1. СТРУКТУРА И ЗАДАЧИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ. ФУНКЦИИ И РОЛЬ СЕСТРЫ-АНЕСТЕЗИСТА

Оказание квалифицированной акушерской помощи на современном этапе невозможно без наличия специализированной анестезиологической службы [2, с. 499].

Анестезиолог – реаниматолог принимает участие в ведении беременных с тяжелыми формами позднего гестоза, проводит обезболивание родов, оказывает анестезиологическое пособие при различных акушерских операциях, выполняет реанимацию новорожденных, родившихся в асфиксии, обеспечивает ведение больных в палате интенсивной терапии.

Анестезия и реанимация в акушерской практике имеют свои специфические особенности. Они обусловлены особенностями функционального состояния многих органов и систем у беременных, характером акушерской и экстрагенитальной патологии, одновременным влиянием наркотических средств на организм беременной или роженицы и на плод [2, с. 499].

Для безопасного и компетентного анестезиолого – реанимационного обеспечения в акушерстве необходимо учитывать следующие особенности физиологии беременных. В процессе беременности увеличивается объем циркулирующей крови. В среднем на 25% увеличиваются ударный объем и частота сердечных сокращений, что в целом повышает минутный объем сердца на 50% [7, с. 234]. В поздние сроки беременности матка может вызвать обструкцию аорты и нижней полой вены, особенно в положении на спине. Это приводит к снижению венозного возврата, сердечного выброса и нарушению маточно – плацетарного кровотока. Перемещение матки влево предупреждает аорто – кавальную компрессию в положении на спине. В процессе беременности развивается гиперкоагуляция, уже после первого триместра происходит заметное повышение фибриогена и активности VII,VIII, X и XII факторов свертывания.

Имеет место и набухание слизистой на всем протяжении респираторного тракта, что уменьшает размеры голосовой щели и требует применения для эндотрахеальной интубации трубки меньшего диаметра. Минутная вентиляция легких увеличивается примерно на 45%. Кроме того, примерно на 20% снижается функциональная остаточная емкость легких [2, с. 499].

Это обстоятельство, наряду с выраженным повышением потребления кислорода тканями, делает беременных более чувствительным к гипоксии. Из-за повышенного внутрибрюшного давления расширяются эпидуральные вены, что увеличивает опасность их травмы при катеризации экстрадурального пространства. Низкое содержание белка в ликворе повышает не связанную белками фракцию местного анестетика, что усиливает активность препарата при спинальной анестезии. В результате беременным требуется 30-50% дозы местного анестетика, обычно применяемой для небеременных [2, с. 500].

Беременная матка изменяет положение желудка, способствуя желудочному рефлюксу у беременных женщин Хотя опорожнение желудка не замедляется при беременности, при родах отмечается отчетливое торможение этой функции. Это создает ситуацию высокого риска приаспирации. В связи с этим в премедикации используют антиэметики, антациды и прокинетики (H2 – блокаторы, метоклопрамид, цитрат натрия).

Основой выбора анестезиологического пособия при акушерских операциях является принцип дефференцированного подхода, при котором учитываются характер акушерской и экстрагенитальной патологии, показания к оперативному родоразрешению, особенности применяемых средств и их влияние на сократительную функцию матки, состояние роженицы, плода, новорожденного. Оценка этих особенностей позволяет подобрать наиболее адекватный и безопасный метод обезболивания. Анестезиолог и медсестра отделения анестезиологии-реаниматологии — анестезистка — постоянно находятся в составе дежурной бригады, принимающей роды.

Если дама рождает кесаревым сечением, анестезиолог разрабатывает стратегию введения наркоза, смотрит за его введением, за реакциями роженицы на анестезию в ходе операции. Если дама рождает с применением эпидуральной анестезии, ей придется познакомиться с анестезиологом за несколько дней до родов. Врач непременно изучит анамнез, поглядит результаты обследований, узнает аллергию на лекарства, подробности о хронических заболеваниях, о прошлых реакциях на наркоз. Все это необходимо, чтоб нормально подобрать вид анестезии и дозу анестетика.

Во время введения анестезии конкретно врач (не медсестра) устанавливает спинальный катетер, по которому к нервным окончаниям будет поступать лекарство. Во время установки катетера необходимо непременно слушать команды врача: не шевелиться, находиться в определенной позе, время от времени даже определенным образом дышать. Потом врач при необходимости будет добавлять лекарство.

