****

**Биомеханизм родов –** это движение, которое совершает плод, проходя по родовому каналу.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признаки | Передний вид затылочного предлежания | Задний вид затылочного предлежания |
| 1 момент биомеханизма | Сгибание головки | Сгибание головки |
| 2 момент биомеханизма | Внутренний поворот головки и разгибание плечиков | Внутренний поворот головки и разгибание плечиков |
| 3 момент биомеханизма | Разгибание и рождение головки | Дополнительное сгибание головки |
| 4 момент биомеханизма | Наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков и рождение плечиков | Разгибание и рождение головки |
| 5 момент биомеханизма |  | Наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков и рождение плечиков |
| Точка фиксации (точка, вокруг которой при прорезывании происходит вращение головки) | Подзатылочная ямка | 1 – граница волосистой части головы  2 – подзатылочная ямка |
| Ориентировочная линия | Стреловидный шов | Стреловидный шов |
| Размер, которым рождается головка | Малый косой размер (9,5; 32) | Средний косой размер (10; 33) |
| Проводящая точка (первая идет по родовому каналу) | Малый родничок | Середина между большим и малым родничком |

# Полное наружное тазоизмерение

1. Distantia spinarum – это расстояние между двумя передними верхними остями подвздошных костей (в N = 25 – 26 см)
2. Distantia cristarum – это расстояние между наиболее удаленными точками гребней (в N = 28 – 29 см)
3. Distantia trochanterica – это расстояние между двумя вертелами (в N = 30 – 31 см)
4. Conjugata externa – это расстояние между передней верхней частью лонного сочленения и надкрестцовой ямкой (в N = 20 – 21 см)
5. Conjugata diagonalis – при влагалищном исследовании определяется (в N = 13 см).
6. Conjugata vera = Conjugata externa – 9 см
7. Индекс Соловьева – окружность запястья (в N = 13 – 18 см). Если индекс Соловьева менее 14 см, то кости скелета считаются тонкими и Conjugata vera = Conjugata diagonalis – 1,5 см. Если индекс Соловьева равен 14 см и более, то кости скелета считаются достаточно толстыми и емкость таза будет меньше (Conjugata vera = Conjugata diagonalis – 2 см).
8. Боковая конъюгата Кернера – это расстояние между передней верхней и задней верхней остями одноименной стороны (в N = 15 см)
9. Высота лона - в N = 5 см
10. Высота таза – расстояние между седалищным бугром и лонным бугорком (в N = 9 см)
11. Лонный угол - в N = 900 – 1000.
12. Подлонный угол - в N = 2 поперечных пальца.
13. Ромб Михаэлиса – это ромб, вершинами которого являются точки: сверху – надкрестцовая ямка, снизу – верхний край ягодичной складки, с боков – задние верхние ости подвздошных костей. Вертикальный размер – 11 см. Поперечный размер (дистанция Тридандани) – 10 см.
14. Окружность таза – окружность бедер в небеременном состоянии (в N не менее 85 см).
15. Парные косые размеры - (в N = 17 – 21 см). Если разница равна до 2 см, то таз асимметричный. Если разница более 4 см, то таз кососмещенный.

Оценивают емкость крестцовой впадины (емкая, уплощенная, наличие экзостозов). При поперечно-суженном тазе следует оценить отстояние друг от друга остей седалищных костей.

**Понятие о сегментах головки.**

1. Головка подвижна над входом в малый таз, при наружном исследовании она баллотирует.
2. Головка слегка прижата ко входу в малый таз – это значит, что при наружном обследовании она неподвижна, а при влагалищном исследовании она отталкивается.
3. Головка прижата в малый таз – это норма при отсутствии родов у первородящих.
4. Головка малым сегментом во входе в малый таз, меньшая часть головки прошла плоскость входа.
5. Головка большим сегментом во входе в малый таз, большая часть головки прошла плоскость входа.
6. Головка в полости малого таза: а) в широкой части полости таза

б) в узкой части полости таза.

1. Головка в полости выхода.

**Периоды беременности.** До 12 недель – эмбриональный. С 12 до 40 неделю – фетальный.

**Периоды жизнеспособности плода.** С 28 до 37 недель – антенатальный период – период жизни плода при беременности.

Интранатальный период – период жизни плода в родах.

Постнатальный период делится на:

* Ранний – неонатальный (первые 7 суток)
* Поздний – до месяца жизни.

**Роды.** Преждевременные – наступают с 28 по 37 недель включительно.

Срочные роды - 37 – 42 недели.

Запоздалые роды – 43 и более недель.

**Новые критерии живорождения.**

* Срок гестации 22 – 27 недель.
* Масса плода 500 – 1000 г.
* Длина плода – 25 см и более.
* Имеется один из признаков: 'сердцебиение', 'спонтанное дыхание', 'рефлексы', 'пульсация пуповины'.
* Если прожил 7 суток жизни.

**Приказ № 55.**

**Об организации работы родильных домов (отделений) 9.01.1996 г.**

Родильное отделение оказывает стационарную акушерскую помощь по территориальному принципу. Помощь беременным, обратившимся в роддом, оказывается вне зависимости от места жительства и подчиненности учреждения здравоохранения. В родильном отделении подлежат госпитализации беременные при наличии показаний, а также роженицы и родильницы в течение 24 часов после родов, в случае родов вне лечебного учреждения. Для госпитализации беременные должны иметь направление, выписку из карточки и обменную карту после 28 недель беременности. Беременные предъявляют паспорт и обменную карту.

# Организация родильного дома

1. Стационар.
2. ЖК.
3. Лечебно-диагностические подразделения.
4. Административно-хозяйственная часть.

Стационар включает в себя:

* Приемно-смотровое помещение
* Помещения для выписки
* Родильное отделение
* Отделение патологии беременных
* Послеродовое физиологическое и обсервационное отделения
* Гинекологическое отделение
* Отделение новорожденных

Комната – фильтр. Оценка общего состояния, измерение температуры, осмотр кожных покровов, зева, определение пульса, АД, знакомство с обменной картой беременной.

Смотровые. Индивидуальные комплекты для роженицы, весы, ростомер, тазомер, тонометр, сантиметровая лента, набор сывороток для определения группы крови, стерилизатор.

Сбор анамнеза, объективное исследование, тазоизмерение, измерение окружности живота, положение и предлежание плода, наличие отеков, санобработка рук, ног, переход в родовой блок в сопровождении персонала.

**Срок родов** определяется по:

1. Последняя менструация – первый день последней менструации – 3 месяца + 7 дней
2. Первая явка в ЖК – если женщина встала на учет до 12 недель.
3. Первое шевеление – у первородящих в 20 недель беременности, у повторнородящих – в 18.
4. Декретный отпуск – отпуск с 30 недель беременности, при многоплодной беременности – с 28 недель.
5. УЗИ – наиболее достоверны результаты первого УЗИ
6. Срок зачатия – 'срок зачатия' + 280 – 294 дня.

**Предполагаемая масса плода:**

1. Формула Жорданиа: m (г) = окружность живота х высота дна матки.
2. Формула Джонсона: m (г) = 155 х (ВДМ – 11)
3. Формула Ланковица: m (г) = (ОЖ + ВДМ + рост женщины + вес женщины) х 10
4. Формула Якубовой: m (г) = (ОЖ + ВДМ) / 4 х 10

Родовое отделение. Вход в блок со стерильными масками.

Предродовые палаты. ( количество коек – 12 % от физиологического послеродового отделения): кровати, судна, наркотический аппарат, тонометр, акушерский стетоскоп, тазомер, сантиметровая лента. При поступлении в предродовую берут 5 – 7 мл из вены + для определения группы крови и резус-фактора. Запись в дневнике не реже, чем через 3 часа.

**Влагалищное исследование в родах. Показания:**

1. Поступление в стационар.
2. При излитии околоплодных вод
3. Жалобы на потуги
4. Кровянистые выделения
5. Неясность акушерской ситуации
6. Каждые 6 часов
7. Перед операцией кесарева сечения.

Палата интенсивной терапии. Это функциональная кровать, все необходимое для реанимации и индивидуальный пост.

Родовые палаты. Число кроватей 8 % от коек физиологического послеродового отделения (но не менее 2). Пакет для первичной обработки новорожденного, индивидуальный пакет для рожениц, в родовой палате должен быть электроотсос, дежурная капельница NaCl 0,9 %.

Подготовка к приему в родах:

Акушерка готовит индивидуальный пакет для роженицы. Роженицу переводят в родильную палату на каталке, снимают рубашку, перекладывают на кровать для родов, переодевают. Акушерка моется как на операцию. После рождения головки отсасывают слизь из верхних дыхательных путей. Ребенок укладывается на лоток для отделения ребенка от матери, закапывается в глаза и наружные половые органы альбуцид. Акушерка накладывает на пуповину зажим на расстоянии 10 см от пупочного кольца, второй на расстоянии 8 см, третий у наружных половых органов женщины. Участок между первым и вторым зажимом обработать и пересечь. Обработка культи раствором 1 % йодоната. Выпустить мочу катетером. Профилактика послеродового кровотечения. После отделения последа пузырь со льдом на 25 – 35 минут. Осмотр последа. Осмотр шейки матки на зеркалах, ушивание повреждений. Оценка общего состояния, пульса, АД, ВДМ. Наблюдение в родовой палате не менее 2 часов. Оценка ребенка по шкале Апгар. Вторичная обработка пуповины. Отжать пуповинный остаток от основания к периферии, наложить скобки Роговина. Обработка кожных покровов. Взвешивание, измерение длины плода, окружности груди, головки. Одеваются 3 браслетки (2 – на руки, 1 - на одеяло), на которых пишется ФИО матери, № истории родов, пол, масса, рост, дата и час рождения. Через 2 часа – профилактика гоно- и бленнореи.

**Приказ № 691.**

**О профилактике внутрибольничной инфекции в акушерских стационарах.**

* Бактериологическое обследование медперсонала 2 раза в год
* Осуществление эпиданализа
* Ответственность за организацию мероприятий несет главный врач
* Комиссия по профилактике ВБИ
* Занятия с персоналом
* Лица, поступающие на работу в роддом, проходят полный медосмотр
* Перед работой персонал одевает чистую одежду
* В родовой одевают маски
* Закрытие роддома для плановой дезинфекции не менее 2 раз в год

Правила содержания приемно-смотрового помещения:

* Один раз в сутки обработка дезсредствами
* Бактерицидные лампы по 30 минут
* Проветривание
* 2 раза в сутки – влажная уборка

Правила содержания родильного отделения:

* Цикличное заполнение палат

Правила содержания родового зала:

* Прием родов поочередно
* Один раз в 3 дня заключительная дезинфекция
* Пи наличии 2 родильных залов прием родов в течение суток поочередно

Правила содержания послеродового отделения:

* Циклическое заполнение палат не более 3 суток
* После третьего кормления уборка с дезсредствами

Правила содержания отделения новорожденных:

* Цикличность заполнения палат 3 суток

Правила содержания обсервационного отделения:

* Дезинфекция инструментария
* Сцеженное молоко для докармливания не используется

Инструкция к приему и переводу беременных, рожениц и родильниц в обсервационное отделение родильного дома.

* Лихорадка (37,6 0 С и выше) без других симптомов
* Длительный безводный промежуток
* Тромбофлебит любой локализации, острый или хронический в стадии обострения
* Воспалительные заболевания почек и мочевыводящих путей
* Проявления инфекции мочевых путей (кольпит, цервицит, кондиломы)
* Клиническое и лабораторное подтверждение инфекции с повышенным риском внутриутробного заражения плода (токсоплазмоз, краснуха, цитомегалия, венерические заболевания)
* Внутриутробная гибель плода
* ОРЗ (грипп, ангина)
* Проявления экстрагенитальных воспалительных заболеваний (пневмония, отит)
* Кожные заболевания инфекционной этиологии
* Туберкулез (закрытая форма любой локализации)

Кроме того, госпитализация беременных и рожениц, имеющих:

* Кожные заболевания неинфекционной этиологии
* При отсутствии медицинской документации
* Для прерывания беременности по медицинским и социальным показаниям во II триместре беременности
* При выявлении новообразований
* При аномалии плода, выявленной во время беременности (при отсутствии специализированного стационара)
* Родильниц (в течение 24 часов после родов) в случае родов вне лечебного учреждения
* Переводу из других отделений подлежат имеющие температуру в родах 380 С
* Лихорадка неясного генеза (до 37,50 С), продолжающаяся не более 1 суток
* Установленный диагноз (эндометрит, мастит, раневая инфекция)
* Проявления экстрагенитальных воспалительных заболеваний, не требующих специального стационара (ОРВИ, ангина, герпес)

! В случае перевода новорожденного в обсервационное отделение роженица переводится вместе с ним !

Размеры головки зрелого плода.

1. Прямой размер – от глабеллы до затылочного бугра – 12 см. (34 см по окружности)
2. Большой косой размер – от подбородка до большого затылочного бугра 13 – 13,5 см (38 – 42 см по окружности)
3. Малый косой размер – от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка 9,5 см (32 см по окружности)
4. Средний косой размер – от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба 10 см (33 см по окружности)
5. Отвесный размер – от верхушки темени до подъязычной области 9,5 – 10 см (32 см по окружности)
6. Большой поперечный размер – наибольшее расстояние между теменными буграми 9,25 – 9,5 см
7. Малый поперечный размер – расстояние между наиболее отдаленными точками венечного шва - 8 см

Методы исследования в акушерстве.

1. Паспортные данные
2. Возраст: юные первородящие до 18 лет, возрастные первородящие после 30 лет, возрастные повторнородящие
3. Национальность
4. Жалобы. Активное их выявление.
5. Анамнез течения предыдущих беременностей.

Осложнения при беременности:

* Угроза прерывания
* Токсикозы
* Обострение хронических очагов
* ФПН (гипоксия, гипотрофия, изменение объема вод)
* Мертворождение

Осложнения в родах (самостоятельные роды или КС, показания к нему):

* Несвоевременное излитие вод
* Аномалии родовой деятельности
* Асфиксия плода
* Инфицирование
* Гипертензия
* Преждевременная отслойка плаценты
* Выпадение пуповины и мелких частей плода
* Кровотечение

Оперативное вмешательство в родах:

* Наложение щипцов
* Наложение вакуум-экстрактора
* Плодоразрушающие операции

Осложнения после родов:

* Послеродовая инфекция
* Субинволюция матки
* Гипо- и агалактия
* Расхождение швов
* Повышение температуры тела

1. Гинекологический анамнез.
2. менструальная функция (во сколько лет началась, длительность цикла 21 – 35 дней, продолжительность 3 – 7 дней, объем теряемой крови 50 – 150 мл).
3. детородная функция:

* бесплодие (1 год)
* самопроизвольные аборты
* медицинское прерывание беременности
* количество родов
* контрацепция

1. Осложнения настоящей беременности и количество госпитализаций, цели и лечение
2. Объективное обследование:

* Рост менее 155 и более 165 – вероятность узкого таза
* Вес (ожирение)
* Отеки
* Пигментация, молочные железы
* Форма живота (в номе – овоидный, отвислый и остроконечный – при узком тазе)
* Рубцы на передней брюшной стенке.

1. Наружные акушерские исследования.

1) Приемы Леопольда:

**1 прием –** две руки на дно матки. Цель: определение ВДМ и крупной части.

**2 прием –** две руки по бокам матки поочередно, одна рука фиксируется, а другая пальпирует. Цель: определение позиции и вида.

**3 прием –** правая рука в области нижнего сегмента. Цель: определение предлежащей части и отношение ее ко входу в малый таз.

**4 прием –** используется в родах. Цель: определение в динамике продвижения головки.

2) тазоизмерение

3) выслушивание сердцебиения. Наилучшая точка выслушивания – область пупка при головном предлежании, чуть выше – при тазовом предлежании. ЧСС при головном 120 – 160, ЧСС при тазовом 140 – 180.

4) осмотр наружных половых органов:

* Гипертрофия малых половых губ
* Варикозное расширение вен наружных половых органов
* Выделения (в норме выделений не должно быть)

5) **исследование на зеркалах. Показания:**

* С целью взятия мазков на степень чистоты влагалища
* С целью выявления заболеваний шейки матки
* Подозрение на подтекание вод при недоношенной беременности
* Кровянистые выделения

1. **влагалищное исследование. Показания:**

* с целью определения зрелости шейки матки
* контроль терапии угрозы прерывания
* жалобы на схватки
* с целью амниотомии, для родовызывания

**Противопоказания:**

* предлежание плаценты. При подозрении на предлежание плаценты и неустановленный диагноз влагалищное исследование проводится в условиях развернутой операционной.

1. дополнительные методы исследования.

*КТГ – кардиотокография.* 1 датчик – в области пупка, другой на дно матки.

I. Базальный ритм (120 – 160 ударов в минуту).

II. 1) вариабельность (норма разброса 6 – 25 ударов)

2) частота – число пересечений изолинии.

III. 1) акцелерация – хотя бы одно за 30 минут увеличение ЧСС на 15 ударов и длительностью более 15 секунд.

2) децелерация – признак страдания плода. Уменьшение ЧСС на 15 ударов и длительностью более 15 секунд.

*Допплерометрическое исследование кровотока (ДМИ).*

Кровоток в сосудах матки и в сосудах пуповины. Для каждого сосуда свой график. Определяют систоло-диастолический коэффициент:

## Критерии постановки диагноза

1 степень нарушения кровотока: S/D выходят за пределы таблицы, но не более 3. Тактика гипоксии плода – контроль через 1 неделю.

2 степень – значительное нарушение кровотока. Тактика – интенсивная терапия и родоразрешение в течение 3 суток.

3 степень - критическое нарушение кровотока, отрицательный диастолический кровоток. Тактика – экстренное родоразрешение.

*УЗИ.*

Плодное яйцо видно с 11 дня после задержки менструации (скрининг-метод).

Показания:

* подозрение на внематочную беременность
* ОАА (замерший выкидыш, уродства)
* Миома матки
* Подозрение на многоплодную беременность
* Кровянистые выделения
* Подозрение на трофобластическую болезнь
* Опухоль яичников.

Однократно во II и III триместре.

Заключение УЗИ: В матке один плод, головное предлежание, 1 позиция, передний вид. БПР (большой поперечный размер) = 95 см (срок беременности, вес). СДЖ (средний диаметр живота), определяется масса плода. В норме живот должен обгонять голову после 26 недель беременности. ДБ (длина бедра) – достоверный срок беременности. Есть ли сердцебиение у плода, ритмичное или аритмичное. Количество вод (нормоводие, маловодие, многоводие). Пороки развития органов и систем.

Плацента: локализация (если нижний край плаценты располагается ниже 6 см от уровня внутреннего зева, то низкая плацентация);

толщина плаценты в мм примерно равна сроку беременности в неделях (+/- 5 мм)

зрелость плаценты: 4 степени: 0 – до 32 недель; 1 - 32 - 36 недель, зрелая плацента при доношенной беременности; 3 – страдающая плацента. Если в 35недель 3 степень зрелости, то это уже ФПН

кальциноз.

Обвитие пуповиной. Пол.

*Реовазография* – исследование гемодинамики.

*Рентгенопельвиометрия.* Единственное показание – определение емкости полости таза.

**Метод Пискачека.**

Определение нахождения головки в полости малого таза. Между большой и малой половой губой через салфетку по ходу родового канала пытаемся достичь предлежащей части. Головка может быть: не достижима; достижима; легко достижима.

**Метод Гентера** – попытка достичь предлежащую часть через прямую кишку.

**Признаки готовности организма к родам.**

* Гестационный срок 38 – 42 недели
* Потеря женщиной 800 – 1000 г массы тела за неделю до родов
* Нерегулярные сокращения матки
* Уменьшение высоты стояния дна матки и увеличение дыхания
* Зрелая шейка матки.

4 варианта зрелости:

1. незрелая
2. созревающая
3. не полностью зрелая
4. зрелая

* Выделение слизистой пробки
* Зрелый плод (вес 2 – 2,5 кг, длина 45 см)

### УЗ критерии зрелости

* Ядро Беклара – точка окостенения бедренной кости (коленной чашечки) – 4 – 5 мм
* Легочно-печеночный коэффициент (2:1 – зрелый; 1:1 – не полностью зрелый; 1:2 – плод не зрелый)
* Зрелая плацента (2 степени зрелости).
* Относительное уменьшение объема вод.

**Окситоциновый тест.**

1 мл (5 ЕД) окситоцина разводится 400 мл NaCl 0,9 %, из этого флакона берется 3 мл и в/в беременной каждые 30 секунд вводят по 0,5 мл под контролем КТГ. Тест положительный, ели через 3 минуты произошло сокращение матки. Если сокращение после3 минут или еще позже, тест отрицательный.

**Прелиминарный период** – это 6 часов перед началом родов. Характеризуется нерегулярными схватками (1 в течение более 10 минут), отсутствием раскрытия шейки матки, отсутствием страдания плода и отсутствием нарушения общего состояния женщины.

Причины наступления родовой деятельности:

* Формирование родовой доминанты (обычно на стороне плаценты)
* Уменьшение массы тела на 800 – 1000 г
* Изменение тонуса симпатической и парасимпатической нервной системы
* Снижение концентрации прогестерона, увеличение концентрации эстрогенов – снятие прогестеронового блока
* Повышение чувствительности матки к сокращающим веществам
* Увеличение количества рецепторов к сокращающим веществам и рецепторов к эстрогенам
* Увеличение эластических волокон в шейке матки и снижение коллагеновых
* Увеличение гидрофильности тканей
* Созревание ШМ
* Увеличение количества БАВ (адреналина, норадреналина, АХ, ПГ, окситоцина)
* У плода наступает созревание надпочечников вырабатываются глюкокортикоиды они попадают в околоплодные воды с мочой плода разрушение лизосом амниона это дает выделение ПГ запуск родов.

ПГ F2а – плодовый ПГ (энзопрост), синтезируется амнионом.

ПГ Е2 – материнский, синтезируется децидуальной оболочкой (простин, простенон, «Простин Е» - вагинальный гель, интерцервикальный гель (динопрост, препедил-гель)).

* Соотношение электролитов
* Формирование в правом маточном углу пейсмекера

# Признаки начала родовой деятельности:

* Регулярные схватки (1 за 10 минут – минимум)
* Структурные изменения ШМ (сглаживание, раскрытие)
* Излитие вод
* Потуги

Виды отхождения вод:

1. преждевременное излитие од (до раскрытия ШМ)
2. раннее излитие вод (с начала родовой деятельности до раскрытия ШМ до 6 см)
3. своевременное излитие вод (при раскрытии ШМ от 6 до 10 см)
4. запоздалое излитие вод (во время потуг)
5. рождение в плодном пузыре

Тройной нисходящий градиент:

1. Схватки распространяются сверху вниз (дно – тело – нижний сегмент) и справа налево.
2. Схватки распространяются с убывающей силой и продолжительностью.
3. Пики всех схваток совпадают (обеспечивается эффективность схватки).

