с выраженными поражениями надпочечников ведут к перенашиванию беременности. Таким образом, можно сделать вывод, что причина переношенной беременности нередко связана с плодом и плацентой, а не с первичной инертностью матки.

Изменения, наблюдаемые в плаценте при переношенной беременности, по видимому, являются вторичными. Однако в дальнейшем они могут играть важную роль в стероидогенезе, состоянии плода и возникновении родовой деятельности.

Развивающаяся плацентарная недостаточность приводит к нарушению обмена веществ у плода. Ввиду существования такой тесной связи плода и плаценты, снижение жизнеспособности плода отрицательно отражается на функции плаценты. Так создается круг патологических процессов, присущих переношенной беременности.

Клиника и диагностика переношенной беременности.

Срок беременности и родов определяют по следующим данным:

По дате последней менструации (280 дней).

По оплодотворению (268-275 дней).

По овуляции (266 дней).

По первому шевелению.

По первой явке в женскую консультацию.

По формуле Жорданиа, Скульского и др.

УЗИ.

Данные акушерского обследования:

Уменьшение объема живота на 5-10 см, обычно после 290 дня (дегидратация);

Снижение тургора кожи беременной;

Снижение массы тела беременной на 1 кг и более;

Уменьшение лонно-мечевидного расстояния (при переношенной беременностипролонгированной-35 см; доношенной-34 см);

Увеличение плотности матки, что обусловлено уменьшение количества вод и ретракции мускулатуры матки;

Маловодие. Ограничение подвижности плода, охватывание маткой. При влагалищном исследовании - увеличение плотности костей черепа, узость швов и родничков;

Изменение характера сердечных тонов плода при аускультации (изменение звучности, частоты ритма) неспецифичны для переношенной беременности, а скорее свидетельствуют о гипоксии плода, обусловленной плацентарной недостаточностью;

Выделение из молочных желез в конце беременности молока, вместо молозива;

Частое наличие "незрелой" шейки матки.

К числу клинических симптомов перенашивания, обнаруженных после родов, относят признаки перезрелости (переношенности) плода и макроскопические изменения плаценты.

К признакам переношенности ребенка относят: темно-зеленую окраску кожи, плодных оболочек, пуповины, мацерацию кожи (у живого ребенка), особенно на руках и стопках (банные стопы и ладони); уменьшение сыровидной смазки, уменьшение подкожной жировой клетчатки и образование складок, снижение тургора кожи (старческий вид ребенка); крупные размеры ребенка (реже гипотрофия), длинные ногти пальцев рук, плохо выраженную конфигурацию головки, плотные кости черепа, узкие швы и роднички. Плод можно считать переношенным (перезрелым), если имеется сочетание хотя бы 2-3 указанных признаков.

Оценка перезрелости плода по Clifford (1965.) I степень. Новорожденный сухой, но нормального цвета кожа. Сыровидная смазка выражена плохо. Околоплодные воды светлые, но количество их уменьшено.

Общее состояние новорожденного удовлетворительное.

II степень. Сухость кожных покровов выражена сильнее, имеются явления гипотрофии плода. Околоплодные воды, а также пупочный канатик, кожа новорожденного окрашены меконием в зеленый цвет. Перинатальная смертность детей при II степени перезрелости высокая.

III степень. Околоплодные воды желтого цвета. Кожа и ногти новорожденного имеют желтую окраску. Эти признаки более глубокой гипоксии, но смертность среди этих детей меньше.

Данные лабораторных и специальных методов исследования.

ФОНО- И ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАФИЯ плода позволяет косвенно судить о состоянии переношенного плода (монотонность, изоритмия, является одним из главных показателей гипоксии плода.).

Было установлено, что наибольшее количество амниотической жидкости наблюдают в 38 недель беременности, а затем ее количество быстро уменьшается (в среднем на 145 мл за неделю), достигая к 43 неделе беременности 244 мл. Уменьшение количества амниотической жидкости считают признаком дисфункции плаценты и биологического перенашивания беременности.

АМНИОСКОПИЯ
Малое количество околоплодных вод;
Обнаружение мекония;

Малое количество или отсутствие сыровидной смазки;

Определение степени отслаиваемости оболочек нижнего полюса плодного пузыря от стенок матки, как показатель готовности организма матери к наступлению родов. При отслойке на 4 см и более роды наступают в течение 48 часов, а при меньшей площади отслойке оболочек, значительно позже.

АМНИОЦЕНТЕЗ
На основании физико-химических и биохимических показателей амниотической жидкости можно судить о состоянии плода и степени его зрелости.
Осмотическое давление при переношенной беременности снижено (в норме 250 моем/кг);

Концентрация креатинина в амниотической жидкости возрастает;

Величина концентрации мочевины в амниотической жидкости более 3,8 ммоль/л указывает на перенашивание;

При перенашивании концентрация общего белка в околоплодных водах на 5-% выше, чем при доношенной и пролонгированной беременности;

Отношение лецитина к сфингомиелину меньше 1 характерно для недозрелого плода, превышающее 2 наблюдают с 33 до 40 недели беременности, а выше при перенашивании. Этот тест является важным показателем зрелости легких плода; (л.с. до 40 нед. 2:1; при перенашивании – 4:1) Концентрация глюкозы при переношенной беременности (0,63 ммоль/л), что на 40% ниже, чем при доношенной и пролонгированной беременности;

Содержание эстрогенов в амниотической жидкости. При переношенной беременности концентрация эстриола снижается до 3159 нмоль/л, при доношенной беременности 4975 нмоль/л.

ЭКСКРЕЦИЯ ЭСТРИОЛА В МОЧЕ БЕРЕМЕННОЙ
Нижняя граница допустимой эстриолурии - 41,62 мкмоль/сутки. Так при уровне эстриола в моче 41,62 мкмоль/сутки и выше - состояние плода хорошее, ближайший прогноз благоприятен, При эстриолурии от 41,62 до 13,87 мкмоль/сутки прогноз сомнителен; уровень ниже 10,40 мкмоль/сутки характерен для внутриутробной гибели плода.
ЦИТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛАГАЛИЩНЫХ МАЗКОВ ценный метод диагностики, с успехом применяют не только для распознавания перенашивания беременности, но и для оценки функционального состояния плода и плаценты. Цитологическим признаком перенашивания беременности следует считать пролонгирование III-IV цитотипа влагалищного мазка (КПИ 40%).

УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ - наиболее объективный метод исследования. К характерным ультразвуковым признакам переношенной беременности относят: уменьшение толщины плаценты, ее кальциноз, резкая дольчатость, жировое перерождение и увеличение размеров, маловодие, отсутствие нарастания бипариетального размера головки плода, утолщение костей черепа, более крупные размеры плода.

Для установления переношенной беременности биохимические, гормональные и инструментальные исследования следует проводить в динамике с интервалом в 24-48 часов.

Схема обследования беременных:

определение срока беременности по данным анамнеза и формулам Негеле, Скульского, Жорданиа и календарю беременности и др.;

наружное обследование (высота дна матки, окружность живота и др.) и внутреннее ("зрелость шейки матки, плотность частей черепа, состояние швов и родничков у плода) акушерское обследование;

фоно- и электрокардиография плода;

амниоскопия;

ультразвуковое сканирование;

кольпоцитология;

определение уровня эстрогенов, особенно эстриола и прогестерона (прегнандиола) в моче, амниотической жидкости;

определение концентрации плацентарного лактогена, хорионического гонадотропина, кортикостероидов и -фето-протеины;

амниоцентез с последующим исследованием амниотической жидкости (молочная кислота, глюкоза, креатинин, общий белок, лецитин/сфингомиелин, активность ЛДГ и ТЩФ, цитология и др.);

функциональные пробы (окситоциновый тест, атропиновый тест, нестрессовый тест, кардиотокография и др.).

Запоздалые роды переношенным плодом, как правило, имеют следующие осложнения:

преждевременное и раннее излитие вод;

аномалии родовой деятельности;

затяжные роды;

хроническая гипоксия плода, асфиксия и травма новорожденного;

клинически узкий таз (из-за плохой конфигурации головки);

роды вызывают искусственно;

послеродовые инфекционные заболевания Возникновение гипоксии плода в родах при перенашивании беременности способствую следующие факторы:

Нарушение маточно-плацентарного кровообращения в связи с функциональноморфологическими изменениями в плаценте.

Предшествующая хроническая внутриутробная гипоксия, снижающая резервные возможности переношенного плода.

Пониженная адренокортикальная функция плода.

Большая чувствительность переношенного плода к кислородной недостаточности в родах вследствие повышенной зрелости ЦНС.

Пониженная способность головки плода к конфигурации из-за выраженной плотности костей черепа и узости швов и родничка.

Крупные размеры плода.

Преждевременное излитие вод с последующей ретракцией матки.

Частые нарушения сократительной способности матки.

Возбуждение или стимуляция родовой деятельности матки, приводящие к нарушению маточно-плацентарного кровообращения.

Частые оперативные вмешательства в родах.

В послеродовом периоде нередко были кровотечения в результате гипотонии или атонии матки и травматических повреждений мягких родовых путей, инфекционные заболевания.

Ведение беременности и родов при переношенной беременности.

Хотя еще встречаются сторонники консервативной тактики ведения родов при переношенной беременности, все-таки основная масса акушеров-гинекологов придерживается активной тактики ведения родов, при которой перинатальную смертность удалось снизить в 2-3 раза. Особое внимание при наблюдении в женской консультации должно быть уделено беременным, угрожаемым по перенашиванию беременности. При сроке беременности более 40 недель рекомендуют госпитализацию в стационар для уточнения срока беременности и состояния плода. Вопрос о родоразрешении решают в зависимости от многих факторов: "зрелость" шейки матки, состояние плода, сопутствующая патология и др. К консервативным методам родовозбуждения относят не медикаментозные (электроанальгезия, физиотерапевтический метод, акупунктура и др) и медикаментозные (негормональная подготовка шейки матки в течение 5 дней и ускоренная во время родов). С целью возбуждения и стимуляции родовой деятельности вводят окситоцин или простагландины. К хирургическим методам родовозбуждения относят амниотомию. В настоящее время чаще используют комбинированный метод родовозбуждения. В акушерской практике обычно комбинируют медикаментозный метод родовозбуждения с хирургическим или же хирургический с медикаментозным. При безуспешности использования комбинированного метода родовозбуждения роды приходится заканчивать абдоминальным кесаревым сечением. Кесарево сечение производят в плановом порядке в совокупности с другими относительными показаниями (незрелость шейки матки, экстрагенитальная и акушерская потология, не эффективная негормональная подготовка шейки матки, возраст первородящей и др.).

Контрольные вопросы:

1. Истинно переношенная беременность.

2. Пролонгированная беременность.

3. Признаки перезрелости плода

4. Ведение беременности и родов при переношенной беременности.

5. Комплексы дородовой подготовки.

6. Схема родовозбуждения.

Задача № 1.

Первородящая 30 лет поступила в отделение патологии беременных при сроке беременности 41-42 недели. При УЗИ: плод в головном предлежании, с/б +, выраженное маловодие, плацента III степени зрелости с петрификатами. При влагалищном исследовании: шейка матки «незрелая».

Диагноз? План ведения.

Задача № 2.

Беременная 26 лет поступила в отделение патологии беременных. Срок беременности 41-42 недели по всем данным. По данным УЗИ - маловодие, III степени зрелости плаценты,

по КТГ - состояние плода удовлетворительное. При влагалищном исследовании шейка матки «зрелая».

Диагноз? План ведения.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ (НЕДОНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ)
Содержание занятия.
Недонашиванием беременности считают самопроизвольное прерывание ее до 37 недель Прерывание беременности до 16 недель - это ранние самопроизвольные выкидыши, от 16 недель до 28 недель - поздние самопроизвольные выкидыши, от 28 недель до 37 недель - преждевременные роды.

Этиологические факторы недонашивания беременности сложны и многообразны. Это создает значительные трудности в диагностике, выборе методов лечения и профилактике недонашивания беременности. Под термином "привычный выкидыш" многие акушеры-гинекологи понимают прерывание беременности 2 и более раз.

Основные причины прерывания беременности:

1. Генетические;

2. Нейро-эндокринные (гиперандрогения надпочечникового генеза, гиперандрогения яичникового генеза, нарушения функции щитовидной железы и др.);

3. Инфекционные заболевания женских половых органов, общие инфекционные заболевания;

4. Аномалии развития женских половых органов;

5. Генитальный инфантилизм;

6. Миома матки;

7. Экстрагенитальные неинфекционные заболевания матки;

8. Осложненное течение беременности;

9. Истмико-цервикальная недостаточность.

Генетические заболевания. Важную роль в этиологии самопроизвольных выкидышей в ранние сроки беременности играют хромосомные нарушения, приводящие к гибели эмбриона. Так до 6 недель беременности частота хромосомных нарушений составляет 70%, в 6 - 10 недель - 45% и до 20 недель - 20%. При цитологическом исследовании выявляют различные варианты хромосомных аберраций (трисомия, моносомия, транслокация и др.). Большинство хромосомных нарушений наследственно не обусловлены и возникают в гаметогенезе родителей или на ранних стадиях деления зиготы.

Нейро-эндокринные заболевания. В случае развития гиперплазии сетчатой зоны коры надпочечников или образования в ней опухоли, которая ведет к атрофии других слоев надпочечников, адреногенитальный синдром может сочетаться с болезнью Аддисона. При гиперплазии сетчатой и пучковой зоны коры надпочечников развиваются адреногени-

тальный синдром и синдром Кушинга. Такие тяжелые поражения коры надпочечника для недонашивания не характерны.

Стертые формы синдрома Кушинга могут быть причиной недонашивания беременности. Синдром Кушинга развивается, как следствие гиперплазии пучковой зоны коры надпочечников и, так же как адреногенитальный синдром, может быть обусловлен гиперплазией или опухолью.

При недостаточности надпочечников (болезнь Аддисона) также отмечают высокую частоту ранних и поздних выкидышей.

Из всех заболеваний, которые сопровождаются гиперандрогенией яичникового генеза, наибольшее значение в проблеме недонашивания имеет синдром ШтейнаЛевенталя, который имеет несколько форм. Благодаря успехам терапии женщины, страдающие этим заболеванием, могут иметь беременность, которая часто протекает с явлениями угрозы прерывания. При этом наблюдается высокая частота самопроизвольного выкидыша. В основе синдрома Штейна-Левенталя лежит нарушение стероидогенеза в яичниках.

При выраженной гипофункции щитовидной железы, как правило, возникает бесплодие, а при легких формах - невынашивание беременности. При гиперфункции щитовидной железы невынашивание встречается не чаще, чем в популяции. При тяжелой форме гипертиреоза беременность противопоказана.

Инфекционные заболевания женских половых органов, общие инфекционные заболевания. Одной из частых причин недонашивания беременности являются инфекционные заболевания латентно протекающие, такие, как хронический тонзиллит, микоплазменная инфекция, хронические воспалительные заболевания женских половых органов, хламидиоз, вирусные заболевания.

Аномалии развития матки в последние годы выявляют несколько чаще благодаря совершенствованию методов исследования (гистеросальпингография, ультразвуковое сканирование). Среди женщин, страдающих недонашиванием беременности, пороки развития матки отмечены в 10,8%-14,3% наблюдений. Причины нарушения репродуктивной функции большинство исследователей видят в анатомофизиологической неполноценности матки, сопутствующей ей истмико-цервикальной недостаточности и гипофункции яичников.

Пороки развития женских половых органов нередко сочетаются с аномалиями развития мочевыводящей системы, так как эти системы характеризуются общностью онтогенеза. При невынашивании беременности наиболее часто встречают следующие виды аномалий развития матки: внутриматочная перегородка (чаще неполная), двурогая, седловидная, однорогая и очень редко двойная матка.

Механизм прерывания беременности при некоторых пороках развития матки связан не только с гипофункцией яичников, но и с нарушением процесса имплантации плодного яйца, недостаточным развитием эндометрия, вследствие неполноценной васкуляризации органа, тесными пространственными взаимоотношениями, функциональными особенностями миометрия.

Генитальный инфантилизм характеризуют недоразвитие женских половых органов и различные нарушения в системе гипоталамус-гипофиз-яичники-матка.

Определение уровня рецепции в эндометрии дало возможность подтвердить предположение, что в организме женщины имеется неадекватная тканевая реакция на гормоны яичников.

Миома матки - одна из причин прерывания беременности. По данным Е. М.

Вихляевой и Л. Н. Василевской (1981 г), у каждой 4-5-ой больной с миомой матки беременность осложнена угрозой прерывания, а самопроизвольные выкидыши наблюдали у 5-6% больных. Преждевременное прерывание беременности при миоме матки может быть обусловлено высокой биоэлектрической активностью миометрия и усилением ферментативной активности сократительного комплекса матки. Иногда угроза прерывания беременности обусловлена нарушением питания в узлах или их некрозом.

Экстрагенитальные заболевания матери являются одной из частых причин прерывания беременности (сердечно-сосудистые заболевания, гипертоническая болезнь, хронические заболевания легких, почек, печени и др.).

Осложненное течение беременности. Среди факторов прерывания беременности большое значение имеет ее осложненное течение. Токсикозы, в особенности тяжелые формы как ранние, так и поздние приводят к прерыванию беременности. Сюда же можно отнести неправильные положения плода, аномалии прикрепления плаценты, отслойку нормально расположенной плаценты, многоплодие, многоводие, маловодие.

Истмико-цервикальная недостаточность встречается от 20% до 34% случаев и может быть травматической (анатомической) и гормональной. В первом случае недостаточность шейки матки обусловлена травмой шейки матки в области внутреннего зева, во втором - гормональной недостаточностью (недостаточность продукции прогестерона).

ОБСЛЕДОВАНИЕ ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ НЕДОНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ

Обследование женщин, страдающих недонашиванием беременности целесообразно начинать, когда больная находится вне беременности. В этом периоде имеют значительно больше возможностей для диагностики истмико-цервикальной недостаточности, пороков развития половых органов, внутриматочных сращений, генитального инфантилизма, а также для изучения особенностей эндокринных органов. При таком обследовании определяют фон, на котором происходит выкидыш или преждевременные роды, и создают предпосылки для применения соответствующей терапии с целью профилактики недонашивания беременности.

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И АКУШЕРСКАЯ ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫХ РОДОВ

На Хельсинской конвенции Россия подписала соглашения, в которых среди других были рекомендации считать преждевременными роды от 22 недель до 37 недель беременности, когда рождается ребенок с массой тела от 500 г до 2500 г, длиной 35-45-47 см, с признаками незрелости, недоношенности.

По клинике надо различать: угрожающие преждевременные роды, начинающиеся и начавшиеся.

Угрожающие преждевременные роды характеризуют боли в поясничной области и нижней части живота. Возбудимость и тонус матки повышены, что может быть подтверждено данными гисперографии и тонусометрии. При влагалищном исследовании шейка матка сохранена, наружный зев шейки матки закрыт. У повторнородящих он может пропускать

кончик пальца. Повышенная активность плода. Предлежащая часть плода прижата ко входу в малый таз.

При начинающихся преждевременных родах - выраженные схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки, что подтверждают данные гистерографии.

При влагалищном исследовании отмечают развертывание нижнего сегмента матки, укорочение шейки матки, нередко ее сглаживание.

Для начавшихся преждевременных родов характерны регулярная родовая деятельность и динамика раскрытия шейки матки (более 3-4 см), что свидетельствует о далеко зашедшем патологическом процессе и его необратимости.

Течение преждевременных родов имеет ряд особенностей. К ним относят частое преждевременное излитие околоплодных вод (40%), аномалии родовой деятельности (слабость, дискоординация), быстрые или стремительные роды при истмико-цервикальной недостаточности или затяжные, вследствие незрелой шейки матки, неподготовленности систем нейрогуморальных и нейроэндокринных механизмов регуляции, гипоксию плода. Возможны кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах, вследствие нарушения механизмов отслойки плаценты и задержки частей плаценты, инфекционные осложнения в родах (хориоамнионит) и послеродовом периоде (эндометрит, флебиты и др.).

Диагностика угрожающих и начинающихся преждевременных родов нередко представляет определенные трудности.

При обследовании беременной необходимо выяснить: причину преждевременных родов; определить срок беременности и предполагаемую массу плода, его положение, предлежание, сердцебиение, характер выделений из влагалища (воды, кровянистые выделения), состояние шейки матки и плодного пузыря, наличие или отсутствие признаков инфекции, стадию развития преждевременных родов (угрожающие, начинающиеся, начавшиеся), ибо терапия должна быть строго дифференцированной.

С целью более объективной оценки акушерской ситуации при преждевременных родах можно использовать индекс токолиза, предложенный К.

Баумгартеном в 1974 г. (Таблица 1). Сумма баллов дает представление об индексе токолиза: чем она меньше, тем более успешной может быть терапия. Чем она больше, тем больше вероятность того, что роды вступили в активную фазу и терапия по сохранению беременности будет безуспешной.

В зависимости от ситуации придерживаются консервативно-выжидательной (пролонгирование беременности) или активной тактики ведения при недоношенной беременности.

_ _ _

Консервативно-выжидательная тактика показана при угрожающих и начинающихся преждевременных родах.

При этом лечение должно быть комплексным и направленным на:

снижение возбудимости матки, повышение жизнеспособности плода, лечение патологических состояний, являющихся причиной преждевременных родов (грипп, нарушение кровообращения и др.) Комплексное лечение угрожающих и начинающихся родов.

1. Постельный режим

2. Психотерапия, гипноз, применение седативных средств: отвар (15:200) или настойка (по 30 капель 3 раза в сутки) пустырника, отвар валерианы (20:200 по 1 ст. ложке 3 раза в сутки). Могут быть использованы седативные препараты: триоксазин по 0,3 г 2-3 раза в сутки, тазепам, нозепам по 0,01 г 2раза в сутки, седуксен по 0,005 г 1-2 раза в сутки.

3. Спазмолитические препараты: метацин 1 мл, 0,1% раствора внутримышечно, баралгин (2 мл), НО-ШПА (2 мл 2% раствора внутримышечно 2-4 раза в сутки), папаверин гидрохлорид (2 мл 2% раствора внутримышечно 2-3 раза в сутки).

4. Токолитики: сульфат магния (10-12 г в/в в 5 % р-ре глюкозы), -миметики:

(алупент, партусистен, бриканил, ритодрин и др.), этанол (10% этиловый спирт в/в капельно), антогонисты кальция (изоптин, нифедипин), ингибиторы простагландинов (индометацин, напроксен), 0,25% раствор новокаина (50-100 мл внутривенно капельно под контролем показателей АД).

5. Немедикаментозные средства для снижения сократительной деятельности матки: электрорелаксация, чрескожная электростимуляция, электроанальгезия, иглорефлексотерапия.

6. Физиотерапия: электрофорез магния синусоидальным модулированным током (СМТ).

Острый токолиз осуществляют путем в/в введения -миметиков, которые действуют на -рецепторы и вызывают релаксацию матки. Токолитики назначают при угрозе преждевременного прерывания беременности в сроке от 28 до 37 недель и при необходимости регуляции сократительной деятельности матки в период раскрытия и изгнания (частые, чрезмерно сильные, дискоординированные сокращения матки, гипертонус, тетанус матки).

Условия применения токолитиков: наличие живого плода, целый плодный пузырь (либо незначительное подтекание вод), необходимость профилактики дистресс-синдрома, открытие шейки матки не более 2-4 см.

Противопоказания к применению токолитиков - тиреотоксикоз, глаукома, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания (стеноз устья аорты, идиопатическая тахикардия, нарушение сердечного ритма, врожденные и приобретенные пороки сердца), внутриматочная инфекция или подозрение на нее, многоводие, кровяные выделения при предлежании плаценты, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, нарушение сердечного ритма плода, уродства плода, подозрение на несостоятельность рубца на матке.

Применение -миметиков – партусистена, бриканила, ритодрина для подавления сократительной деятельности матки заключается в следующем: 0,5 мг партусистена или 0,5 мг бриканила разводят в 250-400 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводят внутривенно капельно, начиная с 5-8 капель в 1 мин и постепенно увеличивают дозу до прекращения сократительной активности матки.

Средняя скорость введения раствора 15-20 капель в минуту в течение 4-12 час. В случае положительного эффекта, за 15-20 мин до окончания внутривенного введения препарата, его начинают давать внутрь. Партусистен и бриканил - в дозе 0,5 мг 4-6 раз в сутки или по

0,25 мг через 2-3 ч. Через 2-3 дня в случае отсутствия сократительной деятельности матки дозу токолитиков начинают уменьшать и постепенно снижают в течение 8-10 дней.

Минитоколиз осуществляют с 13-14 недель беременности. -миметики дают в микро дозах в таблетках (по 1 табл. в сутки, разовая доза 1/2, 1/3 табл.).

При угрозе преждевременных родов неотъемлемой частью терапии должна быть профилактика дистресс-синдрома у новорожденного путем назначения беременной глюкокортикоидных препаратов, которые способствуют синтезу сурфактанта и более быстрому созреванию легких плода. Беременным на курс лечения назначают 8-12 мг дексаметазона (по 4 мг в/м 2-3 дня или в таблетках по 3 мг 4 раза в сутки в 1 день, по 2 мг 3 раза на 2-ой день, по 2 мг 2 раза на 3-й день) При преждевременном излитии околоплодных вод и отсутствии родовой деятельности при сроке беременности 28-34 недели, хорошем состоянии матери и плода, отсутствии инфекции и тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологии следует придерживаться консервативно-выжидательной тактики. Основными недостатками подобной тактики ведения является возрастание опасности хориоамнионита во время беременности и эндометрита в послеродовом периоде, а также гнойно-септических заболеваний у недоношенных детей.

К выбору метода ведения родов необходимо подходить дифференцировано.

Консервативное ведение требует соблюдать следующие условия:

1. Беременных с преждевременным излитием околоплодных вод госпитализировать в специальную палату, обрабатываемую по таким же правилам, как помещение родильного блока,

2. Смену белья проводить ежедневно, а замену стерильных подкладных пеленок 3-4 раза в день,

3. Следить за состоянием матери и плода, ежедневно измерять окружность живота, высоту стояния дна матки, определять количество и характер изливающихся вод, каждые 3 часа измерять температуру и др.,

4. Контролировать состав крови, мочи, мазков, 1 раз в 5 дней делать посев из шейки матки на микрофлору,

5. С профилактической целью – санация влагалища.

Показания к родоразрешению при длительном подтекании околоплодных вод:

продление беременности до 36-37 недель, рост массы плода до 2500 г, появление скрытых (лейкоцитоз и сдвиг влево, микрофлора в канале шейки матки и др.) или явных (повышение температуры, мутные воды с запахом из влагалища) признаков инфекции, признаки страдания плода (тахи- или брадикардия, усиленное шевеление плода).

Ведение преждевременных родов Вопрос о ведении родов должны решать индивидуально в зависимости от причин, ведущих к преждевременным родам, и сложившейся акушерской ситуации.

При ведении родов необходимо тщательно следить за раскрытием шейки матки, характером родовой деятельности, вставлением головки. Необходимо широко применять спазмо-

литические препараты и бережно обезболивать с учетом недоношенности плода. При обезболивании в первом периоде следует избегать применения промедола, влияющего на дыхательный центр плода. Целесообразно использовать анальгин, баралгин, электроанальгезию, акупунктуру, закись азота. Во втором периоде родов проводят пудендальную анестезию и перинеотомию.

Преждевременные роды проводят под кардиомониторным наблюдением с профилактикой гипоксии плода каждые 2 часа. Во II периоде родов проводят профилактику кровотечения путем внутривенного введения окситоцина. Отделять ребенка от матери целесообразно в течение 1-ой минуты после рождения, после чего, если необходимо, приступать к реанимации новорожденного. На родах должен присутствовать педиатр. Лечение недоношенных детей следует проводить в кювезе.