Медсестра-анестезистка ассистирует врачу: набирает анестезию в шприц, вводит её в вену, меряет давление.

2. ПРЕДВЕСТНИКИ РОДОВ. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД: ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА

С 30-й недели беременности будущая мама ощущает первые предвестники родов – её организм начинает готовиться к появлению малыша на свет.

Происходят первые «пробные» схватки, начинаются химические изменения для защиты от кровопотерь.

Предвестники родов у всех проявляются индивидуально: кто-то отмечает все из них, а кто-то – вообще ни одного и потом считает роды абсолютно внезапными [6, с. 124].

О том, что роды скоро начнутся, обычно свидетельствуют следующие предвестники:

1. Ложные схватки: короткие безболезненные сокращения матки по 10-15 сек.

Ложные схватки отличаются от родовых тем, что их интенсивность и частота не нарастает. Сокращения могут продолжаться несколько часов.

2. Тянущие боли внизу живота, распространенные предвестники родов. Они обычно проявляются на 32-33 неделе беременности. У беременной начинаются растягиваться связки.

3. Ноющие, ломящие боли в области лонного сочленения. Боли возникают из за того, что увеличивается таз за счет расхождения лонных костей.

4. Неприятные ощущения в области пояснично-крестцового отдела позвоночника.

5. Дискомфорт в области бедер с 35-37 недели. Это малыш начинает крутить по сторонам головкой.

За 5-6 недель перед родами живот опускается.

Ребенок плотно прижмется головкой к костному ободку малого таза и его двигательная активность снижается. У вас облегчится дыхание, но могут появиться болезненные ощущения внизу живота и в ногах, потому что теперь малыш давит на мышцы, связки и нервные окончания.

6. «Созревание» шейки матки. Перед родами, где-то с 37-38 недели она до 1-2 см, начинает центрироваться, размягчается, может пропускать кончик пальца.

7. Синдром «гнездования». Один из самых приятных и хлопотливых предвестников родов. Вам будет хотеться навести порядок, сделать уборку, сшить малышу какую-то одежку или сделать игрушку.

8. Снижение массы тела на 1-2 кг. Организм освобождается от лишней жидкости в виде мочи. Сгущается кровь и увеличивается ее свертываемость для уменьшения кровопотери при родах. Среди предвестников родов также послабление «стула».

9. Отхождение слизистой пробки – за 1-2 дня перед или в день родов. Это светлые или темно-коричневые выделения количеством около 2 ст. ложек. Эта густая слизь предотвращала доступ в матку бактерий [6, с. 124].

Патологический прелиминарный период наблюдается у женщин с эмоционально неустойчивой нервной системой, с ожирением и т.д. при отрицательной отношении к беременности, у пожилых и юных первородящих.

Патологический прелиминарный период - это своего рода защитная реакция организма направленная на развитие родовой деятельности и созревание шейки матки [3, с. 117].

При патологическом прелиминарном периоде не происходит раскрытия шейки матки, и патологический прелиминарный период может перейти в любую форму аномалии родовой деятельности [3, с. 117].

Таким образом, патологический прелиминарный период чаще всего развивается у женщин при незрелых половых путях, очень часто у таких женщин предлежащая часть плода остается подвижной на входом в малый таз.

Самым частым осложнением при патологическом прелиминарном периоде является отхождение преждевременно околоплодных вод (ПОВ). Преждевременное отхождение вод чаще всего развивается в результате неравномерного скачкообразного повышения внутриматочного давления.

ПОВ можно рассмотреть как адаптационный момент подготовки шейки матки к родам, потому что после отхождения околоплодных вод снижается тонус матки и напряжение миометрия, что способствует увеличение амплитуды маточных сокращений.

Тактика ведения определяется:

- выраженностью клинических проявлений;

- состоянием шейки матки;

- состоянием плода;

Наличие или отсутствие преждевременного отхождения вод.

Патологический прелиминарный период необходимо дифференцировать со слабостью родовой деятельности, потому что при патологическом прелиминарном периоде и слабости родовой деятельности раскрытие шейки матки не происходит.

Снятие патологического прелиминарного периода:

- медикаментозный сон и обезболивание: седуксен (диазепам) - нормализует нервно-психические реакции и действует расслабляюще на мускулатуру шейки матки. Обезболивание - промедол в сочетании с седуксеном, димедролом или пипольфеном, оксибутират натрия.