Длительность родов:

1. Нормальная длительность родов:

* Первородящие 10 – 12 часов
* Повторнородящие 6 – 8 часов

1. Стремительные роды

* Первородящие до 4 часов
* Повторнородящие до 2 часов

1. Быстрые роды

* Первородящие 4 - 6 часов
* Повторнородящие 2 – 4 часов

1. Затяжные роды

* Первородящие более 12 часов
* Повторнородящие более 8 часов

**Характеристика родовой деятельности:**

Количество схваток 2 – 3 в 10 минут.

*Сильные схватки (чрезмерные)* – гипертонус матки (исключить ПОНРП, бурную родовую деятельность, угрожающий разрыв матки).

*Достаточной силы схватки* – когда во время схватки не прощупываются части плода, вне схватки пальпируются.

*Слабые схватки* – вне и во время схватки прощупываются части плода.

*Схватки средней силы* –среднее между 2 и 3. Сила схватки измеряется в единицах Монтенье. Интервал между схватками 1,5 – 2 минуты, длительность 30 – 50 секунд.

**Периоды родов.**

# I период – раскрытия. *I фаза – латентная* – от начала родовой деятельности до раскрытия 4 см. безболезненная, длительность – до 6 часов (у юных первородящих укорочена в 2 раза). Скорость раскрытия ШМ у первородящих – 3,5 мм/час, у повторнородящих – 5 – 7 мм/час.

#### II фаза – активная – при раскрытии от 4 до 8 см. Самые сильные схватки, болезненные, самое быстрое раскрытие: у первородящих – 1 - 1,5 см/час, у повторнородящих – 2 – 2,5 см/час.

#### III фаза – замедления – при раскрытии от 8 до 10 см.

**II период – изгнания.** Первородящие – 2 часа, повторнородящие – 1 час. В современных условиях не более 1 часа.

# III период – последовый – от рождения плода до рождения последа (при физиологических родах – 2 часа).

##### Ранний послеродовой период – при физиологических родах – 2 часа, при патологических – 4 часа.

**Поздний послеродовой период –** начинается через 2 часа и заканчивается через 42 дня после родов.

**Амниотомия.**

* это вскрытие плодного пузыря. Производится браншами от пулевых щипцов.

Эффекты:

* Уменьшение объема полости матки усиление родовой деятельности.
* Нарушение целостности плодного пузыря приводит к выбросу ПГ и усилению родовой деятельности.
* Удаление передних вод с целью усиления родовой деятельности.
* ПГ оказывают спазмолитический эффект, что приводит к снижению АД.
* Механическое сдавление нижнего полюса низко расположенной плаценты.
* Уменьшение внутриматочного объема при ПОНРП.

Показания к ранней амниотомии:

* Гипертензия
* Гестоз любой степени
* Слабость родовой деятельности
* Плоский плодный пузырь (столбик передних вод менее 2 см)
* Низкая плацентация
* ПОНРП, как помощь перед КС, с целью профилактики матки Кювелера
* Возрастные первородящие
* Многоводие
* Многоплодие профилактика перерастяжения матки
* Крупный плод
* Маловодие
* Экстрагенитальная патология

**Показания к профилактике раннего излития вод.**

* При тазовом предлежании
* Анатомически узкий таз
* Преждевременные роды

Триада мероприятий:

1. строгий постельный режим
2. приподнять тазовый конец
3. положение на боку с одноименной позицией

**Пудендальная анестезия.**

Игла 8 – 10 см; 0,5 % раствор новокаина 60 – 80 мл. Вкол делается с обеих сторон на середине расстояния между задней спайкой и седалищными буграми.

Показания:

1. АТ при экстагенитальной патологии
2. Гестоз
3. Любая экстрагенитальная патология
4. АУТ
5. Вагинизм
6. Юные и возрастные первородящие

Со стороны плода:

1. Крупный плод
2. Гипоксия и гипотрофия
3. Преждевременные роды

Цели:

* Релаксация мышц тазового дна
* Уменьшение родовой деятельности

Противопоказания:

* Местная инфекция
* Состояние гипокоагуляции
* Аллергия на антибиотики
* Тазовое предлежание

**Эпизиотомия.**

Обязательно обезболить.

*Цель:* расширение вульварного кольца.

Показания:

* Высокая ригидная и рубцовая промежность
* Угрожающий разрыв промежности
* Крупный плод
* АУТ
* Преждевременные роды
* Гипоксия и гипотрофия плода
* Обвитие пуповиной
* Короткая и абсолютно короткая пуповина (в N 60 – 80 см, короткая 40 – 60 см, абсолютно короткая – менее 40 см)
* Юные и возрастные первородящие
* Слабость потуг
* Перед наложением акушерских щипцов
* Роды в тазовом предлежании при рождении плода до угла лопаток
* Тяжелый гестоз
* Пороки сердца

Противопоказания:

* Местная инфекция
* Состояние гипокоагуляции
* СД

**Ведение родов.**

1. Роды вести: а) через естественные родовые пути (per vias naturalis)

б) консервативно-выжидательно – начинаем вести роды через естественные родовые пути, при осложнениях переходим на КС

в) кесарево сечение (КС)

1. С начала родовой деятельности – подведение энергетического комплекса (с целью профилактики аномалий родовой деятельности):

* Раствор глюконата кальция 10 % 10,0 в/в при повыш.
* Витамин В1 или В6 1 мл в/м (при ГТ не применяется) АД не
* АТФ 2 мл в/м применяют
* Раствор глюкозы 5 % 20,0 в/в
* Раствор аскорбиновой кислоты 5 % 3,0 - 5,0 в/в
* Кокарбоксилаза 50 – 100 мг в/в
* Почти не применяют эстрогены(1-2разатолько по строгим показаниям):

- фолликулин – натуральный эстроген, 10000 ЕД 3 раза через 1 час

- синестрол 2 % 0,2 мл 3 раза через 1 час

1. рациональное применение анальгетиков, спазмолитиков, гипотензивных и седативных средств

*Спазмолитики:*

###### Латентная фаза – при ригидной ШМ в/в капельно но-шпу 4 % 4,0 + 200,0 физраствора, если затем последует родоусиление.

*Активная фаза* – метацин, атропин, апрофен, ганидор (ослабляет родовую деятельность)

*Фаза замедления* – атропин (показание – роды в тазовом предлежании и временной промежуток от полного раскрытия до рождения пупочного кольца). Еще может применяться в III периоде при ущемлении последа и в раннем послеродовом периоде при спазме ШМ перед ручным обследованием полости матки.

*Обезболивание:*

Психопрофилактика, иглорефлексотерапия.

*Медикаменты:* в активной фазе (6 см) промедол 2 % 1,0 (за 2 часа до окончания родов, т. к. возможна депрессия дыхания плода)

димедрол 1 % 1,0

пипольфен 2,5 % 1,0

глюкоза 40 % 20,0

закись азота

ГАМК (только анестезиолог).

При гестозе + реланиум 10 – 20 г в отдельном шприце. Если обезболивание производится в латентную фазу, то происходит ослабление родовой деятельности. Морфин и омнопон не применяются, они угнетают дыхательный центр у плода.

**Перидуральный блок.**

Не происходит попадания анестетика в кровь матери и плода. Применяется при раскрытии 3 и более см.

1. блок болевых импульсов с периферии
2. блок центральных импульсов на периферию
3. снижение АД в результате депо крови на периферии
4. улучшение фетоплацентарного кровотока

Показания:

* дискоординация родовой деятельности
* тяжелый гестоз
* резко выраженный болевой синдром
* экстрагенитальная патология (заболевания ССС)

Относительные противопоказания:

* гипотония
* местная инфекция
* повреждение позвонков
* идиосинкразия к анестетику

*Гипотензивные препараты.*

При АД более 140/90 мм рт ст – проводится управляемая нормотония.

1. Ганглиоблокаторы – пентамин 1 мл на 400 мл физраствора и под контролем АД в/в капельно с 6 – 8 капель в минуту до достижения определенного АД. Бензогексоний.
2. Бета-блокаторы – обзидан – 1 ампула на 400 мл физраствора, методом титрования с 6 – 8 капель в каждые 10 – 15 минут + 8 – 10 капель (максимум - 40). Свойства: снижает АД, усиливает родовую деятельность. Обзидан – препарат выбора.

*Седативные и противосудорожные средства:* реланиум, седуксен, дроперидол. При гестозе матери. Доза 20,0 мг.

1. ранняя амниотомия или профилактика раннего излития вод.
2. контроль жалоб, гемодинамики, характера родовой деятельности, вставления и продвижения головки, выделений.
3. график сердцебиения плода через 30 секунд или КТГ.
4. Профилактика гипоксии плода через 2 – 3 часа: 5 % глюкоза + аскорбиновая кислота 5 % 5,0 + кокарбоксилаза 50 – 100 мг; пирацетам 5 % 5,0 в/в; этимизол 5 – 10 мл в/в – стимулирует ДЦ НР; унитиол 5 мл в/м, натрия тиосульфат по тому же механизму 30 % 10,0 в/в; эуфиллин 2,4 % 10,0 в/в (антиагрегантный эффект, повышает потребность тканей в кислороде), при заболеваниях ССС не вводится, обладает гипотензивным эффектом; увлажненный кислород; актовегин 160 мг; рибоксин 2,0.

**Признаки полного раскрытия:**

* Жалобы на потуги
* Контракционное кольцо 8 – 10 см над лоном
* Дно матки у мечевидного отростка, открытие ШМ=10 – расстояние от мечевидного отростка до дна матки
* У первородящих на сколько см раскрывается ШМ, на столько см опускается головка. При полном раскрытии головка либо большим сегментом, либо в полости.
* Влагалищное исследование
* Зияние ануса (рефлекторное раздражение крестцового сплетения).

1. Второй период родов вести с иглой в вене у групп риска по кровотечению
2. Выслушивать сердцебиение плода после каждой потуги
3. Научить женщину правильно тужиться. За одну схватку женщина должна потужиться 3 раза.
4. Пудендальная анестезия по показаниям
5. Эпизиотомия по показаниям

*Профилактика послеродового кровотечения* (ППК). В момент рождения теменных бугров при нормальном АД вводят метилэргометрин 10 % 1 мл на 20 мл физраствора в/в, затем в/в капельно пролонгированное введение окситоцина по 5 ЕД на 400 мл физраствора в III и раннем послеродовом периоде. При ГТ вместо метилэргометрина вводят 1 мл окситоцина.

*Допустимая кровопотеря* (ДК). При физиологических родах 0,5 % от массы тела; при анемии 0,3 % от массы тела; при остальной патологи 0,2 % от массы тела. Физиологическая кровопотеря до 250 мл, пограничная 250 – 400 мл, патологическая – более 400 мл.

*Оказание акушерского пособия при головном предлежании.* В потугу происходит прорезывание теменных бугров, вне потуги производим заем тканей спереди назад, в потугу – рождение теменных бугров, запретить роженице тужиться, освобождаем личико от промежности, в потугу поддерживаем головку за околоушную область, направляем книзу, таким образом точкой фиксации становится переднее плечико. Перекладываем головку на левую ладонь и направляем ее чуть-чуть кверху. Правой рукой освобождаем заднее плечико. Поддерживаем за подмышечные впадины и помогаем рождению плода.

***III период родов.***

Пересечь пуповину, ребенка передать неонатологу для первичной обработки.

После рождения плода вывести мочу катетером. При резус-отрицательной крови матери и 1 группе крови пуповинную кровь набирают в пробирки для определения группы крови и резус-фактора плода, концентрации билирубина, реакции Кумбса. Следить за признаками отделения последа. 30 минут – максимальное время без профилактики кровотечения, при профилактике 5 – 10 минут. Контроль жалоб, пульса, АД и выделений. Если в течение 30 минут признаки отделения плаценты ''-'' + небольшое кровотечение, то диагноз – плотное прикрепление плаценты. Тактика - **ручное отделение и выделение плаценты.**

*Условия:* наркоз, асептика.

*Показания:* - плотное прикрепление плаценты

- кровотечение больше нормы

- шок и коллапс

- после плодоразрушающих операций.

*Техника операции:* левая рука фиксирует дно. Правая рука акушера тыльной поверхностью к крестцу входит в полость матки по пуповине до места ее прикрепления к плаценте. Спускаются до нижнего края плаценты и пилообразными движениями плаценту отделяют. Левой рукой, потягивая за пуповину, а правой рукой собрав плаценту, выделяют ее.

***Ранний послеродовой период.***

Нормальный – 2 часа, патологический – 4 часа.

Тщательный осмотр последа:

* Длина пуповины
* Разрез пуповины (3 сосуда)
* Наличие истинных и ложных узлов пуповины
* Место прикрепления пуповины к плаценте (центральное, боковое, краевое, оболочечное)
* Наличие оболочек
* Разрыв оболочек (по нему косвенно судят о месте прикрепления плаценты) (центральный, боковой, краевой)
* Материнская поверхность плаценты (наличие всех долек плаценты), дефект плаценты (клеванный послед)
* Толщина плаценты
* Наличие кальцинатов
* Участки жирового перерождения
* Участки преждевременной отслойки

Осмотр родовых путей на зеркалах и ушивание разрывов. Холод на матку. Обработка родовых путей раствором 5 % KМnO4. Оценка состояния, жалоб, гемодинамики, ВДМ и тонуса матки, выделений.

**Ручное обследование полости матки.**

Условия: наркоз, асептика.

Показания: - дефект плаценты

- кровотечение

- шок и коллапс

- после плодоразрушающих операций

- самостоятельные роды у женщин с рубцом на матке.

*Цели:* 1) определение целостности стенок

2) гемостатический эффект

3) выявление и удаление инородных тел.

Техника: левая рука на дне матки, правая тыльной поверхностью к крестцу вводится в полость матки. Последовательно обследуется передняя, правая, задняя, левая, трубно-маточные углы, дно и нижний сегмент. Все находки собираются в ладонь. Бережный наружновнутренний массаж матки на кулаке, затем рук выводится. Все находки – на гистологию.

**Поздний послеродовой период.**

Отделение молока: у повторнородящих 2 – 3 день, у первородящих 3 – 4 день.

Выделения в первые сутки кровяные, 2 – сукровичные, с 8 – 10 суток –слизистые, заканчиваются в 6 – 8 недель.

Ведение позднего послеродового периода:

Режим: вставать можно через 6 часов, при тяжелом гестозе – сутки, КС – сутки, при пороках сердца – 5 суток.

Диета: сердечно-сосудистая патология – стол № 10. СД – стол № 9. Гестоз и заболевания почек – стол № 7 . Заболевания ЖКТ – стол № 5. Дисбактериоз кишечника – стол № 4.

**Медикаментозная коррекция.**

Антибиотикотерапия проводится женщинам с группой риска по послеродовой инфекции.

Золотой стандарт: 1) аминогликозиды (гентамицин) + цефалоспорин + метронидазол; 2) аминогликозиды (гентамицин) + группа клиндомицина (далацин) + метронидазол; 3) тиенам. Принимают не менее 7 суток.

Сокращающие препараты: парентерально: окситоцин 5 ЕД (1 мл) 2 раза в день в/м, маммафизин, гифотоцин, питуитрин. Перорально: настойка водяного перца, настойка пастушьей сумки по 15 капель 3 раза в день, отвар крапивы по 1 столовой ложке 3 раза в день (тромбогенное действие). Таблетки катарнина гидрохлорида по 1 таблетке 3 раза в день.

Антиагреганты: показания: - после оперативных вмешательств

- варикозное расширение вен

- тромбофлебиты

- послеродовая инфекция

- ОАГ

- гестоз

- ЭГП

препараты: - аспирин 60 – 300 мг в сутки

- курантил 1 таблетка 3 раза в день

- трентал агапурин 1таблетка 3 раза в день

- гепарин.

Препараты железа: весь период лактации. Ферроградумед по 1 таблетке 3 раза в день. Ферроплекс по 3 таблетки 3 раза в день. Сульфат железа с фолиевой кислотой по 1 таблетке 2 раза в день. Ферроцирон противопоказан (эмбриотоксическое действие).

Физиотерапия: с 1 по 5 сутки – магнит на швы промежности (противоотечное, обезболивающее действие). Электротонизация матки. На молочные железы УЗ «Луч-2» при лактостазе, при трещинах сосков УФО, УВЧ при инфильтратах молочных желез. Все тепловые процедуры после КС не ранее 6 суток. С целью профилактики лохиометры и для снижения лактостаза: любой спазмолитик в/м, через 20 минут – окситоцин.

На 5 сутки все родильницы осматриваются на зеркалах и взятие анализа на гонококк. На 5сутки снимаются швы с промежности, делается ОАК и ОАМ. Выписка производится при Hb более 90, лейкоциты – менее 10, СОЭ менее 11 (до 40).

Срок выписки первородящих – 6 сутки, повторнородящих – 5 сутки, при ручном обследовании более 10суток, при тяжелых гестозах не менее 14 суток, при эклампсии – не менее 21 суток, при пороках сердца не менее 15 суток.

Рекомендации при выписке – половой покой 2 месяца. Явка в ЖК: первая – в течение 10 дней после выписки, вторая – через 2 месяца для лечения ШМ и выбора метода контрацепции. Контрацепция – 2 года. Диспансерное обследование у смежных специалистов.

**Тазовое предлежание.**

**Этиология.**

Со стороны матери: аномалии развития, АУТ, опухоли, изменение тонуса матки, опухоли костного таза.

Со стороны плаценты, пуповины, вод: многоводие, маловодие, предлежание плаценты, короткая пуповина, кисты и опухоли плаценты, отек плаценты.

Со стороны плода: многоплодие, гипоксия плода, крупный плод, гидроцефалия, аномалии развития плода, опухоли плода (щитовидной железы).

**Классификация:**

1. Ягодичное: а) неполное

б) смешанное

1. Ножное: а) полное

б) неполное

3) Коленное.

**Клиника и диагностика.** Жалобы. Акушерский анамнез. Наружное обследование: сердцебиение (140 – 180 уд/мин), точка наилучшего выслушивания – выше пупка. Влагалищное исследование – пальпация тазового конца. Высокое стояние дна матки.

**Ведение беременных.** Раннее вставание на учет. Профилактические мероприятия: 22 – 24 недели – профилактика ФПН; 28 – 32 недели – максимальное растяжение матки и максимальный тонус – профилактика преждевременных родов; госпитализация на роды в 36 – 38 недель для полного обследования и выбора тактики родоразрешения.

**Показания к плановому КС:** (не ранее 39 недель)

* АУТ
* Вес плода более 3,6 кг
* Разгибание головки 2 и 3 степени
* Обвитие пуповиной
* ЭГП
* Гипоксия плода (нарушение ДМИ 2-3 степени)
* Тяжелый гестоз
* Ножное предлежание
* Многоплодие при тазовом предлежание хотя бы одного плода.
* Задний вид. Но если плод менее 32 недель, менее 2 кг, то родоразрешение через естественные родовые пути.

**Биомеханизм родов при тазовом предлежании.**

1. внутренний поворот ягодиц и опускание их на тазовое дно
2. первая точка фиксации – середина между передней верхней остью и вертелом бедренной кости. Боковое сгибание туловища в поясничном отделе
3. внутренний поворот плечиков и опускание их на дно
4. вторая точка фиксации – передняя плечевая кость. Боковое сгибание в грудном отделе
5. внутренний поворот головки
6. третья точка фиксации – подзатылочная ямка. Сгибание и рождение головки

Проводящая точка – передняя ягодица. Размер, которым рождается плод, - Distantia trochanterica.

**План ведения родов.**

Роды вести консервативно-выжидательно. Подведение фона готовности. Рациональное применение анальгетиков, спазмолитиков, профилактика раннего излития вод. КТГ и профилактика гипоксии плода.

II период вести с иглой в вене. Эпизиотомия при рождении плода до угла лопаток. В/в атропин с целью профилактики спазма ШМ. Оказание пособий по Цовьянову I, классического пособия. ППК (1 мл метилэргометрина в 20 мл физраствора в момент рождения головки, в/в капельно окситоцин 5 ЕД в 400 мл физраствора в III и раннем послеродовом периодах. ДК 0,5 % от массы тела. В послеродовой период – антибактериальная и сокращающая терапия. Народы иметь свежезамороженную плазму.

При отклонениях от нормального течения родов, упорной слабости родовой деятельности, угрожающей асфиксии плода, ПОНРП роды закончить КС.

**Многоплодная беременность.**

* это наличие в матке 2 и более плодов.

**Этиология.**

* Наследственность
* Экология
* Радиация
* Экстракорпоральное оплодотворение
* Прием препаратов – стимуляторов овуляции (кпомифен, клостильбегид)
* Прием оральных контрацептивов.

**Классификация.**

1. По количеству плодов
2. По количеству хорионов: монохориальная двойня (всегда однояйцовая)

монохориальная моноамниальная

монохориальная биамниальная

бихориальная (всегда биамниальная)

**Клиника и диагностика.**

Жалобы на шевеление по всему животу, тянущие боли в низу живота, если угроза прерывания беременности.

Объективно: несоответствие роста матки и ВДМ сроку задержки менструации,

быстрый рост окружности живота и ВДМ

пальпация трех крупных частей плода

выслушивание двух сердцебиений (2 наилучшие точки выслушивания, между ними 'зона молчания' и разница между ними 7 и более уд/мин.)

УЗИ – абсолютный диагноз (определяется 2 и более плодов). Разница БПР головок должна быть не менее 5 мм.

ДМИ – 2 кривые кровотока.

**Осложнения беременности:**

* Невынашивание
* Анемия
* Уродства плодов
* Синдром отмирания второго плода
* Гипоксия и гипотрофия плодов
* Неправильное положение плодов
* Гестоз (ранний и поздний)
* Преждевременное излитие вод
* ПОНРП

Осложнения I периода родов:

* Раннее излитие вод
* Гипоксия плодов
* Слабость родовой деятельности
* ПОНРП
* Инфицирование

Осложнения II периода родов:

* Коллизия близнецов (КУТ)
* Асфиксия плодов
* Слабость потуг

Осложнения III периода родов:

* Кровотечение

Осложнения раннего послеродового периода родов:

* Кровотечение

Осложнения позднего послеродового периода родов:

* Послеродовая инфекция
* Анемия
* Субинволюция матки
* Относительная гипогалактия.

**Ведение беременных.**

Приход в ЖК в 2 раза чаще. Влагалищное исследование при каждой явке в ЖК, для своевременного выявления угрозы прерывания, проявление которого – истмико-цервикальная недостаточность.

**Профилактические госпитализации.**

10 – 12 недель, цель – сохраняющая терапия. 22 – 24 недели, цель – профилактика гестоза, гипоксии плода. 28 – 32 недели, наибольшее растяжение матки, цель – лечение гестоза и ФПН. Госпитализация на роды в 36 недель.

**Показания к плановому КС.**

* Один плод в тазовом предлежании
* Неправильное положение плодов
* Тяжелый гестоз
* Преждевременные роды (34 недели и ранее)
* Тяжелая экстрагенитальная патология
* Три плода и более
* Моноамниотическая двойня.