Ребенок, рожденный преждевременно, имеет признаки незрелости: масса тела менее 2500 г, рост 45 см, на коже - много сыровидной смазки, подкожная клетчатка недостаточно развита, все тело покрыто пушком, волосы на голове небольшой длины, ушные и носовые хрящи мягкие. 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 половыми губами.

Крик - тонкий (писклявый).

Оценку зрелости плода можно проводить по специальным шкалам (шкала ВОЗ, 1976). Для оценки функции дыхания у новорожденного широко используют шкалу Сильвермана.

У недоношенных детей часто наблюдают приступы асфиксии, нередко развивается дыхательная недостаточность, болезнь гиалиновых мембран, нарушение терморегуляции, конъюгация билирубина, что сопровождается желтухой. Дети склонны к инфекционным заболеваниям. Недоношенных детей относят к группе высокого риска. Они нуждаются в специализированной помощи и уходе.

Контрольные вопросы:

1. Дать определение, что такое невынашивание беременности.

2. Причины невынашивания беременности.

3. Что такое привычное невынашивание беременности.

4. Дать классификацию недонашивания беременности по срокам и клинике.

5. Лечение угрожающих преждевременных родов.

6. Ведение начавшихся преждевременных родов.

7. Профилактика дистресс-синдрома у плода.

8. Патогенез недонашивания беременности.

9. Острый и хронический токолиз.

10. Схема применения токолитиков.

Задача № 1.

В отделение патологии поступила первородящая 20 лет с жалобами на тянущие боли внизу живота. Объективно: живот овоидной формы за счет беременной матки, соответствующей 30 неделям беременности. Матка при пальпации приходит в повышенный тонус, положение плода продольное, головка над входом в малый таз, низко, сердцебиение ясное, ритмичное 140 уд. в мин.

Диагноз? План ведения.

Задача № 2.

В родильный дом поступила беременная с жалобами на схваткообразные боли в течении 4 часов и подтекание околоплодных вод в течении 3 часов. Объективно: матка соответствует 34-35 неделям беременности. Положение плода продольное, головка прижата ко входу в малый таз, сердцебиение ясное, ритмичное 136 уд. в минуту, подтекают светлые воды.

Диагноз? План ведения.

Тема № 25

АНОМАЛИИ РОДОВЫХ СИЛ
Продолжительность занятия - 180 минут.
Цель занятия: изучить основные формы аномалий родовой деятельности, этиологию, патогенез, клинику, диагностику, патогенетическое лечение, профилактику.

Ординатор должен знать: физиологические изменения в организме женщины перед родами (предвестники, прелиминарный период), физиологию сократительной деятельности матки, функционально-морфологические изменения в мышечных волокнах при сокращениях, этиологию, клинику диагностику, лечение и профилактику аномалий родовой деятельности.

Ординатордолжен уметь: оценить характер родовой деятельности (сила, продолжительность, частота схваток), дифференцировать первичную слабость родовой деятельности и вторичную, применять фармакологические средства для профилактики и лечения аномалий родовой деятельности.

Место занятия: учебная комната, предродовая палата, родильный зал.

Оснащение: истории родов, монитор, таблицы схем стимулирования родовой деятельности, партограммы.

План организации занятий:

Обоснование темы занятия, организационные вопросы - 10 мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов по теме - 40 мин.

Клинический разбор историй родов с аномалией родовой деятельности, анализ различных вариантов гистерограмм и партограмм (сравнение нормы и патологии), оценка родовой деятельности у рожениц в предродовой палате, анализ тактики ведения родов, знакомство

с дополнительными методами оценки сократительной деятельности матки (устройство и работа монитора) мин.

Итоги занятия, домашнее задание - 10 мин.

Содержание занятия.

Аномалии родовых сил являются довольно частым осложнением родового акта.

До сих пор нет надежных и в то же время абсолютно безвредных способов профилактики и лечения разнообразных форм этой патологии. Последствия аномалий сократительной деятельности матки в родах могут оказаться весьма опасными как для матери, так и для плода.

Данные специальной литературы свидетельствуют о том, что первичная слабость родовой деятельности наблюдается у 2-10%, а вторичная - 2,5% рожениц.

Слабость родовой деятельности у женщин старше 30 лет встречается вдвое чаще, чем в возрасте от 20 до 25 лет.

Для выявления той или иной аномалии родовых сил большое значение имеет правильная оценка тонуса и сократительной деятельности матки. При неосложненном течении родов наблюдают так называемый ауксотонический эффект, т.е. постепенное нарастание тонуса матки по мере прогрессирования родового акта. Физиологические параметры сократительной деятельности матки, присущие не осложненным родам, характеризуются наличием феноменов тройного нисходящего градиента и доминанты дна. Их суть заключается в следующем. Каждое очередное сокращение начинается в области одного из трубных углов, где располагается водитель ритма ("пейсмекер"). В дальнейшем волна сокращения распространяется сверху вниз (первый градиент), При этом наблюдается уменьшение силы и продолжительности сокращения (второй и третий градиенты). Таким образом, наиболее сильные и продолжительные сокращения наблюдают в области дна матки (доминанта дна). Для физиологически развивающейся родовой деятельности характерна также реципрокность (взаимосвязанность) сократительной активности тела матки и нижних ее отделов, а также координированность по вертикали по горизонтали. Кроме того, наблюдается отчетливо выраженная разница в продолжительности отдельных фаз маточного цикла сокращения: длительность фазы начала и нарастания сокращения матки в несколько раз короче фазы расслабления миометрия. В зависимости от наличия конкретной клинической формы аномалий родовых сил выявляют нарушения перечисленных выше физиологических параметров сократительной деятельности матки.

В последнее время установлено, что особенности развития родовых сил во многом определяет готовность организма женщины к родам. Физиологическое течение родов возможно лишь при наличии сформированной родовой доминанты, которая приходит на смену истощенной доминанте беременности и объединяет в единую динамическую систему как высшие, нервные центры, так и исполнительный орган.

Клинически готовность организма к родам вырабатывается во время подготовительного периода к родам. У большинства беременных этот период протекает без изменений их самочувствия. Вместе с тем у некоторых беременных наблюдают клинически выраженный подготовительный период, во время которого происходят сокращения матки, симулирующие родовые схватки. От истинных схваток они отличаются тем, что не приводят к характерным структурным изменениям шейки матки. Клиническую диагностику готовно-

сти к родам проводят путем изучения характерных изменений, наступающих в шейке матки. Появление признаков "зрелости" шейки матки обусловлено рядом морфологических, био- и гистохимических преобразований, отчетливо обнаруживаемых в конце беременности.

Готовность организма к родам можно определить с помощью изучения тонуса, возбудимости и сократительной активности миометрия, используя для этого специальную аппаратуру, а также путем оценки цитологической картины влагалищного мазка. По мере приближения срока родов во влагалищных мазках характерная "эстрогенизация" в виде нарастания числа поверхностных клеток и уменьшения навикулярных базофильных клеток многослойного плоского эпителия.

Оценивая готовность к родам, необходимо также учитывать состояние плода, его адаптационные возможности по отношению к внутриутробным условиям (ФКГ и ЭКГ). Таким образом, определение степени готовности организма к родам имеет большое практическое значение, так как позволяет в известной мере прогнозировать особенности течения родов, предвидеть возможность наступления аномалий родовых сил.

Причины или состояния, способствующие возникновению аномалий родовой деятельности, весьма многообразны.

Их можно систематизировать в следующие группы:

1. Патология материнского организма соматические и нейроэндокринные заболевания нарушение регулирующего влияния ЦНС и вегетативной системы осложненное течение беременности патологическое изменение миометрия перерастяжение матки генетическая или врожденная патология миоцитов, при которой резко снижена возбудимость миометрия

2. Патология плода и плаценты пороки развития нервной системы плода аплазия надпочечников плода предлежание плаценты и низкое расположение ее ускоренное, запоздалое ее созревание

3. Механические препятствия для продвижения плода узкий таз опухоли малого таза неправильное положение плода неправильные вставления головки анатомическая ригидность шейки матки

4. Неодновременная (несинхронная) готовность организма матери и плода

5. Ятрогенный фактор.

Все выше перечисленные причины вызывают следующие нарушения:

меняют соотношение синтеза прогестерона и эстрогенов уменьшают образование специфических и -адренорецепторов подавляют каскадный синтез простагландинов и ритмический выброс окситоцина у матери и плода изменяют необходимое соотношение (равновесие) между плодовыми и материнскими простагландинами снижают в клетках биохимические процессы, синтез сократительных белков изменяют локализацию водителя ритма, который начинает функционировать в области тела или даже нижнего сегмента нарушают нейроэндокринное и энергетическое обеспечение миометрия.

КЛАССИФИКАЦИЯ АНОМАЛИЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Данная классификация более всего соответствует международной статистической классификации болезней. Она распространена в ряде клиник.
1. Гипотонические формы слабости родовой деятельности:

первичная слабость, вторичная слабость, слабость потуг.

2. Гипертонические формы дисфункции сократительной деятельности матки:

патологический прелиминарный период, дискоординация родовой деятельности (дистоция шейки, гипертонус нижнего сегмента матки), стремительные роды, контракционное кольцо (сегментарная дистоция тела матки), тетанус матки (гипертоническая форма слабости родовой деятельности).

ПЕРВИЧНАЯ (ГИПОТОНИЧЕСКАЯ) СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Основным критерием для оценки интенсивности родовой деятельности является оценка влияния схваток и потуг на динамику раскрытия шейки матки, продвижения плода по родовому каналу.
При нормальном течении родов от начала схваток до полного раскрытия проходит до 10 часов, а от полного раскрытия до рождения ребенка 1,5-2 часов. При слабости родовой деятельности это время удлиняется до 14-20 часов.

Для первичной слабости характерны следующие клинические признаки:

Возбудимость и тонус матки снижены Схватки (а затем и потуги) с самого начала остаются редкими, короткими, слабыми, частота не превышает 1-2 за 10 минут, длительность - 15-20 секунд, сила сокращения слабая (амплитуда ниже 30 мм рт. ст.) Схватки носят регулярный характер, малоболезненные Из-за низкого интрамиометрального и внутриамниотического давления снижен суммарный эффект действия: замедленно протекают структурные изменения шейки матки и раскрытие маточного зева; предлежащая часть плода медленно продвигается по родовому каналу, долго задерживается в каждой плоскости малого таза Нарушена синхронность процессов раскрытия шейки и продвижения плода по родовому каналу Плодный пузырь вялый, в схватку наливается слабо При влагалищном исследовании во время схватки края маточного зева остаются мягкими, легко растяжимыми.

Продолжительность родов при первичной слабости родовой деятельности резко увеличивается, что приводит к утомлению рожениц. Нередко имеет место несвоевременное излитие околоплодных вод, удлинение безводного промежутка, инфицирование половых путей, гипоксия и гибель плода. Длительное стояние головки плода в одной плоскости может вызвать сдавление и некроз мягких тканей и, как следствие, образование мочеполовых и кишечно-половых свищей. Клинический диагноз слабости родовой деятельности следует подтверждать показателями объективного наблюдения (гистерографический контроль). Если за 4-5 часов регулярных схваток не происходит переход латентной фазы в активную фазу родов, следует поставить диагноз одной из форм аномалии родовой деятельности.

ВТОРИЧНАЯ СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. СЛАБОСТЬ ПОТУГ

Вторичной слабостью родовых сил считают такую аномалию родовой деятельности, при которой первоначально вполне нормальные и сильные схватки ослабевают, становятся все реже, короче и постепенно могут прекратиться вообще.

Тонус и возбудимость матки снижаются. Раскрытие маточного зева, достигнув 5-6 см, более не прогрессирует, предлежащая часть плода по родовому каналу не продвигается.

Этот вид слабости родовой деятельности развивается чаще всего в активную фазу родов или в конце периода раскрытия, или в периоде изгнания плода. Вторичная гипотоническая слабость родовой деятельности является следствием утомления роженицы или наличия препятствия, останавливающего роды.

Клиническая картина вторичной слабости полностью сходна с клиническими проявлениями первичной слабости родовой деятельности, но удлинение родов происходит чаще всего в конце первого периода или в периоде изгнания плода.

Предлежащая головка плода не опустилась в полость таза и на тазовое дно, находится только большим сегментом в плоскости входа в малый таз, в широкой или узкой части полости малого таза. Роженица преждевременно тужится, пытаясь ускорить рождение ребенка. Слабость потуг наблюдают при неполноценности мышц брюшного пресса у многорожавших женщин, при дефектах передней брюшной стенки (расхождение прямых мышц живота, грыжа белой линии), а также при крупных размерах плода, заднем виде затылочного предлежания, переднетеменном асинклитическом вставлениях, разгибательных предлежаниях, низком поперечном стоянии сагиттального (стреловидного) шва, тазовом предлежании и др.

Не рекомендуют консервативное ведение родов при сочетании слабости родовой деятельности с факторами риска. К ним относят крупный плод, неправильное вставление головки, тазовое предлежание, анатомически узкий таз, гипоксию плода, рубец на матке, возраст первородящей 30 лет и старше, отягощенный перинатальными потерями анамнез, поздний гестоз, тяжелые экстрагенитальные и нейроэндокринные заболевания, переношенную беременность и запоздалые роды, преждевременные роды. Во всех этих случаях целесообразно расширять показания к кесареву сечению. И только, при уверенности в благополучном исходе родов для матери и плода, у здоровых молодых или повторнородящих женщин роды продолжают вести через естественные родовые пути.

Лечение.

Главное - своевременно выявить ту или иную степень диспропорции размеров головки плода и таза матери, несостоятельность стенки матки, неудовлетворительное состояние плода.

При этих видах патологии какая-либо стимулирующая матку терапия противопоказана! Во всех этих случаях целесообразно произвести абдоминальное родоразрешение.

Лечение при слабости родовой деятельности не терпит отлагательства, т.к.

каждый час затянувшихся родов повышает риск развития перинатальных заболеваний, смерти и инфицирования матери и плода. Тактика врача может быть разной в зависимости от сугубо конкретной ситуации.

В случае многоводия или функциональной неполноценности плодного пузыря показана ранняя амниотомия, которая не только устраняет перерастяжение матки при многоводие, ликвидирует нефункциональный плодный пузырь, но и усиливает родовую деятельность. Перед амниотомией назначают 60000 МЕ эстрогенов (фолликулин, эстрадиола, дипропионат, синэстрол). Целесообразно каждые 3-4 часа вводить в/м по 2-4 мл раствора АТФ,

внутрь назначать галаскорбиновую кислоту по 1,0 г. Стимуляция является основным методом лечения при этой патологии. Если роды длились свыше 8-10 часов или родам предшествовал патологический прелиминарный период (бессонная ночь), необходимо предоставить медикаментозный сон-отдых (ГОМК).

Нередко достаточно предоставить роженице отдых, чтобы после пробуждения восстановилась родовая деятельность. Если родовая деятельность не восстановилась, то через 1-2 часа после пробуждения начинают родостимуляцию, еще раз оценив противопоказания к ней. Родостимуляция всегда должна быть осторожной, чтобы не вызвать гипертонической дисфункции матки. Необходимо подобрать минимальную оптимальную дозу препарата, при которой за 10 минут происходит 3-5 схваток.

Внутривенное введение окситоцина - один из самых известных, распространенных и испытанных методов родостимуляции. Оказывает сильное утеротоническое действие на гладкие мышечные клетки миометрия. Окситоцин является препаратом активной фазы родов и наиболее эффективен при раскрытии маточного зева на 5 см и более. Окситоцин можно применять только при вскрытии плодного пузыря.

Безопасность и эффективность внутривенного введения окситоцина во многом зависят от индивидуальной чувствительности матки к окситоцину, от правильной дозировки вводимого препарата. Родостимуляцию необходимо начинать с минимальной дозировки, регулируя число капель по количеству схваток за десять минут и индивидуально подбирая дозу.

Для внутривенного капельного введения 5 ЕД окситоцина разводят в 500 мл 5% раствора глюкозы. Внутривенную инфузию начинают с 1 мл в минуту (10 капель в минуту). Через каждые 15 минут дозу увеличивают на 10 капель. Максимальная доза составляет 40 капель в минуту. Нередко для достижения оптимальной родовой деятельности достаточно скорости введения окситоцина 25 капель в минуту.

На фоне максимальной дозировки родовая деятельность должна достигнуть своего оптимума:

3-5 схваток за 10 мин. Для медикаментозной защиты плода при любом виде родостимуляции вводят седуксен (10-20 мг).

Не рекомендуется превышать максимальную дозу вводимого окситоцина, т.к.

возрастает риск развития гипоксии плода или дискоординации родовой деятельности.

Правило для внутривенного введения окситоцина - добиться физиологического (но не более того) темпа родов.

Внутривенное введение простагландинов Е2 (простенон). Этот вид родостимуляции применяют в основном в латентную фазу родов, при недостаточной зрелости шейки матки, при первичной слабости родовых сил. Он вызывает более мягкое сокращение матки без какого-либо спастического компонента, устраняет венозный застой в синусовых коллекторах, что способствует лучшему артериальному кровоснабжению матки, плаценты и опосредовано - плода.

Препараты ПГЕ2 менее эффективны при слабости потуг, ослаблении родовой деятельности в конце периода раскрытия. Методика введения препаратов ПГЕ2 сходна с родостимуляцией окситоцином.

Введение родостимулирующих средств должно быть продолжено в послеродовом и раннем послеродовом периодах ввиду опасности гипотонического кровотечения.

При слабости потуг, отсутствии эффекта от медикаментозной стимулирующей терапии прибегают к наложению типичных (выходных) акушерских щипцов, реже вакуум-экстракции плода или перинеотомии.

ЧРЕЗМЕРНО СИЛЬНАЯ РОДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

Чрезмерную родовую деятельность с быстрым или стремительным течением родов встречают сравнительно редко. Она заключается в наступлении очень энергичных и следующих часто друг за другом схваток. При этом наблюдают необычайно быстрое прогрессированние раскрытия шейки матки и столь же быстрое поступательное движение плода по родовым путям. К быстрому и стремительному течению родов предрасположены женщины, у которых беременность и роды осложнены некоторыми видами акушерской или экстрагенитальной патологии (тяжелый поздний гестоз, заболевания сердечно-сосудистой системы, печени почек и т.д.), а также женщины, рожающие преждевременно. В ряде случаев, вследствие чрезмерной сократительной деятельности матки, роды застигают женщину врасплох и наступают вне родосвпомогательного учреждения. Характерным для быстрого и стремительного течения родов является возбужденное состояние женщины, выражающееся повышенной двигательной активностью, учащением пульса и дыхания, подъемом АД.

При бурном развитии родовой деятельности из-за нарушения маточноплацентарного кровообращения, как правило, наступает гипоксия плода.

Вследствие быстрого продвижения по родовым путям у плода могут возникать различные травмы:

кефалогематомы, отрыв намета мозжечка, кровоизлияния внутричерепные, в спинной мозг, под капсулу печени, в надпочечники, переломы ключицы и др.

Быстрое или стремительное течение родов является причиной серьезных травм у матери в виде обширных разрывов шейки матки, влагалища, промежности (вплоть до 3 степени), расхождения лонных костей. Кроме того, стремительное продвижение плода по родовым путям, особенно при абсолютной или относительной короткости пуповины, может привести к преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты со всеми неблагоприятными последствиями для матери и плода.

Результатом быстрого опорожнения матки может быть развитие гипотонии матки в последовом и раннем послеродовом периодах, приводящей к кровопотечениям.

При чрезмерно сильной родовой деятельности с быстрым или стремительным течением родов основные усилия акушера должны быть направлены на снятие повышенной активности матки.

В последнее время с целью подавления сократительной активности матки стали широко применять препараты, обладающие b-адреномиметической активностью (партусистен, ритодрин, алупент и т.д.). Эти средства относят к группе так называемых токолитических веществ. Они предназначены главным образом для подавления сократительной активно-

сти матки при преждевременно начавшихся родах или при угрозе преждевременного прерывания беременности поздних сроков. Токолитические препараты эффективны при назначении их в самом начале родового акта.

С целью регуляции (ослабления) сократительной деятельности матки при быстром и стремительном течении родов необходимо ввести в/м 10-15 мл 25% раствора магния сульфата и одновременно под кожу - 1 мл 2% раствора омнопона (пантопона) или 1 мл 2% раствора промедола. Такое сочетанное применение сульфата магния с одним из указанных наркотиков вызывает значительное ослабление сократительной активности матки.

Дискоординированная родовая деятельность Наблюдают относительно редко. Клинически эта патология может проявиться по-разному, в зависимости от характера и степени выраженности нарушения согласованности в сокращениях различных отделов матки. В очень редких случаях возникает так называемая тетания матки, т.е. полный спазм ее мускулатуры чрезмерно длительное сокращение матки, охватывающее все ее отделы.

В ряде случаев путем многоканальной гистерографии удается выявить нарушение тройного нисходящего градиента и доминанты дна, т.е. дискоординацию сократительной деятельности по вертикали. Волна сокращения начинается не в верхних отделах матки, а в нижнем ее сегменте и распространяется не сверху вниз, снизу вверх. При этом в виде патологического феномена проявляется так называемая доминанта нижнего сегмента матки.

По данным многоканальной гистерографии удается диагностировать дискоординацию сократительной деятельности матки по горизонтали, т.е. отсутствие согласованности в сокращениях ее первой и левой половины.

Еще одной формой дискоординированной деятельности шейки матки является дистоция шейки матки. Эта патология развивается преимущественно у женщин, начинающих рожать при отсутствии оптимально выраженной "зрелости" шейки матки или при рубцовых изменениях в этом органе в результате перенесенных в прошлом воспалительных заболеваний, травм, хирургических вмешательств.

При дискоординированной родовой деятельности обращает на себя внимание беспокойное поведение роженицы, жалующейся на болезненные схватки. Болевые ощущения локализуются преимущественно в области крестца, а не в низу живота, как при не осложненном течении родов. В связи с неадекватной сократительной деятельностью матки нередко наступает нарушение маточно-плацентарного кровообращения, являющегося причиной развития гипоксии плода.

Одним из ведущих признаков дискоординированной родовой деятельности являются полное или почти полное отсутствие нарастания степени раскрытия шейки матки, несмотря на кажущиеся активные родовые схватки, появляющиеся на фоне повышенного тонуса матки. Это явление особо отчетливо выражено при тетании матки, дискоординации ее сократительной деятельности по вертикали и при дистоции шейки матки. Внутреннее акушерское исследование в подобных случаях дает возможность выявить изменения в шейке матки, характерные для начальных этапов первого периода (укорочение или сглаживание шейки и раскрытие ее зева в пределах 2-4 см). Обращает на себя внимание необычное состояние краев зева, которые представляются толстыми и малоподатливыми либо тонкими, но "натянутые в виде струны". При отсутствии должного лечения в дальнейшем присоединяется отек краев зева и увеличение степени его раскрытия наступает лишь после глубоких разрывов шейки.

Отсутствие прогресса в раскрытии шейки при внешне активных сокращениях матки дало основание некоторым акушерам называть эту разновидность аномалий родовых сил спастической слабостью родовой деятельности. Однако указанное выражение не привилось в акушерской практике, т.к. оно не отражает сути дела, и наиболее удачным до настоящего времени считают определение "дискоординированная родовая деятельность".

При дискоординированной родовой деятельности основные лечебные мероприятия должны быть направлены на упорядочение сократительной активности матки. Совершенно недопустимо назначать родостимулирующую терапию. Такое лечение не только не дает положительного эффекта, но и усугубляет патологическое состояние матки.

В случае диагностики полного спазма мускулатуры матки необходимо дать роженице кратковременный ингаляционный фторотановый наркоз или ввести ГОМК.

Для лечения дистоции шейки матки с успехом можно использовать баралгин (5 мл внутривенно или внутримышечно), дающий выраженный спазмолитический эффект.

При дистоции, обусловленной рубцовыми изменениями, целесообразно назначить в/м введение фермента лидазы в количестве 0,1 г сухого вещества, разведенного в 5 мл 0,5% раствора новокаина. К описанному комплексу можно добавить 50 мл теплого 0.5% раствора новокаина в виде микроклизмы.

Широкий арсенал средств и методов терапии аномалий родовой деятельности, даже при правильном применении, не дает гарантии завершения родов через естественные родовые пути. В этих случаях закономерно возникает вопрос о родоразрешении путем операции кесарева сечения.

Профилактика аномалий родовой деятельности – отбор женщин по риску развития данной патологии, занятия по ФППП к родам, дородовая госпитализация.

Контрольные вопросы:

1. Причины развития аномалий родовой деятельности.

2. Классификация аномалий родовой деятельности.

3. Клинические проявления прелиминарного периода и его патология.

4. Клиника первичной и вторичной слабости родовой деятельности.

5. Осложнения в родах при слабости родовой деятельности.

6. Лечение и профилактика слабости родовой деятельности.

7. Клинические признаки дискоординированной родовой деятельности.

8. Дифференциальная диагностика дискоординации и слабости родовой деятельности.

9. Диагностика и принципы лечения дискоординированной родовой деятельности.

10. Клиника, лечение, осложнения чрезмерной родовой деятельности.

Задача № 1.

Первородящая 20 лет. В анамнезе 2 искусственных аборта. В родах 8 часов.

Схватки через каждые 5-6 минут по 25-30, слабые, умеренно болезненные.

Околоплодные воды не изливались. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд./мин. Головка плода прижата ко входу в малый таз.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 5 см, края средней толщины, плохо растяжимые. Плодный пузырь цел, плоский.

Диагноз? План ведения.

Задача № 2.

Повторнородящая 30 лет. Первая беременность закончилась своевременными родами. Послеродовый период осложнился эндомиометритом. При УЗИ во время беременности - крупный плод.

В родах 8 часов. Потуги через каждые 3 минуты по 20 секунд, слабые.

Сердцебиение плода 180 уд./мин., аритмичное. При влагалищном исследовании головка плода на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере плоскости входа, малый родничок у лона. Исследованию доступны седалищные бугры, нижний край лонного сочленения.

Диагноз? План ведения?

Задача № 3.
Повторнородящая 26 лет поступила в роддом с указанием на схватки, начавшиеся час назад. В момент поступления схватки через 1-2 мин по 45-50 сек. При внутреннем акушерском исследовании обнаружено: шейка матки сглажена, края тонкие мягкие, открытие 7 см. Плодного пузыря нет. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз. Продолжительность первых родов 4 часа.

Диагноз? План ведения.

Тема № 26КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Продолжительность занятия - 90 минут.

Цель занятия: изучить со студентами операцию кесарева сечения, историю, этапы становления и значение этой операции в современном акушерстве, показания и противопоказания к операции, условия ее выполнения, методы и технику операции, предоперационную подготовку и послеоперационное ведение больных, возможные осложнения в раннем и позднем послеоперационном периодах.

Ординатор должен знать: абсолютные и относительные показания, условия и противопоказания к экстренному и плановому кесареву сечению, методы операции, достоинства и недостатки различных методик (разрез на матке, зашивание раны, виды шовного материала, особенности обезболивания), предоперационную подготовку и тактику ведения после-

операционного периода, осложнения в раннем послеоперационном периоде и в отдаленные сроки после операции.

Ординатор должен уметь: собрать анамнез у беременной, обратив особое внимание на течение предыдущих родов и настоящей беременности, наличие и течение операций на матке, провести общее и специальное (наружное и внутреннее) акушерское исследование, оценить состояние плода, его массу, соответствие размеров плода с тазом матери, характер сердечной деятельности, данные дополнительных методов исследования и лабораторных анализов, диагностировать акушерскую патологию, которая требует немедленного родоразрешения путем операции кесарева сечения, обосновать показания к операции, составить предоперационный эпикриз, воспроизвести на плаценте, пеленке, паралоне технику зашивания разреза на матке, написать назначения для ведения послеоперационного периода.