Патологический прелиминарный период может быть снят применением бета-адреномиметиков, которые возбуждают тормозные бета-адренорецепторы и таким образом снижают тонус матки: партусистен, алупент, бриканил - внутривенно капельно в течение 2-3 часов.

3. РАК ЯИЧНИКОВ (ПЕРВИЧНЫЙ, ВТОРИЧНЫЙ, МЕТАСТАТИЧЕСКИЙ). СТАДИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Среди раков гинекологической локализации рак яичников стабильно занимает 2-е место после рака шейки матки. Смертность от рака яичников остается на 1-м месте [6, с. 281].

В настоящее время этиологические факторы злокачественных опухолей яичников достоверно не определены. Существуют три основные гипотезы.

Первая гипотеза связана с тем, что опухоли яичников возникают в условиях гиперактивности гипоталамо-гипофизарной системы, результатом чего становится хроническая гиперэстрогения. Эстрогены непосредственно не приводят к опухолевой трансформации клетки, но создают условия, при которых повышается вероятность возникновения рака в эстрогенчувствительных тканях.

Другая гипотеза основана на представлениях о «непрекращающейся овуляции» (раннее менархе, поздняя менопауза, малое число беременностей, укорочение лактации). Постоянные овуляции приводят к повреждению эпителия коркового слоя яичника, что в свою очередь увеличивает вероятность возникновения аберрантных повреждений ДНК с одновременной инактивацией опухольсупрессирующих генов.

Согласно генетической гипотезе к категории лиц высокого риска относятся члены семей с аутосомально-доминантным раком молочной железы и яичников.

По данным мировой литературы, наследственные формы рака яичников обнаруживают только у 5-10% больных [6, с. 281].

Успехи генной инженерии позволили выявить ряд онкогенов, экспрессия которых ассоциирована с семейными формами рака яичников.

Существует зависимость между частотой опухолей различных морфологических типов и возрастом пациенток. Пик заболеваемости раком яичников отмечается между 60 и 70 годами. В последнее время этот пик сдвинулся на 10 лет назад.

Рак яичников бывает первичным, вторичным и метастатическим.

Первичным раком называют злокачественные опухоли, первично поражающие яичник.

Вторичный рак яичников (цистаденокарцинома) встречается наиболее часто и составляет 80-88% злокачественных опухолей этого органа. Рак возникает на фоне доброкачественных или пограничных опухолей.

Метастатический рак яичников (опухоль Крукенберга) представляет собой метастаз из первичного очага, который чаще всего располагается в желудочно-кишечном тракте, желудке, молочной железе, щитовидной железе, матке. Метастазы из злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта распространяются гематогенным, ретроградно лимфогенным и имплантационным путями. Метастазы обычно двусторонние. В 60-70% наблюдений возникает асцит. Опухоль растет очень быстро [7, с. 182].

Классификация рака яичников

1. Стадия I - опухоль ограничена одним яичником.

2. Стадия II - опухоль поражает один или оба яичника с распространением на область таза.

3. Стадия III - распространение на один или оба яичника с метастазами по брюшине за пределы таза и/или метастазы в забрюшинных лимфатических узлах.

4. Стадия IV - распространение на один или оба яичника с отдаленными метастазами.

Многообразие морфологических форм - одна из причин неоднородности клинического течения рака яичников.

Локализованные формы рака яичников, как правило, остаются бессимптомными, у молодых пациенток иногда возникает болевой синдром вплоть до выраженной симптоматики «острого живота» (22%) в связи с возможностью перекрута ножки или перфорацией капсулы опухоли [6, с. 281].

У остальных пациенток симптоматика появляется в связи с распространенностью опухолевого процесса: интоксикация, похудание, общая слабость, недомогание, повышенная утомляемость, снижение и извращение аппетита, повышение температуры, нарушение функции желудочно-кишечного тракта (тошнота, рвота, чувство распирания в подложечной области, тяжесть внизу живота, запор, чередующийся с поносами, дизурические явления). Живот увеличивается из-за асцита. Может быть выпот в одной или обеих плевральных полостях. Появляются признаки сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, отеки на нижних конечностях.

Диагностика злокачественной опухоли может быть затруднительной из-за отсутствия характерных симптомов на ранних стадиях заболевания. Злокачественные новообразования не имеют явных клинических признаков, отличающих их от доброкачественных опухолей. В связи с этим в особом внимании нуждаются пациентки группы высокого риска по развитию опухолей яичника. Это женщины с нарушением функции яичников, длительно наблюдающиеся по поводу тубоовариальных воспалительных образований, рецидивирующих гиперпластических процессов эндометрия в постменопаузе, ранее оперированные по поводу доброкачественных опухолей яичников, пациентки с нарушением фертильной функции.