**План ведения родов через естественные родовые пути.**

1. Роды вести консервативно-выжидательно
2. подведение фона готовности
3. применение анальгетиков, спазмолитиков, гипотензивных и седативных средств по показаниям
4. ранняя амниотомия
5. КТГ плодов и лечение гипоксии плодов
6. II период вести с доступом в вену
7. Эпизиотомия по показаниям
8. Сразу после рождения первого плода акушерка тщательно пережимает пуповину первого плода, второй врач вторым приемом Леопольда фиксирует продольное положение второго плода; врач, ведущий роды, делает влагалищное обследование с целью определения предлежания второго плода и амниотомии второго плода. Родоусиление второго плода.
9. ППК в момент рождения головки второго плода (метилэргометрин 1:20 + окситоцин 5 ЕД:400)
10. ДК 0,2 % от массы тела
11. На роды иметь СЗП
12. В послеродовой период антибактериальная, сокращающая, иммунокорригирующая терапия, препараты железа
13. При отклонении от нормального течения родов, упорной слабости родовой деятельности, угрожающей гипоксии плодов, ПОНРП, поперечном положении второго плода – КС. В экстренной ситуации: отслойка, асфиксия – производится поворот плода на ножку, экстракция за тазовый конец.

**Анатомически узкий таз.**

-когда хотя бы один размер уменьшен на 1 см и более (1,5 – 2 см).

**Этиология.**

Со стороны матери: нарушение минерального обмена

неполноценное, несбалансированное питание

Со стороны девочки: перенесенный рахит

перенесенный субрахит в 15 лет (поперечно-суженный таз)

опухоли костного таза

перелом костей нижних конечностей

акселерация (поперечносуженный таз)

несбалансированное питание

стрессы

перенесенные инфекционные заболевания (центральные)

нарушение гормонального баланса (мужской таз)

**Классификация АУТ.**

1. Общеравномерносуженный таз
2. Поперечносуженный таз
3. Плоский таз: а) простой плоский

б) плоскорахитический

4. общесуженный таз.

**Клиника и диагностика.**

1. Анамнез: смотри причины АУТ
2. Анамнез предыдущих беременностей (родовая травма ребенка и матери, асфиксия, длительность родов, безводный период)
3. Течение настоящей беременности (неправильное положение плода, угроза преждевременных родов, гипоксия плода)
4. Объективные данные:

* Рост женщины менее 150 и более 165 см
* Масса женщины
* Форма живота (отвислый и остроконечный)
* ВДМ
* Выслушивание сердцебиения
* Полное тазоизмерение
* Исследование полости таза (высота стояния мыса, наличие дополнительного мыса, кривизна крестцовой впадины, наличие экзостозов, отклонение копчика)
* УЗИ
* Рентгенопельвиометрия вне беременности.

# Общеравномерносуженный таз

Особенности:

* Уменьшение всех размеров симметрично
* Высота таза менее 9 см
* Высота лона менее 5 см
* Лонный угол менее 900
* Подлонный угол – 1 поперечный палец
* Боковая конъюгата Кернера 13 см
* Ромб Михаэлиса симметричный, равномерно уменьшенный
* Окружность таза более 85 см.
* Форма плоскостей: вход

широкая часть

узкая часть

выход

Особенности биомеханизма родов:

1. стреловидный шов в одном из косых размеров (косой размер 10 см, а у головки 9,5 см)
2. чрезмерное и раннее сгибание головки, малый родничок рано становится по проводной оси таза (проводящая точка)
3. замедленное продвижение головки
4. отклонение головки к крестцу и угроза разрыва промежности
5. долихоцефалическая конфигурация головки.

**Поперечносуженный таз.**

Особенности:

* сужение всех поперечных размеров при нормальных или увеличенных прямых
* вертикальное стояние крыльев подвздошных костей
* увеличение прямого размера ромба и уменьшение его поперечного размера
* высота таза более 9 см
* высота лона более 5см
* лонный угол менее 900
* подлонный угол – 1 поперечный палец
* окружность таза менее 85 см
* уплощенный крестец и сближены ости седалищных костей
* форма плоскостей – все продольные овалы. Внутренний поворот либо не происходит, либо в плоскости входа.

Особенности биомеханизма родов:

1. стреловидный шов в прямом размере входа (высокое прямое стояние головки). Стреловидный шов в плоскости широкой части в прямом размере (среднее стояние головки). Стреловидный шов в плоскости выхода в одном из косых размеров (переднебоковой асинклитизм)
2. замедленное продвижение головки
3. отклонение головки к крестцу
4. родовая опухоль (проводниковая точка) на середине между большим и малым родничком.

Простой плоский таз

Особенности:

* сужены все прямые размеры
* горизонтальное стояние крыльев подвздошных костей
* разница между Distantia spinarum и Distantia cristarum сохраняется
* Высота таза менее 9 см
* Высота лона менее 5 см
* Лонный угол более 900
* Подлонный угол – три поперечных пальца
* Крестец смещен сзади – наперед (головка везде испытывает препятствия)
* Копчик загнут в полость таза
* У ромба уменьшен прямой размер
* Все четыре поперечных овала
* Плоскость входа: прямой размер – 9 см, поперечный размер – 13 см.

Особенности биомеханизма родов:

1. Стреловидный шов в плоскости входа находится в поперечном размере
2. Разгибание головки (малый поперечный размер – 8 см, совпадает с прямым тазовым размером – 9 см)
3. Проводящая точка – большой родничок
4. Замедленное прохождение всех плоскостей таза
5. Среднее и низкое поперечное стояние головки
6. Брахицефалическая конфигурация.

Плоскорахитический таз.

Особенности:

* Уменьшение прямого размера входа (наружная конъюгата) и увеличены все остальные размеры.
* Горизонтальное стояние крыльев и развертывание их таким образом, что разница между Distantia spinarum и Distantia cristarum менее 3 см
* Высота таза менее 9 см
* Высота лона менее 5 см
* Лонный угол более 900
* Подлонный угол – три поперечных пальца
* У ромба уменьшен прямой размер
* Уменьшена боковая конъюгата Кернера
* Крестец укорочен, уплощен, смещен спереди назад (увеличена емкость таза)
* Люмбализация, экзостозы.
* Форма плоскостей: вход

широкая часть

узкая часть

выход

Особенности биомеханизма родов:

1. длительное стояние головки в плоскости входа
2. стреловидный шов в поперечном размере
3. разгибание головки, проводящая точка – большой родничок
4. передний асинклитизм
5. стремительный II период
6. родовой травматизм матери
7. внутренний поворот в широкой части
8. брахицефалическая форма головки

**Прогноз родов при АУТ.**

Шкала Лейфера (метод Фавер)

Индекс Горбунова – индекс акушерской емкости родовых путей = ОЖ/ВДМ. Частота осложнений увеличивается при уменьшении этого коэффициента:

2,9 и более – частота осложнений 25 %

2,8 – 2,5 – частота осложнений 45 %

2,4 и менее – частота осложнений 45 - 90 % .

Прогноз родов по Бореллу. Сумма межостных, межтуберозных и прямого размера таза должна быть 33,5 и более. Если 29,5 – 31,5 вероятность травмы 20 %; 29 – 20,5 – 50 %; менее 18,5 – 100 %-ная травматизация.

Большая вероятность АУТ и КУТ у первородящих женщин при подвижной головке к началу родовой деятельности.

Неблагоприятный рост менее 150 и более 165 см, масса плода 3600 и более и прямой размер широкой части менее 11 см. По рентгенопельвиометрии – отношение плоскостей таза к площади сечения головки.

Осложнения беременности.

* Преждевременное излитие вод
* Невынашивание
* Неправильное положение плода
* Гипоксия плода (иногда).

Осложнения I периода родов.

* Раннее излитие вод
* Вторичная слабость родовой деятельности
* Инфицирование
* Выпадение пуповины
* Асфиксия плода

Осложнения II периода родов.

* КУТ
* Родовой травматизм
* Бурная родовая деятельность и замедленное продвижение.

Осложнения III периода родов.

* Кровотечение

Ранний послеродовой период.

* Кровотечение

Поздний послеродовой период.

* Инфекция
* Мочеполовые свищи.

**Показания к плановому КС.**

* АУТ 3 - 4 степени
* Неправильное положение плода
* ЭГП
* Гестоз
* ОАА + общие показания.

# Диагноз КУТ ставится при полном раскрытии, при хорошей родовой деятельности и 3 – 4 продуктивных потуги. Если головка не идет, то КС.

**Задний асинклитизм** - это КУТ и КС в I периоде родов. Щипцы и узкий таз несовместимы.

**Рубец на матке после КС.**

Признаки несостоятельности рубца:

1. Анамнез (показания к предыдущему КС)
2. Длительность родов перед операцией, безводный промежуток более 12 часов
3. Методика КС (корпоральные – несостоятельные), кто оперировал, шовный материал (кетгут - относительная несостоятельность шва).
4. Течение послеоперационного периода (наличие температуры, плохое сокращение матки, была ли смена антибиотиков), выписка в норме – на 9 – 11 сутки
5. Контрацепция (ВМС – фактор риска)
6. Интервал между КС (если менее 2 лет, то рубец неокрепший если более 5 лет, то рубец замещается соединительной тканью)
7. Течение настоящей беременности (угроза прерывания, кровянистые выделения, гипоксия, гипотрофия плода, преждевременное излитие вод) – боли в области рубца.

**Симптомы угрозы разрыва:**

Жалобы: сухость во рту, тошнота, рвота и икота, тахикардия, жидкий стул.

*Объективно:* широкий звездчатый каллезный рубец, наличие свищей на передней брюшной стенке.

*При влагалищном исследовании:* неравномерный рубец при пальпации через передний свод влагалища.

*Прямое исследование области рубца:* пальцем через проходимый цервикальный канал проникнуть между стенкой матки и плодным пузырем. При пальпации рубца через переднюю брюшную стенку: симптом ниши, симптом грыжи рубца. Вне беременности диагноз можно поставить по цервико-гистеро-сальпингографии, УЗИ.

**Показания к КС** – несостоятельный рубец (он может разорваться в любом сроке беременности и женщина должна госпитализироваться при любых жалобах).

**КС при полноценном рубце**

* АУТ
* Крупный плод
* Многоплодие
* Тазовое предлежание
* Миома матки
* ОАА

**План ведения родов.**

1. Роды вести консервативно-выжидательно в присутствии анестезиолога и развернутой операционной. Медсестра должна быть с мытыми руками.
2. Подведение фона готовности
3. Противопоказано родоусиление
4. Выбор показаний в выбор анальгетиков
5. УЗ-контроль рубца в родах
6. КТГ
7. II период с доступом в вену.
8. Контроль жалоб, гемодинамики, выделений
9. Эпизиотомия
10. ППК. 1 мл метилэргометрина в 20 мл физраствора, в/в капельно окситоцин 5 ЕД в 400 мл физраствора в III и раннем послеродовом периодах.
11. ДК 0,5 % от массы тела.
12. Следить за признаками отделения плаценты.
13. После отделения плаценты наркоз и ручное обследование полости матки. На роди иметь кровь и СЗП. При отклонении от нормального течения родов перейти к КС.
14. В послеродовом периоде антибиотики и сокращающая терапия.

**Шкала Апгар.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признаки | 0 баллов | 1 балл | 2 балла |
| Сердцебиение | Отсутствует | ЧСС менее 100 уд/мин | ЧСС более 100 уд/мин |
| Дыхание | Отсутствует | Слабый крик (гиповентиляция) | Громкий крик |
| Мышечный тонус | Вялый или отсутствует | Некоторая степень сгибания | Активные движения |
| Рефлекторная возбудимость | Отсутствует | Слабо выражена | Хорошо выражена |
| Окраска кожи | Синюшная или бледная | Розовая окраска тела и синюшность конечностей | Розовая |

**Разрыв промежности.**

В среднем 10 – 12 %.

**Способствуют:**

1. Анатомо-функциональные особенности промежности: высокая промежность, ригидность промежности (у возрастных и юных первородящих, у спортсменок, балерин), рубцовые изменения.
2. Особенности плода (крупный, переношенный) при тазовом предлежании, стремительных родах.
3. Оперативные родоразрешения
4. Стремительные роды (при узкой лонной дуге, плоскорахитический таз) + при прорезывании головки, при рождении заднего плечика.

**Классификация:**

1. По причине: самопроизвольный

искусственный

1. По степени тяжести:

1 степень – разрыв кожи, ПЖК промежности + слизистой влагалища

2 степень – разрыв мышц тазового дна (m. levator ani – основное повреждение)

3 степень – разрыв сфинктера ануса

4 степень – разрыв стенки кишки.

**Клиника.**

Угрожающий разрыв промежности – цианоз, отек, выбухание, бледность, блеск кожи, мелкие трещины эпизиотомия. Если разрыв – боль, кровотечение (особенно сильное в области клитора, мочеиспускательного канала) зашиваем, не дожидаясь рождения последа.

**Диагностика.** Осмотр визуальный + см на зеркалах.

**Лечение.**

Если не зашить: гнойно-септические осложнения (ГСО), опущение и выпадение внутренних половых органов оперативное лечение. Методика ушивания будет зависеть от степени.

1 степень: обезболивание – местная анестезия. Ушивать начинают с верхнего угла раны во влагалище, кетгутовые отдельные швы. На кожу – шелковые швы с нижнего угла, отдельные.

2 степень: в/в наркоз (калипсол), ушивают мышцы, кетгутовые отдельные швы (погружной, т. к. снаружи 2 ряда швов), далее как при первой степени (слизистая влагалища, кожа промежности). Нитка должна проходить под дном раны, иначе гематома нагноение несостоятельность.

3, 4 степень: общий эндотрахеальный наркоз. Начинают со стенки прямой кишки по Брауде – осторожно, т. к. можно сшить переднюю и заднюю стенки (нужно ввести металлический катетер, расширитель Гегара), отдельные викриловые, шелковые швы (но могут образоваться лигатурные свищи). Лучше полисорб, викрил зашивают наружный сфинктер (викрил, хромированный кетгут) отдельными швами. Далее поменять инструменты, перчатки, перестелить столик шьют как при 2 степени. Но при 3, 4 степени заживает плохо.

**Ведение послеродового периода** зависит от степени.

1 степень: нельзя сидеть, некалообразующая диета, на 3 сутки – слабительные, обрабатывают КМпО4 2 – 3 раза. После каждого посещения туалета – подмывание слабо разведенным раствором КМпО4. Для профилактики нагноения – кварцевание швов.

2 степень: обработка швов во влагалище через мягкий катетер шприцем фурациллином (хлоргексидином, диоксидином). Швы внимают при 1, 2 степени на 5 – 6 сутки (только с кожи).

Разрывы 3, 4 степени: строгий постельный режим 9 – 10 дней, некалообразующая пища (первые 5 дней кефир, затем 1 стол). На 7 сутки – слабительные. Промывание антисептиком влагалищ утром и вечером (акушерка), днем – врач, обработка кожи промежности. Швы в прямой кишке не обрабатываются. Кварцевание швов, на промежность УВЧ. На коже швы снимают на 5 – 6 сутки.

Перед выпиской – посмотреть, есть ли ректо-вагинальные свищи: нужно ввести в прямую кишку обычный краситель, если есть свищ – краситель выделяется из влагалища. Если свищ маленький – самостоятельное закрытие, если большой – пластика (через 2 месяца, когда закончится инволюция).

**Профилактика.**

* Начинают в ЖК – во время занятий (психопрофилактическая подготовка)
* Бережное акушерское пособие (при прорезывании головки, рождении плечиков)
* У первородящих и повторнородящих по показаниям – эпизиотомия
* Пудендальная анестезия (по показаниям для расслабления мышц тазового дна)

**Разрыв ШМ**

У первородящих 22 – 28 %, у повторнородящих 6 – 12 %.

Во время беременности – размягчение ШМ, в 1 периоде родов – раскрытие, чему способствует гормон релаксин, кроме того, он способствует размягчению и раздвижению суставов.

**Классификация:**

1. односторонние

двухсторонние (чаще на 3 и 9 часов, чем на 6 и 12)

множественные

1. По форме: линейный

размозженный

некроз части ШМ

отрыв ШМ от сводов или от матки (одно и то же)

при дистоции ШМ

**Клиника.**

Болей не бывает, кровотечение в конце 1 периода, во 2, 3 и 4 периодах родов. Может и не быть (клинику можно просмотреть).

Нужен осмотр на зеркалах (всех женщин), с помощью мягких зажимов тщательно осмотреть всю шейку. Зашивать если нет: послеродовая язва . параметрит, деформация ШМ, эрозированный

эктропион (выворот ШМ) далее либо ампутация ШМ или диатермокоагуляция, из ШМ вырезают конус.

**Лечение.**

Техника: кетгутовые швы, отдельные, расстояние между швами не белее 1 см. 1 шов – выше угла раны (т. к. в углу раны могут быть кровоточащие сосуды→ нитка может опуститься (если на угол раны – кровотечение). Слизистая цервикального канала не прошивается.

**По степени тяжести:**

1. до 2 см
2. более 2 см не доходя до свода
3. доходит до свода и переходит на него, на влагалище. Эту степень тяжести нужно дифференцировать с разрывом матки (пальцевое исследование разрыва: на свод или влагалище или вверх на нижний сегмент, тогда – лапаротомия).

**Ведение послеродового периода:** режим – без ограничений, нет ограничений и в диете. Обработать антисептиком через мягкий катетер (при 2 и 3 степени). Осмотр на зеркалах.

**Профилактика.**

Отвечает врач. Психопрофилактика, рациональное ведение родов (введение спазмолитиков, обоснованное родоусиление на фоне спазмолитиков).

**Разрыв матки.**

Частота – 0,1 %, а материнская смертность – 18,6 %, перинатальная смертность – более 40 %.

**Теории возникновения.**

1. Механическая теория Бангля – несоответствие размеров (механические препятствия для прохождения головки – УТ).
2. Гистопатическая теория Вербова и Шанова – дистрофические изменения в матке (ОАА, рубцы, воспалительные заболевания, инвазия трофобласта, эндометриоз, новообразования и др.).
3. Инфекционная теория – присоединение инфекции во время беременности (хламидиоз, кандидоз, вирусная инфекция, микоплазмоз), что ведет к постепенному расплавлению миометрия (хроническая персистирующая инфекция).

**Классификация по Персианинову.**

1. По этиологии: а) типичные (соответствуют механической теории)

б) атипичные (соответствуют гистопатической теории)

в) комбинированные

1. По патогенезу: а) самопроизвольные

б) насильственные

1. По клиническому течению: а) риск разрыва

б) угрожающий разрыв

в) начавшийся разрыв

г) совершившийся разрыв

1. – полный

- неполный (целая висцеральная брюшина)

- разрыв по рубцу

- зияние рубца

1. По локализации: а) в теле

б) в дне

в) в нижнем сегменте

1. По времени возникновения в беременности: а) в родах

б) после родов

**Клиника.**

1 степень – группа риска.

2 степень – угрожающий разрыв матки.

1. Схватки частые, болезненные, но не судороги.
2. Контракционное кольцо на уровне пупка, косо
3. Болезненность при пальпации нижнего сегмента, нижних связок
4. Преждевременные и непродуктивные потуги при подвижной над входом в малый таз головке
5. Задержка мочеиспускания
6. Отек ШМ, переходящий на влагалище, наружные половые органы.

3 степень – начавшийся разрыв.

1. Судорожные схватки, болезненные
2. При пальпации резкая болезненность живота
3. Кровянистые выделения
4. В моче – кровь
5. Над лоном может появиться выпячивание
6. Симптомы страдания плода
7. Женщина беспокойна, кричит, страх смерти, зрачки расширены – эректильная фаза шока.

4 степень – совершившийся разрыв матки.

1. Резкая слабость, проливной пот
2. Резкая боль, что-то порвалось в животе на высоте схватки
3. Прекращение родовой деятельности
4. Падение АД, пульс сначала компенсаторно увеличивается, может быть тошнота, рвота, одышка, симптомы раздражения брюшины, бледность, заторможенность – геморрагический шок в результате кровотечения в брюшную полость, может быть наружное, наружновнутреннее.

Если был рубец – в области него – ниша. Плод рождается в брюшную полость – гибель его: пальпация мелких частей плода отдельно от матки, сердцебиений нет. Симптомы раздражения – тошнота, рвота, метеоризм, тупость в боковых отделах живота. Сейчас этого почти не встречается за счет применения спазмолитиков, анальгетиков (нет четкой картины – нет болезненности круглых связок, нет контракционного кольца). Можно пропустить.

**Диагностика.**

1. Анамнез: а) гинекологический: воспалительные заболевания, операции, фибромиома матки, нарушение менструального цикла, бесплодие.

б) акушерский – сколько родов

в) группы риска: много родов, много абортов, выкидышей, были ли оперативные роды, были ли кровотечения, отслойка плаценты, если после родов ГСО

1. Течение настоящей беременности – боли внизу живота, кровянистые выделения, травма живота, гипотония, снижение работоспособности
2. Течение родов: упорная родовая деятельность, не своевременное излитие вод + инфекция
3. Дополнительные методы:

* УЗИ – несостоятельность рубца
* Контроль за состоянием плода (кардиомониторинг, ЭКГ, ФКГ)
* Вне беременности можно использовать: рентгеногистероскопия, цервикогистеросальпингография (ниша (- ткань), дефект наполнения (+ ткань)).

**Лечение.**

Это экстренное состояние. Приказ ДСП-83 (для служебного пользования): ''неотложные состояния в акушерстве'':

1. Объем помощи беременным зависит от стадии. Оперативное вмешательство при угрожающем и начавшемся разрывах – наркоз и КС. Совершившийся разрыв: нижняя лапаротомия, извлечение плода из брюшной полости, далее в зависимости от ситуации в брюшной полости. Оптимальный вариант – органосохраняющая операция – ушивание разрыва. Если это невозможно – надвлагалищная ампутация матки (оставляем ШМ – это эрогенная зона – для сохранения сексуальной функции, для предотвращения гипфункции яичников (оставляем лоскут эндометрия), т. о. Остается орган-мишень для гормонов, что важно для менструальной функции). При ДВС-шоке – экстирпация матки (в этом случае ШМ – источник кровотечения) – нет детородной функции, менструальной функции, бывают нарушения сексуальной функции.
2. Нужно обеспечить женщине адекватное анестезиологическое пособие (обезболивание, снижение тонуса матки).
3. Инфузионно-трансфизионная терапия.
4. Лечение и профилактика ДВС.

**Профилактика.**

В ЖК – группы риска: женщины с рубцом, если он состоятельный – ранняя госпитализация в сроке 36 – 37 недель; если рубец несостоятельный (послеоперационный период с повышением температуры, эндометрит, заживление вторичным натяжением, во время беременности боли, кровянистые выделения, плацента на рубце, данные УЗИ) - госпитализация в любом сроке и до родов.

Если рубец несостоятельный – можно пустить в роды (пробные роды) – только днем, под наблюдением всей бригады врачей. Усиливать нельзя, если несвоевременное излитие вод, переходят к КС. После родов – ручное обследование полости матки на предмет состоятельности рубца.

**Гематома наружных половых органов.**

- это кровоизлияние в ПЖК в области больших половых губ, промежности или околовлагалищную клетчатку. В некоторых случаях гематома распространяется выше тазовой фасции, и кровь скапливается в клетчатке параметрия, поднимаясь иногда до почечной области сзади и до пупка спереди.

Возникновение гематом связано обычно с механическим воздействием, повреждающим сосуды. Имеют значение факторы, снижающие свертываемость крови, эластичность стенки сосудов.