Место занятия: учебная комната, отделение патологии беременных, родильный блок, операционная, послеоперационная палата.

Оснащение: таблицы, видеофильмы, муляжи, истории родов, хирургический инструментарий, шовный материал.

План организации занятия:

Организационные вопросы. Обоснование темы - 10 мин.

Контроль и оценка знаний студентов - 30 мин.

Разбор теоретических аспектов операции кесарева сечения. Клинический анализ 2-3 историй родов с планом абдоминального родоразрешения. Присутствие на операции кесарева сечения. Освоение техники зашивания матки - 40 мин.

Подведение итогов, домашнее задание - 10 мин.

Содержание занятия Кесарево сечение является одной из древнейших операций полостной хирургии.

Эта родоразрешающая операция, при которой плод и послед извлекают через искусственно сделанный разрез на матке, в настоящее время является распространенным оперативным вмешательством, частота ее колеблется от 25 до 17%.

В своем развитии эта операция прошла много этапов. В глубокой древности эту операцию производили на мертвой женщине люди не имеющие медицинского образования. В 1521 году Руссо (Франция) обосновал производство этой операции на живой женщине. Первые достоверно известные операции кесарева сечения на живой женщине были сделаны итальянским хирургом Христианом Байоном в 1540 г. И немецким хирургом Траутманом в 1610 г., но разрез на матке не зашивали, исходы операции всегда были смертельными. С конца XVI и начала XVII веков вопросы операции кесарева сечения разрабатывают в Германии, Франции, Италии, Нидерландах и др. В России первая операция кесарева сечения была произведена в 1756 г. Эразмусом, вторая в 1796 г. Зоммером - обе с благоприятным исходом. Третье кесарево сечение было произведено Рихтером в Москве в 1842 г. До 1880 года (по данным А.Я. Крассовского) в России насчитывалось всего 12 кесаревых сечений. К этой операции прибегали, как к крайнему средству, когда патология в родах заходила очень далеко, женщины умирали в 100% случаев от кровотечения и септической инфек-

ции. Это был до антисептический период в акушерстве. В те годы не было четко разработанных показаний и противопоказаний к операции, не применяли обезболивание. Вследствие незашитой раны на матке содержимое ее попадало в брюшную полость, вызывая перитонит и сепсис, которые и были причиной такой высокой летальности. Впервые зашивание раны матки было применено Kehrerom в 1881 г.

Достижения в хирургии и анестезиологии, усовершенствование техники гемотрансфузии и открытие новых эффективных антибиотиков привели к резкому снижению материнской смертности. Операция прочно вошла в повседневную практику акушеров-гинекологов.

Материнская заболеваемость и смертность зависят в большей степени от факторов, приводящих к хирургическому вмешательству, чем от самой операции.

Уровень материнской смертности составляет 0,2 %.

Перинатальная смертность.

Низкий уровень перинатальной смертности регистрируют в странах, где врачи широко применяют кесарево сечение, особенно при малой массе плода (700-1500 г).

Факторы, способствующие снижению перинатальной смертности:

контроль за состоянием плода, применение стероидных гормонов и токолитических средств, УЗИ, современное оборудование, квалифицированный персонал.

Показания.

Риск для жизни и здоровья женщины при проведении кесарева сечения в 12 раз выше, чем при родах через естественные родовые пути. Поэтому кесарево сечение проводят строго по показаниям. Показания к проведению этой операции разделяют на абсолютные и относительные. К абсолютным показаниям относят ситуации, когда невозможно извлечь плод через естественные родовые пути, или роды представляют опасность для жизни матери в силу осложнений беременности и родов. К относительным показаниям относят ситуации, при которых рождение живого и здорового ребенка через естественные родовое пути считают сомнительным.

Абсолютные показания

3. Полное предлежание плаценты.

4. Абсолютно узкиий таз.

5. Клиническое несоответствие размеров таза женщины и головки плода.

6. Неполное предлежание плаценты при неподготовленных родовых путях и сильном кровотечении.

7. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты при неподготовленных родовых путях и кровотечении.

8. Оп ухоли органов малого таза, препятствующие рождению ребенка.

9. Грубые рубцовые изменения шейки матки и влагалища.

10. Угрожающий или начинающийся разрыв матки.

11. Тяжелый гестоз при неэффективности консервативного лечения и неподготовленных родовых путях.

12. Несостоятельность рубца на матке.

13. Экстрагенитальный рак и рак шейки матки.

14. Серьезная экстрагенитальная патология (например, отслойка сетчатки, осложненная миопия, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой системы).

Относительные показания

1. Аномалии родовой деятельности при не эффективной консервативной терапии.

2. Тазовое предлежание в сочетании с другой акушерской патологией, возрастом первородящей старше 30 лет или отягощенным акушерским анамнезом.

3. Поперечное положение плода при отсутствии условий для родоразрешения через естественные родовые пути.

4. Неправильные вставления и предлежания плода.

5. Пороки развития матки.

6. Внутриутробная гипоксия плода, не эффективной консервативной терапии

7. Предлежание и выпадение пуповины.

8. Длительное бесплодие в сочетании с другой патологией.

9. Переношенная беременность при возрасте первородящей более 30 лет в сочетании с акушерской патологией.

10. Искусственное оплодотворение в сочетании с какой-либо патологией.

11. Многоплодная беременность при поперечном положении первого или обоих плодов, тазовом предлежании обоих плодов или внутриутробной гипоксии.

Противопоказания Внутриутробная гибель плода.

Терминальное состояние.

Уродство или глубокая недоношенность плода.

Острое инфекционное заболевание у женщины.

Затяжные роды (более 24 часов).

Большое количество влагалищных исследований.

Не рекомендуют проводить кесарево сечение после неудавшейся попытки наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции по причине высокого риска рождения травмированного ребенка и инфицирования матери.

Условия для проведения кесарева сечения.

Плод жив и жизнеспособен (не всегда выполнимо при абсолютных показаниях).

Женщина согласна на операцию (если нет жизненных показаний).

У беременной нет признаков инфицирования.

Различают два типа операций кесарева сечения при абдоминальном доступе.

1. Экстраперитонеальное кесарево сечение применяют при амнионите во избежание инфицирования брюшной полости. От этого способа практически отказались после введения в практику эффективных антибиотиков и в связи с частыми случаями повреждения мочевого пузыря и мочеточников при этом вмешательстве.

2. Трансперитонеальное кесарево сечение. В настоящее время – это основной доступ.

Подготовка пациентки. Если Ht у пациентки меньше 30 %, проводят инфузионную терапию для возмещения дефицита жидкости. Необходимо подготовиться к возможному переливанию крови во время операции. Мочевой пузырь женщины должен быть опорожнен. Часто проводят профилактику антибиотиками. Для снижения кислотности содержимого желудка применяют антациды (для облегчения последствий возможной аспирации рвотных масс во время наркоза). Необходимо подробно информировать пациентку об обезболивании и характере операции и получить ее согласие.

Анестезия может быть общей или региональной (спинномозговая или эпидуральная). Общая анестезия часто приводит к значительному ухудшению состояния плода, поэтому при проведении общего обезболивания интервал времени от начала наркоза до извлечения плода не должен превышать 10 минут. Степень ухудшения состояния ребенка прямо пропорциональна длительности общей анестезии.

В связи с этим (для сокращения длительности родов) подготовку операционного поля следует проводить до начала общей анестезии.

Ход операции а. Пальпация матки и плода.

б. Рассечение брюшной стенки.

Разрез брюшной стенки может проходить по средней линии (нижнесрединный) или надлобковый в поперечном направлении (разрез по Пфанненштилю). Последний обеспечивает лучший косметический эффект, но требует больше времени для выполнения, дает меньше возможности для широкого доступа и сопровождается большей кровопотерей. Следующий этап - отсепаровка пузырно-маточной складки брюшины, обнажение нижнего маточного сегмента. Разрез матки производят по показаниям или по выбору хирурга.

в. Разрез стенки матки.

Разрез по Керру - Гусакову (низкий поперечный) в настоящее время применяют наиболее широко. Разрез производят на несокращающейся части матки (нижний сегмент), что снижает вероятность разрыва или расхождения краев рубца при следующих беременностях. Шов проходит параллельно мышечным волокнам, располагается сразу за пузырно-маточной складкой брюшины. Недостаток в опасности повреждения сосудов, идущих вдоль ребра матки.

Разрез по Сельхаайму (истмикокорпоральный) начинают в нижнем сегменте матки и продолжают на тело матки.

Разрез по Сангеру (классический, или корпоральный, в настоящее время используют редко) - продольный разрез на передней поверхности матки.

Показания:

рак шейки матки и патологические образования в нижнем сегменте матки (миома);

иногда применяют при поперечном положении плода, несостоятельности продольного рубца на матке после предыдущего корпорального кесарева сечения, при необходимости последующего удаления матки и при операции на умирающей женщине. Это наиболее простой и быстрый разрез, но при его применении часты осложнения: послеоперационные спайки; кровотечение; плохое заживление раны;

расхождение рубца при следующих беременностях и родах.

г. Извлечение ребенка и отделение плаценты.

Ребенка бережно извлекают руками либо с помощью щипцов или вакуумэкстрактора. Матку часто выводят из брюшной полости с целью массажа, обследования придатков и визуализации разреза при наложении швов. Для уменьшения кровопотери в мышцу матки вводят сокращающие матку средства (окситоцин. метилэргометрин и т.д.). После отделения плаценты необходимо ручное обследование полости матки для диагностики подслизистой миомы или для удаления остатков плодного яйца. Инструментальное обследование проводят при амнионите, беременности до 28 недель и т.д.

г. Зашивание разреза на матке.

Весьма распространен метод зашивания двухэтажным швом по Ельцову-Стрелкову с применением рассасывающегося шовного материала. Первый шов накладывают поочередно справа и слева в углах раны. Швы первого ряда накладывают, вкалывая иглу со стороны слизистой оболочки и захватывая незначительный слой миометрия с одного края раны. Затем с другого края вкол делают со стороны миометрия и выкалыват иглу в полость матки с захватом эндометрия. Этим достигают того, что при завязывании нити узлов остаются в полости матки, а не между сопоставляемыми краями раны. Следующий ряд (мышечно-мышечный накладывают традиционно).

Пузырно-маточную складку брюшины зашивают непрерывным рассасывающимся швом.

д. Зашивание передней брюшной стенки.

Париетальную брюшину зашивают непрерывным кетгутовым швом. Обычно той же нитью соединяют прямые мышцы живота. Апоневроз зашивают более прочными нитями, или непрерывным швом или отдельными шелковыми (лавсановыми) швами.

Отдельные кетгутовые швы на подкожно-жировую клетчатку. На кожу - нерерывный кетгутовый шов или отдельные шелковые швы по Донати.

В последние 4-5 лет в технике производства кесарева сечения был предложен ряд нововведений. Предпосылкой этому стали несколько работ, четко доказывающих, в частности, что незашивание висцеральной и париетальной брюшины при производстве гинекологических операций не влечет за собой никаких дополнительных послеоперационных осложнений, и даже, более того, существенно снижает вероятность спайкообразования в брюшной полости. Другими предпосылками явились широкое применение в хирургической практике синтетического рассасывающегося шовного материала, и, в связи с этим, более частое применение при зашивании разреза на матке при кесаревом сечении однорядного непрерывного шва.

McKinney и Young в своем исследовании приводят следующие данные:

средний хирург с 30-летним стажем, оперирующий в популяции с частотой ВИЧинфицированных равной, 0,01 %, имеет риск быть инфицированным в 1 %. В связи с этим в хирургии приветствуются любые модификации оперативной техники, уменьшающие время операции и работы с колющими и режущими предметами.

Все вышеизложенное, а также известные традиционные устремления уменьшения продолжительности операции стали основой для разработки в 1994 году модификации кесарева сечения, известной ныне как операция по Штарку. При рассмотрении отдельных этапов этой операции мы не встретим ничего нового, и только сочетание нескольких известных приемов и исключение некоторых необязательных этапов позволяют говорить об этой операции, как о новой модификации, имеющей целый ряд преимуществ по сравнению с обычными методиками. К ним относят быстрое извлечение плода, значительное сокращение продолжительности операции, уменьшение кровопотери, потребности в послеоперационном применении обезболивающих средств, частоты развития пареза кишечника, снижение частоты и выраженности других послеоперационных осложнений, более раннюю выписку и экономию шовного материала.

Благодаря указанным преимуществам, а также простоте самого метода Штарка, эта операция быстро завоевывает популярность.

Осложнения возникают менее чем в 5 % случаев всех кесаревых сечений. При плановой операции число послеоперационных осложнений - в 2-5 раз меньше, чем при экстренной операции. Возможные осложнения – эндометрит, перитонит, сальпингит, инфицирование раны, кровотечение, ателектаз легкого, тромбоз глубоких вен, эмболия легочной артерии, осложнения анестезии (например, синдром Мендельсона).

Отдаленные последствия кесарева сечения.

Рубец на матке, возникающий в результате кесарева сечения, осложняет течение следующих беременностей и родов. Частота разрывов матки после кесарева сечения (1957) составила при низком поперечном разрезе - 8,3%, при истмико-корпоральном при классическом разрезе - 18,2%. В настоящее время разрывы матки возникают со следующей частотой: при разрезе в нижнем сегменте матки - 1%, при классическом разрезе - 2%.

Роды через естественные родовые пути после кесарева сечения в анамнезе.

Относительная безопасность кесарева сечения, наблюдение за состоянием плода, уровень современной хирургической техники позволяют пациенткам с кесаревым сечением в анамнезе рожать через естественные родовые пути.

Антибиотикопрофилактика.

Общепринято при кесаревом сечении назначение антибиотиков с профилактической целью. Антибиотики можно вводить как перед родами, так и после перевязки пуповины. В случаях планового кесарева сечения антибиотики обычно не применяют. Но при разрыве плодных оболочек резко возрастает риск послеоперационных инфекционных осложнений; в таких случаях показано применение антибиотиков. Чаще используют пенициллины и цефалоспорины из-за их низкой токсичности и широкого спектра действия.

Ведение послеоперационного периода.

В 1-ые сутки - диета 0, холод на живот, дыхательная гимнастика, разрешено сидеть в постели.

2-ые сутки - диета 0, разрешено вставать. В целях профилактики пареза кишечника - в/в вводят 40 мл гипертонического раствора 1 раз в день, 1 мл 0,05% раствора прозерина п/к 2 раза в день, гипертоническая клизма, церукала (2мл), убретида.

3-и сутки - диета 1, можно ходить, производят туалет шва.

В течение 6-7 суток антибактериальная терапия, симптоматическая терапия, инфузионная терапия по показаниям. Выписка на 8-9 сутки с соответствующими рекомендациями.

Контрольные вопросы:

1. Этапы развития операции кесарева сечения.

2. Метод операции кесарева сечения.

3. Методика корпорального кесарева сечения.

4. Методика кесарева сечения в нижнем маточном сегменте.

5. Преимущества операции кесарева сечения в нижнем маточном сегменте по сравнению с корпоральным. Разрез по Дерфлеру.

6. Кесарево сечение при наличии или подозрении на инфекцию.

7. Что такое абсолютные показания к операции, перечислить их.

8. Что такое относительные показания к операции, перечислить их.

9. Условия для производства операции кесарево сечения.

10. Послеоперационные осложнения при операции кесарева сечения.

11. Каковы недостатки корпорального кесарева сечения.

12. Как зашивают матку при кесаревом сечении по методу В.И. ЕльцоваСтрелкова.

13. Ведение больных в послеоперационном периоде.

Задача № 1.

Первородящая 30 лет. Беременность доношенная. Поступила в родильный дом с началом родовой деятельности. Схватки регулярные. Размеры таза 26-26-31-19.

Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в таз, сердцебиение плода 136 уд. в мин, ритмичное. При влагалищном исследовании - шейка сглажена, открытие 4 см, плодный пузырь цел. Предлежит головка. Впереди головки определяется пульсирующая петля пуповины. Диагональная конъюгата 10 см.

Диагноз? Что делать?

Задача № 2.

Первородящая 28 лет, поступила в родильный дом в сроке беременности 39 недель. Жалобы на головную боль, боли в животе и кровяные выделения из половых путей. В сроке 33 недели повысилось А/Д до 140/90, появились следы белка в моче. 3 недели лечили в отделении беременных по поводу нефропатии. Общее состояние при поступлении тяжелое - головная боль, мелькание мушек перед глазами, кожные покровы и видимые слизистые бледны, PS 100 уд. в мин слабого наполнения и напряжения, А/Д 150/100-160/100. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Матка овоидной формы, напряжена, резко болезненна при пальпации, в области левого угла определяется выбухание. Определить положение и предлежание плода не удается из-за резкого напряжения матки. С/Б плода 90 уд. в мин приглушено.

Из половых путей кровяные выделения. При влагалищном исследовании шейка матки сохранена, зев закрыт. Предлежит головка, прижата ко входу в таз. Своды свободны.

Размеры таза нормальные.

Диагноз? Что делать?

Тема № 27АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ И ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ

Продолжительность занятия - 180 минут.

Цель занятия: изучить устройство разных моделей акушерских щипцов и аппарата для вакуум-экстракции плода, показания и противопоказания к операциям, методы обезболивания, необходимые условия для проведения операций, возможные осложнения, научить студентов на фантоме технике наложения выходных и полостных акушерских щипцов и операции вакуум-экстракции плода.

Ординатор должен знать: показания, противопоказания и условия для операций наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода.

Ординатор должен уметь: правильно наложить на фантоме выходные и полостные акушерские щипцы.

Место занятия: учебная комната.

Оснащение: набор акушерских щипцов, аппарат для вакуум-экстракции плода, фантом, кукла, женский таз, таблицы, истории родов, учебный фильм.

План организации занятия:

Организационные вопросы, обоснование темы - 5 мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов - 30 мин.

В учебной комнате теоретический разбор темы, практические занятия на фантоме и разбор 1-2 истории родов - 140 мин.

Подведение итогов занятия и домашнее задание - 5 мин.

Содержание занятия:

Операция наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода относятся к влагалищным родоразрешающим операциям. Частота применения различных родоразрешающих операций в современном акушерстве в значительной степени определяется с позиции перинатальной охраны плода. В связи с неблагоприятным исходом для плода в современном акушерстве редко применяют вакуум-экстракцию плода. Необходимость применения акушерских щипцов в плановом порядке вытесняется выбором планового кесарева сечения. В то же время для быстрого окончания второго периода родов операция наложения акушерских щипцов является операцией выбора.

ОПЕРАЦИЯ НАЛОЖЕНИЯ АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ

Акушерскими щипцами называется инструмент, предназначенный для извлечения живого доношенного плода за головку.

Наложение акушерских щипцов - это родоразрешающая операция, при которой живой доношенный плод извлекают через естественные родовые пути с помощью акушерских щипцов.

Акушерские щипцы были изобретены шотландским врачом Петером Чемберленом (умер в 1631 г.) в конце XVI столетия. Многие годы акушерские щипцы оставались фамильным секретом, передающимся по наследству, так как они являлись предметом наживы изобретателя и его потомков. Секрет был в дальнейшем продан за весьма высокую цену.

Спустя 125 лет (1723 г.) акушерские щипцы были "вторично" изобретены Женевским анатомом и хирургом И. Пальфином (Франция) и немедленно обнародованы, поэтому приоритет в изобретении акушерских щипцов по праву принадлежит ему. Инструмент и его применение быстро получили широкое распространение. В России акушерские щипцы впервые были применены в 1765 году в Москве профессором Московского университета И.Ф. Эразмусом. Однако заслуга внедрения этой операции в повседневную практику неотъемлемо принадлежит основоположнику русского научного акушерства Нестору Максимовичу Максимовичу (Амбодику, 1744-1812). Свой личный опыт он изложил в книге "Искусство повивания, или наука о бабьем деле" (1784-1786). По его чертежам инстру-

ментальным мастером Василием Коженковым (1782) изготовлены первые в России модели акушерских щипцов.

В дальнейшем в развитие теории и практики операции наложения акушерских щипцов большой вклад внесли отечественные акушеры Антон Яковлевич Крассовский, Иван Петрович Лазаревич, Николай Николаевич Феноменов.

УСТРОЙСТВО АКУШЕРСКИХ ЩИПЦОВ. Акушерские щипцы состоят из двух симметричных частей - ветвей, которые могут иметь отличия в строении левой и правой частей замка. Одна из ветвей, которую захватывают левой рукой и вводят в левую половину таза называют левой ветвью. Другую ветвь - правой.

В каждой ветви различают три части: ложка, элемент замка, рукоятка.

Ложка представляет собой изогнутую пластину, имеющую широкий вырез окно. Закругленные края ложек называют ребрами (верхнее и нижнее). Ложка имеет особую форму, которая продиктована формой и размерами, как головки плода, так и малого таза. Ложки акушерских щипцов не имеют тазовой кривизны (прямые щипцы Лазаревица). Некоторые модели щипцов имеют дополнительно и промежностную кривизну в области соединения ложек и рукоятки (Килланда, Пайпера). Головная кривизна - это изогнутость ложек во фронтальной плоскости щипцов, воспроизводящая форму головки плода.. Тазовая кривизна - это изогнутость ложек в сагиттальной плоскости щипцов, соответствующая по форме крестцовой впадине и до известной степени проводной оси таза.

Замок служит для соединения ветвей щипцов. Устройство замков неодинаково в различных моделях щипцов.

Отличительной характеристикой является степень подвижности соединяемых им ветвей:

русские щипцы (Лазаревича) - замок свободно подвижен;

английские щипцы (Smellie) - замок умеренно подвижен;

немецкие щипцы (Naegele) - замок почти неподвижен;

французские щипцы (Levret) - замок неподвижен.

Рукоятка служит для захватывания щипцов и производства тракций. Она имеет гладкие внутренние поверхности, в связи с чем, при сомкнутых ветвях они плотно прилегают друг к другу. Наружные поверхностей частей рукоятки щипцов имеют рифленую поверхность, что предупреждает скольжение рук хирурга при производстве тракций. Рукоятка делается полой, чтобы уменьшить массу инструмента.

В верхней части наружной поверхности рукоятки имеются боковые выступы, которые называются крючками Буша. При проведении тракций они представляют надежную опору для руки хирурга. Кроме того, крючки Буша позволяют судить о неправильном наложении акушерских щипцов, если при смыкании ветвей крючка расположены не друг против друга. Однако симметричное их расположение не может быть критерием правильности наложения акушерских щипцов. Плоскость, в которой находятся крючки Буша после введения ложек и замыкания замка соответствует размеру, в котором расположены собственно ложки (поперечному или одному из косых размеров таза).

В России чаще всего пользуются щипцами Симпсона-Феноменова. Н.Н.

Феноменов внес в щипцы конструкции Симпсона (Simpson) важное изменение, сделав замок более подвижным. Масса этой модели щипцов составляет около 500 г.

Расстояние между наиболее отдаленными точками головной кривизны ложек при замыкании щипцов составляет 8 см, расстояние между верхушками ложек равно 2,5 см.

Механизм действия акушерских щипцов включает в себя два момента механического эффекта (сжатие и влечение). Назначение щипцов - плотно обхватить головку плода и заменить изгоняющую силу матки и брюшного пресса влекущей силой врача. Следовательно, акушерские щипцы являются только влекущим инструментом, но не ротационным и не компрессионным. Однако известного сжатия головки в процессе ее извлечения, тем не менее, трудно избежать, но это является недостатком щипцов, а не их назначением. Несомненно, и то, что в процессе тракций акушерские щипцы совершают ротационные движения, но, исключительно, следуя движению головки плода, не нарушая естественного механизма родов. Следовательно, врач в процессе извлечения головки не должен препятствовать тем поворотам, которые будет совершать головка плода, а, наоборот, способствовать им.

Насильственные вращательные движения щипцами недопустимы, так как неправильные положения головки в тазу не создаются без причины. Они возникают или вследствие аномалий строения таза, или вследствие особого строения головки.

Эти причины стойкие, анатомические и их нельзя устранить действием акушерских щипцов. Дело совсем не в том, что головка не совершает поворот, а в том, что имеются условия, исключающие и возможность, и необходимость поворота в данное время.

Насильственное исправление положения головки в данной ситуации неизбежно приводит к родовому травматизму матери и плода.

Показания для операции наложения акушерских щипцов возникают при ситуациях, когда консервативное продолжение родов невозможно ввиду опасности серьезных осложнений, как для матери, так и для плода, вплоть до летального исхода.

В период изгнания при наличии соответствующих условий эти ситуации можно полностью или частично устранить оперативным родоразрешением путем наложения акушерских щипцов. Показания для операции можно условно разделить на две группы: показания со стороны матери и показания со стороны плода. А показания со стороны матери можно разделить на показания связанные с беременностью и родами (акушерские показания) и показания, связанные с экстрагенитальными заболеваниями женщины, требующими "выключения" потуг (соматические показания). Часто наблюдается их сочетание.

Показания для операции наложения акушерских щипцов следующие:

Показания со стороны матери акушерские показания тяжелые формы гестоза (преэклампсия, эклампсия, выраженная гипертензия, неподдающаяся консервативной терапии) требуют исключения потуг и напряжения роженицы;

упорная слабость родовой деятельности и/или слабость потуг, проявляющиеся стоянием головки плода в одной плоскости таза свыше 2 часов, при отсутствии эффекта от применения медикаментозных средств.

Длительное стояние головки в одной плоскости малого таза ведет к повышению риска возникновения родового травматизма как плода (сочетание механических и гипоксических факторов), так и матери (мочеполовые и кишечно-половые свищи);

кровотечение во втором периоде родов, обусловленное преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, разрывом сосудов пуповины при их оболочечном прикреплении;

эндометрит в родах.

соматические показания болезни сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации;

расстройства дыхания вследствие заболевания легких;

миопия высокой степени;

острые инфекционные заболевания;

тяжелые формы нервно-психических расстройств;

интоксикация или отравление.

Наложение акушерских щипцов может потребоваться роженицам, перенесшим накануне родов хирургическое вмешательство на органах брюшной полости (невозможность мышц брюшного пресса обеспечить полноценные потуги).

Показания со стороны плода гипоксия плода, развивающаяся вследствие различных причин во втором периоде родов (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, слабость родовой деятельности, поздний гестоз, короткая пуповина, обвитие пуповины вокруг шеи и др.).

Еще раз хочется подчеркнуть, что в большинстве случаев наблюдается сочетание перечисленных показаний, требующих экстренного окончания родов.

показания для операции наложения акушерских щипцов не специфичны для этой операции, они могут явиться показанием и для других родоразрешающих операций (кесарево сечение, вакуум-экстракция плода). Выбор родоразрешающей операции в полной мере зависит от наличия определенных условий, позволяющих выполнить конкретную операцию, поэтому в каждом случае необходима их тщательная оценка для правильного выбора метода родоразрешения.

Для выполнения операции наложения акушерских щипцов необходимы определенные условия, обеспечивающие возможно более благоприятный исход ее как для роженицы, так и для плода. Если одного их этих условий нет, то операция противопоказана.

Условиями для проведения операции наложения акушерских щипцов являются:

1. Живой плод. Акушерские щипцы при наличии мертвого плода противопоказаны. В случае гибели плода и наличии показаний для экстренного родоразрешения выполняют плодоразрушающие операции.

2. Полное раскрытие маточного зева. Несоблюдение этого условия неминуемо приведет к разрыву шейки матки и нижнего сегмента матки.

3. Отсутствие плодного пузыря. Если плодный пузырь цел, от должен быть вскрыт.