При раке яичников, как правило, выражен асцит. Ректовагинальное исследование необходимо для определения инвазии ракового процесса в параректальную и параметральную клетчатку.

Современная диагностика злокачественных опухолей яичников включает в себя трансвагинальную эхографию с применением акустических излучателей, обладающих высокой разрешающей способностью, и цветовое допплеровское картирование, которое позволяет визуализировать кровоток органа. Измерение кровотока в систолу и диастолу позволяет судить о резистентности кровотока путем вычисления показателей периферического сосудистого сопротивления.

Компьютерная и магнитно-резонансная томография позволяют определить распростаненность опухолевого процесса. Лапароскопия дает возможность произвести биопсию с морфологическим исследованием гистиотипа материала и цитологическое исследование перитонеальной жидкости.

Содержание опухолево-ассоциированных антигенов в сыворотке крови больных коррелирует с течением заболевания. Наибольшее значение имеют маркеры СА-125, СА-19-9, СА-72-4. СА-125, которые обнаруживаются у 78-100% больных раком яичников. Уровень СА-125 превышает норму (35 МЕ/мл). При начальных формах опухолевого процесса специфичность СА-125 невысока, поэтому опухолевый маркер нельзя использовать в качестве скрининг-теста. Большую ценность СА-125 представляет в качестве контроля эффективности лечения распространенных форм заболевания и последующем мониторинге. У 80-85% пациенток диагноз можно установить при помощи перечисленных методов, хотя в ряде случаев окончательный диагноз устанавливается во время лапаротомии.

Алгоритм обследования пациенток с подозрением на рак яичника:

двуручное влагалищное и ректовагинальное исследование;

УЗИ органов малого таза с ЦДК;

УЗИ брюшной полости, щитовидной железы, молочной железы;

компьютерная томография;

МРТ;

маммография;

рентгеноскопия, гастроскопия, ирригоскопия;

рентгеноскопия органов грудной клетки;

хромоцистоскопия.

Целесообразно произвести рентгеноскопию органов грудной клетки для исключения метастазов.

Стадию злокачественного процесса, кроме перечисленных методов, позволяет уточнить хромоцистоскопия (особенно при больших неподвижных опухолях яичника). Больных с диагностированной или подозреваемой опухолью яичника (независимо от стадии) необходимо оперировать.

При выборе тактики лечения больных раком яичников следует учитывать стадию процесса, морфологическую структуру опухоли, степень дифференцировки, потенциальную чувствительность данного гистиотипа опухоли к химиотерапии и лучевому лечению, отягощающие факторы, возраст больной, иммунный статус, хронические заболевания как противопоказания к проведению того или иного метода лечения [6, с. 283].

Лечение рака яичников всегда комплексное. Ведущим, хотя и не самостоятельным, методом остается хирургический.

4. ВНУТРИМАТОЧНАЯ КОНТРАЦЕПЦИЯ. ОСЛОЖНЕНИЯ. МЕТОДИКА ВВЕДЕНИЯ И УДАЛЕНИЯ ВНУТРИМАТОЧНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ, ОПТИМАЛЬНОЕ ВРЕМЯ ПО ОТНОШЕНИЮ К ФАЗЕ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

К недостаткам метода относятся осложнения, возникающие при введении внутриматочной спирали (перфорация матки), увеличение риска возникновения воспалительных заболеваний органов малого таза, нарушения менструального цикла (мажущие кровянистые выделения до и после менструации, увеличение менструальной кровопотери, боли во время менструации), возможность экспульсии ВМС, недостаточное предохранение от внематочной беременности [2, с. 515].

Абсолютными противопоказаниями к применению внутриматочной контрацепции являются: установленная или предполагаемая беременность; нарушения менструального цикла неясной этиологии; рак шейки матки; рак эндометрия; воспалительные заболевания органов малого таза в настоящее время или в течение последних трех месяцев; злокачественная форма трофобластической болезни; туберкулез половых органов; аномалии развития матки. К относительным противопоказаниям относятся: наличие обильных, длительных и болезненных менструаций; повышенный риск возникновения инфекций, передаваемых половым путем; эндометриоз, отсутствие родов в анамнезе.