Гематомы редко возникают во время беременности (травмы), обычно при оперативном вмешательстве (наложение щипцов, извлечение плода), стремительных или затяжных родах. Чаще слева, что обусловлено асимметричным развитием нижних кардиальных вен: левая развита больше правой; имеет значение, что чаще при первой позиции (когда высвобождена большая часть головки – затылок, который сильнее сдавливает мягкие ткани и сосуды левой половины таза).

**Клиника.** Боль, чувство сдавления на месте образования.

**Диагностика.**

Обнаружение сине-багровой опухоли, тугоэластической консистенции в области большой половой губы. Вход во влагалище располагается эксцентрично, половая щель имеет вид зигзага. Наружное кровотечение отсутствует. При большой гематоме могут быть более или менее выраженные признаки малокровия. Труднее диагностируются гематомы влагалища. При влагалищном или зеркальном исследовании обнаруживается сине-багровая опухоль, дающая ощущение флюктуации при свежей гематоме, и ощущение хруста при старой. Наиболее трудно распознаются надвлагалищные гематомы. При быстром их распространении в большом размере появляются признаки внутренних кровотечений, пальпаторно определяется опухоль в параметрии. Появляется опухоль вскоре после родов. Отсутствие признаков воспаления позволяет отличить гематому от параметрита. Гематомы обычно бывают односторонними, протекают чаще с нормальной или субфебрильной температурой.

При больших гематомах на матке на месте наибольшего расхождения тканей появляются очаги омертвения. Гематомы могут нагноиться, что ведет к гнилостному распаду тканей, общее состояние роженицы ухудшается, повышается температура. При быстром росте гематомы или ее нагноении может быть ее разрыв. Прорыв может произойти во влагалище, в прямую кишку. Гематомы больших размеров, возникающие до рождения плода, могут явиться препятствием для родов через естественные родовые пути, а при их разрыве возможно угрожающее жизни кровотечение.

**Лечение.**

Постельный режим. Местно – пузырь со льдом, давящая повязка, кровоостанавливающие средства: викасол, хлорид кальция, аминокапроновая кислота, препараты спорыньи.

**Показатели работы акушерского стационара.**

1. Общее количество родов. Зависит от количества коек: ОКБ – 75 коек, 1000 – 1100 родов в год.
2. Средняя годовая занятость койки. В N=300 дней (2 месяца на генеральную уборку по 1 месяцу 2 раза).
3. Средний койко-день – 15 (средняя длительность пребывания на койке).
4. Оборот койки – сколько больных за данные койко-дней (в ОКБ – 120 %)
5. Преждевременные роды 4 – 6 % обычный стационар, ОКБ – 11 %.
6. Поздние гестозы ОКБ – 23 %
7. Кровотечения в родах ОКБ – 2 %
8. Родовой травматизм ОКБ – 8,8 %
9. Частота оперативных вмешательств (КС) ОКБ – более 30 %
10. Послеродовые осложнения 1,6 %
11. Послеродовые инфекционные заболевания 1,2 %
12. Послеоперационный койко-день - 11 дней
13. Материнская смертность. На 100 тысяч живорожденных детей (смертность от беременности, от родов, от аборта, от внематочной беременности) – за 5 лет более 1600 женщин в родах. Только 1/3 – от беременности и родов, 2/3 – от абортов. Осложнения беременности и родов: 1) поздний гестоз; 2) кровотечение. В ОКБ материнская смертность – 17,2 на 100000 новорожденных.
14. Перинатальная смертность – высчитывается (число детей, умерших в первые 7 дней + число мертворожденных (анте- и интранатально)) х 1000 – число детей, родившихся живыми и мертвыми. Вычисляется в промилях. Пермская область 16 – 18 промили. ОКБ – до 34 промили.

**Родовая травма.**

**Внутричерепная травма (ВЧТ)** имеет 3 степени тяжести.

Кровоизлияния по локализации:

* Супратенториальные
* Супратенториальные + субдуральные
* Эпидуральные
* Субарахноидальные
* Внутримозговые
* Смешанного характера.

В основе ВЧТ – механическая травма, но ее может и не быть (травма из-за повышенной ломкости сосудов – у недоношенных, при хронической гипоксии).

3 степени нарушения внутричерепного кровообращения по Слепых.

1 степень – умеренные по тяжести и недолгие функциональные расстройства черепно-мозгового кровообращения, вялая реакция на раздражители, дыхание стонущее, снижение тонуса мышц, цианоз кожи, снижение активности сосания, медленное восстановление потери массы тела. Лечение: режим – абсолютный покой, полусидячее положение с приподнятым головным концом, пузырь со льдом к головке. Кислород через зонд, гемостатическая терапия: викасол, этамзилат, витамины группы В. СЗП, противосудорожные: реланиум, седуксен.

2 степень – клиника более выражена, более длинная, возбудимость, одышка, гипертонус, тремор конечностей, рефлексы отсутствуют, большое снижение массы тела, симптом заходящего солнца – закатывается глазное яблоко, зрачки не видны. Лечение: то же + инфузионная терапия для профилактики отека мозга (плазма, альбумин), диуретики, противосудорожная терапия. Дибазол для ЦНС. При срыгивании - спазмолитики. Ноотропы, глюконат кальция.

3 степень – более выраженные симптомы + судороги.

Исход.

1 степень – если улучшение в течение3 – 4 дней, то благоприятный.

2, 3 степень: 1) летальный исход

2) инвалид, если выжил (энцефалопатии, параличи, ДЦП, дебильность). Затем неврологическое отделение (дети наблюдаются у невропатолога 2 года).

**Спинальная травма (до 80 %).**

Причина: позвоночный столб легко растяжим, а спинной мозг нет.

Механизмы: головка родилась, головка не поворачивается, ее повернули сами, чем свернули шею (ротационный). Дистракционный – вытягивание головки. Компрессионный механизм.

Клиника: беспокойный ребенок, срыгивает, дыхание стонущее, цианоз носогубного треугольника, сосет неактивно, кровоподтеки в месте травмы, укороченная или удлиненная шея, фиксированная кривошея, тахипное, брадикардия, вялые моно- и парапарезы.

Лечение: режим – щадящий (бережное пеленание, кормление через соску или через зонд), гемостатики, анальгетики, воротник Шанца при травме шейного отдела или под головку подкладывают повязку-бублик (для фиксации) чаще в шейном, реже в поясничном отделе. При смещении позвонков травматолог производит репозицию с иммобилизацией позвоночного столба. Седатики, гемостатики, витамины группы В.

Профилактика родовой травмы у детей: лечение экстрагенитальной и акушерской патологии (приводят к хронической гипоксии плода). Бережное акушерское пособие. Пудендальная анестезия и эпизиотомия. При КС – соблюдение биомеханизма родов.

**Гестозы.**

- это патологические состояния (синдром дезадаптации), которые связаны с беременностью, ухудшают ее течение и проходят после нее.

Классификация:

1. Ранние – в первую половину беременности, обычно в первые 12 недель
2. Поздние – во вторую половину беременности

Ранний гестоз.

1. Рвота беременных (emesis gravidarum)
2. Слюнотечение (ptyalismus)
3. Чрезмерная рвота (hyperemesis gravidarum)
4. Клиника со стороны ЖКТ развивается на фоне ЭГП (холецистит, панкреатит, гастрит, ЯБЖ и ДПК, гепатит)

**По степени тяжести:** легкая, средняя, тяжелая.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признаки | 1 степень (невроз больных) | 2 степень (токсикоз больных) | 3 степень (дистрофические изменения |
| 1 общее состояние | Удовлетворительное | Средней тяжести | Тяжелое |
| 2 АД | Норма | Снижение до 100 мм рт ст | Снижение более 100 мм рт ст |
| 3 пульс | Норма | До 100 | Более 100 |
| 4 частота рвоты (раз в сутки) | До 5 – 10 | До 20 | Более 20 |
| 5 снижение массы тела | Нет | До 5 кг | Более 5кг |
| 6 слюнотечение | До 200 мл | 200 – 1000 мл | Более 1 л |
| 7 диурез | Норма | Олигурия | Анурия |
| 8 белок в моче | Нет | 0,033 г/л | 0,066 г/л и более |
| 9 ацетон | Нет | ++ | +++; ++++ |
| 10 температура | Норма | Субфебрильная | 37,50 и выше |
| 11 кожа | Не изменена | Сухость | Дерматит, зуд |
| 12 функция печени | Не изменена | Желтуха | Желтуха, дистрофия печени |

**Лечение** будет зависеть от степени тяжести. 3 степень – прерывание беременности и лечить фон, на котором все это возникло.

Лечение комплексное:

1. Режим: при 1 степени – амбулаторный, при 2, 3 степени – стационарный (3 степень – постельный режим)
2. Питание – кушать полулежа, пища в охлажденном виде, дробное частое питание, должна есть то, что хочет.
3. Воздействие на ЦНС – максимальный покой, седативные препараты (валериана, пустырник до 16 недель, после – малые транквилизаторы), электросон, игкоукалывание, гипноз.
4. Противорвотные – церукал, аминазин, этапиразин, дроперидол, супрастин, пипольфен.
5. Инфузионная терапия – молевые растворы, глюкоза, аскорбиновая кислота, альбумин, вамин, левамин.
6. Лечение ЭГП
7. Витамины, микроэлементы (железо, калий, кальций)
8. Блокады
9. Прерывание

Лечение симптоматическое – симптомы постепенно исчезают к 16 неделям.

Поздний гестоз.

Частота: у здоровых женщин – 12 %, у женщин с ЭГП 20 – 40 %.

**Патогенез.**

Основное звено – генерализованный артериолоспазм изменение организма в целом + изменения по органам и системам. Нарушается микроциркуляция, это ведет к снижению ОЦК

гиповолемия (гестоз – хронический гиповолемический шок), гипопротеинемия, ацидоз, хронический ДВС.

1. Почки – снижение микроциркуляции вплоть до ОПН.
2. Печень – микроциркуляторные расстройства, ведущие к печеночной недостаточности.
3. Головной мозг – энцефалопатия беременных + отек (может быть, кровоизлияние)
4. Глазное дно – ангиопатия (артерии сужаются, вены расширяются), далее отек, кровоизлияние, может быть отслоение сетчатки.
5. Плацента – ФПН, которая приводит к хронической гипоксии и гипотрофии плода, отслойке плаценты.

**Классификация.**

А. Чистый 1% - у здоровых.

Сочетанный 2 % - при ЭГП (раньше начинаются, текут тяжелее, лечатся хуже).

Б. По стадиям:

1. Доклиническая – симптомов нет, изменения в организме есть – прегестоз.
2. Моносимптомный гестоз – 1 симптом
3. Полисимптомный гестоз (нефропатия, преэклампсия, эклампсия)

В. По клинике: 1. водянка

2. нефропатия

3. преэклампсия

4. эклампсия

5. гипертензия

Г. По тяжести: по Савельеву

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Симптомы | 0 баллов | 1 балл | 2 балла | 3 балла |
| 1. Отеки | Нет | На голенях или патологическая прибавка веса | На голенях + передняя брюшная стенка | Генерализован- ные |
| 2. Протеинурия | Нет | 0,033 – 0,132 | 0,132 + 1,0 | 1,0 и больше |
| 3. Сист. АД | Менее 130 | 130 – 150 | 150 – 170 | 170 и выше |
| 4. Диаст. АД | До 85 | 85 – 90 | 90 – 110 | 110 и выше |
| 5. Срок беременности, при каком впервые диагноз – токсикоз |  | 36 – 40 недель или в родах | 35 – 30 недель | 24 – 30 недель и ранее |
| 6. Гипотрофия плода (отставание роста) | Нет |  | Отставание на 1 – 2 недели | На 3 недели и более |
| 7. Фоновые заболевания | нет | Проявление заболевания до беременности | Проявление заболевания во время беременности | Проявление заболевания вне и во время беременности |

См. сумму баллов.

Нефропатия легкой степени – 7 и менее баллов; 8 – 11 баллов – средней тяжести; 12 и более баллов – тяжелая. Шкала характеризует состояние больных во время осмотра.

**Прегестоз.**

- это доклиническая стадия гестоза, при которой отсутствует симптоматика гестоза, но изменения в организме женщины имеются. Задача: вовремя диагностировать и лечить (предотвратить тяжелые формы).

Диагностика. Учет женщин в ЖК.

1. Взвешивание – патологическая прибавка веса (ППВ). В норме во второй половине беременности – 300 – 400 г в неделю.
2. АД – асимметрия давления на руках более 10 мм рт ст; снижение пульсового давления = 30 и менее мм рт ст.
3. Функциональные пробы:

* Ортостатическая проба: АД в положении лежа, затем сидя – разница 15 и более мм рт ст
* Проба с физической нагрузкой: присесть 15 раз – повышение АД (в норме через 5 минут должно восстановиться), но оно к норме не возвращается
* Поднять руки и сжать в кулаки, подержать над головой 2 – 3 минуты, появляются парестезии, болезненность в кистях, побледнения.

1. В крови: при БХК – диспротеинемия, снижение альбумин-глобулинового коэффициента; в ОАК – снижение тромбоцитов (постепенно развивается ДВС) до 160 тысяч и менее.

**Моносимптомный гестоз.**

**Водянка или отек беременных.** Отеки бывают видимые и скрытые. По тяжести 4 степени:

1 степень – отек нижних конечностей

2 степень - + отек передней брюшной стенки

3 степень - + отек лица

4 степень – анасарка.

**Диагностика.**

Видимые отеки.

1 степень – женщина ложится на кушетку, надавить на большеберцовую кость, остаются ямки.

2 степень – след от стетоскопа на животе.

3 степень – на веках.

4 степень – везде.

**Скрытые отеки.**

1. ППВ
2. Снижение суточного диуреза (не менее 3 суток) менее 900 мл в сутки
3. Волдырная проба Макклюра –Олдриджа – п/к 2 – 3 мл физраствора, чем быстрее рассасывается, тем больше гидрофильность тканей, ели отек, то медленно
4. Положительный симптом кольца
5. Голеностопный сустав увеличивается в окружности более чем на 1 см в неделю

**Гипертензия беременных.**

В норме у беременных – менее 130/80 мм рт ст. Варианты гипертензии:

1. 140/90 мм рт ст – абсолютное повышение
2. относительное – увеличение на30 % по сравнению с исходным
3. повышение АД на одной руке.

**Нефропатия.**

Триада Цангеймейстера: отеки, гипертензия, протеинурия.

3 степени тяжести:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Признаки | 1 степень тяжести | 2 степень тяжести | 3 степень тяжести |
| 1. Отеки | 1 степень | 2 – 3 степень | 3 – 4 степень |
| 2. Гипертензия (сист. АД) | 150 | 170 | Более 170 |
| 3. Протеинурия | До 1 г/л | До 3,3 г/л | Более 3,3 г/л |

Степень определяется по самому выраженному симптому (если все 3 симптома соответствуют различным степеням). Далеко не всегда есть три симптома – атипичная нефропатия.

**Преэклампсия.**

Триада Цангеймейстера + мозговые синдромы.

1. Головные боли в лобной и затылочной областях
2. Нарушение зрения (ангиопатия, ведущая к отеку на глазном дне) – нечеткость зрения, пелена, двоение.
3. Тошнота и рвота центрального генеза
4. Боли в подложечной области и правом подреберье (в результате кровоизлияния под капсулу печени и в желудок)
5. Изменение поведения – необоснованная эйфория, заторможенность (неконтактная, сонливая)
6. Могут быть дополнительные синдромы по Репиной:

* Явления ОРВИ – острая заложенность носа (в результате отека слизистой), хриплый голос, но повышения температуры нет, насморка нет, гиперемии нет
* В результате отека слухового прохода – нарушение слуха
* Гиперемия кожи лица
* Парестезии и тяжесть в нижних конечностях и в голове.

**Эклампсия.**

* самая тяжелая степень ПТБ (позднего токсикоза беременных), судорожный вариант.

Атипичная эклампсия – нефропатия 3 степени, переходящая в кому (бессудорожный вариант) в результате кровоизлияния в мозг.

4 степени судорог:

1. Предсудорожный период (начальный) – фибриллярные подергивания мышц лица (гримасы, сардоническая улыбка) 20 – 30 секунд.
2. Период тонических судорог (поперечно-полосатых мышц) – дыхания нет, опистотонус (дуга, женщина опирается на пятки и на затылок), может быть откусывание языка в результате спазма жевательных мышц (тризм). Длительность 20 – 25 секунд.
3. Период клонических судорог – попеременное сокращение различных групп мышц 20 – 30 секунд, пена, хриплое дыхание.
4. Фаза разрешения припадка. 2 варианта: 1) благоприятный – больная приходит в себя, может быть рецидив припадка, чем больше рецидивов припадков, тем хуже.

2) не приходя в сознание, впадает в эклампсическую кому, может быть летальный исход (кровоизлияние в мозг, асфиксия, нарушение сердечной деятельности, отек легких), поэтому необходима активная профилактика ПТБ.

Принципы профилактики и раннего лечения ПТБ.

1. Проведение оздоровительных и лечебно-оздоровительных мероприятий по предупреждению, выявлению и лечению ЭГП у девочек, подростков, женщин до беременности.
2. Выявление степени риска развития заболевания: беременные с ЭГП (заболевания почек, ГБ, ХНЗЛ, эндокринопатии, хронически тонзиллит и перенесение нескольких детских инфекций (скарлатина)) – группа повышенного риска.

Группа умеренного риска: больные + ожирение, пороки сердца, хронические заболевания печени.

Способствуют развитию ПТБ:

* Наличие ПТБ в наследственном анамнезе
* Наличие ПТБ при предыдущей беременности
* У юных и возрастных первородящих
* Многоплодие
* Гипертрофия плода
* Анемия беременных
* Сенсибилизация по резус-фактору и системе АВ0
* Социально-бытовые факторы: вредные привычки, профессиональные вредности, несбалансированное питание.

1. Планирование беременности. Женщинам с риском развития ПТБ следует рекомендовать сроки зачатия так, чтобы развитие беременности приходилось на летний, летне-осенний периоды.
2. Своевременное выявление и диагностика доклинической (прегестоз) и ранней стадии ПТБ.
3. Усиленное диспансерное наблюдение за женщинами с риском развития ПТБ. Посещение ими ЖК 1 раз в 2 недели в 1 половине гестации, и 1 раз в неделю во 2 половине беременности – пробы для выявления претоксикоза и ранних форм.
4. Устранение отрицательных эмоций. Рациональный режим труда и отдыха, исключение психического и физического перенапряжения, прогулки на свежем воздухе перед сном.
5. Рациональное и сбалансированное питание. Особенно полезны продукты, содержащие полноценные белки, незаменимые АК: молоко, кефир, творог, простокваша, отварные мясо и рыба, неострый сыр. Во 2 половине беременности: потребность в углеводах – за счет плодов, богатых растительной клетчаткой, витаминами, микроэлементами, минеральными солями, растительными жирами. Количество жидкости – не более 1 – 1,2 литров, снижение количества поваренной соли до 3 – 5 г/сут, особенно при склонности к отекам. При этом через день – санасол (соль без натрия) по 1,5 – 2,0 г со вторым блюдом.

Диета при ПТБ: 4-разовое питание с 3-часовыми промежутками. Исключение сахара и ограничение мучных изделий. Богата полноценными белками, ограничение соли, чередование ее с санасолом. Жидкость 1,0 – 1,2 л/сут. Овощи (до 1 кг) и фрукты (не более 500 г): черная смородина, земляника, яблоки, абрикосы, морковь, капуста. Общий калораж 2800 – 3200 ккал/сут.

Для беременных с ППВ более 400 г, при водянке и нефропатии 1- 2 раза в неделю – разгрузочные дни: яблочные, творожные, яболочно-творожные. При этом полупостельный режим.

1. Беременным в 20 – 22, 28 – 33, 35 – 37 недель в течение 10 – 15 дней профилактические мероприятия: диета - стол № 7, витамины («Гендевит») по 1 драже 2 – 3 раза в день, фитотерапия – настойка пустырника, настой корня валерианы, настой плодов шиповника по стакану ежедневно вместо чая или компота, настой почечного чая, настой березовых почек, настой цветков василька синего, настой листьев толокнянки, кислородо-витаминные травяные коктейли, галаскорбин, рутин, метионин, препараты калия, токоферол ацетат (витамин Е) 3 раза в день. Центральная электроанальгезия, аурикулярная акупунктура.

3 курса фитотерапии (в каждом триместре), электроназальная гальванизация, воротник по Щербаку.

Лечение ПТБ.

Этиопатогенетическая терапия ПТБ – роды (пока есть беременность – будет гестоз). Таким образом, в основном симптоматическая терапия.

Принципы:

* Лечебно-охранительный режим + седация
* Терапия должна соответствовать тяжести гестоза
* Путь введения препаратов должен соответствовать тяжести гестоза: при водянке – перорально, при эклампсии – парентерально
* Повторное введение наркотических веществ
* Роды через естественные родовые пути – бережное ускорение, родоразрешение (КС)
* Ранняя амниотомия
* Во 2 периоде наложение акушерских щипцов: - эклампсия

- АД свыше 170/100

- ухудшение функций всех систем и органов

* Комплексная многокомпонентная терапия:

- режим: амбулаторно при прегестозе и водянке 1 степени или в дневном стационаре, все остальные только в стационаре. Если не тяжелый – свободный режим, при средней тяжести – полупостельный, тяжелый – постельный.

- стол № 7 (до 1,0 – 1,2 литров жидкости и соль 3 – 5 г/сут), разгрузочные дни

- медикаментозная терапия – основное направление – генерализованный ангиоспазм:

**Гипотензивная терапия:**

1. Седатики (малые транквилизаторы)
2. Спазмолитики
3. Сульфат магния по Бровкину: 25 % раствор 24 мл (6 г сухого вещества) в/м с новокаином в первые сутки через 4 часа 4 раза, затем 12 часов перерыв, на 2-е сутки через 6 часов 4 раза, перерыв, через 8 часов 3 раза, 4-е сутки через 12 часов 2 раза. Эффекты: гипотензивное, спазмолитическое, седативное, наркотическое, противосудорожное, снижает отек мозга, уменьшает диурез
4. Коринфар, блокаторы кальциевых каналов
5. Препараты центрального действия (аминазин, дроперидол, клофелин, капотен)
6. Ганглиоблокаторы: бензогексоний, пентамин – непостоянно (для быстрого снижения АД)
7. Бета-адреноблокаторы: анаприлин (повышает тонус матки, лучше в поздние сроки – ближе к родам, вначале нельзя)
8. Бета-адреномиметики (понижают тонус матки) – алупен, партусистен
9. Диуретики (химио- и фитотерапия)

**Лечение гиповолемии, гипопротеинемии (инфузионная терапия):**

1. Чем тяжелее гестоз, тем меньше объем инфузионной терапии. Солевые растворы нельзя, т. к. все уходит в ткани, инфузионная терапия не более 400 мл/сут.
2. Белковые препараты (СЗП)
3. Препараты, нормализующие микроциркуляцию (реоглюман, реополиглюкин), при средней степени тяжести до 800 мл, при легкой до 1 л.