4. Головка плода должна соответствовать средним размерам головки доношенного плода. Акушеры формулируют это условие несколько иначе:

головка плода не должна быть слишком велика или слишком мала. Увеличение этого параметра имеет место при гидроцефалии, крупном или гигантском плоде. Уменьшение - у недоношенного плода. Это связано с размерами щипцов, которые рассчитаны для средних размеров головки доношенного плода.

Применение акушерских щипцов без учета этого условия становится травматичным для плода и для матери.

5. Соответствие размеров таза матери и головки плода. При узком тазе щипцы являются весьма опасным инструментом, поэтому их применение противопоказано.

6. Головка плода должна находиться в выходе из малого таза стреловидным швом в прямом размере или в полости малого таза стреловидным швом в одном из косых размеров. Точное определение положения головки плода в малом тазу возможно только при влагалищном исследовании, которое обязательно должно быть произведено перед наложением акушерских щипцов.

_ _ _

В зависимости от положения головки различают:

Выходные акушерские щипцы (Forceps minor) - типичные. Выходными называют щипцы, накладываемые на головку, стоящую большим сегментом в плоскости выхода малого таза (на тазовом дне), при этом стреловидный шов располагается в прямом размере.

Полостные акушерские щипцы (Forceps major) - атипичные. Полостными называют щипцы, накладываемые на головку, находящуюся в полости малого таза (в широкой или узкой ее части), при этом стреловидный шов располагается в одном из косых размеров.

Высокие акушерские щипцы ((Forceps alta) накладывали на головку плода, стоявшуюся большим сегментом во входе в малый таз. Наложение высоких щипцов являлось технически трудной и опасной операцией, часто ведущей к тяжелой родовой травме матери и плода. В настоящее время не применяют.

Операция наложения акушерских щипцов может быть проведена только при наличии всех перечисленных условий. Акушер, приступая к наложению акушерских щипцов, должен иметь четкое представление о биомеханизме родов, которому придется искусственно подражать. Необходимо ясно представлять какие моменты биомеханизма родов головка плода уже проделала, и какие ей предстоит совершить во время тракций.

Подготовка к операции наложения акушерских щипцов включает несколько моментов (выбор метода обезболивания, подготовка роженицы, подготовка акушера, влагалищное исследование, проверка щипцов).

Выбор метода обезболивания определяется состоянием женщины и показаниями к проведению операции. В тех случаях, когда активное участие женщины в родах представляется целесообразным (слабость родовой деятельности или/и внутриутробная гипоксия плода у соматически здоровой женщины), операция может быть выполнена с применением длительной перидуральной анестезии (ДПА), пудендальной анестезии или ингаляции закиси азота с кислородом. Однако, при наложении полостных акушерских щипцов у соматически здоровых женщин целесообразно применение наркоза, так как наложение ложек на головку находящуюся в полости малого таза является сложным моментом операции, требующим устранения сопротивления мышц тазового дна.

У рожениц, которым потуги противопоказаны, операцию проводят под наркозом. При исходной артериальной гипертензии показано применение наркоза закисью азота с кислородом с добавлением паров фторотана в концентрации не выше 1,5 об.%. Ингаляцию фторотана прекращают при извлечении головки плода до теменных бугров. У роженицы с исходной артериальной гипо- и нормотензией показан наркоз седуксеном в сочетании с кеталаром в дозе 1 мг/кг.

Анестезию не должны оканчивать после извлечения ребенка, так как и при выходных щипцах операция наложения акушерских щипцов всегда сопровождается контрольным ручным обследованием стенок полости матки.

Операцию наложения акушерских щипцов проводят в положении роженицы на спине, с ногами, согнутыми в коленных и тазобедренных суставах. Перед операцией мочевой пузырь должен быть опорожнен. Наружные половые органы и внутренние поверхности бедер обрабатывают дезинфицирующим раствором. Руки акушеры обрабатывают, как для хирургических операций.

Непосредственно перед наложением щипцов необходимо произвести тщательное влагалищное исследование (полурукой) с целью подтверждения наличия условий для проведения операции и определения места положения головки по отношению к плоскостям малого таза. В зависимости от положения головки определяют, какой вариант операции будет применен (полостные или выходные акушерские щипцы).

В связи с тем, что при извлечении головки плода в щипцах возрастает риск разрыва промежности, наложение акушерских щипцов должны сочетать с эпизиотомией.

Техника операции наложения акушерских щипцов включает следующие моменты.

1. Введение ложек. При введении ложек акушерских щипцов врач должен следовать первому "тройному" правилу (правило трех "левых" и трех "правых"): левая ложка левой рукой вводится в левую сторону таза, аналогично, правая ложка правой рукой в правую сторону таза. Рукоятку щипцов захватывают особым образом: по типу писчего пера (у конца рукоятки напротив большого пальца помещают указательный и средний пальцы) или по типу смычка (напротив большого пальца вдоль рукоятки располагают широко расставленные четыре других). Особый вид захвата ложек щипцов позволяет избежать приложения силы при ее введении.

Первой вводят левую ложку щипцов.

2. Стоя, врач вводит во влагалище четыре пальца правой руки (полуруку) в левую половину таза, отделяя головку плода от мягких тканей родового канала. Большой палец остается

снаружи. Взяв левой рукой левую ветвь щипцов, рукоятку отводят в правую сторону, устанавливая ее почти параллельно правому паховому сгибу.

Верхушку ложки прижимают к ладонной поверхности, введенной во влагалище руки, таким образом, чтобы нижнее ребро ложки располагалось на четвертом пальце и опиралось на отведенный большой палец. Затем осторожно, без всякого усилия, ложку продвигают между ладонью и головкой плода в глубь родового канала, располагая нижним ребром между III и IV пальцами правой руки и опираясь на отогнутый большой палец. При этом траектория движения конца рукоятки должна быть дугой. Продвижение ложки в глубь родового канала должно совершаться в силу собственной тяжести инструмента и за счет подталкивания нижнего ребра ложки 1 пальцем правой руки. Полурука, находящаяся в родовых путях, является рукой-проводником и контролирует правильность направления и расположения ложки. С ее помощью акушер следит, чтобы верхушка ложки не направлялась в свод, на боковую стенку влагалища и не захватила край шейки матки. После введения левой ложки, чтобы избежать смещения, ее передают ассистенту. Далее под контролем левой руки акушер вводит правой рукой правую ветвь в правую половину таза так же, как и левую ветвь.

Правильно наложенные ложки располагаются на головке плода согласно "второму" 3.

тройному правилу. Длинник ложек - на головке плода вдоль большого косого размера (diameter mento-occipitalis) от затылка к подбородку; ложки захватывают головку в наибольшем поперечном размере таким образом, что теменные бугры находятся в окнах ложек щипцов; линия рукояток щипцов обращена к ведущей точке головки плода.

Замыкание щипцов. Для замыкания щипцов каждую рукоятку захватывают 4.

одноименной рукой так, чтобы первые пальцы рук располагались на крючках Буша. После этого рукоятки сближают, и щипцы легко замыкаются. Правильно наложенные щипцы лежат поперек стреловидного шва, который занимает срединное положение между ложками. Элементы замка и крючки Буша должны располагаться на одном уровне. При замыкании правильно наложенных щипцов не всегда удается сблизить рукоятки, это зависит от размера головки плода, который часто бывает больше 8 см (наибольшее расстояние между ложками в области головной кривизны). В таких случаях между рукоятками вкладывают стерильную пеленку, сложенную в 2-4 раза. Этим предотвращается чрезмерное сжатие головки и хорошее прилегание к ней ложек. Если ложки расположены не симметрично и для их замыкания требуется определенное усилие, значить, ложки наложены неправильно, их необходимо извлечь и наложить заново.

Пробная тракция. Этот необходимый момент позволяет убедиться в правильном 5.

наложении щипцов и отсутствии угрозы их соскальзывания. Он требует особого расположения рук акушера. Для этого врача правой рукой охватывает рукоятки щипцов сверху так, чтобы указательный и средний пальцы лежали на крючках.

Левую руку он кладет на тыльную поверхность правой, причем вытянутый средний палец должен касаться головки плода в области ведущей точки. Если щипцы расположены правильно на головке плода, то во время пробной тракции кончик пальца все время соприкасается с головкой. В противном случае он удаляется от головки, что свидетельствует о том, что щипцы наложены не правильно и, в конце концов, произойдет их соскальзывание. В этом случае щипцы необходимо наложить снова.

Собственно тракции (извлечение головки). После пробной тракции, убедившись в 6.

правильном наложении щипцов, начинают собственные тракции. Для этого указательный и безымянный пальцы правой руки располагают сверху на крючках Буша, средний - между расходящимися ветвями щипцов, большой и мизинец охватывают рукоятку по сторонам. Левой рукой захватывают конец рукоятки снизу. Существуют и другие способы захвата щипцов: по Цовьянову, влечение по Озиандеру (Osiander).

При извлечении головки щипцами необходимо учитывать характер, силу и направление тракций.

Тракции головки плода щипцами должны подражать естественным схваткам.

Для этого следует:

имитировать схватку по силе: начинать тракции не резко, а слабым потягиванием, постепенно усиливая и вновь ослаблять их к концу схватки;

производя тракции, не развивать чрезмерную силу, откидывая назад туловище или упираясь ногой в край стола. Локти акушера должны быть прижаты к туловищу, что предупреждает развитие чрезмерной силы при извлечении головки;

между тракциями необходимо делать паузу на 0,5-1 мин. После 4-5 тракций производят размыкание щипцов на 1-2 мин, чтобы уменьшить давление на головку;

стараться производить тракции одновременно со схватками, усиливая, таким образом, естественные изгоняющие силы. Если операцию производят без наркоза, надо заставлять роженицу тужиться во время тракций.

Недопустимы качательные, вращательные, маятникообразные движения. Следует помнить, что щипцы являются влекущим инструментом; тракции должны производить плавно в одном направлении.

Направление тракций зависит от того, в каком отделе таза находится головка и какие моменты биомеханизма родов необходимо воспроизвести при извлечении головки щипцами. Направление тракций определяется третьим "тройным" правилом в полной мере оно применимо при наложении щипцов на головку, находящуюся в широкой части полости малого таза (полостные щипцы);

первое направление тракций (от широкой части полости малого таза к узкой) книзу и назад, соответственно проводной оси таза;* второе направление тракций (от узкой части полости малого таза к выходу) - книзу и кпереди;

третье направление тракций (выведение головки в щипцах) - кпереди.

7.Снятие щипцов. Головка плода может быть выведена в щипцах или ручными приемами после снятия щипцов, которое осуществляют после прорезывания наибольшей окружности головки. Для снятия щипцов каждую рукоятку берут одноименной рукой, размыкаются ложки и снимают их в обратном порядке: первой - правая ложка, при этом рукоятку отводят к паховому сгибу, второй - левая ложка, ее рукоятку отводят к правому паховому сгибу. Вывести головку, не снимая щипцов, можно следующим образом.

Акушер встает слева от роженицы захватывает щипцы правой рукой в области замка;

левую руку располагает на промежности для ее защиты. Тракции направляет все более кпереди по мере разгибания и прорезывания головки через вульварное кольцо. Когда головка будет полностью выведена из родовых путей, разомкнуть замок и снять щипцы.

Трудности, возникающие при наложении акушерских щипцов.

Затруднения при введении ложек могут быть связаны с узостью влагалища и регидностью тазового дна, что требует рассечения промежности. Если нет возможности ввести руку-проводник достаточно глубоко, то в таких случаях руку надо ввести несколько кзади, ближе к крестцовой впадине. В том же направлении ввести ложку щипцов, чтобы расположить ложку в поперечном размере таза, ее надо переместить с помощью руки-проводника, действуя на заднее ребро вводимой ложки. Иногда ложка щипцов встречает препятствие и не продвигается глубже, что может быть обусловлено Все направления тракций обозначаются по отношению к вертикальному * положению тела роженица попаданием верхушки ложки в складку влагалища или (что более опасно) в его свод.

Ложку необходимо извлечь и затем ввести повторно при тщательном контроле пальцев руки-проводника.

Затруднения могут встретиться и при замыкании щипцов. Замок не закроется, если ложки щипцов размещены на головке не в одной плоскости или одна ложка введена выше другой. В этой ситуации необходимо ввести руку во влагалище и исправить положение ложек. Иногда при закрывшемся замке рукоятки щипцов сильно расходятся, это может быть обусловлено недостаточной глубиной введения ложек, плохим охватом головки в не выгодном направлении или чрезмерной величиной головки. При недостаточной глубине введения ложек их верхушки давят на головку и при попытке сжатия ложек могут произойти тяжелые повреждения плода вплоть до перелома костей черепа. Затруднения при замыкании ложек возникают и в тех случаях, когда щипцы наложены не в поперечном, а в косом и даже лобно-затылочном направлении. Неправильное положение ложек связано с ошибками в диагностике местоположения головки в малом тазу и расположения швов и родничков на головке, поэтому необходимо повторное влагалищное исследование и введение ложек.

Отсутствие продвижения головки при тракциях может зависеть от неправильного их направления. Тракция всегда должна соответствовать направлению проводной оси таза и биомеханизму родов.

При тракции может произойти соскальзывание щипцов - вертикальное (через головку наружу) или горизонтальное (впереди или назад). Причинами соскальзывания щипцов являются неправильный захват головки, неправильное замыкание щипцов, несоответствующие размеры головки плода. Соскальзывание щипцов опасно возникновением серьезных повреждений родовых путей: разрывов промежности, влагалища, клитора, прямой кишки, мочевого пузыря. Поэтому при первых признаках соскальзывания щипцов (увеличение расстояния между замком и головкой плода, расхождение рукояток щипцов) необходимо прекратить тракцию, снять щипцы и наложить их вновь, если для этого нет противопоказаний.

ВЫХОДНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ
Передний вид затылочного предлежания. Внутренний поворот головки завершен.

Головка плода находится на тазовом дне. Стреловидный шов располагается в прямом размере выхода малого таза, малый родничок расположен спереди у лона, крестцовая впадина полностью выполнена головкой плода, седалищные ости не достигают. Щипцы накладывают в поперечном размере таза. Рукоятки щипцов расположены горизонтально.

В направлении книзу кзади производят тракции до тех пор, пока из-под лона не родится затылочный бугор, затем головку разгибают и выводят.

Задний вид затылочного предлежания. Внутренний поворот головки завершен.

Головка плода находится на тазовом дне. Стреловидный шов - в прямом размере выхода, малый родничок располагается у копчика, задний угол большого родничка - под лоном;

малый родничок расположен ниже большого. Щипцы накладывают в поперечном размере таза. Тракции производят в горизонтальном направлении (книзу) до тех пор, пока передний край большого родничка не будет соприкасаться с нижним краем лонного сочленения (первая точка фиксации). Затем делают тракции кпереди до фиксации области подзатылочной ямки у верхушки копчика (вторая точка фиксации). После этого рукоятки щипцов опускают кзади, происходит разгибание головки и рождение из-под лонного сочленения лба, лица и подбородка плода.

ПОЛОСТНЫЕ АКУШЕРСКИЕ ЩИПЦЫ

Головка плода находится в полости малого таза (в широкой или узкой его части). Головке предстоит в щипцах закончить внутренний поворот и совершить разгибание (при переднем виде затылочного предлежания) или дополнительное сгибание и разгибание (при заднем виде затылочного предлежания). В связи с незавершенностью внутреннего поворота стреловидный шов находится в одном из косых размеров. Акушерские щипцы накладывают в противоположном косом размере для того, чтобы ложки захватили головку в области теменных бугров. Наложение щипцов в косом размере представляет определенные трудности. Более сложным по сравнению с выходными акушерскими щипцами являются тракции, при которых завершается внутренний поворот головки на 45 и более, и только затем следует разгибание головки.

Первая позиция, передний вид затылочного предлежания. Головка плода в полости малого таза, стреловидный шов - в правом косом размере, малый родничок расположен слева и спереди, большой - справа и сзади, седалищные ости достигаются (головка плода в широкой части полости малого таза) или достигаются с трудом (головка плода в узкой части полости малого таза). Для того чтобы головка плода была захвачена бипариетально, щипцы необходимо наложить в левом косом размере.

При наложении полостных акушерских щипцов сохраняется порядок введения ложек. Левая ложка вводится под контролем правой руки в заднебоковой отдел таза и сразу размещается в области левого теменного бугра головки. Правая ложка должна лечь на головку с противоположной стороны, в переднебоковом отделе таза, куда ее невозможно ввести сразу, так как этому препятствует лонная дуга. Это препятствие преодолевается перемещением ("блужданием") ложки. Правую ложку вводят обычным способом в правую половину таза, затем под контролем левой руки, введенной во влагалище, ложку перемещают кпереди, пока она не установится в области правого теменного бугра. Перемещение ложки осуществляют осторожным надавливанием II пальца левой руки на ее нижнее ребро. В данной ситуации правая ложка называется блуждающей", а левая - "фиксированной". Тракции производят книзу и кзади, головка совершает внутренний поворот, стреловидный шов постепенно переходит в прямой размер выхода таза. Далее тракции направляют сна-

чала вниз до выхода затылочного бугра из-под лона, затем - кпереди до разгибания головки.

Вторая позиция, передний вид затылочного предлежания. Головка плода в полости малого таза, стреловидный шов - в левом косом размере, малый родничок расположен справа и спереди, большой - слева и сзади, седалищные ости достигаются (головка плода в широкой части полости малого таза) или достигаются с трудом (головка плода в узкой части полости малого таза). Для того чтобы головка плода была захвачена бипариетально, щипцы необходимо наложить в правом косом размере.

При этой ситуации "блуждающей" будет левой ложкой, которую накладывают первой. Тракции производят, как и при первой позиции, переднем виде затылочного предлежания.

Осложнения операции наложения акушерских щипцов. Применение акушерских щипцов с соблюдением условий и техники обычно не вызывает каких-либо осложнений для матери и плода. В отдельных случаях эта операция может быть причиной осложнений.

Повреждение родовых путей. К ним относят разрывы влагалища и промежности, реже - шейки матки. Тяжелыми осложнениями являются разрывы нижнего сегмента матки и повреждения тазовых органов: мочевого пузыря и прямой кишки, обычно возникающие при нарушении условий для операции и правил техники. К редким осложнениям относят повреждения костного родового канала - разрыв лобкового симфиза, повреждения крестцово-копчикового сочленения.

Осложнения для плода. После операции на мягких тканях головки плода обычно – отечность, цианоз. При сильном сжатии головки могут возникать гематомы. Сильное давление ложки на лицевой нерв может вызвать его парез. Тяжелыми осложнениями являются повреждения костей черепа плода, которые могут быть различной степени - от вдавления костей до переломов. Большую опасность для жизни плода представляют кровоизлияния в мозг.

Послеродовые инфекционные осложнения. Родоразрешение операцией наложения акушерских щипцов не является причиной послеродовых инфекционных заболеваний, однако, увеличивает риск их развития, поэтому требует адекватной профилактики инфекционных осложнений в послеродовом периоде.

ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА

Вакуум-экстракция плода - родоразрешающая операция, при которой плод искусственно извлекаю через естественные родовые пути с помощью вакуум-экстрактора.
Первые попытки использовать силу вакуума для извлечения плода через естественные родовые пути были предприняты в середине прошлого столетия.

Изобретение "аэротрактора" Симпсона датировано 1849 годом. Первая современная модель вакуум-экстрактора была сконструирована югославским акушером Финдерле (Finderle) в 1954 году. Однако, предоженная в 1956 голу конструкция вакуум-экстрактора Мальстрема (Malstrom), получила наиболее широкое распространение. В том же году была предложена модель, изобретенная отечественными акушерами К. В. Чачава и П. Д.

Вашакидзе.

Принцип работы аппарата состоит в создании отрицательного давления между внутренней поверхностью чашечек и головкой плода. Основными элементами аппарата для ваку-

ум-экстракции являются: герметичная емкость-буфер и связанный с ней манометр, ручной отсос для создания отрицательного давления, набор аппликаторов (в модели Мальстрема - набор металлических чашечек от 4 до 7 номера диаметром от 15 до 80 мм, в модели Е.В.Чачава и П.Д.Вашакидзе - резиновый колпак). В современном акушерстве вакуум-экстракция плода имеет крайне ограниченное применение в связи с неблагоприятными последствиями для плода. Вакуум-экстракцию используют только в случаях, когда нет условий для выполнения других родоразрешающих операций.

В отличие от операции наложения акушерских щипцов вакуум-экстракция плода требует активного участия роженицы при тракциях плода за головку, поэтому список показаний весьма ограничен.

Показания для вакуум-экстракции плода:

слабость родовой деятельности, при не эффективной консервативной терапии;

начавшая гипоксия плода.

Противопоказания к операции вакуум-экстракции плода:

заболевания, требующие "выключения" потуг (тяжелые формы гестоза, декомпенсированные пороки сердца, миопия высокой степени, гипертоническая болезнь), так как во время вакуум-экстракции плода требуется активная потужная деятельность роженицы;

несоответствие размеров головки плода и таза матери;

разгибательные предлежания головки плода;

недоношенность плода (менее 36 недель).

Последние два противопоказания связаны с особенностью физического действия вакуум-экстрактора, поэтому размещение чашечек на головке недоношенного плода или в область родничка чревато тяжелыми осложнениями.

Условиями для выполнения операции вакуум-экстракции плода считают:

1. Живой плод;

2. Полное открытие маточного зева;

3. Отсутствие плодного пузыря;

4. Соответствие размеров таза матери и головки плода;

5. Головка плода должна находиться в полости малого - таза большим сегментом во входе в малый таз;

6. Затылочное вставление.

Техника операции вакуум-экстракции плода слагается из следующих моментов:

1. Введение чашечки и размещение ее на головке. Чашечка вакуум-экстрактора может быть введена двумя способами: под контролем руки или под контролем зрения (при помощи зеркал). Чаще всего на практике вводят чашечку под контролем руки.

Для этого под контролем левой руки-проводника правой рукой чашечку вводят во влагалище боковой поверхностью в прямом размере таза. Затем ее поворачивают и рабочей поверхностью прижимают к головке плода, по возможности ближе к малому родничку.

2. Создание отрицательного давления. Чашечку присоединяют к аппарату и в течение 3-4 минут создают отрицательное давление до 0,7-0,8 амт (500 мм рт. ст.).

3. Влечение плода за головку. Тракции выполняют синхронно с потугами в направлении, соответствующем биомеханизму родов. В паузах между потугами влечение не производят. Обязательным является выполнение пробной тракции.

4. Снятие чашечки. При прорезывании через вульварное кольцо теменных бугров чашечку снимают нарушением герметизации в аппарате, после этого головку выводят ручными приемами.

Осложнения. Наиболее частым осложнением является соскальзывание чашечки с головки плода, что происходит при нарушении герметичности в аппарате. На головке плода часто возникают кефалогематомы, наблюдают мозговые симптомы.

Контрольные вопросы:

1. Устройство акушерских щипцов и модели, чаще используемые в современном акушерстве.

2. Показания со стороны роженицы для операции наложения акушерских щипцов.

3. Показания со стороны плода для операции наложения акушерских щипцов.

4. Условия, необходимые для операции наложения акушерских щипцов.

5. Методы обезболивания, применяемые при операции наложения акушерских щипцов.

6. Основные этапы операции наложения акушерских щипцов.

7. Общие принципы наложения акушерских щипцов (три тройных правила).

8. Выходные акушерские щипцы.

9. Полостные акушерские щипцы.

10. Возможные осложнения при выполнении операций наложения акушерских щипцов и вакуум-эктсракции плода.

Задача № 1 Первородящая, первобеременная 24 лет поступила через 16 часов после начала родовой деятельности. Воды излились за 2 часа до поступления. Беременность доношенная. Размеры таза: 25-28-31-20 см. Положение плода продольное, I позиция.

Головка плода в полости малого таза. Сердцебиение плода слева ниже пупка, 160 ударов в 1 минуту, аритмичное. Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева полное, плодный пузырь отсутствует. Головка плода в полости малого таза. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди ниже большого.

Диагноз? Что делать?

Задача № 2 38-летняя роженица доставлена машиной скорой помощи. Беременность 4-я, роды 3-и. Предыдущая беременность сопровождалась отеками и повышением АД до 150/100 мм.рт.ст. В анамнезе гипертоническая болезнь - лечилась самостоятельно. Женскую консультацию за беременность посетила 2 раза. Прибавка веса за беременность - 20 кг.

Родовая деятельность 4 часа. Воды излились в машине скорой помощи - светлые. За 30 минут до поступления в стационар появилась головная боль, отмечает ухудшение самочувствия, расстройство зрения. Отеки ног и передней брюшной стенки. АД - 180/100 мм рт. ст. Ps - 92 уд/мин. При кипячении мочи - осадок занимает половину объема пробирки. Влагалищное исследование: раскрытие маточного зева полное. Плодный пузырь отсутствует. Головка плода в полости малого таза. Стреловидный шов в левом косом размере, ближе к прямому размеру, малый родничок справа под лоном.

Седалищные ости не прощупывают. Две трети крестцовой впадины и вся задняя поверхность симфиза заняты головкой.

Диагноз? Что делать?

Тема № 28ПЛОДОРАЗРУШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ.МАЛЫЕ АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ.

Продолжительность занятия - 90 минут.

Цель занятия: изучить плодоразрушающие и малые акушерские операции (показания, условия, технику, противопоказания, набор инструментов, шовный материал, обезболивание, осложнения).

Ординатор должен знать: виды операций, показания, условия, подготовку к операциям, технику, инструменты, осложнения, обезболивание.

Ординатор должен уметь: показать на фантоме этап каждой плодоразрушающей операции с соответствующим набором инструментов.

Место занятия: учебная комната, родильный зал, малая операционная.

Оснащение: фантом, кукла, костный таз, таблицы и слайды по теме, набор инструментов для плодоразрушающих и малых акушерских операций.

План организации занятия:

Организационные вопросы и обоснование темы - 10 мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов по данной теме - 20 мин.

Теоретический разбор материала и выполнение практических навыков (работа на фантоме и костном тазе с куклой), разбор всех видов операций - 50 мин.

Подведение итогов занятия. Домашнее задание - 10 мин.

Содержание занятия:

ОПЕРАЦИИ ПЛОДОРАЗРУШАЮЩИЕ (ЭМБРИОТОМИЯ)
(embryotomia) Эмбриотомия - любая операция, имеющая целью разрушить части плода, уменьшить его объем и сделать возможным его извлечение через естественные родовые пути.
Плодоразрушаяющие операции относятся к одним из древнейших в акушерстве. Их применяли даже на живом плоде. Развитие акушерства и особенно совершенствование техники кесарева сечения значительно снизили частоту плодоразрушающих операций. В современном акушерстве они возможны исключительно на мертвом плоде.

К плодоразрушающим операциям приходится прибегать в тех случаях, когда извлечение не уменьшенного в объеме плода через естественные родовые пути сопряжено с большим риском для матери. Производят их только на мертвом плоде. Лишь в отдельных случаях бывает необходимо произвести их и на живом плоде. В таких случаях речь идет обычно об уродствах плода (резкая гидроцефалия) или о тяжелых осложнениях родов, угрожающих жизни роженицы (опасность возникновения свищей, разрыва матки и др.), если при этом нет условий для родоразрешения другими способами.

Типичные плодоразрушающие операции: краниотомия, краниоклазия, декапитация и клейдотомия.

КРАНИОТОМИЯ
(craniotomia) Краниотомией называют операцию нарушения целости черепа плода. Она состоит из перфорации головки и удаления из нее мозга.
Для выполнения краниотомии необходимы следующие инструменты: влагалищное зеркало с подъемниками, щипцы Мюзо (или пулевые), ножницы, перфоратор (копьевидный - Бло или трепановидный - Феноменова), кюретка, краниокласт Брауна.