К относительных противопоказаниях вопрос о применении внутриматочной контрацепции решается индивидуально. При наличии у пациентки анемии, миомы матки, эндометриоза, гормоносодержащие ВМС могут быть методом выбора.

Веред введением внутриматочного контрацептивна необходимо провести обследование пациентки и убедиться в отсутствии противопоказаний для применения внутриматочной контрацепции.

ВМС можно вводить в любой день менструального цикла, однако многие врачи предпочитают первые дни менструального цикла.

Существуют методики введения ВМС сразу после окончания III периода родов, после окончания послеродового периода, после аборта и введение с целью неотложной контрацепции.

Введение ВМС выполняется в асептических условиях после зондирования матки. ВМС вводится в полость матки с помощью аппликатора, который затем извлекается.

Удаление ВМС производится по истечении срока их эффективного использования, в случаях развития острых или при обострении хронических воспалительных заболеваний органов малого таза, нарушениях менструального цикла, по истечении г8ода после менопаузы.

5. ТЕСТЫ

5. Какие признаки беременности относятся к достоверным?

1. Синюшность слизистой входа во влагалище, влагалища и щейки матки.

2. Отложение подкожного жира и увеличение живота.

3. Положительные иммунологические реакции на беременность.

4. Прослушивание серцебиения плода, движения плода, пальпация частей плода.

6. Чем обусловлено кровотечение у беременных с предлежанием плаценты в конце беременности?

1. Увеличением объема живота.

2. Усилением двигательной активности плода.

3. Увеличением размеров плаценты.

4. Дистракцией нижнего сегмента матки.

7. Диагностика угрожающих преждевременных родов включает:

1. Оценку функционального состояния плода.

2. Оценку состояния шейки матки (сглаживание, размягчение).

3. Оценку зрелости плода по УЗИ.

4. Определение количества и качества околоплодных вод по УЗИ.

8. Что является показанием для подавления лактации при мастите?

1.Мастит обеих молочных желез.

2. Возникновение мастита в оперированной молочной железе.

3. Стойкая лихорадка.

4. Рецидив заболевания после проведенной антибактериальной терапии.

9. Диагностика отечной формы гемолитической плода по данным УЗИ возможна:

1. В I триместре беременности.

2. При сроке 24-26 недель.

3. При сроке более 33 недель.

10. Методы диагностики субсерозной миомы матки:

1. УЗИ.

2. Зондирование полости матки.

3. Лапароскопия.

4. Гистероскопия.

11. При ювенильных маточных кровотечениях какой гемостаз является оптимальным?

1. Гормональный.

2. Хирургический: диагностическое выскабливание полости матки.

12. Какой объем операции выполняется при разрыве гнойной опухоли:

1. Удаление опухоли.

2.Аднексэктомия.

3. Дренирование брюшной полости.

4. Экстирпация матки с придатками.

13. Профилактика развития рака эндометрия состоит:

1. В устранении нарушений овуляции.

2. Своевременном лечении диабета, ожирения и гипертонической болезни.

3. Использование оральных контрацептивов.

4. Правильные ответы 1 и 2.

5. Все ответы правильные.

6. ЗАДАЧА

Беременная 28 лет. При первой беременности 2 года назад корпоральное кесарево сечение по поводу предлежания плаценты. Срок беременности 38 недель. Головное предлежание, серцебиение ясное, 132 уд. в мин. Родовой деятельности нет. Рубец брюшной стенки матки широкий, спаян с подлежащими тканями. При пальпации матки в этой области определяется резкое истончение и болезненность.

Вопросы:

1. Сформулируйте правильный клинический диагноз.

2. Укажите признаки неполноценного рубца на матке.

3. План родоразрешения.

4. Прогноз для матери и плода при ведении родов через естественные родовые пути.

Решение:

1. Диагноз основной: Беременность 38 недель, головное предлежание, продольное положение, передний вид, I позиция.

Осложнения: неполноценный рубец на матке.

2. Признаки неполноценного рубца на матке:

1. Во время УЗИ определяется истончение нижнего маточного сегмента в области рубца (меньше 3 мм), плотные включения в значительном количестве в области рубца, что указывает на соединительно-тканный компонент в области рубца.

2. При пальпации (ощупывании) акушером-гинекологом области рубца на матке после смещения в сторону рубца на коже, матка обычно сокращается равномерно при полноценном рубце и неравномерно - при неполноценном, образуя углубления в передней стенке матки. Определяется также местная (локальная) болезненность в области рубца на матке.