**Лечение хронического ДВС:**

1. Антикоагулянты. Если женщина не в родах – гепарин (через 12 часов после родов при тяжелом гестозе)
2. Дезагреганты – курантил, трентал, аспирин, компламин, никотиновая кислота
3. Витамин С + рутин, аскорутин – для укрепления сосудистой стенки.

**Лечение ФПН:** + антигипоксант. Терапия: ноотропы, актовегин, аевит, барокамера, витамин Е, глюкоза с аскорбиновой кислотой без инсулина.

**Физиотерапия:** кислородная терапия, электросон, плазмоферез.

**ПИТ:** сюда женщина помещается при тяжелом гестозе, за ней устанавливается постоянный контроль – врач, акушерка, анестезиолог, анестезистка (каждый час - АД, ЧСС, температура, диурез, ЧСС плода; все чертится на экспресс-картах).

Почасовая терапия – принцип взаимонакладываемости – действие одного препарата накладывается на действие другого и за сутки женщина ни одного часа не находится без препарата, иначе – рецидив.

**HELLP-синдром и жировой гепатоз печени.**

- это редкие (атипичные) формы ПТБ.

HELLP-синдром описан в 1982 году Бакштейном. Симптомы:

1. Тромбоцитопения (менее 120 тысяч)
2. Повышение уровня АСТ, АЛТ
3. Внесосудистый гемолиз (гемолитическая анемия)
4. Снижение антитромбина-III
5. Повышение неактивного антитромбина.

Этиология неизвестна.

При HELLP-синдроме и остром жировом гепатозе – изменения в печени одинаковы: некроз гепатоцитов, жировая дистрофия.

Терапия.

1. Плазмоферез с обязательным контролем уровня тромбоцитов (тромбоциты не менее 40 тысяч), замещать плазмой, обогащенной тромбоцитами (ПОТ) (тромбомассой)
2. Срочное абдоминальное родоразрешение (КС)
3. Глюкокортикоиды 1г/сут
4. Введение донорского человеческого иммуноглобулина до 10 мл/сут
5. Гепатопротекторная терапия
6. Белковые растворы.

**Острый жировой гепатоз.**

Принципы терапии:

1. Заместительная терапия (белки, СЗП) – усиленная предоперационная терапия.
2. КС
3. Повторная заместительная терапия белковыми препаратами после КС (тоже при HELLP-синдроме)
4. Гепатопротекторы: эссенциале нельзя, в остром периоде вызывает некрозы печени; макродозы витамина С до 10 мг/сут, макродозы глютаминовой кислоты 1 % - до 400 мл/сут; вамин, левамин.
5. Антибиотики (иммунитета нет) резервные (ципробай, тиенам). Исходы – грустные.

**Современные подходы к лечению ПТБ.**

С точки зрения современного акушерства – гестоз – это хронический гиповолемический шок с эндотоксиемией.

1. Лечебно-охранительный режим (седация женщины) седуксен 10 – 20 мг/сут
2. Реополиглюкин – малоэффективен. Для лечения гиповолемии – малообъемная волемическая нагрузка (6 % раствор крахмала) 400 мл в одной банке нормализация микроциркуляции
3. Терапия сульфатом магния по Придгиду: в/в струйно однократно 30 мл 25 % раствора (антидот – глюконат кальция под рукой), через 2 часа можно еще 20 мл, и еще через 2 часа 20 мл. вводить в/в капельно.
4. Коррекция состояния плода 5 % раствор глюкозы 400 мл без инсулина
5. Дезагреганты (трентал, компламин, никотиновая кислота)
6. Введение альбумина, гемодеза нецелесообразно (альбумин профильтруется в мочу, в гемодезе много натрия). Не надо и гепарин (не действует ни на реологию, ни на микроциркуляцию), может замедляться венозный отток от мозга, повышаться артериальный приток повышен риск кровоизлияния
7. Родоразрешение – КС.

**Выворот матки**

Сущность патологического состояния заключается в том, что дно матки начинает вдавливаться в полость матки, и, втягиваясь в нее все более и более, образует воронку, которая постепенно углубляется. Матка полностью выворачивается, и внутренняя поверхность ее становится наружной. ВМ бывает:

* Насильственный – в результате попыток отделения и выделения последа при надавливании рукой на дно матки или при потягивании за пуповину
* Самопроизвольный – большинство ВМ в результате расслабления стенки матки при ее атонии, в результате повышенного внутрибрюшного давления при кашле, чихании, потуге, резких движений

Возникновению ВМ способствует неотделившаяся плацента, расположенная у дна матки. Также ВМ может быть полный и частичный.

**Клиника.**

Внезапные сильные боли в животе (в результате травмы брюшного покрова и натяжения связок), шоковое состояние и кровотечение. Кровотечение зависит от атонии матки, затем оно поддерживается в результате резкого нарушения кровообращения в вывернутой матке и сильного венозного застоя в ней. Пульс частый, нитевидный. Кожные покровы бледные, холодные, влажные. Зрачки расширены, АД снижено, сознание помрачается, может наступить смерть от шока и реже от кровотечения. Может присоединиться инфекция.

**Диагностика.**

1. Анамнез: внезапные боли, кровотечение, шок в послеродовом периоде
2. Осмотр: вывернутая матка располагается в половой щели или во влагалище в виде мягкой ярко-красной шарообразной опухоли. Диагностика облегчается, если на матке есть послед. В углах вывернутой матки – отверстия маточных труб. Через брюшную стенку тело матки не пальпируется, на его месте воронка.

**Лечение.**

Немедленное выправление под глубоким наркозом при одновременном проведении противошоковых мероприятий. Перед вправлением п/к (в/в) 1 мл 1 % атропина сульфат. Если плацента еще не отделена, ее тщательно отделяют. Вывернутую матку обмывают раствором фурациллин1:4000, пенициллином или Н2О2 и обильно смазывают стерильным вазелиновым маслом. Вправление лучше проводить в положении роженицы с опущенным головным концом туловища. Если развивается тяжелый шок, то сначала следует применить противошоковые мероприятия. После вправления – АБ.

**Профилактика.**

Правильное ведение родов, осторожное отделение и выделение последа при показаниях. Нельзя приступать к отделению и выделению, не добившись сокращения матки.

**Кровотечения последового и послеродового периодов.**

Результат нарушения отделения и выделения плаценты: нарушения изгнания последа; нарушения сократительной способности матки; изменение коагуляции. Послеродовой гемостаз – сложная система, состоит из 2 компонентов:

1. Механический гемостаз – обеспечивается сильной ретракцией миометрия, в результате скручивания и пережатия спиралевидных сосудов матки. Эффективность его зависит от сократительной способности матки, которая не может существовать бесконечно долго
2. Коагуляционный гемостаз – в условиях пережатия сосудов происходит замедление кровотока в них, формируются агрегаты клеток, высвобождается кровяной тромбопластин, активируется свертывающая система крови и в зоне плацентарной площадки происходит тромбоз. При формировании стабильного тромба тонус матки не играет решающего значения, но для стабилизации тромба надо 2 – 3часа. Если за это время матка расслабляется, то тромбы рыхло связываются с сосудистой стенкой, могут вымываться, и кровотечение возобновляется.

Т. о., механический коагуляционный гемостаз поддерживаются друг другом и обеспечивают остановку кровотечения. Нормальное сокращение матки возможно после полного изгнания всех элементов плодного яйца. Нормальный послеродовой период обеспечивает адекватный послеродовой гемостаз.

2-е осложнение послеродового периода:

а) плотное прикрепление плаценты

б) истинное приращение плаценты

а) эта патология связана с морфологическими изменениями губчатого слоя базального отдела децидуальной оболочки, которая является эндометрием, формируется при беременности. В ней выделяют базальный слой (прилежит к плаценте) + капсулярный отдел (покрывает плодное яйцо) + париетальный отдел (покрывает часть полости матки, не занятой плодным яйцом). В децидуальной оболочке – 2 слоя: губчатый – образует на плаценте секты, базальная пластинка – это материнская часть плаценты. В области базальной пластинки вскрываются сосуды матки и образуются лакуны, в которых плавают ворсины хориона (обмен матери и плода). В плаценте выделяют 2 группы ворсин: одни обеспечивают обмен веществ и погружены в материнскую кровь, другие прорастают вглубь базальной пластинки (обеспечивают фиксацию пластинки –''якорные ворсинки'').

При истончении базального слоя децидуальной оболочки больше четверти ворсин прорастают в базальную пластинку, не достигая миометрия→ формируется плотное прикрепление плаценты. Морфологические изменения базальной пластинки являются результатом большого числа беременностей, внутриматочных вмешательств, воспалительных изменений миометрия.

**Прикрепление.**

1. Полное – в последовый период не происходит самостоятельного отделения плаценты в течение 30 минут.
2. Частичное – какая-то часть плаценты отделяется, вскрывается часть сосудов плацентарной площадки, что ведет к кровотечению. Оставшаяся неотделенная часть плаценты препятствует механическому гемостазу. Признаки отделения плаценты отрицательные.

**Профилактика** послеродовых кровотечений (ППК) – во 2 периоде родов вводят мощный стимулирующий препарат. Сейчас даже 30 минут не ждут.

**Лечение.**

Во всех, случаях, независимо от кровотечения, проводится операция ручного отделения и выделения последа.

б) оно наблюдается при тяжелых изменениях морфологии губчатого слоя базальной децидуальной оболочки. Когда ворсины хориона полностью прорастают базальную пластинку и вступают в контакт с миометрием – плацента ''акрета''. Если ворсины хориона прорастают в толщу мышцы – плацента ''инкрета''. Ворсина могут прорастать всю толщу миометрия вплоть до брюшины – плацента ''per крета''.

**Клиника.**

Аналогична, зависит от полного или частичного приращения. Окончательный диагноз и дифдиагноз между плотным прикреплением и истинным приращением ставится во время ручного отделения последа. Если при плотном прикреплении плацента отделяется с трудом, но полностью, то при приращении она отрывается кусками, при усилении попыток отделить плаценту, рука погружается в миометрий вплоть до перфорации матки. Следствием приращения плаценты является усиление кровотечения во время операции, т. к. повреждается миометрий.

**Инкарцерация последа.** (удерживание последа в матке)

Чаще всего послед ущемляется в области внутреннего зева или в маточном углу. Это результат чрезмерного и некоординированного сокращения миометрия. Послед, удерживающийся в матке, препятствует ее сокращению и приводит к кровотечению, которое может скапливаться в полости матки.

**Клиника.**

Кровотечение в послеродовом периоде, признаки отделения плаценты положительные. Если кровотечение не истекает наружу, т. к. послед блокирует маточный зев, то матка увеличивается в размерах.

**Лечение.**

Обезболивание ингаляционным анестетиком; спазмолитик → послед рождается сам; если неэффективно, то их дополняют наружными приемами выделения последа. Если не выделяется, то ручное выделение последа.

**Нарушение коагуляции.**

1. Дефекты коагуляции, существующие до беременности (болезнь Виллибранта, Верльгоффа, гемофилии, лейкозы, апластические анемии, тромбоцитопатии)
2. Коагулопатии, как результат осложнений беременности и родов: гестоз (хронический ДВС), антенатальная гибель плода, преждевременная отслойка плаценты, эмболия околоплодными водами, шок при беременности и в родах.

**Нарушение сократительной способности миометрия (гипо-, атония матки).**

1. В результате нарушения функциональной способности миометрия к началу родов, которая формируется в результате:

* Заболеваний НС, сосудистых нарушений, нарушения вводно-солевого баланса, ЭГП, гестоза
* Дистрофические изменения миометрия, рубцы на матке, опухоли
* Перерастяжение матки в результате многоплодия и многоводия
* Недостаточность нервно-мышечного аппарата при инфантилизме и ФПН

1. В результате нарушений, сформировавшихся в период родов:

* Истощение энергетического потенциала в результате длительных и сильных схваток, применения утеротоников (сокращающих) – окситоцин
* Оперативные вмешательства: КС, наложение акушерских щипцов, экстракция плода за тазовый конец
* Поступление в сосудистое русло тромбопластиновых субстанций. Плацента и околоплодные воды активно влияют на свертываемость, когда попадают в сосуды матки, то вызывают их тромбоз и ишемию миометрия
* Общая и маточная гипотония
* травма и боль
* применение лекарственных препаратов, понижающих маточный тонус

1. Результат патологии плацентации: предлежание, отслойка плаценты, задержка последа и его частей в матке
2. Ятрогенные причины: женщина получила большое количество лекарственных веществ для облегчения раскрытия ШМ, гипотензивные средства, средства для токолиза (снятие родовой деятельности) → гипотоническое влияние на миометрий и порождают гипотонические кровотечения. Особенно окситоцин – применять его можно не более 3 часов, т. к. быстро истощение.

**Клиника гипо- и атонических кровотечений.**

Гипотония – это частичная утрата тонуса, который восстанавливается с началом лечения.

Атония – это полная утрата способности к сокращению. Это длительно существующая, прогрессирующая тяжелая гипотония.

2 варианта:

1. Сразу после рождения последа, которому предшествовала отслойка, предлежание, операция по искусственному отделению последа + снижение тонуса матки. Лечебные мероприятия слабо эффективны. Кровотечение сразу приобретает профузный характер, быстро нарастает гиповолемия → геморрагический шок (но более благоприятный вариант).

2. Сразу после рождения последа тонус матки нормализуется или умеренно снижается. Проводят консервативную терапию, которая дает положительный эффект, тонус матки восстанавливается. Кровопотеря незначительна, но спустя некоторое время происходит повторное понижение тонуса матки, что сопровождается дополнительной кровопотерей. Но лечебные мероприятия эффективны. Кровотечения носят рецидивирующий характер. Т. к. кровопотеря дробная, организм женщины приспосабливается к ней, и гемодинамические расстройства наблюдаются спустя значительное время после родов. Но развивается декомпенсированный геморрагический шок в связи с истощением адаптационных возможностей организма женщины.

**Терапия.**

1. Системность
2. Строгая этапность
3. Мероприятия не должны дублироваться
4. Мероприятия должны соответствовать силе кровопотери.

Сразу мероприятия → к повышению тонуса матки и параллельно предупреждают геморрагический шок и восстанавливают микроциркуляцию. Повышение тонуса: повторная катетеризация мочевого пузыря, холод на низ живота, пережатие аорты кулаком, повторное введение утеротоников (окситоцин, ПГ) в ШМ или миометрий + мероприятия, рефлекторно повышающие сократимость матки: шов по Лосицкой, клеммы по Бакшееву, тампонада заднего свода.

При продолжающемся кровотечении показано ручное обследование полости матки. Цель: 1) необходимость исключить разрыв матки; 2) исключить наличие остатков плаценты ; 3) удалить пристеночные сгустки ; 4) провести внутренний массаж, повышающий сократимость матки. При неэффективности – экстирпация матки без придатков. Необходимо обеспечить доступ в сосудистое русло и вести адекватную инфузионную терапию.

Т. к. 2 вариант гипотонических кровотечений рецидивирует, можно недооценить величину кровопотери, что приведет к развитию необратимого декомпенсированного геморрагического шока, трудно решиться на оперативное вмешательство.

**Профилактика.**

1. Бережное и правильное ведение родов (адекватное обезболивание. Не должны затягиваться)
2. Бережное ведение послеродового периода (руки прочь от матки)
3. Обязательное введение утеротоников в момент прорезывания головки
4. 3 период в присутствии врача и 2 часа после родов наблюдение.

**ДВС-синдром.**

- это реакция активации системы гемостаза с развитием недостаточности жизненноважных органов с последующим развитием кровотечения. Часто возникает из-за того, что в водах и оболочках есть тромбопластин, который сразу вызывает свертываемость крови.

**Патология, способствующая развитию ДВС.**

Острая форма ДВС.

1. Нарушение процессов прикрепления и отделения плаценты

* ПОНРП
* Предлежание плаценты
* Плотное прикрепление плаценты
* Частичное истинное приращение плаценты

1. Оперативные и травматические повреждения матки и мягких тканей родовых путей

* КС
* Разрыв матки
* Разрыв стенок влагалища, гематомы
* Ручное отделение и выделение последа
* Ручное обследование полости матки

1. Различные виды патологий

* Эмболия околоплодными водами
* Гипотонические кровотечения в раннем послеродовом периоде, большая кровопотеря
* Послеродовые септические заболевания (эндометрит, сепсис)

1. Внутрисосудистый гемолиз (переливание несовместимой крови)

Хроническая форма ДВС

1. тяжелая форма ПТБ
2. мертвый плод
3. первичное поражение эндотелия стенки сосудов (острая или хроническая инфекция)
4. иммуноконфликтная беременность

**Патогенез ДВС.**

1. Гиперкоагуляция
2. Гипокоагуляция (коагулопатия потребления) без активации фибринолиза
3. Гипокоагуляция с генерализованной активацией фибринолиза
4. Полное несвертывание крови.

**Экспресс-диагностика нарушения гемостаза.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Тесты | Методика | Норма | I | II | III | IV |
| Время свертывания крови по Ли-Уайту | В пробирку 1 мл крови и по секундомеру время свертывания | 5 – 10 мин | Менее 5 минут | 5 – 12 минут | Более 12 минут, сгусток рыхлый | Более 60 минут |
| Спонтанный лизис сгустка | Пробирку со сгустком в термостат (370 С) или на водяную баню на 15 – 20 мин | Лизиса нет | Лизиса нет | Лизиса нет | Быстрый лизис | Сгустка не образу-ется |
| Тромбиновый тест | 0,2 мл тромбин-теста + 0,5 мл крови, по секундомеру определяют время образования сгустка | 7 – 11 сек нормал. концентрация фибрино-гена (2 – 4 г/л) | 7 – 11 сек нормал. концентрация фибрино-гена (2 – 4 г/л) | 7 – 11 сек нормал. концентрация фибрино-гена (2 – 4 г/л) | 20 – 60 секунд концентрация снижена | Более 60 секунд концентрация снижена |
| Проба с протамин-сульфатом | 1 мл крови + 0,2 мл 1 % протамин-сульфата, нормализация свертывания крови при избытке гепарина | Проба не проводится | Проба не проводится | Проба не проводится | + | - |
| Число тромбоцитов | Лабораторно | 175 – 245 | 175 – 245 | Менее 120 | Менее 140 | Менее 60 |
| Тромбиновое время, сек. | Лабораторно | 24 - 35 | Менее 24 | Более 60 | Более 100 | Более 180 |

**Принципы лечения ДВС.**

1. Устранение акушерской патологии, вызывающей ДВС
2. Нормализация центральной и периферической гемодинамики
3. Восстановление гемокоагуляционных свойств и нормализация фибринолиза

* Препараты, содержащие прокоагулянты – теплая донорская кровь, концентрированная плазма (нативная антигемофильная, сухая), криопреципитат
* Антифибринолитики – контрикал (трасилол, гордокс)
* Средства, тормозящие внутрисосудистое свертывание – гепарин – противопоказан в фазу IV, а также при неостановленном кровотечении.

**Принципы профилактики акушерских кровотечений.**

Группы риска:

* Нарушение менструальной и репродуктивной функции
* ЭГП
* Возрастные и юные первородящие
* Варикозное расширение вен половых органов, нижних конечностей
* Воспалительные заболевания женских половых органов
* Осложненное течение предыдущих родов, абортов
* Поздний токсикоз
* Частые острые и хронические инфекционные и аллергические заболевания
* Миома матки
* Многоводие
* Многоплодие
* Крупный плод
* Невынашивание беременности в анамнезе
* Многорожавшие
* 2 и более абортов в анамнезе
* рубец на матке

Профилактические мероприятия в ЖК.

1. Тщательное полноценное полное обследование
2. Своевременное решение вопроса о прерывании беременности
3. Женщинам групп риска целесообразно стационарное обследование и лечение 1 – 2 раза за беременность (в 32 – 36 недель ЛФК, УФО, витаминотерапия)
4. Госпитализация за 2 недели до срока родов

Профилактические мероприятия в дородовом отделении.

1. Полноценное обследование и лечение
2. Своевременное решение вопроса о плановом родоразрешении КС
3. Медикаментозная подготовка (препараты глюкозо-витамино-гормонального комплекса, спазмолитики).

Профилактические мероприятия в родах.

1. Рациональное ведение родов
2. Своевременное решение вопроса об оперативном родоразрешении
3. Обоснованное применение родостимуляции с применением токомоторных средств в установленных дозах (окситоцин, ПГ)
4. У женщин групп риска 3 и послеродовой периоды ведутся с иглой в вене (в/в капельно 0,5 ПГ + 0,5 окситоцин)
5. Учет кровопотери, тщательный гемостаз, восполнение кровопотери.

**Схема лечения кровотечений, обусловленных ДВС.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Гемостатические препараты | I фаза ДВС | II фаза ДВС | | III фаза ДВС | IV фаза ДВС | |
| Гепарин ЕД/кг | 70 - 50 | 30 | | 10 – 30 | -- | |
| Трасилол ЕД | -- | 50000 – 100000 | | 50000 – 100000 | 100000 – 300000 | |
| Контрикал ЕД | -- | 20 – 60 тысяч | | 20 – 60 тысяч | 60 – 120 тысяч | |
| Гордокс ЕД | -- | 200 – 600 тысяч | | 200 – 600 тысяч | 600 – 1200 тысяч | |
| Фибриноген г | -- | -- | | 2 – 4 | 2 – 4 | |
| Концентрат нативной плазмы (плазма антигемофильная) мл | -- | 125 – 250 | | 125 – 250 | 250 – 500 | |
| Сухая плазма мг | -- | 125 – 250 | | 125 - 250 | -- | |
| Кровь свежая консервированная | -- | -- | | 500 – 1000 | 1000 | |
| Кровь до 5 дней консервации | -- | 250 – 500 | | 500 – 1000 | 1000 | |
| Криопреципитат | -- | -- | | 200 – 400 | 600 | |
| 30 % альбумин | -- | 200 – 400 | | 200 – 400 | 200 - 400 | |
| Эритромасса | -- |  | В зависимости от кровопотери | | |  |

**Акушерские кровотечения.**

Кровотечения – 3 место в причинах материнской смертности.

**Классификация.**

1. Полное предлежание (placenta praevia totalis) – кровотечение развивается ранее 28 – 30 недель – абсолютное показание к КС.
2. Неполное предлежание (placenta praevia partialis):

А) краевое – только край плаценты выходит за зев – кровотечение в послеродовом периоде

Б) боковое – плацента занимает 2/3 – 1/2 зева – кровотечение во время родов.

**Этиология.**

1. Дистрофические изменения миометрия и эндометрия:

- аборт

- выкидыш

- инфекционное осложнение родов

- ручное отделение последа

- КС

1. Аномалии развития матки: половой инфантилизм.

**Клиника.**

1. Кровотечения:

* Свежей кровью
* Повторяющиеся (рецидивирующие)
* Безболезненные
* На фоне полового покоя (сокращение матки и разворачивание внутреннего зева, что ведет к отслойке плаценты)
* Провоцирующие факторы для сокращения матки: влагалищное исследование ведет к травме плаценты, дефекация, половой акт, физическая работа

1. Анемический синдром (головокружение, выпадение волос, ломкость ногтей, обмороки)
2. Гипотонический синдром. Можно пропустить гестоз, т. к. АД при гестозе повышается и достигает нормы.
3. Внутриутробное страдание плода:

* Хроническая гипоксия плода
* Гипотрофия плода
* Анте-, интра-, постнатальная смертность плода.