Показания:

угрожающий разрыв матки;

ущемление мягких тканей родового канала (угроза свища);

невозможность извлечь последующую головку при родах в тазовом предлежании;

тяжелое состояние роженицы, требующее немедленного родоразрешения или ускорения родов;

Условия:

смерть плода;

состояние родовых путей, допускающее рождение через них уменьшенным в объеме плодом;

открытие маточного зева не менее чем на шесть см;

отсутствие плодного пузыря;

плотная фиксация головки.

Подготовка к операции. Положение роженицы и ее подготовка обычные, как и при других влагалищных операциях. Необходим глубокий наркоз, если к этому нет противопоказаний. Он необходим не только для обезболивания, но и для расслабления брюшной стенки и матки. Операцию производят сидя.

Техника операции.

Первый момент - обнажение головки с помощью плоских акушерских влагалищных зеркал, после чего видны маточный зев и головка.

Второй момент - рассечение мягких тканей головки. Для этого кожу головки захватывают в центре двумя парами крепких двузубцев или пулевых щипцов, натягивают и рассекают между ними на 2-3 см ножницами или скальпелем. Разрез выгоднее сделать перпендикулярно к стреловидному шву. Края разреза отворачивают в сторону, вследствие чего обнажается кость или фиброзная ткань (родничок, шов). Начинающему врачу выгоднее перфорировать головку в области швов или родничков. Они могут быть легко обнажены, если указательным пальцем, подведенным под края разреза, отслоить кожу в ту и в другую сторону.

Третий момент - пробуравливание головки. Натягивая пулевые щипцы, достигают дополнительной фиксации головки, в чем помогает ассистент, который фиксирует головку плода к входу в таз. После этого берут в правую руку перфоратор, приставляют копьем к центру головки, к шву или родничку таким образом, чтобы ось инструмента была направлена на головку прямо (перпендикулярно), а не наискось. При лобном и лицевом предлежании лучше приставить перфоратор к лобному шву или к глазнице.

Перфорацию производят осторожными буравящими движениями, пока наиболее широкая часть копья перфоратора не сравняется с краями перфорационного отверстия. Не следует производить прокалывающие или толкающие движения, так как они могут быть причиной соскальзывания копья с головки, которое может нанести роженице опасную травму. После этого обе рукоятки перфоратора Бло сближают, острые же края копья разводят в стороны. Сближая и раздвигая их в различных направлениях, образуют на черепе 4-5 разрезов. Раздвинув теперь копья до отказа, производят ими вращательные движения на уровне краев перфорационного отверстия, которое становится проходимым для 1,5-2 пальцев.

Четвертый момент - удаление головного мозга. Вглубь черепа вводят через образованное отверстие большую тупую ложку, с помощью которой разрушают и вычерпывают мозг (эксцеребрация). Особое внимание обращают на разрушение продолговатого мозга. Разрушенный мозг может быть удален путем вымывания стерильным раствором через катетер, введенный в полость черепа.

На этом операция перфорации головки заканчивают.

Если перфорация была произведена при недостаточном раскрытии маточного зева, влагалищные зеркала удаляют, оставляют наложенные на кожу пулевые щипцы. Затем кольца щипцов сближают и завязывают марлевым бинтом, который перекидывают через блок,

прикрепленный к кровати, и к нему подвешивают груз в 300-500 г., т.е. за перфорацией головки следует операция наложения кожно-головных щипцов по УилтИванову.

Если состояние роженицы позволяет, а родовая деятельность удовлетворительная, роды могут быть предоставлены силам природы. В противном случае, как только наступает полное или почти полное раскрытие зева, роды заканчивают с помощью кразиоклазии.

Краниотомия последующей головки. Если попытка извлечь плод при тазовых предлежаниях не удалась, и плод погиб, или если затруднение с извлечением связано с гидроцефалией, необходимо прекратить дальнейшие попытки вывести головку плода из родового канала. В таких случаях производят перфорацию последующей головки с эксцеребрацией.

Техника операции. Помощник оттягивает за ножку туловище плода круто вниз, вводя пластинчатое зеркало между затылком плода и передней стенкой влагалища. Под защитой зеркала рассекают кожу головки. Пальцем руки, подведенной под участок рассеченной кожи, ее отслаивают от кости до тех пор, пока не будет обнаружено большое затылочное отверстие. К нему приставляют копье перфоратора и пробуравливают отверстие в черепе. Эту манипуляции, как и последующие, производят так же и в том же порядке, как при перфорации предлежащей головки.

Если не удалось обнаружить большое затылочное отверстие, перфорацию головки производят на месте перехода шеи в затылок. Спавшуюся после эксцеребрации головку легко удалить из родового канала.

КРАНИОКЛАЗИЯ
(cranioclasia) Краниоклазией называют операцию извлечения перфорированной и уменьшенной в объеме головки плода с помощью специального инструмента краниокласта. Краниокласт состоит из двух перекрещивающихся и замыкающихся в центре ветвей. Он устроен по принципу акушерских щипцов. Ложки имеют изгиб, соответствующий головной кривизне. Одна из ложек сплошная и имеет неровность на выпуклой поверхности. Она предназначена для введения в полость черепа. Другая ложка, окончатая, предназначена для обхвата головки снаружи. Рукоятки снабжены крючками Буша, прочным, сжимающим аппаратом – винтогаечным запором.

Показания к операции, подготовка роженицы и ее положение на операционном столе те же, что и при операции краниотомии.

Условия. Полное или почти полное открытие маточного зева; остальные условия те же, что при краниотомии.

Техника операции.

Первый момент - введение и размещение ложек. Во влагалище вводят полуруку.

Под ее контролем, чтобы не поранить стенки влагалища, через перфорационное отверстие в головке вводят в полость черепа как можно глубже первую внутреннюю ложку краниокласта, обращенную выпуклостью к лицу (только в крайнем случае к затылку) плода. Рукоятку краниокласта передают помощнику. Наружную (окончатую) ложку краниокласта вводят по тем же правилам, как и вторую ложку акушерских щипцов. Под контролем введенной во влагалище левой полуруки (чтобы не поранить влагалище и не зажать между головкой и краниокластом край маточного зева) ложку накладывают на наружную по-

верхность головки, соответственно положению ложки, введенной в полость черепа (крючки Буша).

Второй момент - замыкание ветвей. Для этого вырезку замка наружной ветви надевают на шпенек внутренней ветви, на рукоятки надевают сжимающий винт и завинчивают его до отказа. Введенной во влагалище полурукой проверяют правильность наложения краниокласта. Правильно наложенный краниокласт должен плотно сжимать лицевую часть черепа, где кости соединены значительно прочнее, чем в других частях черепа, в крайнем случае - затылочную.

Третий момент - извлечение головки. Характер и направление тракций такие же, как и при извлечении головки щипцами. Во время влечений, пальпаторно проверяют, не повреждают ли материнские ткани обломки костей черепа, выступающие из перфорационного отверстия, не отрывают ли краниокластом кости черепа, как это нередко бывает, когда ложки накладывают бипариетально или недостаточно глубоко.

Если это осложнение обнаружено, краниопласт снимают и ложки вводят вновь глубже, захватывая лицо или затылок.

Четвертый момент - снятие краниокласта. Краниокласт снимают, как только головка выведена из половой щели; дальнейшее извлечение плода производят обычным способом.

ДЕКАПИТАЦИЯ (decapitatio) Сущность операции вытекает из самого названия - обезглавливание плода.

Показанием считают запущенное поперечное положение плода.

Условия:

полное или почти полное открытие маточного зева;

отсутствие плодного пузыря;

доступность шеи плода для исследующей руки;

состояние родовых путей, допускающее рождение через них уменьшенного в объеме плода (истинная конъюгата не менее 6 см, отсутствие во влагалище резко суживающих его рубцов).

Подготовка роженицы и ее положение на операционном столе, как и при других влагалищных операциях. Необходим глубокий наркоз.

Декапитацию производят декапитационным крючком Брауна. Он состоит из массивного металлического стержня, согнутого на одном конце под острым углом в виде крючка, оканчивающегося пуговчатым утолщением. Второй конец является рукояткой и имеет вид массивной перекладины.

Техника операции.

Первый момент - введение и размещение декапитационного крючка. Он слагается из следующих моментов: захватывание помощником выпавшей ручки и оттягивание ее вниз и в сторону, противоположную той, где расположена головка, пока плечевой поясом и шея

плода не опустятся ниже декапитационного крючка; если запущенное поперечное положение не сопровождается выпадением ручки, непосредственно приступают к следующему моменту; введение в родовые пути всей руки и захватывание шеи плода большим пальцем (спереди), указательным и средним пальцами (сзади); введение в родовые пути декапитационного крючка по ладонной поверхности внутренней руки акушера и его надевание на шею плода - крючок проводят по большому пальцу спереди шеи и надевают на нее сверху. Для охвата шеи плода лучше пользоваться левой рукой, правой же работать рукояткой декапитационного крючка.

Второй момент - собственно декапитация. Помощник производит давление на головку, стремясь приблизить ее к срединной линии живота и здесь фиксировать. Таким образом, головка с одной стороны фиксирована внутренней рукой, лежащей на шее плода, а с другой - через брюшную стенку рукой помощника. После этого врач, производящий операцию, сильно тянет инструмент на себя и книзу. Крючок при этом плотно ложится на позвоночник и хорошо здесь фиксируется. Наружная рука поворачивает за рукоятку крючок по его продольной оси на 90 то в одну, то в другую сторону, пока не произойдет перелом позвоночника. Все это время и в дальнейшем внутренняя рука неотступно следит за тем, чтобы конец крючка не поранил материнских тканей. О завершении перелома позвоночника узнают по характерному хрусту. Головка соединена теперь с туловищем только мягкими тканями. Влечением за крючок или за выпавшую ручку мягкие ткани шеи низводят как можно ниже и рассекают под контролем пальца или глаза длинными крепкими ножницами с закругленными концами, пока головка полностью не отделится от туловища. Декапитация на этом заканчивается, и крючок выводят из родовых путей тем же способом.

Третий момент - извлечение расчлененного плода. Обезглавленное туловище легко извлекают потягиванием за ручку. Оставшаяся в матке головка может быть извлечена следующим образом. Помощник давит на дно матки, пока головка не установится над входом. Во влагалище вводят зеркало и крепкими двузубцами захватывают и извлекают головку. Еще лучше войти в полость матки рукой и ввести в рот плода согнутый указательный палец и таким образом вывести головку наружу. Введенная в полость матки рука, кроме того, проверяет целость стенок матки, в чем очень важно убедиться после такой грубой и небезопасной операции, какой является декапитация.

КЛЕЙДОТОМИЯ (cleidotomia) Клейдотомией называют операцию рассечения ключицы плода.

Показания. Операцию производят только на мертвом плоде в тех случаях, когда вследствие больших размеров плечиков, они задерживаются в родовом канале и этим приостанавливают рождение плода. Такое осложнение чаще всего наблюдают в родах при тазовом предлежании, но возможно и при головных предлежаниях (крупный плод, ошибки при акушерском пособии). Производят острым путем (ножницы) на мертвом плоде и тупым (пальцем) на живом плоде.

Техника операции разработана Н.Н.Феноменовым, который дал ей название. Под контролем четырех пальцев левой руки врач проникает кончиком крепких ножниц с закругленными концами к той ключице, которая расположена ближе, и одним-двумя ударами рассекает (ломает) ее. После этого плечевой пояс спадается и легко проходит через родовой канал. Если это не произошло, тогда рассекают и вторую ключицу.

Исходы всех перечисленных выше плодоразрушающих операций зависят главным образом от осложнений родов, которые послужили поводом к их производству.

К атипическим плодоразрушающим операциям относят: экзентерацию (удаление внутренностей плода), спондилотомию (рассечение позвоночного столба) и др.

Возможные осложнения при производстве всех плодоразрушающих операций.

Наиболее серьезные осложнения при производстве плодоразрушающих операций связаны с соскальзыванием острых инструментов, которыми их производят, в результате чего возникает травма внутренних половых органов роженицы и даже травмы соседних органов (прямой кишки, мочевого пузыря и т.п.).

Для предупреждения возможного травматизма необходимо строго соблюдать технику выполнения операции и производить их, когда это возможно, под контролем зрения. Обязательным условием является достаточно глубокий наркоз, исключающий двигательную активность роженицы.

Во всех случаях родов, заканчивающихся плодоразрушающими операциями, необходимо после рождения последа провести ручное обследование стенок матки, осмотреть влагалище и шейку матки с помощью влагалищных зеркал, чтобы установить их целость. В заключение выполняют катетеризацию мочевого пузыря для исключения повреждений мочевыводящих путей.

МАЛЫЕ АКУШЕРСКИЕ ОПЕРАЦИИ
К операциям, подготавливающим родовые пути к родам, относят:

наложение кожно-головных щипцов (по А. А. Иванову) Операция наложения кожно-головных щипцов заключается в захвате кожи головки специальным инструментом, к которому подвешивают груз 200-400 г.

Операция в современном акушерстве показана почти исключительно на мертвом плоде, как подготовительный этап к плодоразрушающей операции.

метрейриз - это введение в матку специального конусообразного баллона метрейринтера, сделанного из резины и заполняемого после введения жидкостью. Ранее эту операцию производили после заправления в матку выпавших мелких частей или петель пуповины, а также для ускорения раскрытия шейки матки и прижатия края плаценты при ее частичном предлежании.

кольпейриз - введение во влагалище резинового баллона овальной формы, который, так же как и метрейринтер, после введения заполняют жидкостью. Эту операцию применяли при тазовом предлежании плода для сохранения его членорасположения и стимуляции родовой деятельности за счет давления баллона на рецепторы нервного сплетения таза. В настоящее время не используют.

кровавое расширение (рассечение) шейки матки применяли при ригидности шейки матки или необходимости срочного родоразрешения при не полностью раскрытой шейке матки. Операция заключалась в нанесении на шейку матки радиальных разрезов.

не кровавое (пальцевое) расширение шейки матки производили, когда ригидность шейки матки проявлялась при значительном ее открытии (на 7-8 см) инструментальное вскрытие плодного пузыря перинео- и эпизиотомия В современных условиях перечисленные опера-

ции, за исключением инструментального вскрытия плодного пузыря плода и перинео- и эпизиотомии, производят крайне редко.

.

ИСКУССТВЕННЫЙ РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК
(diruptio velamentorum ovi) Искусственным разрывом плодных оболочек преследуют цель ускорить родовой процесс, установить неблагоприятное влияние на течение родов плодных оболочек или удерживаемых ими вод, создать условия для выполнения родоразрешающих операций.
Показания:

чрезмерная плотность плодных оболочек;

плоский плодный пузырь;

частичное предлежание плаценты и низкое ее прикрепление;

многоводие;

эклампсия.

Условия для производства операции разрыва плодных оболочек зависят от особенностей каждых отдельных родов и не поддаются обобщению.

Подготовка к операции и положение роженицы такие же, как и при влагалищном исследовании, во время которого, обычно, и производят амниотомию, со строжайшим соблюдением всех правил асептики и антисептики.

Техника операции. Во влагалище вводят указательный и средний пальцы или конусообразно сложенную кисть руки. Плодный пузырь вскрывают браншей пулевых щипцов вне схватки. При многоводии выведение околоплодных вод производят по игле, медленно, чтобы предотвратить быстрое излитие околоплодных вод и связанные с этим осложнения - выпадение петли пуповины, самопроизвольную отслойку детского места.

Осложнений при правильном учете показаний и условий и тщательной технике операции, как правило, не бывает.

Исход для матери и плода зависит не столько от разрыва оболочек, сколько от тех осложнений родов, которые потребовали этого вмешательства.

Операцией перинеотомией называют рассечение промежности в родах, которое производят по направлению от задней спайки промежности к анусу. При таком разрезе разделяют между собой правые и левые ножки леватора.

При эпизиотомии разрез производят с одной стороны, через большую половую губу. При таком разрезе ножки леватора пересекают с одной стороны.

Показания: угроза разрыва промежности в родах; оперативные роды (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, экстракция плода за тазовый конец и т.д.) при преждевременных родах; при высокой и ригидной промежности.

Контрольные вопросы:

1. Виды (классификация) плодоразрушающих операций.

2. Краниотомия. Показания, условия, набор инструментов, обезболивание, подготовка, техника, осложнения.

3. Краниоклазия. Показания, условия, набор инструментов, обезболивание, подготовка, техника, осложнения.

4. Декапитация. Показания, условия, набор инструментов, обезболивание, подготовка, техника, осложнения.

5. Экзентерация. Показания, условия, набор инструментов, обезболивание, подготовка, техника, осложнения.

6. Спондилотомия. Показания, условия, набор инструментов, обезболивание, подготовка, техника, осложнения.

7. Клейдотомия. Показания, условия, набор инструментов, обезболивание, подготовка, техника, осложнения.

8. Пункция головки плода при гидроцефалии. Показания, условия, набор инструментов, обезболивание, подготовка, техника, осложнения.

9. Осложнения со стороны матери при производстве плодоразрушающих операций.

10. Ручное обследование стенок полости матки. Показания, подготовка, обезболивание, этапы и техника операции.

11. Операции в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Цель. Перечень.

12. Профилактика разрывов мягких тканей родового канала.

13. Профилактика гнойно-септических осложнений в послеоперационном периоде.

Задача № 1.

Первородящая 19 лет поступила в родильное отделение. Схватки через 5-7 минут по 40-45 сек в течение 15-ти часов. Воды излились 10 часов тому назад. Срок беременности 32 недели.

При осмотре: окружность живота 95 см, высота стояния дна матки 30 см. размеры таза: 25,27,30,19 см. Головка плода определяется справа, сердцебиение не выслушивается.

Из половых путей подтекают светлые воды в умеренном количестве.

Влагалищное исследование: влагалище - нерожавшей, узкое. Во влагалище определяется ручка плода. Шейка матки сглажена, открытие - полное. Плодного пузыря нет. Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет, Подтекают светлые воды в умеренном количестве.

Диагноз? Что делать?

Задача № 2.

Роженица Р., 27 лет, доставлена в акушерскую клинику с частыми схватками, начавшимися 4 ч назад. Беременность третья, доношенная. Первая прервана искусственным абортом, вторая закончилась нормальными родами. Настоящая беременность протекала нормально. Размеры таза; 26, 28, 31, 21. Окружность живота - 98 см. Высота стояния дна матки над лоном - 31 см. Положение плода - продольное, спина слева, мелкие части - справа. Над входом в малый таз прощупывается крупная, баллотирующая, плотная часть плода. Сердцебиение плода не прослушивается. Схватки интенсивные, по 60 секунд через 2-3 мин. Подтекают околоплодные воды, окрашенные меконием.

Данные влагалищного исследования. Влагалище емкое, шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодный пузырь вскрыт. Предлежит головка плода большим сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок – слева у лона, большой – справа у крестца. Впереди головки справа определяется петля пульсирующей пуповины длиной около 20 см. Мыс крестца не достигается.

Диагноз? Что делать.

Задача № 3.

Роженице 30 лет, данная беременность 1-ая, роды 1-ые. Беременность протекала без осложнений. Поступила в родильное отделение с бурной родовой деятельностью во 2ом периоде родов. Промежность высокая, ткани промежности синюшные, отечные.

Разрешилась живой доношенной девочкой массой 4000,0 г, длиной 55 см. 3-й период родов закончился через 5 мин. Из половых путей умеренные кровяные выделения. При осмотре промежности: разрывы мягких тканей до наружного сфинктера.

Диагноз? Что делать?

Тема № 29

НЕПРАВИЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА.
ОПЕРАЦИИ, ИСПРАВЛЯЮЩИЕ
ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА. АКУШЕРСКИЕ ПОВОРОТЫ.
ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ.
Продолжительность занятия - 90 минут.
Цель занятия: изучить неправильные положения плода в матке и операции, исправляющие положения плода во время беременности и в родах, акушерские повороты и методы извлечения плода за тазовый конец; показания, противопоказания, условия, предоперационную подготовку, технику операций, обезболивание, осложнения.

Ординатор должен знать: неправильные положения плода (поперечное и косое), причины их развития, диагностику и осложнения, возникающие во время беременности и в родах, методы родоразрешения, способы поворотов и методы извлечения плода за тазовый конец, показания к операциям, противопоказания, условия, технику, обезболивание, осложнения.

Ординатор должен уметь: показать на фантоме с куклой неправильные положения плода в матке и этапы каждой операции.

Место занятия: учебная комната, отделение патологии беременных.

Оснащение: фантом, костный таз, кукла, таблицы и слайды по данной теме.

План организации занятия:

Организационные вопросы и обоснование темы занятия - 5 мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов по данной теме - 30 мин.

Выполнение практических навыков (работа на фантоме с куклой), разбор всех видов операций и методов, осмотр беременных в отделении патологии - 50 мин.

Подведение итогов занятия. Домашнее задание - 5 мин.

Содержание занятия

АНОМАЛИИ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА

Положение плода называют правильным,когда ось (длинник) плода совпадает с осью матки. Если ось плода пересекает ось матки под каким-либо углом, возникает неправильное положениеплода, при котором течение родов становится опасным для матери и плода. К неправильным положениям относят поперечное и косое положения плода.

Поперечным положением плода называют такое положение плода, когда его ось пересекает ось матки под прямым углом.

Косым положением плода называют такое положение плода, когда его ось пересекает ось матки под острым углом.

Практически важным является то, что при поперечном положении плода обе его крупные части располагаются выше гребней подвздошных костей, а при косом – одна из крупных частей плода расположена в подвздошной ямке, т.е. ниже гребня подвздошной кости.

Позицию плода при поперечном и косом положении определяют по головке плода:

если она находится слева, то это - первая позиция, если справа – вторая позиция. Вид плода определяют по спинке.

Этиология – пониженная возбудимость матки, недостаточность брюшного пресса, пространственное несоответствие полости матки и размеров плода.

Распознавание. При поперечном положении живот имеет шарообразную форму, головка плода или ягодицы располагаются в боковых отделах матки, предлежащей части над входом в малый таз нет.

Роды при поперечном положении плода могут закончиться самостоятельно при хорошей родовой деятельности и небольших размерах плода.

Возможны осложнения:

дородовое излитие околоплодных вод, выпадение мелких частей плода и пуповины, аномалии родовых сил, гипоксия плода, запущенное поперечное положение плода, эндометрит в родах, разрыв матки Ведение родов: при живом плоде – кесарево сечение, при мертвом плоде – плодоразрушающая операция Профилактика: гимнастика во время беременности для исправления неправильного положения плода, госпитализация в родильное отделение в 34-35 недель беременности.

ОПЕРАЦИИ, ИСПРАВЛЯЮЩИЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА.
К операциям, исправляющим положение плода, относят:

акушерский поворот наружный;

акушерский поворот комбинированный при полном открытии маточного зева;

акушерский поворот комбинированный при неполном открытии маточного зева.

Акушерским поворотом называют операцию, с помощью которой неблагоприятное при данной акушерской ситуации положение плода переводят в другое, благоприятное, при том всегда продольное.

НАРУЖНЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПЛОДА НА ГОЛОВКУ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ (по Б.А.Архангельскому).
Показанием к операции является тазовое предлежание плода.

Подготовка к операции. Производят операцию натощак, после очищения кишечника слабительными или клизмой (накануне вечером). Мочевой пузырь опорожняют непосредственно перед операцией.

Беременную укладывают на твердую кушетку, на спину, одетую только в рубашку.

Врач садится справа от нее. Устанавливают наружными приемами положение, позицию, вид и предлежание плода. Наркоз не показан.

Техника операции. Очень бережно, манипулируя одновременно обеими руками, отодвигают ягодицы от входа в таз высоко кверху - выше гребешка подвздошной кости, а головку - книзу. Поворот считается законченным, когда головка располагается над входом в таз, а ягодицы - в дне матки.

По окончании операции по обе стороны матки кладут небольшие мягкие валики из пеленок и весь живот не туго забинтовывают длинным полотенцем, чтобы удержать плод в матке в достигнутом положении.

Исход операции. Далеко не во всех случаях, даже при удачно проведенном наружном повороте, достигнутое продольное положение плода сохраняется.

В современных условиях операцию наружного профилактического поворота практически не применяют ввиду недостаточной эффективности и значительной частоты серьезных осложнений (ПОНРП, разрыв матки, преждевременное начало родов и т.д.).

КОМБИНИРОВАННЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПРИ ПОЛНОМ ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА

Показания: поперечное (и косое) положение плода; неблагоприятное предлежание головки - лобное вставление, передний вид лицевого вставления (подбородок кзади) высокое прямое стояние стреловидного шва; выпадение мелких частей плода и пуповины - при поперечном положении и головном предлежании; угрожаемые состояния роженицы и плода, требующие немедленного окончания родов.

Условия: полное или почти полное раскрытие маточного зева; абсолютная подвижность плода; точное знание положения плода; состояние матки и твердых частей родового канала, допускающее рождение плода через естественные родовые пути; хорошее состояние плода.

Первые два условия являются абсолютными; при неполном раскрытии маточного зева нельзя проникнуть всей рукой в полость матки, при ограниченной подвижности плода, а тем более при неполной его неподвижности производство классического поворота на ножку во избежание неминуемого в таких случаях разрыва матки противопоказано.

Подготовка к операции.

Подготовка к операции - обычная для влагалищных операций. Глубокий наркоз показан для расслабления матки и брюшной стенки. Подробно изучают положение плода и состояние родовых путей наружными приемами и влагалищным исследованием. Врач выполняет операцию стоя.

Техника операции слагается из трех этапов:

выбор руки и ее введение в матку;

нахождение и захват ножки;

собственно поворот.

Первый этап операции - выбор и введение руки.

При выполнении первого этапа следует обратить внимание на следующие три момента.

1. Поворот может быть произведен любой рукой, введенной в матку. Однако он удается при соблюдении легко запоминающегося правила: вводят руку, одноименную позиции.

2. Руку вводят, конусообразно сложив кисть. Для этого все пять пальцев руки вытягивают до отказа и сближают один с другим с виде конуса. Пальцами второй ("наружной") руки раздвигают в стороны половые губы, после чего кисть, сложенная конусом, тыльная поверхность которой обращена кзади, легко может быть введена через влагалищное отверстие в полость матки, отдавливая промежность кзади. Руку вводят обязательно вне схватки. Если плодный пузырь цел, его вскрывают в центре, причем кисть тут же проводят в полость матки. При этом следует по возможности помешать быстрому излитию вод из матки.

3. Кисть руки следует проводить мимо мыса. Если продвижению кисти в полость матки мешает предлежащая головка, то ее отталкивают вверх внутренней рукой и отводят в сторону спинки наружной рукой. Таким же образом отодвигают в сторону предлежащее плечико плода при поперечном положении.

Второй этап операции - нахождение и захват ножки.

В этом этапе следует последовательно выполнить также три момента:

Для дальнейших манипуляций выгодно найти ножку, лежащую кпереди, т.е.

1.

ближе к брюшной стенке роженицы. Эта ножка, обычно, лежит ниже другой, вследствие чего ее находят легко.

2. Чтобы найти ножку, кисть руки, ладонная поверхность которой обращена к брюшной поверхности плода, продвигают вне схватки вдоль плода. При этом введенная в матку кисть или прямо продвигается к тому месту, где предполагают расположение ножек, или скользит по заднему боку плода по головке до ягодичной области; здесь кисть переводят на переднее бедро, а затем на голень. Следуя по длинному пути, акушер последовательно определяет части плода, начиная с головки, и искомую ножку. Что это ножка, а не ручка, убеждает наличие на ножке пяточного бугра, коротких пальцев, расположенных в один ряд, трудность и незначительность отведения большого пальца в сторону. При головном предлежании предпочтительнее разыскивать ножку по длинному пути, при поперечном - по короткому. Чтобы легче достичь ножку плода, наружную руку располагают на дне матки и фиксирует ее.