3. Могут возникать боли в области послеоперационного рубца.

Если женщина с рубцом на матке жалуется на боли, необходимо разобраться, в чем их причина. Чаще всего они связаны с угрозой выкидыша, спайками в малом тазу или растяжением рубца на матке. Боли, связанные со спайками в малом тазу, проходят с изменением положения тела. Они не связаны с тонусом матки и не проходят при приеме спазмолитиков. Боли, связанные с угрозой выкидыша, возникают при напряжении матки, что чувствует и сама беременная. В расслабленном состоянии эти боли проходят. На неполноценность рубца указывают локальные боли в области рубца, не связанные с тонусом матки и не проходящие при приеме спазмолитических препаратов.

4. При неполноценности рубца на рентгеновских снимках, полученных после введения в полость матки контрастного вещества, определяются ниши, изменение контуров матки.

5. Розовый цвет рубца при гистероскопии говорит о его полноценности и состоятельности, так как указывает на мышечную ткань, а большое количество включений белого цвета, деформации в области рубца заставляют думать о его неполноценности.

3. План ведения родов.

Роды вести путем операции кесарева сечения в экстренном порядке по сумме относительных показаний:

1. Неполное предлежание плаценты.

2. Рубец на матке.

3. Аномалии родовой деятельности.

Противопоказаний не выявлено.

4. Ведение родов через естественные родовые пути при наличии рубца допустимо при соблюдении ряда условий, которые являются критериями отбора для ведения таких родов, а именно:

- одно кесарево сечение в анамнезе с поперечным разрезом на матке в нижнем сегменте;

- отсутствие акушерских, послуживших показаниями к первой операции;

- неосложненное течение послеоперационного периода;

- предположение о полноценности нижнего маточного сегмента (по результатам клинических и инструментальных исследований);

- локализация плаценты вне рубца на матке;

- правильное головное предлежание плода;

- соответствие размеров таза матери и головки плода;

- тщательное клиническое и обязательное мониторное наблюдение в родах;

- наличие условий для экстренного родоразрешения путем кесарева сечения, квалифицированного медицинского персонала и соответствующей оснащенности;

- возможность выполнения кесарева сечения в экстренном порядке не позже, чем через 15 мин. после принятия решения об операции;

- ведение родов при развернутой операционной.

Все эти условия должны соблюдаться вместе. Если хотя бы одно из условий не соблюдается, то вести роды через естественные родовые пути нельзя.

В процессе течения родов через естественные родовые пути у женщин с рубцом на матке, как правило, ее сократительная активность носит характер нормальных схваток. Роды протекают по стандартному биомеханизму, характерному для перво- или повторнородящих. Средняя продолжительность родов также практически не увеличена. Средняя кровопотеря может незначительно превышать таковую при родах через естественные родовые пути.

При ведении родов через естественные родовые пути врачи должны быть чрезвычайно осторожны: следует ограничить применение родостимулирующих средств, использование наркотических анальгетиков, а также эпидуральной анестезии (т.к. первые резко увеличивают вероятность возникновения разрыва матки, а вторые могут привести к стертости клинической картины в случае развития данного осложнения).

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акушерство: Учебник/Г. М. Савельева, В. И. Кулаков, А. Н. Стрижаков; Под ред. Г. М. Савельевой. – М.: Медицина, 2000.- 816с.

2. Айламазин, Э. К., Акушерство: Учебник для медицинских вузов.- 4-е изд. перераб. и доп./Э. К. Айламазин.- Спб: СпецЛит, 2003.- 528с.

3. Бродяжина, В. И., Семченко, И. Б., Акушерство/В. И. Бродяжина,

И. Б. Семченко.- Ростов – на – Дону: Феникс, 2009.- 477с.

4. Гуськова, Н. А., Акушерство. Справочник/Н. А. Гуськова.- Спб: Питер, 2006.- 304с.

5. Крылова, Е. П. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии/Е. П. Крылова.- Ростов – на – Дону: Феникс, 1999.- 384с.

6. Лысак, Л. А., Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. 2-е изд. перераб. и доп. – Ростов – на – Дону: Феникс, 2004.- 354с.

7. Славянова, И. К., Акушерство и гинекология/И. К. Славянова.- Ростов – на – Дону: Феникс, 2009.- 574с.

8. Чернуха, Е. А., Родовой блок: Руководство для врачей/Е. А. Чернуха.- М.: Триада –X, 2009.- 712с.