**Диагностика.**

1. ОАГА
2. Жалобы
3. Объективный осмотр: бледность, понижение АД, при применении 2 приема Леопольда – неправильное положение, при 1 приеме – высокое стояние дна матки, при 3 приеме – высокое стояние предлежащей части, бради- или тахикардия у плода, глухость и аритмия тонов сердца.
4. Осмотр на зеркалах (для дифференцировки разрывов и другой патологии от кровотечения)
5. Влагалищное исследование – в условиях развернутой операционной.
6. Дополнительные методы:

* УЗИ (о виде и предлежании плаценты), выявляет микроциркуляцию плаценты за счет увеличения размеров матки в 500 раз и за счет динамического перемещения
* ДМИ
* Кардиомониторинг
* ЭКГ и ФКГ плода
* Рентген – контрастируют мочевой пузырь, измеряют расстояние от мочевого пузыря до головки плода = 3 см (толщина плаценты) предлежание.

1. Лабораторные данные: снижение гемоглобина и эритроцитов, ЦП, тромбоцитов, фибриногена (коагулопатия потребления)

**Дифференциальная диагностика.**

При подозрении на предлежание плаценты – ДСП № 83 (для служебного пользования). Женщина должна поступать в стационар при высокой степени риска. Ее осматривают на зеркалах. Если она не в родах, то консервативное лечение (анемии, хронической гипоксии, спазмолитики)

**Показания к КС.**

* При беременности: профузное кровотечение, большая кровопотеря
* В родах: полное предлежание, неправильное положение плода. При беременности шов на ШМ по Любимовой (повышение скорости миграции)
* Ранняя амниотомия (прижимание предлежащей частью кровящего края)
* При патологии ручное обследование матки, ручное отделение плаценты
* Профилактика гипотонических кровотечений.

**Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП).**

**Этиологические факторы**

1. ПТБ
2. ЭГП (ГБ, пиелонефрит, заболевания печени, заболевания крови, эндокринопатии), ведущая к нарушению микроциркуляции
3. Механические травмы, факторы для перерастяжения матки (многоплодие, многоводие, крупный плод)
4. Короткая пуповина (тянет за собой плод)
5. Быстрое опорожнение плодного пузыря (выпуск вод по игле)
6. Бурная родовая деятельность
7. Физическая нагрузка.

Теория: неполноценность якорных ворсин.

**Классификация.**

1. Частичная и полная
2. При тяжелой отслойке более 1/3 – смерть

При средней менее 1/3

Легкая

1. По течению: 1) прогрессирующая

2) непрогрессирующая

1. По Репиной: 1) развитие генерализованного кровотечения

2) развитие полиорганной недостаточности

**Клиника.**

1. болевой синдром: 1) боли в области гематомы

2) при краевом отслоении – кровотечение и боли (может и не быть)

1. гипертонус матки
2. кровотечение: 1) наружное

2) внутренне

3) смешанное

4) старая зеленая кровь

1. страдание плода: кровотечение идет из сосудов женщины и из пуповины
2. ДВС: 1) петехии на коже

2) синяки 1 вариант

3) кровотечения из мест инъекций

1. повышение ЧСС
2. олигурия 2 вариант
3. нарушение мозгового кровообращения (НМК)

**Дифференциальная диагностика.**

1. С предлежанием плаценты
2. С разрывом матки (угрожающим и начавшимся)

**Лечение.** (ДСП № 63)

1. При нормальном состоянии женщины – ранняя амниотомия, которая приводит в понижению внутриматочного давления и сокращению матки. Это дает прекращение кровотечения.
2. Во 2 периоде родов – акушерские щипцы
3. В 3 период родов – ручное выделение последа, обследование матки
4. ППК
5. При мертвом плоде – КС (ШМ закрыта). Матка Кювелера – экстирпация.

**Операции.**

**Ручное отделение и выделение плаценты.**

**Показания.**

* Предлежание плаценты
* ПОНРП
* Аномалии прикрепления плаценты
* Ущемление последа
* Шок, коллапс
* После плодоразрушающей операции

**Подготовка.**

1. Выпустить мочу катетером
2. Обезболивание – в/в наркоз (калипсол)

– можно премедикацию

- пудендальная анестезия

1. Обработка рук врача и наружных половых органов
2. Вызов ассистента

**Техника.**

1. Раздвинуть половые губы левой рукой
2. Ввести правую руку акушера тыльной стороной к крестцу
3. Ввести правую руку в матку
4. На живот женщины кладут стерильную салфетку (пеленку)
5. На салфетку – руку (на дно матки): - обозначаем дно

- чтобы не перфорировать матку

1. По пуповине дойти до плаценты
2. Находим край плаценты (верхний или нижний)
3. Пилящими движениями отделяют плаценту (пальцы вместе, вверх)
4. Выделение последа ведет ассистент: потягивая осторожно за пуповину, вдоль руки хирурга рождают послед.

**Ручное обследование полости матки**

**Показания.**

* Предлежание плаценты
* ПОНРП
* Аномалии прикрепления плаценты
* Ущемление последа
* Шок, коллапс
* После плодоразрушающей операции
* Задержка в матке частей последа
* Гипотонические кровотечения
* Рубец на матке
* Дефект плаценты

**Подготовка.**

1. Выпустить мочу катетером
2. Обезболивание – в/в наркоз (калипсол)

– можно премедикацию

- пудендальная анестезия

1. Обработка рук врача и наружных половых органов
2. Вызов ассистента

**Техника.**

1. Раздвинуть половые губы левой рукой
2. Ввести правую руку акушера тыльной стороной к крестцу
3. Вторую руку на дно матки
4. Руку в виде скребочка: передняя, правая, задняя, левая стенка, дно, углы.
5. Можно вынуть из матки сгустки крови, части плаценты, оболочки. Спустить все к нижнему сегменту
6. Наружновнутренний массаж матки на кулаке: прерывистый (1 – 2 минуты массаж, 1 – 2 минуты отдых), длительность массажа 15 – 20 минут (передняя стенка, дно, частично задняя стенка). Боковые стенки и углы не массируются, т. к. может быть размозжение сосудов и нервов.
7. Извлекают руку со всеми находками
8. При извлечении руки из матки наблюдается симптом ''баранки'' – внутренний зев сократился – это признак эффективности массажа матки, матка сократилась

**Шов по Лосицкой.**

Вкол снаружи внутрь по задней губе как можно ближе к своду и выкол изнутри кнаружи. Завязывание узла. Это стимулирует мышечные окончания ШМ матка сокращается. Местная ишемия вызывает гемостаз. Шов кетгутом из двух ниток. Он накладывается: 1) лечебно – при гипотоническом кровотечении; 2) профилактика гипотонических кровотечений при низкой плацентации

**Клеммы по Бакшееву.**

1. Клеммы на 2 часа
2. Мягкие зажимы: 3 на переднюю и 3 на заднюю стенку через всю длину ШМ, стараясь достигнуть свода
3. Рефлекторный механизм.

**Тампонада заднего свода.**

С эфиром 30 – 60 минут, сухая – 2 часа.

1. Откинуть переднюю губу кверху
2. Тампонада заднего свода
3. Рефлекторное сокращение матки.

**Наложение зажимов на магистральные сосуды.**

1. На круглую связку
2. На собственную связку яичника
3. Восходящая ветвь a. uterica – это этап перед удалением матки.

**Аномалии прикрепления плаценты.**

1. Плотное прикрепление (placenta adhaereus) – ворсины хориона прорастают базальную мембрану слизистой
2. Истинное приращение – плацента прорастает базальную мембрану на различную глубину, она не отделима (placenta aeceta)

Клиника.

* Отрицательные симптомы отделения последа
* Кровотечение из сосудов плацентарной площадки (при частичном прикреплении, приращении). Объем кровотечения зависит от патологического процесса.
* Дифдиагностика между плотным прикреплением и истинным приращением: по ручному отделению и выделению последа. При истинно приращении сжать руку в кулак, прижать плаценту и так с рукой в матке транспортировать в операционную.

Тактика.

1. Входят в вену для введения анестетика
2. Ручное отделение и выделение последа
3. Ручное обследование полости матки
4. Массаж на кулаке
5. Проверяют целостность нижнего сегмента
6. Шов по Лосицкой
7. Тампонада заднего свода

Диагностика.

* ОАГА – группы риска
* УЗИ
* Истинный диагноз в 3 периоде родов.

**Кровотечения в раннем послеродовом периоде.**

Причины гипотонических кровотечений.

1. ОАА, ОГА, ОАГА – группы риска
2. Перерастяжение матки: многоводие, многоплодие, крупный плод
3. Ятрогенные причины: передозировка сульфата магния, спазмолитиков, лечение слабости родовой деятельности в 1, 2 периодах и отключение ее в 3, 4 периодах
4. Мертвый плод
5. Низкая плацентация
6. Затяжные, стремительные роды

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Гипотония | Атония |
| Характер кровотечения | Порционное, волнообразное | Профузное |
| Тонус матки | Снижен | Нет |
| ДВС | Постепенно | Быстро |
| Реакция на раздражители | Есть | Нет |

Диагностика.

Выделение групп риска, если точный диагноз – немедленно в послеродовой период этапность помощи + пережатие аорты кулаком по Шмидту и пальцами по Бирюкову.

**Геморрагический шок.**

Шок – это критическое состояние, связанное с острой массивной кровопотерей, который проявляется кризом макро- и микроциркуляции, полиорганной и полисистемной недостаточностью. Кожа: бледная, цианотичная, мраморная.

Принципы лечения.

1. Остановка кровотечения (зависит от причины)
2. Восполнение ОЦК (поддержание ОЦК) – инфузионно-трансфузионная терапия
3. Выведение из шока назначением глюкокортикоидов
4. Профилактика шокового легкого – ИВЛ
5. Профилактика шоковой почки – лазикс 10 – 20 мг на 1 л жидкости
6. Профилактика сердечно-сосудистой недостаточности – сердечные гликозиды
7. Профилактика НМК – эндотрахеальный наркоз
8. Профилактика ГСО – АБ широкого спектра действия (цефалоспорины 2, 3 поколения)
9. Лечение ДВС + пирацетам в/в, гемостатики (все, кроме аминокапроновой кислоты)
10. Коррекция КЩР – сода
11. Коррекция электролитного баланса – кристаллоиды.

**ЭГП.**

4 место среди материнской смертности, частота растет.

По Шехтману 3 группы женщин:

1. Здоровые 38,5 %
2. Практически здоровые (ОРЗ бес последствий)
3. ЭГП 61,5 %.

По Пермской области: 1 место – анемия (до 70 %) – нерациональное питание, гельминтозы

2 место – заболевания почек (до 16 %)

3 место – заболевания ССС

4 место – заболевания щитовидной железы

5 место – сахарный диабет

**Аномалии родовой деятельности (АРД).**

**Частота:** 17 – 19 %, в ОКБ – более 20 %.

**Приводит к:** - травме плода

- мертворождению

- кровотечению

- оперативному вмешательству (КС)

**Условия для родовызывания:**

1. необходима зрелая ШМ – положительный окситоциновый тест
2. в 6 утра клизма, чтобы снизить синтез ацетилхолина
3. в 6, 7, 8 утра – фолликулин
4. глюкоза, витамины, кокарбоксилаза в/в струйно
5. энзопрост, простенон
6. ждем 1- 2 часа до наступления родовой деятельности. Если не наступила, то родоусиление.

**Причины АРД:**

1. Акушерские:

* ОАА – частые аборты, много родов, приводят к дистрофическим изменениям в миометрии, много выкидышей
* ОГА – воспалительные заболевания матки и яичников
* Перерастяжение матки – многоводие, многоплодие, крупный плод
* Невынашивание и перенашивание
* КУТ
* Тазовое предлежание – нет пояса соприкосновения
* Разгибательное положение плода
* Плацента находится в правом трубно-маточном углу – прогестероновый блок
* Неправильное положение плода
* Ригидность ШМ

1. Соматические

* Старше 30 лет и младше 18 лет
* Инфантилизм
* Органические заболевания ЦНС (эпилепсия), краснуха – подавление формирования родовой доминанты
* Нарушение обмена веществ: жирового (жир – это депо эстрогенов + эстрогены в жировой ткани превращаются в андрогены)
* Хроническая интоксикация приводит к нарушению формирования родовой доминанты.

1. Нейрогенные

* Перенапряжение ЦНС (врачи, студенты, учителя)
* Отрицательные эмоции и страх

1. Ятрогенные

* Несвоевременное, необоснованное, нерациональное родоусиление
* У первородящих ранняя амниотомия дает АРД
* Грубые врачебные манипуляции.

1. Фето-плацентарный комплекс

* Плацента - гормональный орган. Дает ПГ, эстрогены, прогестерон. При недостаточности – АРД.

1 – 5 группы риска по развитию АРД.

**1 период родов:**

А) латентная фаза

1. сглаживание ШМ
2. устанавливается регулярная родовая деятельность
3. раскрытие ШМ до 4 см
4. в этот период подводят фон готовности. Для установления родовой доминанты – электроанальгезия. Для быстрого сглаживания ШМ ректально свечи с белладонной. Клизма в санпропускнике (снижение АХ), седативные препараты по показаниям.

Б) активная фаза

1. раскрытие ШМ 4 – 8 см
2. скорость раскрытия 1,0 – 1,5 см/час
3. длительность 3 – 4 часа
4. можно вводить спазмолитики, анальгетики (не- и наркотические). Сон по ФОЮ, электросон – профилактика гипоксии плода.

В) фаза замедления

1. раскрытие ШМ до 10 см
2. скорость раскрытия 1 см/час
3. длительность 2 часа
4. вводят спазмолитики, ненаркотические анальгетики, электросон, перидуральный блок, профилактика гипоксии плода, сон по ФОЮ (за 2 часа до родов)

**Классификация АРД.**

1. Патологический прелиминарный период
2. Слабость родовой деятельности:

А) первичная

Б) вторичная

В) слабость потуг (первичная и вторичная)

1. Чрезмерно сильная родовая деятельность (гиперреактивность матки)
2. Дискоординация родовой деятельности:

А) собственно дискоординация

Б) обратный градиент

В) циркулярная дистония

Г) судорожные схватки

1. Дистоция ШМ

**Патологический прелиминарный период.**

В норме:

1. длительность 6 часов
2. боли внизу живота и в поясничной области, которые усиливаются и учащаются и переходят в
3. регулярные схватки
4. нет нарушения ритма сна и бодрствования
5. ясные тоны плода
6. нормальный тонус матки
7. зрелая ШМ
8. период расслабления длительнее периода сокращения (тройной нисходящий градиент)
9. слизистые выделения

При патологии:

1. боли больше 6 часов
2. нерегулярные по силе, частоте, длительности схватки
3. период расслабления длительнее периода сокращения
4. нарушения ритма сна и бодрствования
5. гипертонус нижнего сегмента
6. плод высоко над входом в малый таз
7. плохо прощупываются части плода
8. влагалищное исследование: сужение влагалища, повышение тонуса тазового дна, незрелая ШМ
9. кольпоцитология: 1, 2 тип – ''поздний срок беременности'', ''незадолго до родов'' – недостаток эстрогенов
10. длительность патологического прелиминарного периода 6 – 48 часов. При этом происходит:

* утомление женщины
* несвоевременое излитие околоплодных вод
* нарушение психоэмоционального состояния
* страдание плода

**Диагностика.**

1. анамнез
2. клиника
3. инструментальное исследование

**Дифдиагностика от первичной слабости родовой деятельности.**

* Регулярные схватки (но слабой силы или нормальной силы, но редкие и короткие). Лечение: родоусиление.
* Гипотонус
* Медленная динамика раскрытия
* При патологическом прелиминарном периоде:

1. нет динамики. Родоусиление нельзя.
2. нерегулярные схватки

**Лечение.**

1. Электроанальгезия
2. Эстрогены 10 – 20 тысяч ЕД 2 раза в день.
3. Спазмолитики для размягчения ШМ
4. Для усиления энергетики: глюкоза, кокарбоксилаза, глюконат кальция, витамины В и С
5. Сон по ФОЮ на ночь
6. При отрицательном эффекте – КС.

**Слабость родовой деятельности.**

10 % от всех родов.

Схватка: - длительность

- регулярность

- сила

- частота

Это недостаточность силы, частоты, длительности схваток, в результате чего замедляется прохождение плода по родовым путям.

**Виды:**

1. Первичная – может быть патологический прелиминарный период фон готовности, сон по ФОЮ, ранняя амниотомия, родоусиление
2. Вторичная – нормальная родовая деятельность слабость – при открытии 8 см – фо6 готовности, родоусиление.
3. Слабость потуг – недостаточность брюшного пресса – утомление женщины.

**Осложнения.**

1. ГСО (длительный безводный период)
2. Затяжные роды (более 16 часов).
3. Гипотонические кровотечения
4. Гипоксия плода

**Диагностика.**

1. Анамнез
2. Наблюдение за женщиной: характер родовой деятельности, состояние женщины, состояние плода, раскрытие ШМ. Наблюдение 6 часов – диагноз.
3. КТГ плода с установкой датчика на дно матки (диагноз – 1 – 2 часа).
4. Гистерография (диагноз – 2 – 3 часа)
5. Ведение партограммы: АД женщины, ЧСС плода, характер схваток, раскрытие ШМ.

**Лечение (профилактика):**

1. Клизма в санпропускнике (снижение АХ)
2. Фон готовности
3. Амниотомия
4. Сон по ФОЮ или электросон (при утомлении женщины)
5. Спазмолитики
6. Родоусиление:

* Окситоцин 5 ЕД + 500 мл физраствора в/в капельно со скоростью 6 – 8 капель в минуту(струйно нельзя, иначе ПОНРП), увеличивая каждые 5 – 10 минут на 5 капель до 40 капель в минуту.
* ПГ (анзапрост, простенон) – где неготовые родовые пути, недоношенный ребенок
* Комбинированное 0,5 окситоцина + 0,5 ПГ
* Местное введение ПГ в цервикальный канал, а если он закрыт, то в задний свод.

1. При отрицательном эффекте – КС.

**Противопоказания для родоусиления:**

1. ПОНРП
2. патологический прелиминарный период
3. дискоординация родовой деятельности
4. предлежание плаценты
5. неправильное положение плода
6. утомление женщины
7. стеноз влагалища и ШМ
8. КУТ

**Лечение слабости потуг.**

1. Бинт Вербова
2. Родоусиление (в/в капельно)
3. Если головка на тазовом дне – мед. щипцы
4. Акушерские щипцы
5. Экстракция за тазовый конец (при тазовом предлежании)
6. Пудендальная анестезия и эпизиотомия.

**Бурная родовая деятельность**

Частые сильные схватки в результате повышенной возбудимости и быстрый период изгнания (за 1 – 2 потуги) срочные роды (1 – 3 ч), быстрые роды (3 – 6 ч).

А) частота схваток – 5 за 1 минуту

Б) в 1 период родов давление в матке повышается до 40 – 50 мм рт ст; во 2 период (+ потуги) – до 90 – 100 мм рт ст

В) плохо пальпируются части плода.

**Осложнения.**

1. Родовой травматизм
2. Кровотечения из разрывов
3. Гипоксия плода
4. ГСО
5. ПОНРП

**Лечение.**

1. Если у женщины в анамнезе стремительные роды – госпитализация в 38 недель.

1 период:

1. Роды на боку, противоположном позиции плода (медленнее вставляется головка)
2. Снизить болезненность схваток: спазмолитики, бета-адреномиметики (сульфат магния нельзя, т. к. может быть кровотечение)
3. Седатики
4. Наркоз для понижения тонуса матки: эфир, фторотан

2 период:

1. Пудендальная анестезия, эпизиотомия (профилактика травматизма)
2. Если у женщины в анамнезе стремительные роды с неблагополучным течением для плода, то плановое КС

**Дискоординация родовой деятельности (ДРД).**

Это нарушение координации сокращения различных участков матки в результате неправильного положения водителя ритма.

**Диагностика.**

1. Неодинаковые сокращения:

А) вертикальная ДРД – если верхний и нижний сегмент

Б) горизонтальная ДРД – если правая и левая половины

1. Отставание раскрытия ШМ
2. Гистерография

**Дифдиагностика.**

1. Со слабостью родовой деятельности
2. С КУТ

**Степени тяжести ДРД.**

1 степень

1. Одновременное сокращение продольных и циркулярных мышечных пучков
2. Болезненные схватки
3. Уменьшение периода расслабления
4. Повышение тонуса матки перед сокращениями, что плохо для маточно-плацентарного кровотока
5. При влагалищном исследовании – края зева напряжены во время и вне схватки (в норме вне схватки расслаблены раскрытие)

2 степень – спастическая.

1. Спазм циркулярных мышц нижнего сегмента и ШМ
2. Открытия нет
3. Повышение ЧСС и АД
4. Задержка самостоятельного мочеиспускания
5. Женщина кричит от боли
6. Страдание плода
7. Матка в виде песочных часов

3 степень – торпидная фаза родового шока.

1. Фибрилляция матки или резкое повышение тонуса
2. Нет самостоятельного мочеиспускания
3. Контракционное кольцо поднялось в виде шнура и делит матку на верхнюю и нижнюю половины
4. Может быть внутриутробная травма плода
5. Влагалищное исследование: сужение влагалища, повышение тонуса тазового дна, отек краев зева.

**Лечение.**

2, 3 степень – КС

1 степень – консервативно:

* Фон готовности
* Ранняя амниотомия
* Спазмолитики, бета-адреномиметики
* Электроанальгезия для формирования родовой доминанты
* Сон по ФОЮ
* Седатики (нормализация процессов в ЦНС)
* Если нет эффекта, то КС.

**Дистоция ШМ.**

1. Может быть по типу тройного нисходящего градиента
2. Первичная – при рубцах на ШМ, разрывы после родов, абортов
3. Вторичная – признак клинического несоответствия ригидная ШМ, отечная, висит – это патология сократительной деятельности матки, при которой препятствием для рождения плода является наружный зев, т. е. схватки будут регулярные, хорошей силы, ШМ сглаживается, но раскрытия нет.

ШМ постепенно отекает, становится ригидной. В итоге: 1) отрыв ШМ от тела, кровотечение

2) в результате давления предлежащей части на ШМ, происходят разрывы ШМ.

**Варианты:**

1. активная (функциональная) – спазм можно снять
2. пассивная (органическая). Если есть рубец на матке в результате:

* диатермокоагуляции (эрозия ШМ) у нерожавших не следует применять диатермокоагуляцию
* рубцы после родов, абортов (но чаще это ведет к развитию истмико-цервикальной недостаточности)

**Лечение:**

1. обкалывание ШМ 200 мл 0,25 % раствора новокаина с 8 мл 2 % дибазола (задний, передний своды, правая и левая стенки по 50 мл)
2. лидаза 64 ЕД в/м
3. спазмолитики в/в
4. перидуральный блок
5. если нет открытия, то КС
6. при первичной дистоции – подготовка ШМ к родам – спазмолитики, фон готовности, лидаза, синестрол или фолликулин. В родах – спазмолитики, обезболивание (лучше перидуральный блок)
7. при вторичной дистоции – КС.