3. Найденную ножку во избежание ее перелома лучше всего захватить всей кистью за голень, расположив большой палец по ее длине.

Третий этап операции - собственно поворот. Поворот осуществляют низведением книзу ножки сразу же после ее захвата. Одновременно с этим наружная рука отводит головку ко дну матки. При этих манипуляциях обе руки действуют сочетано.

Поворот считают законченным, когда из половой щели показывается подколенная ямка, а головка находится в дне матки, т.е. создано полное ножное предлежание плода.

После этого обычно приступают к извлечению плода.

Возможные осложнения:

выпадение пульсирующей петли пуповины, после вскрытия плодного пузыря;

спазм внутреннего зева во время осуществления поворота;

выведение ножки вместо ручки плода;

гипоксия плода;

невозможность совершения поворота вследствие недостаточной подвижности плода;

разрыв матки.

Исход операции благоприятен и для матери и для плода, если она была выполнена при строгом соблюдении условий и технически безупречно.

С позиции современного акушерства классический комбинированный поворот плода может быть произведен только в случае, когда невозможна операция кесарева сечения.

КОМБИНИРОВАННЫЙ АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ ПРИ НЕПОЛНОМ ОТКРЫТИИ МАТОЧНОГО ЗЕВА

(поворот по Брекстон-Гиксу).

Показанием к операции считали предлежание плаценты при недоношенном (нежизнеспособном) или мертвом плоде.

Условия:

открытие маточного зева на 2,5-3 пальца;

полная подвижность плода.

Подготовка к операции такая же, как и к операции поворота при полном открытии зева.

Техника операции. Всю кисть руки вводят во влагалище, после чего указательный и средний пальцы проникают в полость матки. Если плодный пузырь цел, оболочки разрывают корнцангом в пределах маточного зева. Если просвет последнего покрыт изнутри тканью предлежащей плаценты (при центральном ее предлежании), последнюю также пробуравливают корнцангом. После чего в полость матки через это искусственно созданное отверстие вводят два пальца. Наружная рука сильно надавливает на тазовый конец плода по направлению к входу в таз. Ягодицы плода приближают к находящимся в матке пальцам. Любую ножку захватывают пальцами и низводят книзу. Захватывают ножку в области голеностопного сустава. В это время наружную руку перемещают на головку и оттесняют ее кверху - к дну матки.

Выведя ножку из половой щели, на нее надевают петлю из марлевого бинта, к которому подвешивают груз в 200 г; этот груз снимают после прорезывания ягодиц. Цель операции - прижать предлежащую плаценту низведенной ножкой и ягодицами и остановить этим кровотечение. Поэтому извлечение плода после произведенного поворота строго противопоказано, так как оно, обычно, влечет за собой разрыв нижнего сегмента матки и обильное кровотечение из находящейся здесь плохо сокращающейся плацентарной площадки.

Возможные осложнения. Не всегда удается захватить ножку, а захваченная ножка не всегда выводится через зев. В таком случае под контролем пальца подводят к ножке марлевую петлю, а при мертвом плоде пулевыми щипцами захватывают стопу, которую и низводят.

Исходы. Матери угрожает кровотечение и инфекция, а иногда и разрыв нижнего сегмента. Жизнеспособные плоды погибают в родах. Поэтому при жизнеспособном плоде прибегают к операции кесарево сечение.

В современном акушерстве поворот по Брекстон-Гиксу полностью вытеснен операцией кесарева сечения.

ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПЛОДА ЗА ТАЗОВЫЙ КОНЕЦ

Извлечением плода за тазовый конец называют операцию, посредством которой плод, рождающийся в одном из вариантов тазового предлежания, искусственно выводят из родо-

вого канала, начиная все манипуляции более активно, когда весь плод или большая его часть находится в родовом канале.
Различают извлечение плода за ножку, обе ножки и паховый сгиб.

Показания: нарушение компенсации сердечно-сосудистой системы роженицы, тяжелое заболевание почек, эклампсия, воспаление легких, эндометрит в родах, гипоксия плода. Операция извлечения плода за тазовый конец чаще является продолжением классического наружно-внутреннего поворота плода при полном открытии маточного зева.

Условия для проведения операции: полное открытие маточного зева, соответствие головки плода родовому каналу, отсуисивие плодного пузыря, околоплодные воды только что излились.

Подготовка к операции: введение спазмолитиков и глубокий ингаляционный наркоз.

ТЕХНИКА ОПЕРАЦИЙ.
Извлечение плода за ножку. Операция слагается из трех этапов.
Первый этап – нахождение, захват ножки и извлечение плода до нижнего угла лопаток. Ножку плода предварительно выводят наружу до голени, захватывают голень рукой так, чтобы большой палец располагался вдоль икроножной мышцы, а остальные пальцы охватывают ножку спереди. Влечение производят кзади и книзу с таким расчетом, чтобы пятка, а затем подколенная ямка были обращены к лону. Извлекая бедро плода, необходимо следить, чтобы туловище плода помещалось в косом размере таза. После прорезывания ягодиц руки врач располагает так, чтобы большие пальцы лежали вдоль крестца, а остальные пальцы охватывали тазовый пояс плода. Вторая ножка при тракциях рождается сама. При появлении из половой щели нижних углов лопаток головка плода вступает во вход в малый таз и прижимает пуповину к костному кольцу. Чтобы не допустить глубокую гипоксию плода, от рождения углов лопаток до рождения головки плода должно пройти не более 5-7 минут.

Второй этап – освобождение плечевого пояса. Первый момент – освобождение заднего плечика и ручки плода. Для этого захватывают рукой обе голени плода и его туловище отводят кпереди и в сторону, пока ножки не займут положение, параллельное паховому сгибу, противоположенному стороне освобождаемой ручки. Полуруку, введенную в крестцовую впадину малого таза, осторожно проводят по спинке, плечевому поясу и ручке плода до локтевого сгиба. Умывательным движением по передней поверхности груди плода заднюю ручку выводят из родовых путей. Второй момент – освобождение переднего плечика и ручки плода. Для этого достаточным может быть отклонение туловища плода кзади. Если передняя ручка самостоятельно не родилась, то для освобождения необходимо перевести переднюю ручку в крестцовую впадину. С этой целью врач захватывает обеими руками туловище с родившейся ручкой в области грудной клетки и поворачивает плод в косой размер таза, противоположенной позиции. При этом спинка и затылок плода должны быть обращены к лону.

Третий этап – освобождение последующей головки плода (способы Смелли-Файта и Морисо-Левре).

Возможные осложнения:

1. Образование заднего вида. Предотвратить это осложнение можно ротацией туловища плода во время тракций в один из косых размеров таза со спинокой, обращенной к лону.

2. Запрокидывание ручек за головку плода (три степени). Предотвратить это осложнение можно, если ассистент во время тракций будет прижимать дно матки к головке плода, не позволяя ей разгибаться.

3. Спазм маточного зева, ригидность промежности, не позволяющие освободить головку плода.

4. Острая гипоксия и травматические повреждения плода.

5. Гибель плода Извлечение плода за обе ножки. К этой операции прибегают при полном ножном предлежании плода или при низведении обеих ножек плода при классическом акушерском повороте плода. Этапы операции теже.

Извлечение плода за паховый сгиб. Если ягодицы плода находятся над входом в малый таз, то низводят ножку плода и производят его извлечение, как при неполном ножном предлежании. Если ягодицы плода вколочены в малый таз и ножку низвести не удается, то извлечение производят за паховый сгиб. Исход для плода, как правило, - неблагоприятный.

Контрольные вопросы:

1. Этиология неправильных положений плода.

2. Методы диагностики неправильных положений плода.

3. Осложнения во время беременности и в родах при неправильных положениях плода.

4. Наружный поворот при поперечных и косых положениях плода. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание, техника, осложнения.

5. Классический наружно-внутренний (комбинированный) акушерский поворот при полном открытии маточного зева. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание, техника, осложнения;

6. Наружно-внутренний поворот при неполном открытии шейки матки по Брекстон-Гиксу. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание, техника, осложнения.

7. Осложнения со стороны матери при производстве акушерских поворотов.

8. Осложнения со стороны плода при производстве акушерских поворотов.

9. Комплексы гимнастических упражнений, исправляющих неправильные положения и тазовые предлежания плода.

10. Операции извлечения плода за тазовый конец. Показания, противопоказания, условия, подготовка, обезболивание.

11. Операция извлечения плода за ножку; техника (этапы) и моменты операции, осложнения.

12. Операция извлечения плода за обе ножки; техника (этапы) и моменты операции, осложнения.

13. Операция извлечение плода за паховый сгиб; техника (этапы) и моменты операции, осложнения.

14. Исходы операций извлечения плода за тазовый конец для матери.

15. Исходы операций извлечения плода за тазовый конец для плода.

16. Запущенное поперечное положение плода, этиология, клиника, диагностика, методы родоразрешентя.

Задача № 1.

В родильное отделение поступила роженица 33-х лет. В анамнезе 2 срочных родов без осложнений и 4 медицинских аборта, без осложнений. Схватки начались 8 часов тому назад, через 2-3 мин по 45-50 сек. Воды не изливались.

При обследовании: размеры таза 26, 28, 31, 20 см. Окружность живота 99 см, высота стояния матки 31 см. Головка плода определяется справа, тазовый конец слева, выше гребней подвздошных костей, спинка обращена к зеву матки. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. Воды целы.

Влагалищное исследование: влагалище свободное, емкое, рожавшей женщины, заполнено умеренно напряженным плодным пузырем. Открытие зева полное.

Предлежащая часть не определяется. Предлежит спинка плода, лопатка обращена к лону.

Мыс не достигается, экзостозов в малом тазу нет.

Диагноз? Что делать?

Задача № 2.

Роженица В., 38 лет, направлена в родильный дом при беременности сроком 38 недель спустя 6 ч от начала регулярных схваток.

Предыдущие пять беременностей закончились срочными родами. Четверо первых детей родились в головном предлежании, а пятый - в тазовом. Все дети живы.

Настоящая беременность протекала без осложнений.

Со стороны внутренних органов патологических отклонений не выявлено. Размеры таза: 26, 29, 32, 21. Окружность живота - 109 см, высота стояния дна матки над лоном - 29 см. Живот отвислый, округлой формы. Предлежащая часть не пальпируется. Крупная, плотная баллотирующая часть плода определяется слева, выше гребня подвздошной кости, другая – справа, ниже гребня подвздошной кости. Сердцебиение плода слева на уровне пупка, ясное, ритмичное, 140 уд./мин. Околоплодные воды не изливались.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, раскрытие маточного зева на 8 см. Плодный пузырь цел, напрягается во время схваток. Предлежащая часть плода не определяется. Мыс не достижим. Деформации костей таза не выявлено.

Диагноз? Что делать.

Тема № 30
ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПОСЛЕРОДОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Продолжительность занятия - 180 минут.

Цель занятия: изучить этиологию и патогенез септического процесса, классификацию послеродовых заболеваний, факторы, способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний во время беременности, родов и послеродового периода, особенности клинического течения; обучить студентов методам диагностики, принципам лечения послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний и их профилактики.

Ординатор должен знать: этиологию и патогенез послеродовых гнойновоспалительных заболеваний, роль микро- и макроорганизма в развитии процесса, классификацию послеродовых заболеваний, особенности клинического течения и лечения.

Ординатор должен уметь: диагностировать послеродовое гнойно-воспалительное заболевание, брать мазки и посевы из влагалища и цервикального канала на флору и чувствительность к антибиотикам, выписывать рецепты на лекарственные средства, используемые при лечении гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний.

Место занятия: учебная комната, послеродовое отделение.

Оснащение: таблицы, истории родов.

План организации занятия:

Организационные вопросы - 10 минут.

Контроль исходного уровня знаний студентов по теме - 30 минут.

Теоретический разбор темы, историй родов, работа в послеродовом отделении, выполнение практических навыков - 130 мин.

Подведение итогов занятия и домашнее задание - 15 минут.

Содержание занятия.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ - заболевания, наблюдаемые у родильниц, непосредственно связанные с беременностью и родами и обусловленные бактериальной инфекцией. Инфекционные заболевания, выявленные в послеродовом периоде, но патогенетически не связанные с беременностью и родами (грипп, дизентирея и др.), к группе послеродовых заболеваний не относят.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ.
Гнойно-воспалительные заболевания продолжают оставаться одной их актуальных проблем современного акушерства. Внедрение в акушерскую практику более полувека назад антибиотиков способствовало резкому снижению частоты послеродовых инфекционных заболеваний. Однако в последнее десятилетие во всем мире отмечают рост послеродовых

инфекций. Частота послеродовых инфекционных заболеваний варьирует в связи с отсутствием унифицированных критериев и колеблется в пределах от 2% до 10%.
Несколько чаще инфекционные осложнения развиваются после операции кесарева сечения. От септических акушерских осложнений во всем мире ежегодно гибнет около 150 тысяч женщин. Септические осложнения в послеродовом периоде, как причина материнской смертности, продолжают держать печальное лидерство, занимая 1-2 место, деля его с акушерскими кровотечениями.

Этому способствует ряд факторов, составляющих особенности современной медицины. Изменение контингента беременных и родильниц, значительную часть которых составляют женщины с тяжелой экстрагенитальной патологией, с индуцированной беременностью, с гормональной и хирургической коррекцией недонашивания беременности и др. Это так же обусловлено изменением характера микрофлоры. В связи с широким и не всегда достаточно обоснованным применением антибиотиков широкого спектра действия, а также средств дезинфекции появились штаммы бактерий, обладающие множественной устойчивостью к антибактериальным препаратам и дезинфектантам. Произошла селекция с исчезновением более слабых, менее устойчивых к неблагоприятным условиям микроорганизмов и накоплению в клиниках антибиотикоустойчивых видов и штаммов. Отрицательную роль в предупреждении послеродовых инфекционных заболеваний сыграло создание крупных акушерских стационаров с раздельным пребыванием матери и ребенка. При концентрации значительных контингентов беременных, родильниц и новорожденных "под одной крышей", в силу своих физиологических особенностей весьма подверженных инфицированию, риск возникновения инфекционных заболеваний резко возрастает.

Одним из факторов, способствующих увеличению инфекционных осложнений в акушерской практике, является широкое применение инвазивных методов диагностики (фетоскопия, амниоцентез, кордоцентез, прямая ЭКГ плода, внутриматочная токография), внедрение в практику оперативных пособий у беременных (хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности при невынашивании беременности).

К факторам неспецифической защиты человеческого организма от микробной инвазии относят его собственную бактериально-вирусную "оболочку". В настоящее время около 400 видов бактерий и 150 вирусов могут быть идентифицированы у человека, не имеющего никаких признаков заболевания. Бактериальная флора различных участков тела препятствует инвазии патогенных микроорганизмов. Любой инвазии в здоровый эпителий практически всегда предшествует изменение микрофлоры. Как инфекционные заболевая женских половых путей, так и болезни, передаваемые половым путем, сопровождают изменения экологии влагалища. Половые пути можно представить как совокупность микроучастков различного типа, каждый их которых представляет собой среду обитания или экологическую нишу, населенную несколькими видами микроорганизмов. Каждой экологической нише присуща своя, несколько отличная от других, популяция микроорганизмов. Хотя микроорганизмы хорошо адаптируются к изменяющимся условиям обитания, последние оказывают на них как количественное, так и качественное влияние. В половых путях женщин подобные явления наблюдают во время менструации, беременности, в послеродовом, послеабортном и менопаузальном периодах.

О микроорганизмах, обитающих во влагалище, упоминают со второй половины прошлого столетия. В отечественной литературе первое сообщение об исследовании микрофлоры влагалища было сделано профессором Д. О. Оттом в 1886 году. В 1887 году была предложена теория о самоочищении влагалища. Эта теория основана на том, что находящаяся во влагалище здоровых женщин вагинальная палочка продуцирует молочную кислоту. Образование молочной кислоты происходит из гликогена, содержащегося в клетках слизистой

оболочки влагалища. Образующаяся молочная кислота обеспечивает неблагоприятные условия для существования кокковой флоры.

Снижение кислотности влагалища и концентрации лактобацилл ведет к усиленному росту условно-патогенных микроорганизмов.

У здоровых не беременных женщин репродуктивного возраста обнаружено 10 9 анаэробных и 108 аэробных колониеобразующих единиц (КОЕ) на 1 мл влагалищного содержимого. Ранговая последовательность бактериальных видов следующая: анаэробная, лактобактерии, пептококки, бактероиды, эпидермиальные стафилококки, коринебактерии, эубактерии. Среди аэробов преобладают лактобактерии, дифтероиды, стафилококки, стрептококки, среди анаэробов - пептострептококки, бифидобактерии, бактероиды.

Во время беременности гормональные изменения в эпителии влагалища и шейки матки связаны с прогрессирующим снижением величины pH влагалищного содержимого, что способствует росту нормальной влагалищной флоры - лактобацилл, так как эстрогенная активность способствует росту клеток влагалищного эпителия и накоплению в них гликогена. Гликоген является субстратом для метаболизма лактобацилл, ведущий к образованию молочной кислоты. Молочная кислота обеспечивает кислую реакцию влагалищного содержания (pH 3,8-4,4), необходимую для роста лактобацилл.

Лактобациллы при этом являются фактором неспецифической защиты. У здоровых беременных женщин по сравнению с небеременными имеет место 10-кратное увеличение выделения лактобактерий и снижение уровня колонизации бактериями шейки матки по мере увеличения срока беременности. Эти изменения приводят к тому, что ребенок рождается в среде, содержащей микроорганизмы с низкой вирулентностью.

В послеродовом периоде отмечено существенное увеличение состава большинства групп бактерий, включая бактероиды, кишечную палочку, стрептококки группы B и D.

Потенциально все эти виды могут быть причиной возникновения послеродовых инфекционных заболеваний.

Относительное постоянство влагалищной микрофлоры обеспечивается комплексом гомеостатических механизмов. В свою очередь влагалищная микрофлора одним из звеньев механизма, регулирующего гомеостаз влагалища путем подавления патогенных микроорганизмов. Очевидно, повреждение любого из составляющих этой многокомпонентной системы, вызванное эндо- и экзогенными факторами, приводит к нарушению равновесия системы и служит предпосылкой для развития инфекционного заболевания путем аутозаражения.

Механизм развития заболеваний урогенитального тракта заключается в нарушении баланса организм-микроб, которое приводит к подавлению лактобацилл, а в ряде случаев исчезновению и, соответственно, к активации условно-патогенной микрофлоры. Активно развиваясь, условно-патогенная микрофлора может достичь достаточно высокой концентрации и послужить очагом развития послеродового инфекционного процесса.

Решающую роль в возникновении инфекционного процесса в послеродовом периоде играют состояние макроорганизма, вирулентность микробного агента и массивность инфицирования.

Нарушение равновесия в системе "организм-микроб" со стороны организма может быть вызвано различными причинами.

Вне беременности предрасполагающими факторами возникновения послеродовых инфекционных заболеваний являются: эндогенные экстрагенитальные очаги инфекции в носоглотке, ротовой полости, почечных лоханках; экстрагенитальные неинфекционные заболевания (диабет, нарушение жирового обмена).

Во время беременности этому нарушению способствуют физиологические нарушения в иммунной системе беременной. К концу беременности в организме женщины отмечают существенное изменение содержания в сыворотке крови отдельных классов иммуноглобулинов (G,A,M), снижение абсолютного количества Т- и Влимфоцитов (вторичный физиологический иммунодефицит). На этом фоне довольно уязвима экосистема влагалища, следствием чего является развитие у беременных бактериального вагиноза. Бактериальный вагиноз - это патология экосистемы влагалища, вызванная усиленным ростом преимущественно облигатно-анаэробных бактерий.

Бактериальный вагиноз у беременных составляет в среднем 14-20%. У 60% родильниц с послеоперационным эндометритом выделены одни и те же микроорганизмы из влагалища и из полости матки. При бактериальном вагинозе у беременных в несколько раз повышен риск развития раневой инфекции. Причинами изменения состава флоры влагалища у беременных могут быть: необоснованное и/или непоследовательное антибактериальное лечение, а так же применение поверхностных дезинфектантов у практически здоровых беременных.

Предрасполагают к развитию инфекционного процесса многие осложнения беременности: анемия, ОПГ-гестоз, предлежание плаценты, пиелонефрит. Упомянутые выше, инвазивные методы исследования состояния плода, хирургическая коррекция истмико-цервикальной недостаточности повышают риск возникновения послеродовых инфекционных заболеваний.

В родах возникают дополнительные факторы, способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний. Прежде всего, с отхождением слизистой пробки, являющейся механическим и иммунологическим препятствием (секреторный lgA) для микроорганизмов, теряется один из физиологических противоинфекционных барьеров женского полового тракта. Излитие околоплодных вод вызывает повышение pH (снижение кислотности) влагалищного содержимого, а исследование влагалищного содержимого после излития вод выявило важное обстоятельство - полное отсутствие секреторного иммуноглобулина А. Причиной этого явления чисто механическое удаление белковосодержащих субстратов с поверхности слизистых оболочек родовых путей, резко снижающее местную секреторную защиту. Установлено, что через 6 часов после излития околоплодных вод не остается ни одного противоинфекционного барьера женского полового тракта, а степень обсемененности и характер микрофлоры зависят от длительности безводного промежутка. На этом фоне резко повышают риск развития послеродовых инфекционных осложнений преждевременное излитие вод, затяжные роды, необоснованная ранняя амниотомия, многократные влагалищные исследования, инвазивные методы исследования состояния плода в родах, нарушение санитарноэпидемиологического режима. Клиническим проявлением восходящего инфекционного процесса в родах является хориоамнионит. У роженицы, на фоне длительных безводного промежутка или родов, ухудшается общее состояние, повышается температура, появляется озноб, учащается пульс, околоплодные воды становятся мутными с запахом, иногда появляются гноевидные выделения, изменяется картина крови. Уже при 12часовом безводном промежутке у 50% рожениц развивается хориоамнио-

нит, а спустя 24 часа этот процент приближается к 100 %. Приблизительно у 20% родильниц, перенесших хориоамнионит в родах, развивается послеродовый эндомиометрит и другие формы пуэрперальных заболеваний. Предрасполагают к развитию послеродовых инфекционных осложнений акушерские операции, родовой травматизм, кровотечения.

В послеродовом периоде в половом тракте родильницы не остается ни одного противоинфекционного барьера. Внутренняя поверхность послеродовой матки представляет собой раневую поверхность, а содержимое матки (сгустки крови, эпителиальные клетки, участки децидуальной оболочки) является благоприятной средой для развития микроорганизмов. Полость матки легко инфицируется за счет восхождения патогенной и условно-патогенной флоры из влагалища. Как было сказано выше, у некоторых родильниц послеродовая инфекция является продолжением хориоамнионита.

Послеродовая инфекция - преимущественно раневая. Чаще всего в области раны, служащей входными воротами для инфекции, формируется первичный очаг. При послеродовой инфекции такой очаг в большинстве случаев локализуется в матке.

Дальнейшее развитие инфекционного процесса связано с равновесием системы "организм-микроб" и прямо зависит от вирулентности микрофлоры и массивности инфицирования полости матки с одной стороны и состоянием защитных сил организма родильницы с другой. Фактором защиты от распространения бактериальных агентов из полости матки в послеродовом периоде является формирование в области плацентарной площадки лейкоцитарного "вала". Возможно инфицирование разрывов промежности, влагалища, шейки матки, особенно, если они остаются нераспознанными и не зашитыми.

Развитию инфекционного процесса в послеродовом периоде способствуют: субинволюция матки, задержка частей последа, воспалительные заболевания половых органов в анамнезе, наличие экстрагенитальных очагов бактериальной инфекции, анемия, эндокринные заболевания, нарушение санитарно-эпидемиологического режима.

Возбудителями гнойно-воспалительных заболеваний могут быть патогенные и условно-патогенные микроорганизмы. Среди патогенных микроорганизмов наиболее часты - гонококки, хламидии, микоплазмы, трихомонады. Условно-патогенные микроорганизмы заселяют организм человека, являясь фактором неспецифической противоинфекционной защиты. Однако, в определенных условиях они могут стать возбудителями послеродовых инфекционных заболеваний.

Этиологическую структуру гнойно-воспалительных заболеваний в акушерстве отличает динамичность. Большое значение имеет антибактериальная терапия: под воздействием антибиотиков чувствительные к ним виды уступают место устойчивым.

Так, до открытия антибиотиков наиболее грозным возбудителем послеродовых заболеваний был гемолитический стрептококк. После того, как в акушерской практике начали использовать антибиотики, чувствительный к ним стрептококк уступил место стафилококкам, легче образующим устойчивые к этим препаратам формы. С 70-х годов в лечебной практике применяют антибиотики широкого спектра действия, к которым стафилококки чувствительны. В связи с этим они в определенной степени утратили свое значение в инфекционной патологии; их место заняли грамотрицательные бактерии и неспорообразующие анаэробы, более устойчивые к этим антибиотикам.

В качестве возбудителей послеродовых инфекционных заболеваний могут быть аэробы: энтерококки, кишечная палочка, протей, клебсиелла, стрептококки группы В, стафило-

кокки. Часто флора бывает представлена анаэробами: бактероиды, фузобактерии, пептококки, пептострептококки. В современном акушерстве возросла роль хламидийной, микоплазменной инфекции, грибов. Характер возбудителя определяет клиническое течение послеродовой инфекции. Анаэробные грамотрицательные кокки не отличаются особой вирулентностью. Анаэробные грамотрицательные палочки способствуют развитию тяжелой инфекции. Самым распространенным возбудителем акушерской септицемии является E. coli. Золотистый стафилококк вызывает раневую инфекцию и послеродовый мастит. В отличие от ряда других инфекционных заболеваний, обусловленных определенным возбудителем, различные клинические формы послеродовой инфекции могут быть вызваны различными микроорганизмами. В настоящее время в этиологии послеродовых инфекционных заболеваний ведущую роль играют микробные ассоциации (более 80%), обладающие более патогенными свойствами, чем монокультуры, так как вирулентность микроорганизмов может возрастать в ассоциациях нескольких видов при наличии синегнойного действия. Так, неспорообразующие анаэробные бактерии в ассоциации с аэробными видами обусловливают развитие тяжелых форм послеродового эндометрита.

Пути передачи. В 9 из 10 случаев возникновения послеродовой инфекции как такового пути передачи инфекции не существует, так как происходит активация собственной условно-патогенной флоры (аутозаражение). В других случаях происходит заражение извне устойчивыми госпитальными штаммами при нарушении правил асептики и антисептики. Следует выделить также сравнительно новый путь инфицирования интраамниальный, связанный с внедрением в акушерскую практику инвазивных методов исследования (амниоцентез, фетоскопия, кордоцентез).
Пути распространения. В случаях массивного инфицирования высоко вирулентной микрофлорой и/или значительного снижения защитных сил родильницы инфекции из первичного очага распространяется за его пределы. Выделяют следующие пути распространения инфекционного процесса из первичного очага: гематогенный, лимфогенный, по протяжению, периневрально.

Классификация послеродовых инфекционных заболеваний представляет определенные трудности в связи с многообразием возбудителей, многообразием и динамичностью их клинических проявлений, а также отсутствием унифицированных критериев и терминологии. В основу классификации могут быть положены анатомотопографический, клинический, бактериологический принципы или их сочетания.

В настоящее время широко распространена классификация послеродовых инфекционных заболеваний Сазонова-Бартельса. Согласно этой классификации, различные формы послеродовой инфекции рассматривают как отдельные этапы единого динамически протекающего инфекционного процесса.