**Профилактика АРД,**

1. начинается задолго до родов:

* гигиена детей и подростков
* питание
* физкультура
* обеспечение гармоничного развития женщины

1. при беременности

* режим труда и отдыха
* полноценное питание
* умеренная физическая нагрузка, ЛФК
* прогулки 2 – 4 часа
* сон 8 – 10 часов

1. во 2 половине беременности носить бандаж для профилактики отвисания живота
2. психопрофилактика к родам
3. если есть риск развития АРД, то с 36 недель:

* галаскорбин (профилактика слабости) 1 таб. – 3 р/день
* витамин В6 2- 5 мг 2 р/день, 1 5 1 мл в/м 14 дней
* фолиевая кислота 400 мг 1 раз per os
* витамин С драже по 0,1, инъекции 5 % 1 – 2 мл за 2 – 3 недели перед родами

1. для накопления предшественников ПГ: линетол 30 мл или арахиден по 20 капель 2 р/день
2. диета, несоленая рыба, масло по 30 мл 2 р/день
3. электроанальгезия 7 – 10 сеансов по 45 минут
4. иглорефлексотерапия
5. госпитализация в 38 недель и комплексная подготовка к родам (фон готовности) под контролем состояния зрелости ШМ
6. с целью улучшения маточно-плацентарного кровоснабжения и реологии крови: трентал 100 мг в 400 мл реополиглюкина
7. спазмолитики: обычные + арахиден, линетол
8. подготовка к родам: ПГF: 5 мг ''Энзапроста'', ПГЕ2: 1 мг в 500 мл 5 % глюкозы или физраствора в/в со скоростью 8 – 10 капель в минуту
9. вагинально, интрацервикально ПГF и ПГЕ2 15 – 20 мг в геле
10. электростимуляция ШМ прямоугольным током 15 – 20 минут, 1 – 4 процедуры в зависимости от степени зрелости ШМ
11. если после 2 недель подготовки к родам на 41 – 42 неделе ШМ незрелая, то плановое КС

**Факторы риска АРД при беременности**

1. инфантилизм
2. аномалии развития половых органов
3. воспалительные процессы матки и придатков
4. аборты
5. перенашивание
6. ФПН
7. Многоводие и многоплодие
8. Старше 30 лет
9. Миома матки, рубцы трубно-маточном углу
10. Бесплодие
11. Невынашивание
12. ЭГП
13. Нейроэндокринная патология, ГБ, гипертиреоз
14. Эндокринопатии
15. Крупный плод
16. ПТЬ
17. Тазовое предлежание плода
18. Неправильное вставление плода
19. Аномалии прикрепления плаценты (низко или в правом трубно-маточном углу)

**Факторы риска АРД в родах**

1. Узкий таз
2. Несвоевременное излитие вод
3. Патологический прелиминарный период
4. Вялый или плоский плодный пузырь
5. Неправильное ведение родов

**Гипоксия плода.**

Это нарушение газообмена, ведущее к различным метаболическим нарушениям.

**Причины и патогенез.**

1. Недостаток кислорода у матери – предплацентарные причины (ЭГП, гестоз, хроническая инфекция)
2. ФПН - плацентарные причины (ЭГП, ПОНРП, инфекция, предлежание плаценты, преждевременное старение плаценты)
3. Постплацентарные причины – инфекции, травмы плода, обвитие пуповиной, выпадение пуповину, гемолитическая болезнь)

**По механизму:** циркуляторная, смешанная, гипоксическая, гемическая, тканевая.

Очень редко 1 патогенетическое звено. При СД – пред-, пост- и плацентарные причины.

**Диагностика.**

1. Аускультация – в норме 120 – 140 – 160 (при тазовом предлежании - увеличение ЧСС), ритмичные, ясные.
2. Шевеление плода ( в норме за 10 минут 2 – 3 шевеления), когда меньше – плохо (более тяжелая гипоксия), в начальных стадиях – бурные движения плода. Если нет шевелений в течение 12 часов – плохо.
3. Функциональные пробы. Если сердцебиение более 160 или менее 120 + аритмия + глухость, то это гипоксия. Это очень информативные методы.
4. ДМИ
5. УЗИ – движения плода, дыхательные движения плода.
6. Кардиомониторинг.
7. ЭКГ,ФКГ
8. Уровень гормонов, которые выделяет плацента (эстрогены, плацентарный лактоген) + БАВ, которые выделяются самим плодом (АФП).
9. Амниоскопия – при очень острой гипоксии ребенок умирает. Амниоцентез – очень хорош при гемолитической болезни. Сейчас почти не применяется.
10. Пункция пуповинной крови или предлежащей части в родах – инвазивный метод.

КТГ

1 датчик на область пупка, другой на дно матки.

1. Базальный ритм 120 – 160 уд/мин
2. Амплитуда – разница в норме 10 мм рт ст. если менее – хроническая гипоксия, если более – обвитие пуповиной, предлежание пуповины
3. Децелерация – уменьшение ЧСС на 15 ударов и длительностью более 15 секунд – признак страдания плода.
4. Акцелерация – увеличение ЧСС на 15 ударов и длительностью более 15 секунд – должна быть хотя бы одна за 30 минут.

Функциональные пробы.

1. Задержка дыхания на вдохе – при этом ЧСС урежается на 7 - 10 ударов
2. Задержка на выдохе – увеличение на 7 – 10 ударов
3. Температурная проба: пузырь со льдом на головку плода – урежение ЧСС, если тепло – увеличение.
4. Проба с кислородом – женщине дают кислородную ингаляцию – увеличение ЧСС
5. Нестрессовый тест – на собственные движения плода – увеличение ЧСС(в норме)
6. Окситоциновая проба для плода – на появление схватки учащение сердцебиения. Если на все схватки урежение ЧСС – это плохо

* 1 вариант: если все ответы нормальные, то защитно-приспособительные реакции у плода сохранены роды.
* 2 вариант: парадоксальная реакция – вместо учащения дает урежение. Либо очень резкое повышение ЧСС. Гипоксия у плода есть, компенсаторные реакции есть, но они нарушены. Если есть еще какие противопоказания – КС. Если все остальное в норме – роды, но при любом нарушении - КС.
* 3 вариант: никак не реагирует (монотонная кривая, т. к. нет компенсаторных реакций) – при тяжелой гипоксии плода в роды нельзя.

1. Проба Гона – при записи КТГ надавливание на дно матки приводит к резкому повышению ЧСС.
2. Проба Блока – механическое раздражение рукой головки плода – повышение ЧСС.

**3 степени тяжести.**

1. легкая – ЧСС более 160 (тоны ритмичные, звучные)
2. урежение ЧСС менее 120,но не менее 100, ритмичные. Но могут быть глухие.
3. ЧСС менее 100 ударов, аритмичные, глухие.

**Принципы лечения.**

1. При легкой степени гипоксии – консервативное лечение при беременности.
2. При гипоксии средней и тяжелой степени – срочное родоразрешение (КС). По ЧСС – это поздний признак гипоксии.

**Консервативное лечение.**

1. Лечение ЭФ (основной причины)
2. Восстановление маточно-плацентарного кровотока:

* Спазмолитики (лучше эуфиллин)
* Курантил, гепарин (небольшие дозы)
* Если ПТД с 1 степенью ДВС – реополиглюкин + гепарин
* Препараты никотиновой кислоты
* Бета-адреномиметики (партусистен), чтобы снизить возбудимость матки.

1. Улучшение газообмена:

* Кислород (палатки, барокамеры)
* Глюкоза с витамином С
* Кокарбоксилаза
* Фолиевая кислота
* Пирацетам
* Актовегин
* Витамины Е, А, С
* Цитохром
* АК (метитонин, глутаминовая кислота)
* Унитиол
* Препараты железа для увеличения КЕК

**Ведение родов.**

Легкая степень.

1. лечение гипоксии. Если нет нормализации в течение часа и до родов долго - КС
2. если все нормализовалось, то родоразрешение через естественные родовые пути

Средняя степень – в 1 период родов сразу КС ( в течение 5 минут, женщине эндотрахеальный наркоз)

1. во 2 период родов: легкая степень – пудендальная анестезия, эпизиотомия
2. средняя степень – акушерские щипцы, если головка в полости таза + эпизиотомия

Тяжелая степень – даже если полное открытие, но головка не вошла в малый таз – КС.

**Медикаментозные щипцы** – головка в выходе из малого таза – одномоментное введение окситоцина. Но очень осторожно: если ребенок не вытолкнется, то ПОНРП.

**Асфиксия.**

Отсутствие дыхания. Это патологическое состояние, при котором нарушается газообмен в организме ребенка в виде недостатка кислорода и избытка СО2 и метаболического ацидоза. Шкала Апгар: норма 8 – 10 баллов, 7 – 6 баллов – 1 степень, 5 баллов – 2 степень, 3 – 4 балла – 3 степень.

Помощь при асфиксии по системе ABCD (по порядку):

A - обеспечить доступ воздуха

B – очистить дыхательные пути вакуум-отсосом

C – сердце

D – медикаментозная терапия

Асфиксия легкой степени.

Если после одной буквы состояние улучшается, то другие мероприятия не надо.

1. маска
2. проходимость дыхательных путей – с помощью катетера отсасывается слизь из носа, рта, трахеи, бронхов (чем тяжелее степень, тем глубже отсасывание), отсасывание из бронхов с помощью ларингоскопа. Обязательно отсосать жидкость из желудка, чтобы не было вторичной асфиксии.
3. если сердцебиения нет – закрытый массаж сердца

4. введение адреналина. Если в течение 7 – 10 минут нет признаков жизни, то реанимацию прекращают. Если есть хоть один признак, продолжают.

**Недоношенный ребенок.**

Анатомическая недоношенность:

* Масса менее 2,5 кг
* Длина менее 45 см
* Обилие смазки
* Пушковые волосы
* Яички не в мошонке
* Большие половые губ не прикрывают малые
* Крик тонкий, писклявый
* Кожа сморщенная, красного цвета, нет бровей, ресничек
* Ушные раковины свернуты в трубочки
* Мягкие кости черепа

Функциональная степень недоношенности:

* СС, ДС – СДР (незрелый сурфактант)
* МВС – олигурия
* ЖКТ – невозможность самостоятельно сосать вплоть до кормления через зонд, ослабление сосательных рефлексов, запоры
* Чем тяжелее степень недоношенности, тем тяжелее эти нарушения.

Уход:

1 этап – роддом: - ИВЛ или кислородная палатка

- нахождение в кювезе с постоянной температурой и влажностью

- питание чрез зонд, если не может, если может питание из соски на месте.

Находятся в ПИТе, пока не нормализуются ССС, ДС, пока не прибавят в весе.

2 этап – специальное отделение для недоношенных детей. Реабилитационная терапия (витамины, массаж, кормление, физиотерапия) до нормализации жизнедеятельности.

3 этап – дома под контролем участкового педиатра. Как правило, это длительно и часто болеющие дети (т. к. иммунная система последней формируется в онтогенезе человек). Для недоношенных детей очень страшно: СДР, переохлаждение.

**Акушерские щипцы.**

**Части:** 2 кривизны: тазовая и головная, верхушки, ложки, замок, крючки Буша, ребристые рукоятки.

При правильном положении в руках – смотрят вверх, сверху и спереди – тазовый изгиб.

**Показания:**

1. со стороны матери:

* ПОНРП
* ЭГП в стадии декомпенсации
* Тяжелый ПТБ (АД=200 мм рт ст – нельзя тужиться)
* Миопия высокой степени

1. со стороны родовой деятельности: слабость потуг
2. со стороны плода: прогрессирование гипоксии плода.

**Условия для применения:**

1. таз не должен быть узким
2. ШМ должна быть полностью раскрыта (10 – 12 см) – иначе можно ущемить ШМ отрыв
3. плодный пузырь должен быть вскрыт, иначе ПОНРП
4. головка не должна быть крупной – не удастся замкнуть щипцы. Если маленькая - соскользнет. При гидроцефалии, недоношенности – щипцы противопоказаны
5. головка должна быть в выходе из малого таза

**Подготовка:**

1. вывести мочу катетером
2. обработка рук врача и женских половых органов
3. эпизиотомия – для защиты промежности
4. ассистент
5. обезболить: в/в наркоз или пудендальная анестезия

**Техника:**

3 тройных правила:

1. направление тракции (это влекущее движение) нельзя поворачивать в 3 позициях:
2. на носки акушера
3. на себя
4. на лицо акушера
5. 3 слева: левую ложку в левую руку в левую половину таза

3 справа: правую ложку правой рукой в правую половину таза.

1. наложение ложек на головку:
2. верхушки обращены в сторону проводящей головки
3. ложки захватывают головку наибольшей окружностью (от подбородка до малого родничка)
4. проводящая точка лежит в плоскости щипцов

**Этапы:**

1. Введение ложек: левая ложка в левую руку как смычок или ручка, правая ложка отдается ассистенту. Правую руку (4 пальца) вводят во влагалище, по руке вводят ложку, большим пальцем направляя вперед. Когда бранша встанет параллельно столу, прекратить. Тоже самое сделать с правой ложкой.
2. Замыкание щипцов: если головка крупная, то между ручками зажимают пеленку.
3. Пробная тракция - будет ли двигаться головка за щипцами. На замок кладут 3 палец правой руки, 2 и 4 пальцы на крючки Буша, а 5 и 1 на рукоятку. Пробная тракция +3 палец левой руки на стреловидный шов.
4. Собственно тракция: поверх правой руки – левую руку.
5. Снятие щипцов: снять левую руку и развести ей бранши щипцов.

**Артериальная гипотония.**

Снижение АД ниже 110/60 мм рт ст

**Классификация.**

1. Физиологическая (конституционная) – женщина не реагирует на снижение АД.
2. Первичная (типичный сосудистый невроз, нейроциркуляторная дистопия по гипотоническому типу): 1 степень: компенсированная – только понижение АД

2 степень: субкомпенсированная – объективные и субъективные симптомы

3 степень: декомпенсированная – обмороки. Нарушения сна.

**Осложнения беременности.**

1. Невынашивание или перенашивание (в 3 – 5 раз чаще)
2. Ранний или поздний токсикоз (можно пропустить ПТБ)
3. Кровотечения
4. Преждевременные роды
5. После родов: ГСО, субинволюция матки

**Ведение беременности.**

1. Диспансерный учет
2. Ранняя явка в ЖК – тщательное обследование. 2 стадия – амбулаторное лечение, если нет эффекта, в стационар. 3 стадия – только в стационаре. Совместное ведение акушера и терапевта.
3. Обязательной госпитализации и групп риска нет.

**Лечение.**

1. ЛФК
2. Рациональная диета – много белка (1,5 г/кг массы тела)
3. Соблюдение режима труда и отдыха. Дневной сон.
4. Препараты, возбуждающие СДЦ и ДЦ: коразол, кордиамин, водорастворимая камфара.
5. При неврозе: седатики, общеукрепляющие. Липа в настойке, валериана, седуксен, реланиум. Для снижения утомляемости – психостимуляторы (кофеин).
6. При гипотоническом кризе: растворы фибрина, растворы кордиамина.
7. Общеукрепляющие препараты (адаптогены), повышение тонуса организма: пантокрин, настойка женьшеня, настойка элеутерококка
8. Переливание крови при кровотечении
9. Апилак и пчелиное молочко: 1 таблетка 3 раза в день под язык. Курсовое лечение: 2 – 3 раза за беременность (10 – 12 дней)
10. Физиотерапия: УФО, гипербарическая оксигенация, эндоназальный электрофорез с кофеином, кальциевый или новокаиновый электрофорез на воротниковую зону.
11. Витамин В12 – per os.

**План ведения родов.**

1. Роды вести консервативно-выжидательно через естественные родовые пути с подведением фона готовности.
2. Обезболивание
3. Медикаментозный сон при утомлении: промедол 2 % 1 мл

димедрол 1 % 1 мл

пипольфен 2,5 % 2 мл

реланиум на глюкозе

1. КТГ и профилактика внутриутробной гипоксии плода каждые 2 –3 часа
2. ППК: в/в струйно метилэргометрин с переходом в/в капельно окситоцина.
3. ДК 0,2 – 0,3 % с обязательным восполнением.

**Акушерские кровотечения.**

**Причины:**

1. В первую половину беременности

* Самопроизвольный аборт
* Внематочная беременность
* Шеечная беременность
* Трофобластическая болезнь
* Предлежание плаценты
* Эрозии ШМ, полипоз
* Рак ШМ
* Разрыв варикозно расширенных вен мягких тканей родовых путей

1. Во вторую половину беременности

* Предлежание плаценты
* ПОНРП

1. В 1 и 2 периоды родов

* Предлежание плаценты
* ПОНРП
* Разрыв матки

1. В 3 период родов

* Частичное плотное прикрепление ли приращение плаценты
* Ущемление последа
* Гипо- и атония матки
* ДВС
* Травматизм мягких тканей родовых путей

1. В послеродовой период
2. поздние: - гематометра

- плацентарный полип

- послеродовые септические заболевания

1. ранние (первые 2 часа после родов):

* Гипо- и атония матки
* ДВС
* Травматизм мягких тканей родовых путей
* Задержка частей последа.

**Схема неотложных мероприятий при предлежании плаценты.**

1. При подозрении на предлежание плаценты – госпитализация в акушерский стационар II и III степени риска.
2. Визуальный осмотр влагалища и ШМ с помощью зеркал для исключения другой патологии (эрозия, полип, рак)
3. Влагалищное исследование проводится только при развернутой операционной, наличии достаточного количества крови и кровезаменителей.
4. При отсутствии показаний к оперативному родоразрешению, лечение в дородовом отделении:

* Соблюдение постельного режима
* Применение спазмолитиков, токолитиков
* Лечение анемии
* Назначение препаратов, нормализующих МПК.

1. Показания к КС при беременности:

* Повторяющиеся кровотечения, объем которых более 250 мл.
* Одномоментная кровопотеря 250 мл и более
* Профузное кровотечение

1. Показания к КС в родах:

* Полное предлежание плаценты
* Сочетание неполного предлежания с продолжающейся кровопотерей, поперечным или косым предлежанием плода, тазовым предлежанием, крупным плодом, гипоксией плода, АУТ, старше 30 лет

1. При оперативном родоразрешении – характер разреза на матке для начинающего врача – корпоральный.
2. После извлечения плода, оценка состояния нижнего сегмента (места прикрепления плаценты, возможность частичного приращения, что требует расширения операции до экстирпации матки).
3. Принципы консервативного ведения родов:

А) ранняя амниотомия с предварительным введением спазмолитиков

Б) капельное в/в введение спазмолитиков

В) с 1 периода – катетер в вене

Г) исключение родостимуляции.

1. При кровопотере больше ДК 3 и 4 периоды ведут активно – ручное отделение последа, обследование матки.
2. Для профилактики гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде – введение сокращающих препаратов, шов по Лосицкой, тампонада.
3. При отсутствии эффекта от проводимых мероприятий и продолжающемся кровотечении показана экстирпация матки без придатков.

**Схема неотложных мероприятий при ПОНРП,**

1. При подозрении на ПОНРП – госпитализация в акушерский стационар II и III степени риска.
2. При непрогрессирующей ПОНРП во время беременности – консервативное лечение: 1) лечение основного заболевания; 2) токолитики; 3) лечение гипоксии плода
3. В родах – при небольшой кровопотере, удовлетворительном состоянии женщины – ранняя амниотомия, КТГ, катетер в вене. Для сохранения координированной сократительной родовой деятельности матки в 1 периоде родов применяют в/в капельное введение спазмолитиков. Родовозбуждение и родостимуляция противопоказаны. Лечение гипоксии плода.
4. При ПОНР в конце 1 или начале 2 периода родов – при головке, расположенной в полости таза, - акушерские щипцы, при тазовом предлежании – экстракция за тазовый конец, при мертвом плоде – плодоразрушающая операция.
5. При тяжелой форме ПОНРП во время беременности, в 1 и 2 периоде родов при подвижной предлежащей части (даже при гибели плода) в интересах матери - КС.
6. При КС в случае развития маточно-плацентарной апоплексии и развитии ДВС – экстирпация матки.
7. При ведении родов через естественные родовые пути, при отклонении от нормального течения 3 периода – ручное отделение плаценты с ревизией стенок матки и удалением пристеночных сгустков крови.
8. На протяжении 2 и более часов после родов с целью профилактики гипотонического кровотечения – в/в капельно сокращающие препараты.

**Дифдиагностика предлежания плаценты и ПОНРП.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Предлежание плаценты | ПОНРП |
| 1. Причины | - дистрофические, рубцовые, воспалительные изменения эндометрия  - снижение функции трофобласта | ПТБ, ЭГП (заболевания почек, хронические инфекции, эндокринопатии), внешние воздействия |
| 2. Характер кровотечения | - всегда наружное  - выделения алого цвета  - повторные кровотечения | - наружновнутреннее  - выделения темного цвета |
| 3. Общее состояние | - соответствует величине наружного кровотечения | - более тяжелое (не соответствует величине наружного кровотечения |
| 4. Состояние матки | - нормотонус  - конфигурация не нарушена  - пальпация безболезненна  - высоко расположена предлежащая часть | - гипертонус  - изменение конфигурации  - резкая болезненность при пальпации  - нарастает в динамике ОЖ и ВДМ |
| 5. Положение плода | - чаще косое, поперечное, тазовое  - высоко расположена предлежащая часть | - продольное |
| 6. Состояние плода | - зависит от величины кровопотери | - нарастает гипоксия плода – смерть |
| 7 . При влагалищном исследовании | - высоко расположена предлежащая часть  -плацентарная ткань  - шероховатые оболочки  - пульсация маточных сосудов | - напряженный плодный пузырь |
| 8. Методы исследования. | - везикография  - УЗИ | - УЗИ  - измерение ВДМ и ОЖ  - ФКГ и ЭКГ плода |

**Акушерская помощь в ЖК.**

**План ведения беременных с резус-отрицательной кровью.**

1. Обследование мужа (группа крови, резус-фактор)
2. Определение титра антител: до 20 недели – 1 раз/мес.

20 – 30 недель – 2 раза/мес.

более 30 недель – 1 раз в 10 дней.

1. УЗИ до 26 недель
2. Оценка функционального состояния плода
3. Дополнительные лабораторные исследования (БХК, кровь на ретикулоциты)
4. Проведение курсов профилактического лечения в сроке 8 – 12 недель, 18 – 20 недель, 24 – 26 недель, 32 – 34 недели (глюкоза, витамины С и В, фолиевая кислота, рутин, противоанемическая терапия, димедрол, цитраль, УФО - субэритемные дозы)
5. Дородовая госпитализация с 38 недель
6. Срочная госпитализация при появлении признаков конфликта
7. Школа беременных и психопрофилактика.