Первый этап - инфекция ограничена областью родовой раны: послеродовой эндометрит, послеродовая язва (на промежности, стенке влагалища, шейке матки).

Второй этап - инфекция распространилась за пределы родовой раны, но осталась локализованной в пределах малого таза: метрит, параметрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, ограниченный тромбофлебит (метротромбофлебит, тромбофлебит вен таза).

Третий этап –инфекция вышла за пределы малого таза и имеет тенденцию к генерализации: разлитой перитонит, септический шок, анаэробная газовая инфекция, прогрессирующий тромбофлебит.

Четвертый этап - генерализованная инфекция: сепсис (септицемия, септикопиемия).

Клиническая картина послеродовых инфекционных заболеваний весьма вариабельна, что связано с полиэтиологичностью послеродовой инфекции, этапностью и различными путями ее распространения, неодинаковой ответной реакцией организма родильницы. При значительном разнообразии клинического течения как локализованных, так и генерализованных форм послеродовых заболеваний существует ряд характерных симптомов: повышение температуры тела, озноб, тахикардия, усиленное потоотделение, нарушение сна, головная боль, эйфория, снижение или отсутствие аппетита, дизурические и диспепсические явления, снижение артериального давления (при септическом шоке, сепсисе). Местные симптомы: боль внизу живота, задержка лохий или обильные гноевидные лохии в неприятным запахом, субинволюция матки, нагноение ран (промежности, влагалища, передней брюшной стенки после кесарева сечения).

В настоящее время в условиях широкого применения антибиотиков в связи с изменением характера и свойств основных возбудителей клиническая картина послеродовых инфекционных заболеваний претерпела определенные изменения.

Встречают стертые, субклинические формы, для которых характерны несоответствие между самочувствием больной, клиническими проявлениями и тяжестью болезни, замедленное развитие патологического процесса, не выраженность клинических симптомов.

ПЕРВЫЙ ЭТАП
Послеродовая язва возникает после травмы кожи, слизистой оболочки влагалища, шейки матки в результате оперативных родов через естественные родовые пути, затяжных родов крупным плодом. Преобладает местная симптоматика: боль, жжение, гиперемия, отечность тканей, гнойное отделяемое, рана легко кровоточит. При больших площадях поражения и неадекватном лечении может произойти генерализация инфекции.
Нагноение швов на промежности включают в эту же группу заболеваний. В этих случаях снимают швы и лечат рану по принципам гнойной хирургии: промывание, дренирование, использование некролитических ферментов, адсорбентов. После очищения раны накладывают вторичные швы.

Инфицирование послеоперационной раны после кесарева сечения характеризуют общие и местные проявления, изменения со стороны крови. При нагноении послеоперационной раны швы необходимо снять для обеспечения оттока раневого отделяемого, гнойные полости дренировать. При ревизии раны следует исключить эвентерацию, которая является признаком развившегося перитонита после кесарева сечения и обусловливает необходимость экстирпации матки с маточными трубами.

Послеродовой эндометрит является одним из наиболее часто встречающихся осложнений послеродового периода и составляет 40-50% всех осложнений. Чаще всего эндометрит является результатом хориоамнионита. У трети родильниц с послеродовым эндометритом во время беременности диагностировали бактериальный вагиноз.

Различают четыре формы послеродового эндометрита (классическая, абортивная, стертая и эндометрит после кесарева сечения).

Классическая форма эндометрита возникает на 1-5 сутки. Температура тела повышается до 38-39С, появляется тахикардия 80-100 уд. в минуту. Отмечают угнетение общего состояния, озноб, сухость и гиперемию кожных покровов, местно - субинволюцию и болез-

ненность тела матки, гнойные с запахом выделения. Изменена клиническая картина крови: лейкоцитоз 10-15*109/л с нейтрофильным сдвигом влево, СОЭ до 45 мм/ч.

Абортивная форма проявляется на 2-4 сутки, однако, с началом адекватного лечения симптоматика исчезает.

Стертая форма возникает на 5-7 сутки, развивается вяло. Температура не превышает 38С, нет озноба. У большинства родильниц отсутствуют изменения лейкоцитарной формулы. Местная симптоматика выражена слабо (незначительная болезненность матки при пальпации). В 20% случаев приобретает волнообразное течение, рецидив возникает на 3-12 сутки после "выздоровления".

Эндометрит после кесарева сечения всегда протекает в тяжелой форме по типу классической формы эндометрита с выражеными признаками интоксикации и парезом кишечника, сопровождается сухостью во рту, вздутием кишечника, снижением диуреза.

Развитие эндометрита возможно у больных, операция у которых сопровождалась обильным кровотечением, потерей жидкости и электролитов.

ВТОРОЙ ЭТАП
Послеродовый метрит - это более глубокое, чем при эндометрите, поражение матки, развивающееся при "прорыве" лейкоцитарного вала в области плацентарной площадки и распространении инфекции по лимфатическим и кровеносным сосудам в глубь мышечного слоя матки.
Метрит может развиваться вместе с эндометритом или явиться его продолжением.

В последнем случае он развивается не раньше 7 суток после родов. Заболевание начинается с озноба, температура повышается до 39-40С. В значительной степени нарушается общее состояние. При пальпации тело матки - увеличено, болезненно, особенно в области ребер. Выделения скудные темно-красного цвета с примесью гноя, с запахом.

Послеродовый сальпингоофорит развивается на 7-10 сутки после родов.

Температура повышается до 40С, появляются озноб, боли в нижних отделах живота, пояснице, симптомы раздражения брюшины, вздутие кишечника. Матка увеличена, пастозна, отклонена в ту или иную сторону. В области придатков определяют болезненный инфильтрат без четких контуров. Иногда инфильтрат невозможно пальпировать из-за выраженной болезненности.

Послеродовый параметрит. - это воспаление околоматочной клетчатки. Пути распространения традиционны, однако инфицирование может произойти в результате глубоких разрывов шейки матки или перфорации тела матки.

Развивается на 10-12 день после родов. Появляется озноб, температура повышается до 39С. Общее состояние родильницы почти не меняется. Могут быть жалобы на тянущие боли внизу живота. При влагалищном исследовании в области широкой связки матки определяют умеренно болезненный без четких контуров инфильтрат, уплощение свода влагалища на стороне поражения. Появляется симптоматика со стороны m. iliopsoas.

Если не начато своевременное лечение, гной может распространяться над пупартовой связкой на область бедра, через седалищное отверстие на ягодицу, в околопочечную область. Вскрытие параметрита может произойти в мочевой пузырь, прямую кишку.

Послеродовый пельвиоперитонит - это воспаление брюшины, ограниченное полостью малого таза. Выделяют серозный, серознофибринозный и гнойный пельвиоперитонит, которым он становится на 3-4 день заболевания. Пельвиоперитонит наиболее характерен для гонорейной инфекции, при которой преобладает фибринозный экссудат.

При септической послеродовой инфекции часто развивается в течение первой недели после родов. Начало пельвиоперитонита напоминает клиническую картину разлитого перитонита. Заболевание возникает остро, сопровождается высокой температурой, ознобом, резкими болями внизу живота, тошнотой, рвотой, вздутием и напряжением живота; определяют симптомы раздражения брюшины. Тело матки увеличено, болезненно. В полости малого таза определяют инфильтрат без четких контуров. Движение тела матки болезненны и ограничены. Задний свод выбухает. Спустя 1-2 дня общее состояние улучшается, местная симптоматика локализуется в нижних отделах живота.

Послеродовый тромбофлебит (ограниченный) - является одним из серьезных осложнений послеродового периода. Согласно современным представлениям в патогенезе тромбообразования ведущую роль играют следующие факторы: изменение гемодинамики, изменения сосудистой стенки, инфекционный фактор, изменения свертывающей системы крови. Все выше перечисленные факторы имеют место в организме беременной. Кроме того, любое хроническое заболевание, которое вызывает изменения биохимических и физико-химических свойств крови, может явиться фоном для развития тромбоэмболических заболеваний. Среди экстрагенитальных заболеваний надо отметить варикозное расширение вен, ожирение, пороки сердца, анемию, заболевания печени и желчевыводящих путей, гипертоническую болезнь, гипотонию, миому матки.

Увеличивают риск развития тромбоэмболических осложнений повторные роды, длительно текущие гестозы.

Следует выделить факторы, способствующие возникновению тромбофлебита, возникающие в процессе родов: затяжные роды, аномалии родовой деятельности, оперативные роды, отслойка и/или аномалии прикрепления плаценты, массивная кровопотеря, массивная трансфузия и инфузия, ручные манипуляции в полости матки, инфицирование. Надо также отметить, что болевое раздражение, стрессовые состояния повышают тромбопластиновую и снижают антитромбиновую активность крови. Таким образом, при адекватном обезболивании в родах изменения свертывающей системы крови выражены в меньшей степени.

Большую роль в генезе тромбообразования отводят внутривенныи инфузиям, как фактору, приводящему к травме эндотелия. Результатом травмы является разрушение форменных элементов крови, изменение коллоидных свойств плазмы, раздражение сосудистой стенки. Таким образом, можно говорить о "травме" крови, как ткани организма. В связи со спецификой ткани, "травма" крови - это изменение физикохимического равновесия в системе крови и гомеостаза.

По локализации тромбофлебиты подразделяют на внетазовые и внутритазовые (центральные). Внетазовые включают тромбофлебит поверхностных и глубоких вен нижних конечностей. Внутритазовые (центральные) делят на метротромбофлебит и тромбофлебит вен таза.

Тромбофлебит глубоких вен голени чаще развивается на 2-3-й недели после родов.

Клиническая картина скудна: повышение температуры тела, боль в икроножных мышцах, усиливающаяся при движениях в голеностопном суставе на стороне поражения (симптом Гоманса), умеренный отек лодыжки на стороне поражения. Иногда помогает в диагностике тромбофлебита глубоких вен голени симптом "манжетки" (на голень накладывают манжетку от аппарата для определения артериального давления и нагнетают воздух, в норме болевые ощущения появляются при давлении 170-180 мм рт. ст. и выше, при тромбофлебите - менее 140).

Тромбофлебит поверхностных вен голени характеризует яркая клиническая картина. Как правило, он развивается на фоне варикозного расширения вен нижней конечности. Симптомами являются: шнуровидный тяж по ходу вены, гиперемия, болезненность и инфильтрат в области поражения, отек лодыжек.

Метротромбофлебит распознать трудно. Обращают на себя внимание учащение пульса, субинволюция матки, длительные, обильные кровянистые выделения из половых путей. При влагалищном исследовании - увеличенная и болезненная, особенно в области ребер, округлой формы матка, на ее поверхности определяют извитые тяжи.

Тромбофлебит вен таза выявляют, обычно, не ранее конца 2-й недели. Наиболее тяжело протекающей и опасной для жизни формой послеродового тромбофлебита является подвздошно-бедренный (илио-феморальный) венозный тромбоз.

Первично вовлекаются в процесс мелкие протоки внутренней подвздошной вены.

При наличии благоприятных условий тромбоз постепенно распространяется на ствол внутренней, а затем и общей подвздошной вены, а так как диаметр общей подвздошной вены значительно больше, чем внутренней, то образуется флотирующий (плавающий) тромбоз, потенциальный эмбол. Период распространения тромбоза на общую подвздошную вену протекает латентно и, часто, под маской других заболеваний.

Симптомами тромбоза подвздошной вены могут быть: необъяснимая лихорадка, ступенеобразное нарастание пульса (признак Малера), боли в нижних отделах живота (эндометрит?), боли в крестцовой области (радикулит, ишиас, миозит?), дизурия (цистит?), плевропневмония, сгибательная контрактура бедра (симптом "прилипшей пятки"), болезненность по ходу крупных сосудов таза и их утолщение при влагалищном исследовании, быстро нарастающий отек нижней конечности, ее цианоз и усиление венозного рисунка.

Диагностику послеродовых инфекционных заболеваний проводят с учетом жалоб больной, анамнестических данных, оценки клинических проявлений, результатов лабораторных, а также аппаратных и инструментальных методов исследования.

Производят тщательный осмотр молочных желез, наружных половых органов, промежности, влагалища, шейки матки в зеркалах, а также влагалищное исследование.

Клинический анализ крови у таких больных преимущественно выявляет снижение количества эритроцитов и содержания гемоглобина, увеличение числа лейкоцитов, СОЭ, снижение гематокрита. В лейкоцитарной формуле происходит сдвиг влево с увеличением числа палочко-ядерных нейтрофилов. Иногда отмечают значительную тромбоцитопению (при септическом шоке). Выраженность изменений клинической картины крови, обычно, соответствует тяжести заболевания. Однако, в условиях применения эффективных антибактериальных препаратов, нередко имеет место несоответствие между данными лабораторного анализа крови и истинной тяжестью инфекционного заболевания.

Клинический анализ мочи позволяет выявить или исключить наличие пиелонефрита, что важно для дифференциальной диагностики.

Существует прямая зависимость между тяжестью заболевания и объемом необходимых лабораторных исследований. При тяжелых формах, кроме анализа крови и мочи необходим ряд биохимических исследований крови (протеинограмма, ионограмма, кислотно-основное состояние и др.).

Для характеристики иммунологического статуса родильницы определяют показатели гуморального и клеточного иммунитета.

В связи с возможностью развития синдрома ДВС при послеродовых инфекционных заболеваниях важна также оценка состояния гемостаза (фибриноген, активированное тромбопластиновое время, тромбиновое время, тромбоциты, гематокрит, тромбоэластограмма, проба на фибринолиз). Указанные дополнительные лабораторные методы исследования служат не столько целям диагностики, сколько для суждения о тяжести и о прогнозе заболевания.

В связи с бактериальным характером заболевания существенное значение имеет бактериологическое исследование, которое позволяет в большинстве случаев поставить, так называемый, этиологический диагноз. Первичный забор материла (кровь, лохии, раневое отделяемое, экссудат, молоко, моча) желательно производить до начала антибиотикотерапии, что позволяет осуществить идентификацию выделенных микроорганизмов, определить их чувствительность к антибиотикам. Ориентировочное представление о микроорганизмах, содержащихся в исследуемом субстрате, можно получить с помощью бактериоскопии с окраской по Граму.

Неоценимую помощь в диагностике инфекционных осложнений оказывают аппаратные и инструментальные методы исследования (ультразвуковое, обычная и цветная термография, гистероскопия, лапароскопия и др.).

Основные компоненты лечения гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний. Лечение должно быть этиотропным, комплексным, систематическим и активным. Его следует начинать как можно раньше, при выявлении начальных проявлений послеродовой инфекции, что в значительной мере способствует предупреждению развития тяжелых генерализованных форм.

Больной показан постельный режим. Пища должна быть легко усвояемой, разнообразной, достаточной по калорийности, но не избыточной. Принимая во внимание повышенную потребность организма родильницы в жидкости, больные должны получать (с учетом инфузионной терапии) по 2-2,5 л свободной жидкости в сутки при отсутствии противопоказаний (заболевания сердечно-сосудистой системы и др.).

Антиинфекционное лечение является основным компонентом в комплексном лечении гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний.

Антибиотики. Возросшая устойчивость микроорганизмов ко многим антибиотикам, нередко наблюдающаяся смена возбудителя гнойно-септических процессов, требует обоснованного подхода к антибактериальной терапии. При назначении антибиотиков необходимо соблюдение ряда общих положений: обязательное выделение и идентификация возбудителя, своевременное начало и проведение терапии до стойкого закрепления терапевти-

ческого эффекту, использование достаточных доз и оптимальных методов введения препаратов, знание и предупреждения побочных реакций и осложнений, а также степень проникновения антибиотика в женское молоко.

Лечение надо начинать сразу же, до установления этиологического диагноза, но после забора бактериологического материала. Учитывая, что основными возбудителями послеродовых инфекционных осложнений являются условно-патогенные аэробные и анаэробные микроорганизмы, а также то обстоятельство, что их обнаруживают преимущественно в ассоциациях, лечение необходимо начинать с антибиотиков широкого спектра действия. При необходимости, по результатам бактериологического исследования может быть осуществлена коррекция проводимого лечения.

Для антибактериальной терапии одновременно назначают комбинацию не менее двух антибиотиков в максимальных дозах. Интенсивность антибиотикотерапии определяет клиническая форма и тяжесть заболевания. При тяжелом течении инфекционного процесса следует использовать комбинацию из трех антибактериальных препаратов: пенициллины + аминогликозиды + метронидазол или аминогликозиды + цефалоспорины + метронидазол, пенициллины + ингибиторы - лактамаз. При средней тяжести инфекционного процесса наиболее часто используют сочетания: оксициллин + цепорин, ампициллин + гентамицин, пенициллины + метронидазол, аминогликозиды + метронидазол.

Комбинированная антибиотикотерапия повышает эффективность лечения, предупреждает или замедляет формирование устойчивых возбудителей к действию используемых препаратов. Вместе с тем, одновременное назначение двух и более препаратов увеличивает риск развития побочного действия антибиотиков. Следует знать особенности побочных явлений антибиотиков, а также, что особенно важно, степень проникновения антибактериального препарата в молоко матери.

При выделении антибиотиков с женским молоком они попадают в организм ребенка и могут оказывать на него неблагоприятное действие, которое в свою очередь проявляется в виде токсических и аллергических реакций. Неблагоприятному воздействию антибиотиков, попавших в организм новорожденного с молоком матери, способствует незрелость его печени и почек. У новорожденных отмечено замедленное всасывание препаратов из желудочно-кишечного тракта, более низкий метаболизм по сравнению с взрослым организмом, главным образом за счет снижения метаболической активности печени; более медленное выделение препаратов почками.

Низкое связывание антибиотиков белками крови новорожденного приводит к более полной диффузии их из крови в ткани, где создается высокий уровень концентрации препаратов. Указанные особенности циркуляции антибиотиков у новорожденных приводит к более длительному их пребыванию в организме, обуславливают их кумуляцию и повышают возможность вредного воздействия на организм ребенка.

Практически все антибактериальные препараты, вводимые лактирующей женщине, проникают в молоко. Однако степень их перехода у разных препаратов - различна.

Антибиотики попадают в молоко преимущественно путем диффузии. На степень диффузии влияет молекулярная масса препарата, степень ионизации, связывание белками крови, растворимость в липидах. Для оценки степени диффузии лекарственных веществ в молоко предложен индекс М/П (М - молоко, П - плазма), представляющий собой отношение концентраций препарата в грудном молоке и плазме крови. Величина индекса меньше 1 свидетельствует о низкой степени перехода вещества в молоко, больше 1 - о высокой.

В связи с неблагоприятным воздействием на новорожденного противопоказано применение у кормящей родильницы стрептомицина, тетрациклинов, рифампицина, левомицетина. Однако новорожденный не должен служить препятствием к рациональной этиотропной терапии. При тяжелой и средней тяжести течения инфекционных заболеваний ребенка необходимо отлучать от груди на период лечения.

Следует учитывать, что именно "щадящая антибактериальная терапия" является одной из основных причин рецидивирующего течения эндометрита, последующего развития перитонита и сепсиса.

Для профилактики кандидоза и дисбактериоза в схему лечения включают антимикотические препараты нистатин или леворин.

Метронидазол (трихопол, метроджил, эфлоран) проявляет высокую активность против неспорообразующих анаэробов. Используют как один из компонентов в комбинациях с антибиотиками (см. выше).

Сульфаниламиды обладают бактериостатическим действием, но самостоятельного значения при лечении инфекционных заболеваний послеродового периода не имеют, назначают с антибиотиками с аналогичным действием на инфекционный агент.

Предпочтительней использовать сульфаниламиды длительного действия.

Нитрофураны применяют в качестве препаратов, обладающих антимикробной активностью.

Противовирусные препараты: интерферон, лейкинферон, виферон, лизоцим и др.

Противовоспалительная терапия. К противовоспалительным препаратам относят стероидные (глюкокортикоиды и их аналоги) и нестероидные противовоспалительные средства. Для первых характерно универсальное, быстро проявляющееся противовоспалительное и иммунодепрессивное действие. Почти все нестероидные противовоспалительные препараты тормозят образование простагландинов, синергично действующих с другими медиаторами воспаления, что уменьшает влияние брадикинина, гистамина, серотонина.

Санация первичного очага. Задача - устранить воспалительный детрит и доставить в очаг лечебный препарат. При выявлении содержимого в полости матки (примерно у 70% родильниц) предпочтительнее произвести вакуум-аспирацию, которую относят к более безопасному вмешательству, чем выскабливание кюреткой. Более эффективным методом воздействия на первичный очаг при эндометрите считают метод аспирационнопромывного дренирования полости матки охлажденным раствором (+4С) антисептиков и антибиотиков с добавлением глюкокортикоидных гормонов. Хорошие клинические результаты получены при местном использовании диуретических препаратов (мочевина, маннитол).

При нагноении швов на промежности или инфицировании послеоперационной раны после кесарева сечения обработку очага производят по принципам гнойной хирургии.

В случае неэффективности комплексной терапии в течение 3-4 дней даже на фоне удовлетворительного самочувствия больной, но сохраняющихся клинико-лабораторных признаков воспалительной реакции, первичный очаг необходимо удалить (гистерэктомия).

Иммунозаместительная и иммуностимулирующая терапия. При снижении иммунной защиты организма применение даже самых активных антибиотиков может оказаться безрезультатным. Поэтому применяют средства, повышающие специфическую иммунологическую реактивность и неспецифическую защиту организма родильниц, антистафилококковый гамма-глобулин, антистафилококковую плазму, адсорбированный стафилококковый анатоксин, гамма-глобулин, человеческий иммуноглобулин в концентрированной форме (интраглобин, пентаглобин, цитотек).

Инфузионная и детоксикационная терапия. С целью устранения гиповолемии, осуществления детоксикации и коррекции сопутствующих нарушений коллоидноосмотического состояния проводят многокомпонентную инфузионную терапию.

Поддержание режима гемоделюции способствует нормализации микроциркуляции, реологических и коагулологических характеристик крови. Наиболее часто используют плазмозаменители (реополиклюкин, полиглюкин), синтетические коллоидные вещества (гемодез), белковые препараты (альбумин, аминопептид, гидролизин, желатиноль), солевые растворы.

Десенсибилизирующая терапия - супрастин, димедрол, дипразин, тавегил.

Профилактика гемокоагуляционных нарушений - реополиглюкин, трентал, гепарин.

Антигипоксическая терапия. Для увеличения кислородной емкости крови, ликвидации гипоксии в очаге воспаления применяют нормо- и гипербарическую оксигенацию, переливание функционально полноценного гемоглобина со свежецитратной кровью.

Экстракорпоральная детоксикация (гравитационная хирургия) - УФ облучение крови, плазмоферез, ультрафильтрация.

Симптоматическая терапия - утеротоники, анальгетики, седативные препараты и др.

Физические методы лечения в сочетании с комплексной терапией применяют дифференцировано при различных клинических формах. Характер процедуры согласовывают с врачом-физиотерапевтом.

Профилактика. Профилактику гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний должны начинать с первых недель беременности. В женской консультации необходимо выявить беременных, относящихся к группе высокого риска развития бактериальной инфекции или с ее проявлениями, и проводить превентивные и лечебные мероприятия.

В акушерском стационаре должны неукоснительно соблюдать правила асептики и антисептики, широко внедрять новые технологии родовспоможения. К ним относят: ранее прикладывание новорожденного к груди, систему изолированного совместного пребывания матери и ребенка с последующей ранней выпиской из родильного дома, ограничение использования у здоровых женщин средств и методов санитарной обработки, нарушающих биоценоз организма (поверхностные антисептики, бритье подмышек и лобка). С целью предотвращения образования полирезистентных штаммов госпитальной инфекции в отдельно взятом акушерском стационаре следует использовать ограниченное количество антибиотиков первой очереди и их комбинаций, а антибиотики второй очереди использовать строго по показаниям.

Контрольные вопросы:

1. Этиологические факторы послеродовых инфекционных заболеваний и их особенности.

2. Физиологические противоинфекционные барьеры женского полового тракта.

3. Особенности гуморального и клеточного иммунитета у беременных и родильниц.

4. Особенности родового тракта у родильниц, способствующие возникновению послеродовых инфекционных заболеваний.

5. Факторы, возникающие во время беременности и способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.

6. Факторы, возникающие в родах и способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.

7. Факторы послеродового периода, способствующие развитию послеродовых инфекционных заболеваний.

8. Классификация послеродовых инфекционных заболеваний.

9. Клиническая картина послеродового эндомиометрита.

10. Диагностика послеродового пельвиоперитонита.

11. Основные принципы лечения послеродовых инфекционных заболеваний.

12. Профилактика послеродовых инфекционных заболеваний.

Задача № 1 Роды первые, срочные. Дородовое излитие вод. Продолжительность родов 10 часов 30 минут. Безводный промежуток 12 часов 30 минут. С III триместра отмечено снижение гемоглобина до 95 г/л.

На 4-е сутки после родов поднялась температура до 38-39С, появились тахикардия, озноб. Пульс 96 уд/мин, ритмичный. АД 105/70 мм рт. ст. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Молочные железы мягкие, соски чистые, отток хороший. Тело матки на 2 см ниже пупка, мягкой консистенции, болезненное при пальпации. Лохии мутные с запахом.

Диагноз? Что делать?

Задача № 2 Во время обхода на 4-е сутки после первых срочных родов крупным плодом родильница предъявляет жалобы на боль и жжение в области вульвы. Температура 36,9С, АД 115/70 мм рт. ст. При осмотре в нижней трети правой боковой стенки влагалища обнаружена раневая поверхность до 2-х см, покрытая грязно-серым налетом, с трудом снимающимся с подлежащей ткани. Рана легко кровоточит, ткани вокруг нее отечные и гиперемированные.

Диагноз? Что делать?

Тема № 31
ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЕ ПОСЛЕРОДОВЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. ЛАКТАЦИОННЫЙ МАСТИТ.

Продолжительность занятия - 180 минут.
Цель занятия: изучить условия для генерализации инфекционного процесса, этиологию, патогенез клинику генерализованных осложнений и лактационного мастита, обучить современным методам диагностики, принципам лечения и профилактики.

Ординатор должен знать: этиологию и патогенез генерализованных инфекционных осложнений и лактационного мастита, классификацию, роль макро- и микроорганизмов в развитии процесса, диагностику, клинику, лечение.

Ординатор должен уметь: диагностировать послеродовые заболевания, предшествующие маститу, брать мазки и посевы из влагалища, выписывать рецепты на лекарственные средства, применяемые при лечении мастита и генерализованных форм инфекционных заболеваний.

Место занятия: послеродовое отделение, 2-ое акушерское отделение, учебная комната.

Оснащение: истории родов, учебные фильмы, слайды.

План организации занятия:

Организационные вопросы и обоснование темы занятия - 10 мин.

Контроль исходного уровня знаний студентов - 40 мин.

Клинический разбор темы, работа в послеродовом отделении, разбор больных, выполнение практических заданий, решение ситуационных задач - 120 мин.

Подведение итогов занятия. Домашнее задание - 10 мин.

Содержание занятия.

СЕПТИЧЕСКИЙ ШОК В АКУШЕРСТВЕ
Одним из самых тяжелых осложнений гнойно-септических процессов любой локализации является септический или бактериально-токсический шок. Септический шок представляет собой особую реакцию организма, выражающуюся в развитии тяжелых системных расстройствах, связанных с нарушением адекватной перфузии тканей, наступающую в ответ на внедрение микроорганизмов или их токсинов. По частоте возникновения бактериально-токсический шок стоит на третьем месте после геморрагического и кардиального, а по летальности - на первом. При септическом шоке погибают от 20 до 80% больных. В акушерско-гинекологической практике септический шок осложняет после абортные инфекционные заболевания, хориоамнионит в родах, пиелонефрит беременных, гнойные маститы.
Этиология. Септический шок чаще всего осложняет течение гнойноинфекционных процессов, вызываемых грамотрицательной флорой: кишечной палочкой, протеем, клебсиеллой, синегнойной палочкой. При разрушении эти бактерии выделяют эндотоксин, включающий пусковой механизм развития септического шока. Септический процесс, вызванный грамположительной флорой (энтерококком, стафилококком, стрептококком), реже сопровождается шоком. Активным началом при данном виде инфекции является экзотоксин, вырабатываемый живыми микроорганизмами. Причиной развития шока может быть не только аэробная бактериальная флора, но и анаэробы, (в первую очередь Clostridia perfringens), а также риккетсии, вирусы, простейшие вирусы и грибы.

Для возникновения шока, кроме инфекции, необходимо наличие еще двух факторов: снижение общей резистентности организма больного и наличие возможности для массивного проникновения возбудителя или его токсинов в кровь. У беременных, рожениц и родильниц подобные условия возникают нередко.

Развитию шока в подобной ситуации способствуют несколько факторов:

1. Матка, являющаяся входными воротами для инфекции;

2. Сгустки крови и остатки плодного яйца, служащие прекрасной питательной средой для микроорганизмов;

3. Особенности кровообращения беременной матки, содействующие легкому поступлению бактериальной флоры в кровеносное русло женщины;

4. Изменение гормонального гомеостаза (в первую очередь эстрогенного и гестагенного);

5. Гиперлипидемия беременных, облегчающая развитие шока;

6. Аллергизация женщин беременностью.

Основываясь на данных литературы последних лет, патогенез септического шока можно представить следующим образом. Токсины микроорганизмов, поступающие в кровеносное русло, приводят в движение вазоактивные вещества: кинины, гистамин, серотонин, катехоламины, ренин.

Первичные расстройства при септическом шоке касаются периферического кровообращения. Вазоактивные вещества типа кининов, гистамина и серотонина вызывают вазоплегию в капиллярной системе, что приводит к резкому снижению периферического сопротивления. Наступает снижение АД. Развивается гипердинамическая фаза септического шока, при которой, несмотря на то, что периферический кровоток довольно высок, капиллярная перфузия снижена. Нарушаются обменные процессы в тканях с образованием недоокисленных продуктов.

Продолжающееся повреждающее действие бактериальных токсинов приводит к усугублению циркуляторных расстройств. Избирательный спазм венул в компбинации с прогрессированием синдрома ДВС способствует секвестрации крови в системе микроциркуляции. Повышение проницаемости стенок сосудов ведет к просачиванию жидкой части крови, а затем и форменных элементов в интерстициальное пространство.

Эти патофизиологические изменения способствуют значительному уменьшению ОЦК.

Наступает гиповолемия, стойкое снижение АД. Развивается гиподинамическая фаза септического шока. В эту фазу шока прогрессирующее нарушение тканевой перфузии приводит к дальнейшему усугублению тканевого ацидоза на фоне резкой гипоксии, что, в сочетании с токсическим действием инфекта, быстро приводит к нарушению функций отдельных участков тканей и органов, а затем и к гибели их. Процесс этот не длительный.

Некротические изменения могут наступить через 6-8 часов от начала функциональных нарушений. Наибольшему повреждающему действию токсинов при септическом шоке подвержены легкие, печень, почки, мозг, желудочно-кишечный тракт, кожа.

Клиническая картина септического шока довольна типична. Септический шок наступает остро, чаще всего после операций или каких-либо манипуляций в очаге инфекции, создающих условия для "прорыва" микроорганизмов или их токсинов в кровеносное русло.

Развитию шока предшествует гипертермия. Температура тела повышается до 39С, сопровождается повторными ознобами, держится 1-3 суток, затем критически падает на 2-4 градуса до субфебрильных или субнормальных цифр.

Основным признаком септического шока считают падение АД без предшествующей кровопотери либо не соответствующее ей. При гипердинамической или "теплой" фазе шока систолическое АД снижается и держится недолго: от 15-30 минут до 2 часов. Поэтому гипердинамическую фазу врачи иногда просматривают.

Гипердинамическую, или "холодную" фазу септического шока характеризует более резкое и длительное падение АД (иногда ниже критических цифр). У некоторых больных могут наступать кратковременные ремиссии. Такое состояние длится от нескольких часов до нескольких суток. Наряду с падением АД, развивается выраженная тахикардия до 120-140 уд. в минуту.

Гиперемия и сухость кожных покровов быстро сменяют бледность, похолодание с липким холодным потом. Большинство женщин отмечают боли непостоянного характера и различной локализации: в эпигастральной области, в нижних отделах живота, в конечностях, в пояснице, грудной клетке, головную боль. Почти у половины больных бывает рвота. При прогрессировании шока она приобретает характер "кофейной гущи" в связи с некрозом и кровоизлияниями в участки слизистой оболочки желудка.

На клиническую картину септического шока часто наслаиваются симптомы острой почечной недостаточности, острой дыхательной недостаточности, а также кровотечения вследствие прогрессирования синдрома ДВС.

Септический шок представляет смертельную опасность для больной, поэтому важна своевременная диагностика.

Диагноз ставят, главным образом, на основании следующих клинических проявлений:

1. наличие септического очага в организме;

2. высокая лихорадка с частыми ознобами, сменяющаяся резким снижением температуры тела;

3. падение АД, не соответствующее геморрагии;

4. тахикардия;

5. тахипноэ;

6. расстройство сознания;

7. боли в животе, грудной клетке, конечностях, пояснице, головная боль;

8. снижение диуреза вплоть до анурии;

9. петехиальная сыпь, некроз участков кожи;

10. диспропорция между незначительными местными изменениями в очаге инфекции и тяжестью общего состояния больной.

Основные принципы оказания неотложной помощи Интенсивную терапию септического шока осуществляют акушер-гинеколог совместно и реаниматолог. Мероприятия по борьбе с шоком должны быть сосредоточены на восстановлении тканевого кровотока, на коррекции метаболических нарушений и на поддержании адекватного газообмена. Две первые задачи решают путем проведения инфузионной терапии, которую необходимо начать как можно раньше и осуществлять длительное время. В качестве нифузионных сред на первых этапах лечения предпочтительнее использовать производные декстрана (по 400-800 мл реополиглюкина и/или полиглюкина) и поливинилпирролидона (гемодез в количестве 400 мл).

Скорость и количество вливаемой жидкости зависят от реакции больной на проводимую терапию. Общее количество жидкости в первые сутки, как правило, составляет 3000-4500 мл, но может достигать 6000 мл.

На фоне восполнения ОЦК и улучшения реологических свойств крови для коррекции гемодинамики и восстановления тканевого кровотока необходимо обязательное применение сердечных и вазоактивных средств.

Наряду с нормализацией гемодинамики, целью инфузионной терапии при септическом шоке должна быть коррекция кислотно-основного и электролитного гомеостаза.

При септическом шоке довольно быстро развивается метаболический ацидоз, который на первых порах может компенсироваться дыхательным алкалозом. Для коррекции ацидоза необходимо в состав инфузионной терапии включать 500 мл лактасола, 500 мл рингер-лактата или 150-200 мл 4-5% раствора бикарбоната натрия.

Наряду с восстановлением гемодинамических расстройств и коррекции метаболических нарушений большое значение имеет обеспечение адекватной оксигенации. Введение кислорода необходимо начинать с первых минут лечения, использовать для этого все имеющиеся средства вплоть до искусственной вентиляции легких.

Вместе с противошоковыми мероприятиями неотъемлемую часть интенсивной терапии септического шока составляет борьба с инфекцией. Антибактериальная терапия при септическом шоке является экстренной. При этом широкое распространение находят полусинтетические пенициллины. Метициллина натриевую соль вводят по 1-2 г каждые 4 часа и ампициллина натриевую соль (пентрексил) - по 1,5-2 г каждые 4 часа или по 2 г каждые 6 часов внутримышечно или внутривенно (максимальная доза 8 г). Цефамезин назначают по 1 г каждые 6-8 часов, внутривенно или внутримышечно, максимальная суточная доза 4 г.

Кроме того, борьба с шоком включает в себя ликвидацию очага инфекции. Опыт акушерско-гинекологической практики показывает, что подход к ликвидации очага инфекции при септическом шоке должен быть сугубо индивидуальным. Наиболее радикальным способом борьбы является удаление матки. Для получения желаемого эффекта хирургическое вмешательство должны осуществить своевременно. По мнению большинства отечественных и зарубежных авторов, к операции следует прибегать при безуспешности интенсивной консервативной терапии, проводимой в течение 6 часов.

Операцией выбора является экстирпация матки с удалением маточных труб, дренирование параметриев и брюшной полости. В отдельных случаях у больных, находящихся в крайне тяжелом состоянии, при отсутствии макроскопических изменений ткани матки допустимо производство надвлагалищной ампутации матки. В этих случаях. является обязательным удаление маточных труб и дренирование брюшной полости.

Лечение поздней стадии септического шока с появлением геморрагического синдрома, в том числе маточного кровотечения, требует дифференциального подхода. В зависимости от показателей коагулограммы проводят заместительную терапию ("теплая" донорская кровь, лиофилизированная плазма, сухая, нативная и свежезамороженная плазма, фибриноген) и/или вводят антифибринолитические препараты (трасилол, контрикал гордокс).

ПОСЛЕРОДОВОЙ (ЛАКТАЦИОННЫЙ) МАСТИТ

Послеродовой мастит является одним из наиболее частых осложнений послеродового периода. В последние годы, по данным отечественных и зарубежных авторов, частота маститов колеблется в широких пределах - от 1% до 16%, составляя в среднем 3-5%. Среди кормящих женщин частота его не имеет тенденции к снижению.

В отечественном акушерстве наибольшее распространение нашла классификация маститов, предложенная в 1975 г. Б. Л. Гуртовым.

Все лактационные маститы автор делит на три формы, которые, по сути дела являются последовательными стадиями острого воспалительного процесса:

1. Серозный (начинающийся) мастит;

2. Инфильтративный мастит;

3. Гнойный мастит:

а). Инфильтративно-гнойный диффузный узловой б). Абсцедирующий фурункулез ареолы абсцесс ареолы абсцесс в толще железы абсцесс позади железы (ретромаммарный) с). Флегмонозный гнойно-некротический д). Гангренозный Этиология, патогенез, клиника, диагностика. В современных условиях основным возбудителем лактационного мастита является золотистый стафилококк, который характеризуется высокой вирулентностью и устойчивостью ко многим антибактериальным препаратам.

Проникновение возбудителя в ткани молочной железы происходит лимфогенным путем через трещины сосков и галактогенным путем - через молочные ходы. Чрезвычайно редко воспалительный очаг в железе формируется вторично, при генерализации послеродовой инфекции, локализующейся в половом аппарате.

Развитию воспалительного процесса в молочной железе способствует лактостаз, связанный с окклюзией протоков, выводящих молоко, поэтому мастит в 80-85% случаев возникает у первородящих.

Немаловажная роль в патогенезе лактационного мастита принадлежит состоянию организма родильницы, особенностям его защитных сил. Этими причинами можно объяснить увеличение числа заболеваний у женщин старше 30 лет, чаще с соматической патологией.

Для типичной клинической формы серозного мастита характерно острое начало обычно на 2-4 неделе послеродового периода. Температура тела быстро повышается до 38-39С,

нередко сопровождается ознобом. Развиваются общая слабость, разбитость, головная боль. Возникает боль в молочной железе. Однако могут быть такие варианты клинического течения маститов, при которых общие явления предшествуют местным.

При неадекватной терапии начинающийся мастит в течение 2-3 дней переходит в инфильтративную форму. В молочной железе начинают пальпировать довольно плотный болезненный инфильтрат. Кожа над инфильтратом - всегда гиперемирована.

Переход мастита в гнойную форму происходит в течение 2-4 дней. Температура повышается до 39С, появляются ознобы, нарастают признаки интоксикации: вялость, слабость, плохой аппетит, головная боль. Нарастают местные признаки воспалительного процесса: отек и болезненность в очаге поражения, участки размягчения в области инфильтративно-гнойной формы мастита, встречающейся примерно у половины больных гнойным маститом.

У 20% больных гнойный мастит проявляется в виде абсцедирующей формы. При этом преобладающими вариантами являются фурункулез и абсцесс ореолы, реже встречают интрамаммарный и ретромаммарный абсцессы, представляющие собой гнойные полости, ограниченные соединительно-тканной капсулой.

У 10-15% больных гнойный мастит протекает как флегмонозная форма. Процесс захватывает большую часть железы с расплавлением ее ткани и переходом на окружающую клетчатку и кожу. Общее состояние родильницы в таких случаях - тяжелое.

Температура достигает 40С, наблюдают потрясающие ознобы, выраженную интоксикацию. Молочная железа резко увеличивается в объеме, кожа ее отечная, гиперемированная с синюшным оттенком, пальпация железы - резко болезненная.

Флегмонозный мастит может сопровождаться септическим шоком.

Резкая гангренозная форма мастита имеет чрезвычайно тяжелое течение с резко выраженной интоксикацией и некрозом молочной железы. Исход гангренозного мастита неблагоприятен.

Основные принципы терапии начинающегося (серозного) мастита. Важнейшим компонентом комплексной терапии лактационных маститов является комплексное применение антибиотиков. Перед началом антибактериальной терапии производят посев молока из пораженной и здоровой молочных желез на флору. В настоящее время золотистый стафилококк обнаруживает наибольшую чувствительность к полусинтетическим пенициллинам (метициллин, оксациллин, диклоксациллин), линкомицину фузидину и аминогликозидам (гентамицин, канамицин). При сохранении грудного вскармливания выбор антибиотиков связан с возможностью их неблагоприятного воздействия на новорожденного. При начальных стадиях лактационного мастита антибиотики, как правило, вводят внутримышечно.

При использовании полусинтетических пенициллинов курс лечения продолжают 7дней. Оксациллина натриевую соль вводят по 100 мг 4 раза в сутки внутримышечно, ампициллина натиревую соль - по 750 мг 4 раза в сутки внутримышечно.

Помимо антибактериальной терапии, важное место в лечении начинающихся маститов принадлежит мероприятиям, направленным на уменьшение лактостаза в пораженной железе. Наиболее эффективен в этом отношении парлодел, назначаемый внутрь по 2,5 мг 2

раза в день в течение 3 суток. Высокоэффективной составной частью комплексного лечения начинающегося мастита является применение физических факторов воздействия.

При выраженных явлениях интоксикации показана инфузионная терапия. При средней массе тела больной (60-70 кг) в течение суток внутривенно вводят 2000-2500 мл жидкости.

Основные принципы терапии гнойного мастита. Лечение больных с гнойными формами лактационных маститов проводят в специализированных хирургических стационарах или отделениях, ибо, при сохранении принципа комплексности, основным методом лечения становится хирургический метод. Своевременное вскрытие гнойника предотвращает распространение процесса и его генерализацию. Параллельно с хирургическим вмешательством продолжают комплексную терапию, интенсивность которой зависит от клинической формы мастита, характера инфекции и состояния больной.

Чрезвычайно большое внимание при лечении больных с лактационными маститами заслуживают вопросы, касающиеся возможности грудного вскармливания и необходимости подавления лактации.

Высокая вирулентность и полирезистентность к антибиотикам, характерные для инфекции, вызывающей развитие маститов в современных условиях, заставляют однозначно ответить на вопрос о прикладывании новрожденного к груди. При любой форме мастита в интересах ребенка грудное вскармливание должно быть прекращено.

В современном акушерстве показанием для подавления лактации при маститах служат:

1. стремительно прогрессирующий процесс, несмотря на проводимую интенсивную терапию;

2. многоочаговый инфильтративно-гнойный и абсцедирующий мастит;

3. флегмонозная и гангренозная формы маститов;

4. любая форма мастита при рецидивирующем течении;

5. вяло текущий мастит, не поддающийся комплексной терапии, включающей хирургическое вскрытие очага.

АКУШЕРСКИЙ ПЕРИТОНИТ

Воспаление брюшины – перитонит - является наиболее опасным осложнением острых заболеваний органов брюшной полости. В отечественной и зарубежной литературе проблема перитонита освещена широко и разносторонне. Вместе с тем, можно обратить внимание на то, что у практических врачей порой возникают затруднения в диагностике этого осложнения, приводящие к несвоевременности хирургического лечения.
Сложность диагностики акушерского перитонита обусловлена рядом факторов:

1. особенностями нейроэндокринной перестройки, характером гуморального и клеточного иммунитета беременных и родильниц;

2. наличием осложненного течения беременности и родов;

3. оперативным родоразрешением (частота кесарева сечения в последние годы возросла с 3% до 11%);

4. сопутствующими заболеваниями;

5. наличием ассоциаций бактерий, как аэробных, так и не спорообразующих анаэробных.

Учащение случаев акушерского перитонита связано с общим нарастанием во всем мире числа гнойно-воспалительных заболеваний.

Развитие перитонита в послеродовом периоде чаще всего обусловлено:

эндомиометритом, метротромбофлебитом, параметритом с последующей генерализацией инфекции, а также инфицированным расхождением швов на матке после операции кесарева сечения;

заболеваниями придатков матки (перфорацией пиосальпинкса, разрывом капсулы кистомы яичника или перекрутом ее ножки);

более редко встречающимися экстрагенитальными заболеваниями (острым аппендицитом, повреждениям стенки кишки или мочевого пузыря, эндогенной инфекцией).

Чаще всего используют классификацию перитонита К.С. Симоняна (1971), в которой отражена динамика процесса: 1 фаза - реактивная, 2 фаза - токсическая, 3 фаза терминальная.

При реактивной фазе компенсаторные механизмы сохранены, нет нарушений клеточного метаболизма, отсутствуют признаки гипоксии. Общее состояние относительно удовлетворительное. Отмечен умеренный парез кишечника.

Показатели крови:

лейкоцитоз, умеренный сдвиг формулы влево. Кислая фосфатаза (КФ) и щелочная фосфатаза (ЩФ) лизосом полиморфноклеточных лейкоцитов существенно не меняются.

Токсическая фаза связана с нарастающей интоксикацией. Страдает общее состояние больной, нарушаются обменные процессы, изменяется электролитный баланс, развивается гипопротеинемия, нарушается деятельность ферментативной системы значительно повышается КФ и ЩФ лизосом полиморфноклеточных лейкоцитов.

Нарастает лейкоцитоз.

При терминальной фазе изменения имеют более глубокий характер. Преобладают симптомы поражения ЦНС, общее состояние тяжелое, больные вялые, адинамичные.

Нарушается моторная функция кишечника. Симптомы раздражения брюшины выражены весьма слабо. Кишечные шумы не прослушивают. Имеется угнетение активности ферментов.

Перитонит после кесарева сечения по клиническому течению может проявляться в нескольких вариантах, в зависимости от пути инфицирования.

1-й вариант: операция была произведена на фоне имевшейся инфекции, чаще всего в виде хориоамнионита. Патологические симптомы развиваются рано, уже к концу первых суток или в начале вторых. Отмечают повышение температуры тела (38-39С), выраженную тахикардию (120-140 уд./мин.), вздутие живота. Реактивная фаза выражена недостаточно. Быстро развивается токсическая фаза. Ухудшается общее состояние, парез кишечника имеет стойкий характер. Язык сухой. Держится рвота с примесью большого количества зеленых масс, затем она становится геморрагической. Защитное напряжение мышц брюшной стенки может отсутствовать. Развивается септический шок, нарастает сердечно-легочная и почечная недостаточность.

2-й вариант возникает в тех случаях, когда инфицирование брюшины связано с развитием эндометрита в послеоперационном периоде. Состояние больных после операции может оставаться относительно удовлетворительным. Температура тела в пределах 37,4-37,6С, умеренная тахикардия (90-100 уд./мин.), рано появляется парез кишечника. Болей в животе нет. Периодически бывает тошнота и рвота. Живот остается мягким, отсутствуют симптомы раздражения брюшины. Наиболее характерной является возвратность симптомов. При прогрессировании процесса, несмотря на проводимую консервативную терапию, с 3-4 дня состояние больной ухудшается, нарастают симптомы интоксикации. Следует подчеркнуть, что дифференциальный диагноз между обычным послеоперационным парезом кишечника и развивающимся перитонитом не прост.

3-й вариант - развитие перитонита при несостаятельности швов на матке. Чаще всего это бывает связано с инфекцией, реже - с технической погрешностью наложения швов. При неправильном ушивании углов раны, где может быть расслоение мышц, выделения из матки начинают поступать в забрюшинное пространство и в брюшную полость. Клинические симптомы обычно проявляются рано. С первых суток нарастают признаки перитонита. Состояние больной ухудшается, беспокоят боли в нижних отделах живота справа или слева. Обращает на себя внимание скудность выделений из матки.

Стойко держатся тахикардия, рвота, вздутие живота. При перкуссии определяют экссудат в брюшной полости, количество которого нарастает. Интоксикация наступает быстро.

Лечение перитонита. Поставив диагноз, необходимо приступать к оперативному лечению в сочетании с комплексной терапией, направленной на восстановление функций жизненно важных органов и всех систем организма.

Предоперационную подготовку проводят в течение 2-2,5 часов, объем ее зависит от тяжести состояния больной. Проводят коррекцию ОЦК, водноэлектролитных нарушений, энергетического дефицита, вводят сердечные средства.

Под общим обезболиванием (интубация, ИВЛ) проводят операцию. Разрез брюшной стенки делают продольным, что важно для последующей санации брюшной полости и дренирования. Экссудат сразу берут для посева и определения чувствительности к антибиотикам. Производят экстирпацию матки с маточными трубами.

При наличии гнойных образований придатков или кистомы яичников производят удаление придатков матки.

Брюшной диализ в токсической и терминальной фазах можно произвести проточным или фракционным способом. Больная находится в палате интенсивной терапии. Положение ее в постели с приподнятым грудным отделом, ноги несколько согнуты в коленных и тазобедренных суставах.

Интенсивная терапия складывается из многих компонентов. Ее проводят под контролем диуреза и биохимических исследований крови (электролиты, белки, белковые фракции, мочевина, креатинин, сахар, билирубин, КОС и др.).

Коррекцию водно-электролитных нарушений осуществляют введением препаратов калия, кальция, Рингера-Локка. Из белковых препаратов вводят раствор альбумина, протеин, плазму, белковые гидролизаты и аминокислотные смеси. Суммарно вливают до 3 л жидкости в сутки на фоне диуретиков.

Для борьбы с инфекцией применяют антибиотики различного спектра и механизма действия. Широко используют для введения в брюшную полость канамицин по 1 г 2 раза в сутки. Для внутривенного и последующего внутримышечного применения отдают предпочтение антибиотикам широкого спектра действия.

На фоне антибактериальной терапии применяют гормональные препараты. Одно из центральных мест в лечении перитонита занимает нормализация моторно-эвакуаторной функции желудка и кишечника. С этой целью применяют назогастральное зондирование, перидуральную блокаду, внутривенное введение церукала по 2 мл 3 раза в сутки, способствующего эвакуации содержимого желудка в тонкую кишку.

Таким образом, только комплексная терапия перитонита, направленная на различные механизмы его развития, может привести к благоприятному исходу.

СЕПСИС

Генерализация инфекции, или сепсис, в акушерской практике в 90% случаев связана с инфекционным очагом в матке и развивается в результате истощения антиинфекционного иммунитета. К развитию сепсиса предрасполагает осложненное течение беременности (ОПГ-гестоз, железодефицитная анемия, вирусные инфекции и др.), длительное течение родового акта с безводным промежутком, превышающим 24 часа, травмы мягких родовых путей, оперативное родоразрешение, кровотечение и другие осложнения родов, которые способствуют снижению неспецифических защитных сил организма и создают условия для генерализации инфекции.

Сепсис протекает в двух формах: септецемии и септикопиемии, которые встречаются приблизительно с равной частотой. Септицемия возникает у ослабленных родильниц через 3-4 дня после родов и протекает бурно. В качестве возбудителей выступает грамотрицательная флора, кишечная палочка, протей, реже синегнойная палочка, нередко в сочетании с не спорообразующей анаэробной флорой. Септикопиемия протекает волнообразно: периоды ухудшения состояния, связанные с метастазированием инфекции и образованием новых очагов, сменяются относительным улучшением.

Развитие септикопиемии обусловлено наличием грамположительной флоры, чаще всего золотистого стафилококка.

Диагностика. Диагноз ставят с учетом следующих признаков: наличие очага инфекции, высокая лихорадка с ознобом, обнаружение возбудителя в крови. Хотя последний признак выявляют только у 30% больных, при отсутствии его диагноз сепсиса не должен отрицаться. При сепсисе наблюдают нарушения функции ЦНС, проявляющиеся в эйфории, угнетенности, нарушении сна. Одышка, цианоз также могут быть проявлением генерализованной инфекции. Бледность, серость или желтушность кожных покровов свидетельствуют о наличии сепсиса. Тахикардия, лабильность пульса, склонность к гипотензии также могут быть проявлением сепсиса. Увеличиваются печень и селезенка. Важную информа-

цию дает обычный клинический анализ крови: снижение содержания гемоглобина и числа эритроцитов; высокий лейкоцитоз и лимфоцитопения, отсутствие эозинофилов, появление токсической зернистости в нейирофилах.

Нарушенный гомеостаз проявляется гипо- и диспротеинемией, гипогликемией, гиповолемией, гипонатриемией, гиперосмолярностью.

Лечение. Больных с сепсисом лечат с учетом двух направлений: ликвидация очага инфекции и комплексная терапия, включающая антибактериальный, детоксикационный, иммунокоррегирующий, десенсибилизирующий, общеукрепляющий компоненты.

Лечение сепсиса – дело трудоемкое и дорогостоящее, но иных путей для спасения больной нет. При необходимости прибегают к гемо- и лимфосорбции. Если очагом инфекции является матка, то через 3 дня безуспешной медикаментозной терапии производят ее экстирпацию с удалением маточных труб.

Контрольные вопросы:

1. Чем обусловлено возрастание частоты гнойно-септических заболеваний?

2. Что называют септическим шоком? Какие факторы, кроме наличия инфекции, необходимы для возникновения шока?

3. Что способствует развитию септического шока, когда очагом инфекции является послеродовая матка?

4. Первичные расстройства при септическом шоке.

5. Фазы септического шока и их клинические проявления.

6. Наиболее тяжелые осложнения септического шока.

7. Меры, необходимые для наиболее ранней диагностики септического шока.

8. Принципы неотложной помощи при шоке.

9. Чем обусловлена повышенная заболеваемость маститами.

10. Наиболее распространенная классификация маститов.

11. Основные местные и общие проявления мастита.

12. Дополнительные методы диагностики маститов.

13. Основные принципы терапии маститов.

14. Профилактика маститов.

15. Чем обусловлено развитие перитонитов в послеродовом периоде?

16. Каковы особенности акушерского перитонита?

17. Фазы перитонита.

18. Причины развития перитонита после кесарева сечения?

Диагностика.

19. Каковы основные принципы лечения перитонита?

Задача № 1.

5-е сутки после операции кесарева сечения. Состояниесредней тяжести.

Температура тела 38С. Пульс 100 уд./мин. Умеренный парез кишечника. Болезненность над лоном. При УЗИ определяется свободная жидкость в брюшной полости, в области швов на матке - «ниша».

Диагноз? Тактика врача.

Задача № 2.

12-е сутки послеродового периода. У родильница внезапно повысилась температура до 38,5, озноб, головная боль, появились боли в молочной железе. При осмотре - умеренное нагрубление, уплотнение и болезненность в глубине молочной железы.

Диагноз? Тактика врача.