**План ведения беременных, угрожаемых по невынашиванию.**

1. Консультация в кабинете по невынашиванию
2. Дополнительные обследования:

* Кровь на токсоплазмоз
* Мазки на цитологию до 12 недель и измерение ректальной температуры
* Наружная гистография
* Определение уровня ХГ до 12 – 13 недель
* Определение экскреции прегнандиола, эстриола, 17-КС
* УЗИ с целью оценки состояния внутреннего зева

1. Посещение ЖК: до 30 недель – 2 раза в месяц, после – 1 раз в неделю
2. Проведение курсов профилактического лечения в сроке 8 – 12 недель, 18 – 20 недель, 26 – 28 недель, а также в сроки прерывания предыдущих беременностей (седативные, спазмолитики, витамины группы В и С)
3. При первичном невынашивании курс лечения проводят в стационаре
4. Дородовая госпитализация в 37 – 38 недель
5. Школа беременных и психопрофилактика

Группы риска:

* Больные с ОАА
* Гинекологические заболевания (инфантилизм, пороки развития, гипофункция яичников, эндометриты, аднекситы, бесплодие в анамнезе)
* ЭГП: острые и хронические инфекции, СС заболевания, заболевания почек, эндокринопатии
* Резус-кофликт и конфликт по АВ0
* Возрастные и юные первородящие
* Пороки развития плода
* ПТБ
* ИЦН

**План ведения беременных, угрожаемых по ПТБ.**

1. Режим питания, диеты, сна и отдыха
2. Посещение ЖК: до 30 недель – 2 раза в месяц, после – 1 раз в неделю
3. Пробы на выявление симптомов претоксикоза после 20 недель
4. Дополнительные обследования:

* Кровь на тромбоциты и свертываемость
* БХК
* Коагулограмма
* Дополнительные исследования функции почек

1. При выявлении претоксикоза – лечение в стационаре или на больничном листе, ''стационар на дому''.
2. Проведение курсов профилактического лечения в сроке 20 – 22, 26 – 28, 32 – 34 недели (диета, седативная терапия, спазмолитики, антиагреганты, витамины С и Е, рутин, никотиновая кислота, растительные мочегонные)
3. Госпитализация при неэффективности лечения.

Группы риска:

* Больные с ОАА
* Возрастные и юные первородящие
* ЭГП (ГБ, ВСД, заболевания почек, эндокринопатии, заболевания печени, заболевания НС)
* Резус-отрицательная кровь
* Многоплодие
* Неблагополучное семейное положение

**План ведения беременных, угрожаемых по АРД.**

1. Режим, диета (перед родами рекомендуется изюм, абрикосы, растительные масла)
2. Школа беременных и психопрофилактика
3. ЛФК, УФО
4. Проведение профилактического лечения с 32 – 34 недель (витамины группы В, липокаин, препараты кальция, холинхлорид, орахиден, линолевая кислота)
5. Госпитализация в 38 недель.

Группы риска:

* Беременные с ОАА (аборты, АРД в предыдущих родах, травмы ШМ в родах и абортах)
* Гинекологические заболевания (гипофункция яичников, эндометриты, аднекситы, бесплодие в анамнезе, аномалии половых органов, диатермокоагуляция ШМ)
* ЭГП (краснуха, хронические инфекции)
* Возрастные и юные первородящие
* Крупный плод, многоплодие, многоводие
* Преждевременные и запоздалые роды
* ФПН
* Неправильное положение плода
* Ригидность ШМ
* Перенапряжение ЦНС
* КУТ

**План ведения беременных, угрожаемых по ГСО.**

1. Режим труда и отдыха, диета
2. Школа беременных и психопрофилактика
3. ЛФК, УФО
4. Подготовка молочных желез
5. Дополнительные обследования:

* Мазки на гонорею ежемесячно
* Мазки на степень чистоты в 32 и 38 недель
* Бакпосев из цервикального канала на флору и чувствительность к АБ.

1. Выявление и санация всех очагов инфекции
2. Витаминизация
3. Госпитализация в 38 недель

Группа риска:

* ЭГП: ПН, СД, холецистит и др.
* ОРЗ в любом сроке
* Воспалительные заболевания ЛОР-органов
* Кариес зубов
* Гнойничковые заболевания кожи
* Гинекологические воспалительные заболевания: эндометрит, сальпингит, эндоцервицит, кольпит
* ПТБ

**План ведения беременных, угрожаемых по родовому травматизму**

1. Режим, диета
2. Школа беременных и психопрофилактика
3. ЛФК, УФО
4. Профилактика развития крупного плода и неправильного положения плода
5. Бандаж с 20 недель
6. С 30 недель витамины, ограничение в приеме пищи, богатой углеводами, жирами
7. Госпитализация в 38 недель

Группы риска.

* ОАА
* Многорожавшие женщины, разрывы ШМ и промежности в предыдущих родах
* Наличие рубцов на матке, операций
* Гинекологические заболевания (эндометриты, аборты, диатермокоагуляция)
* АУТ
* Крупный плод
* Неправильное положение плода
* Возрастные и юные первородящие
* Перенашивание

**План ведения беременных, угрожаемых по кровотечению**

1. Режим, диета
2. Школа беременных и психопрофилактика
3. ЛФК, УФО
4. Дополнительные обследования

* Более частый контроль за кровью (не менее 1 раза в последние 2 месяца)
* Кровь на тромбоциты, свертываемость в 32 – 36 недель
* Коагулограмма в 32 – 36 недель

1. После 30 недель проведение трех курсов профилактического лечения по 10 дней с перерывом в неделю (витамины группы В и С, глюконат кальция, рутин, фолиевая кислота, глюкоза)
2. Госпитализация в 38 недель

Группа риска.

* ОАА
* ОГА (аборты, эндометрит, гипофункция яичников, пороки развития, операции)
* ЭГП (анемия, СС заболевания, заболевания печени, почек, крови, эндокринопатии)
* Осложнения беременности и ПТБ
* Возрастные и юные первородящие
* Крупный плод
* Преждевременные и запоздалые роды
* Мертвый плод
* Патология расположения плаценты.

**Женская консультация** (по приказу № 430)

**Задачи ЖК.**

1. Диспансеризация беременных, направленная на предупреждение осложнений беременности и родов, послеродового периода, гинекологических заболеваний.
2. Оказание квалифицированной акушерско-гинекологической помощи населению прикрепленной территории.
3. Проведение работы по контрацепции, планированию семьи и профилактике абортов.
4. Работа по профилактике и раннему выявлению онкологических заболеваний.
5. Внедрение в практику современных методов диагностики и лечения заболеваний беременных, передовых форм и методов амбулаторной акушерско-гинекологической помощи.
6. Санитарно-просветительная работа по пропаганде здорового образа жизни.
7. Обеспечение женщины правовой защитой в соответствии с законодательством об охране материнства и детства. Прием юрисконсульта.
8. Обеспечение преемственности в обследовании и лечении беременных, родильниц и гинекологических больных, осуществление систематической связи с родильными, гинекологическими отделениями, станцией скорой помощи, поликлиникой, детской поликлиникой и другими лечебно-профилактическими учреждениями (противотуберкулезным, кожно-венерологическим, онкодиспансером).
9. Изучение условий труда женщин промышленных и сельскохозяйственных предприятий, отбор беременных, подлежащих оздоровлению в санаториях, профилакториях, рекомендация по диетпитанию беременных в столовых предприятий, проведение экспертизы временной нетрудоспособности, углубленный анализ заболеваемости с временной утратой трудоспособности в связи с заболеваниями женской половой системы, осложнениями беременности и послеродового периода, разработка совместно с администрацией промышленных предприятий лечебно-оздоровительных мер по профилактике и снижению временной нетрудоспособности женщин, по охране труда и здоровья женщин. Периодические медосмотры трудящихся женщин.

**Распределение беременных для родоразрешения в зависимости от степени риска.**

|  |  |
| --- | --- |
| Контингент беременных | Тип акушерского стационара |
| 1 степень риска – наименьшая (здоровые женщины, первая беременность, без абортов) | Стационар 1 степени риска: родильное отделение участковой больницы, сельская ЦРБ, роддом на 60 – 100 коек (есть врач акушер –гинеколог) |
| 2 степень риска – средняя (повторные роды с абортами, ЭГП в стадии компенсации) | Стационар 2 степени риска: родильное отделение многопрофильной ЦРБ, городской роддом, акушерско-гинекологическая больница (обеспечены акушерско-анестезиолого-реанимационной службой – возможны консультации других специалистов) |
| 3 степень риска – тяжелая (ОАА, много родов, крупный и мертвый плод, ЭГП с декомпенсацией) | Стационар 3 степени риска: акушерской отделение ОКБ, специализированный акушерский стационар, отделение профильного НИИ, акушерское отделение, объединенное с кафедрой акушерства – гинекологии. |

**Частота посещения беременной ЖК.**

1. Через 7 – 10 дней после первой явки с результатами анализов
2. До 20 недель – 1 раз/мес.
3. 20 – 30 недель – 1 раз в 2 недели
4. С 30 недели – 1 раз/нед

С каждой явке беременная сдает ОАМ, 1 раз в 2 месяца мазки на гонококк и степень чистоты влагалища, УЗИ до 26 недель с целью выявления фетопатии.

**Степени риска предстоящих родов по ЖК.**

1 степень – первобеременные без акушерских осложнений и ЭГЗ с нормальными данными акушерской антропометрии.

2 степень – 1) роды у беременных с ЭГП, с АУТ, крупным плодом, неправильным положением плода, предлежанием плаценты, у беременных старше 30 лет.

2) беременные с ЭГП, признаками инфекции, мертвым плодом, повторными абортами, с рубцом на матке.

3) беременные с повышенной опасностью перинатального травматизма и смертности (беременные с бывшим ранее перинатальным травматизмом и смертностью, с привычным и угрожающим невынашиванием беременности)

2 степень – беременные с тяжелыми и осложненными формами ЭГЗ (ССН, ревматический и септический эндокардит, легочная ГТ, ГБ 2 и 3 степени, системные заболевания соединительной ткани и крови, отслойка плаценты, шок или коллапс во время родов, эмболия околоплодными водами, бактериальный и болевой шок)

**Качественные показатели работы ЖК, охват диспансерным наблюдением беременных.**

1. Число взятых на учет по беременности; из них взятых на учет в ранние сроки
2. Число родивших в срок
3. Число преждевременных родов
4. Самопроизвольное прерывание беременности; из числа родивших
5. Обследование на RW (первично/повторно)
6. Обследование на ВИЧ (первично/повторно)
7. Обследование на гонорею (первично/повторно)
8. Группа крови и резус-фактор (выявлено с резус-отрицательной кровью)
9. Осмотрено терапевтом (из них до 12 недель)
10. Взяты мазки на степень чистоты в 38 недель
11. Прослушали школу беременных
12. Прошли психопрофилактическую подготовку к родам
13. ЛФК (показано/проведено)
14. УФО
15. Из числа родивших имели ЭГЗ: из них – заболевания ССС

* заболевания почек
* заболевания ЖВС
* СД
* прочие

1. Осложнения беременности: - ранний токсикоз

- ПТБ

- ПТ в родах

- невынашивание

- перенашивание

1. Наличие кровотечений в родах (из них проведена профилактика кровотечений)
2. Родили путем КС
3. Родили в тазовом предлежании (из них диагностировано в ЖК)
4. Родовой травматизм
5. Перинатальная смертность (из них антенатальная гибель плода)
6. Наличие ГСО в послеродовом периоде
7. Материнская смертность
8. Не стояли на учете по беременности
9. Среди наблюдающихся беременных: - низкой группы риска

- со средней группой риска

- с высокой группой риска

**Специализированные приемы в ЖК.**

Цель – оказание квалифицированной консультативной помощи женщинам

1. По невынашиванию и бесплодию
2. По эндокринологической гинекологии
3. По патологии ШМ
4. По контрацепции
5. Подростковый акушер-гинеколог
6. Прием по климактерию
7. По контрацепции
8. Гинеколог-онколог
9. По изосенсибилизации по резус-фактору и системе АВ0 (ЖК МСЧ № 9)
10. По ЭГП: - по порокам сердца (ЖК ГКБ № 6)

- по заболеваниям почек (городской почечный центр)

- по эндокринопатиям (городской эндокринологический центр)

В Перми есть специализированная консультация «Брак и семья», которая оказывает лечебную и консультативную помощь по вопросам планирования семьи, лечения женского и мужского бесплодия.

**Диспансеризация беременных.**

- это система активного врачебного наблюдения с ранних сроков гестационного процесса, направленная на профилактику и раннее выявление осложнений беременности, родов, послеродового периода.

**Базовая схема наблюдения за беременной в ЖК.**

1. При первой явке:

* Установление срока беременности 2 врачами
* ОАК + время свертывания + тромбоциты
* ОАМ
* Группа крови и резус фактор, RW, ВИЧ, tbc
* Мазок из ''С'' и ''И'' на гонорею, мазок на степень чистоты, мазок с ШМ на атипичные клетки
* Посев выделений из ШМ на стафилококки
* Посев выделений из носа на стафилококки
* Осмотр терапевта, окулиста, ЛОР
* Санация полости рта

1. В 20 недель – кровь на сахар
2. В 23 – 30 недель:

* ОАК + время свертывания + тромбоциты
* ОАМ
* Мазок из ''С'' и ''И'' на гонорею, мазок на степень чистоты, мазок с ШМ на атипичные клетки
* Посев выделений из ШМ на стафилококки
* Посев выделений из носа на стафилококки
* Кровь на RW, HBs-АГ, ВИЧ
* Осмотр специалистов

1. В 37 недель:

* ОАК + время свертывания + тромбоциты
* ОАМ
* Мазок из ''С'' и ''И'' на гонорею, мазок на степень чистоты, мазок с ШМ на атипичные клетки
* Осмотр терапевта.

**Приказ № 430: ''Об утверждении инструктивно-методических указаний об организации работы ЖК''**

ЖК является самостоятельным подразделением родильного дома, поликлиники или МСЧ, оказывающим все виды акушерско-гинекологической помощи. Территория деятельности ЖК устанавливается соответствующим органом здравоохранения по подчиненности. Штаты медперсонала ЖК устанавливаются в соответствии с действующими штатными нормативами. Работа ЖК организуется в соответствии с положением о ЖК (приложение 2 к приказу МЗ СССР № 830 от 1977 г.) работа медперсонала – приказ № 360.

Структура.

1. Регистратура
2. Кабинеты участковых акушеров-гинекологов и других специалистов
3. Лаборатория
4. Кабинет гинеколога-эндокринолога
5. Кабинет по невынашиванию, бесплодию
6. Кабинет по контрацепции
7. Кабинет патологии ШМ
8. Кабинет по гигиене
9. Кабинет по психопрофилактической подготовке к родам
10. Кабинет гинеколога-онколога
11. Кабинет по медицинской сенсибилизации
12. Процедурный кабинет
13. Инфекционный кабинет
14. Малая операционная
15. Физиотерапевтический кабинет
16. Кабинет ЛФК
17. Кабинет УЗИ
18. Стоматолог
19. Терапевт
20. Оценка состояния плода на мониторе.

Организация наблюдения и медицинской помощи беременным.

1. Анамнез
2. Ознакомление женщины с порядком общего осмотра
3. После клинического и лабораторного обследования (до 12 недель беременности) определяется принадлежность беременной к той или иной группе риска (группа наименьшего риска – до 4 баллов; среднего риска 5 – 9 баллов; высокого риска – 10 баллов и более). При высокой степени риска решается вопрос о сохранении беременности. Если беременность сохраняют, то женщина направляется в специализированный роддом.
4. Беседы с женщинами с высоким риском (сверка с врачебными данными) о необходимости посещения ЖК
5. Патронаж не пришедших на прием женщин.

**Аборт.**

1. До 12 недель (иногда до 16 недель) – медицинский аборт. До 3 – 4 недель – микроаборт – менее травматичен, нет расширения цервикального канала и выскабливания полости матки.
2. После 12 недель: прерывание в позднем сроке:
3. амниоцентез: выведение вод и введение лекарственных веществ с целью стимуляции матки (10 % раствор NaCl, ПГ, 40 % раствор глюкозы)
4. трансабдоминально:

* малое КС – часто со стерилизацией женщины
* прерывание по типу родовызывания (при условии зрелости, а ШМ в это время незрелая, поэтому надо долго готовить ШМ синестролом (осложнений больше, летальные исходы чаще)): - фон готовности

- амниотомия

- большие дозы окситоцина (матка в это время к окситоцину не чувствительна).

Показания:

1. До 12 недель – по желанию женщины и по медицинским показаниям
2. В поздних сроках – по медицинским и социальным показаниям.

Медицинские показания:

1. ЭГП декомпенсированной стадии
2. Сифилис, СПИД, активный туберкулез
3. Психические заболевания
4. Пороки развития
5. Тяжелый гестоз
6. Тяжелый иммуноконфликт
7. Злокачественные опухоли
8. Слепота, глухота, глухонемота
9. Отсутствие 1 конечности
10. Физиологическая незрелость организма: до 16 лет, после 45 лет
11. Алкоголизм, наркомания, токсикомания
12. Наследственные заболевания

Социальные показания:

1. Одинокие женщины
2. Изнасилование
3. Смерть кормильца во время беременности
4. Развод во время беременности, если готовы к этому времени документы
5. Многодетные семьи.

Подготовка:

До 12 недель кровь на RW, ВИЧ, мазок на флору и степень чистоты.

В позднем сроке – полный объем обследований, как перед операцией (ОАК, ОАМ, RW, ВИЧ, группа крови, резус-фактор, БХК, коагулограмма, ЭКГ, ФЛГ, осмотр терапевта).

Техника выполнения:

1. Обезболивание: 1) в/в наркоз – калипсол

2) введение дикаина (лидокаина) в цервикальный канал

3) можно в парацервикальное пространство (обкалывание ШМ) – новокаин, лидокаин.

1. Влагалищное исследование: 1) уточнить сроки беременности

2) узнать расположение матки в полости малого таза (острым инструментов вслепую можно перфорировать матку)

1. Обработка наружных половых органов и ШМ (фурациллин)
2. Операция: вводится ложкообразное зеркало вверх, вниз – подъемник
3. Если ШМ подвижна, то наложение пулевых щипцов с целью фиксации (или щипцы Мюзо – лучше фиксируют, но более травматичны)
4. Зондирование полости матки – где плодное яйцо и куда направлена полость (кпереди или кзади)
5. Расширение цервикального канала расширителем Гегара (с 1 – 2 размера до большего размера, который превышает на 0,5 см срок беременности: если срок 8 недель, то размер № 8,5)
6. Вакуум-экскохлеация плодного яйца (разрушение и удаление плодного яйца) с помощью наконечника (с окошечком) и вакуум-отсоса.
7. Контрольное выскабливание полости матки с помощью кюретки
8. При больших сроках беременности – абортцанг – инструмент (вакуум-экскохлеация неэффективна на поздних сроках) – прямой зажим с окошечками, опасен в плане перфорации матки.
9. В сроке 8 – 9 недель – 5 минут, в позднем сроке – больше времени.
10. Холод, снятие щипцов, обработка влагалища.

Осложнения.

1. Ранние – в первые сутки:

* Перфорация
* Гипотонические кровотечения вплоть до летального исхода
* Спазм внутреннего зева гематометра (может быть присоединение инфекции) – боли, увеличение размеров матки расширение цервикального канала и удаление сгустков крови
* если есть остатки плодного яйца реобрацио cavi uteri

1. Поздние – со вторых суток:

* ГСО (эндометрит, вплоть до сепсиса)
* Если есть остатки плацентарный полип, который кровит ациклически
* гормональный стресс нарушение менструального цикла, бесплодие
* мастопатия, вплоть до рака при частых абортах
* эрозия ШМ, эндометриоз ШМ
* истмикоцервикальная недостаточность невынашивание, хориоамнионит, плацентит, АРД, внутриутробное инфицирование плода, ГСО в послеродовом периоде.

Инструменты.

1. для взятия мазков – соскобов – ложечка Фолькмана
2. для цервико-гистеро-сальпингографии наконечник
3. перфоратор Бло – для перфорации головки
4. крючок Бранца

ножницы Феноменова для плодоразрушающих операций

краниокласт

**Фетоплацентарная недостаточность (ФПН).**

**Классификация.**

1. Первичная

Вторичная

1. Острая

Хроническая: - относительная – сохранены и компенсированы реакции в плаценте

- абсолютная – защитно-приспособительные реакции в плаценте утрачены.

1. Компенсированная

Субкомпенсированная в зависимости от степени отставания плода

Декомпенсированная

**Компенсаторно-приспособительные реакции плода в ответ на гипоксию.**

1. Увеличение скорости кровотока
2. Централизация кровообращения
3. Стимуляция эритропоэза и увеличение количества фетальных эритроцитов
4. Активация ферментов, участвующих в окислительно-восстановительных процессах и усиливающих тканевое дыхание.
5. Усиление процессов гликолиза.

**Компенсаторно-приспособительные механизмы плаценты**

1. В первую половину беременности:

* Усиленная пролиферация хориального эпителия
* Активация синтетической функции трофобласта

1. Во вторую половину беременности:

* Увеличение количества терминальных ворсин
* Гиперплазия периферических капилляров
* Снижение толщины плацентарного барьера за счет истончения синцития
* Образование синцитиокапиллярной мембраны и синцитиальных узелков
* Перестройка кровообращения в плаценте (отсутствие способности устий спиралевидных артерий к сокращению и расширению). Формирование миометральных и плацентарных артерио-венозных шунтов.

Изменения в микроциркуляции.

1 степень – дополнительный рост капилляров терминальных ворсин

2 степень – фаза А: уменьшение кровенаполнения капилляров терминальных ворсин и расширение сосудов параваскулярной сети;

фаза Б: резкое расширение капилляров терминальных ворсин и внутрисосудистое нарушение в параваскулярой сети.

3 степень – развитие внутрисосудистых нарушений в расширенных капиллярах ворсин, параваскулярный отек, геморрагии, полная блокада параваскулярной сети

4 степень – беспорядочное расположение отдельных капилляров, обширные бессосудистые зоны.

**Лечение хронической ФПН.**

Общие принципы.

1. Лечение патологии беременности и ЭГЗ
2. Коррекция нарушений маточно-плацентарного кровотока и микроциркуляции
3. Нормализация газообмена в системе мать – плод.
4. Улучшение метаболизма в плаценте
5. Восстановление нарушенных функций клеточных мембран.

Препараты для лечения ФПН.

1. *Вазоактивные препараты*

* Эуфиллин 2,4 % 10 мл в/в капельно в 500 мл 5 % глюкозы
* Ксантинола никотина 0,15 3 раза per os (компламин)
* Трентал 0,1 3 раза в день после еды или 2 % 5 мл в/в капельно в 500 мл 5 % глюкозы

1. *Препараты токолитического действия (бета-адреномиметики)*

* Партусистен 0,5 мг в/в капельно в 500 мл 5 % глюкозы ли по 5 мг 3 – 4 р/день per os
* Изадрин 5 мг 3 – 4 р/день per os под язык

1. *Препараты, влияющие на реологические свойства крови*

* Реополиглюкин в/в капельно с 10000 ЕД гепарина
* Гепарин 5000 – 10000 ЕД
* Курантил 0,025 г 3 раза в день до еды

1. *Препараты, улучшающие газообмен и метаболизм*

* Ингаляции кислородо-воздушной смеси (50 – 60 %) 1 – 2 раза в день
* Кокарбоксилаза 0,1 в/м или в/в с глюкозой
* Глутаминовая кислота 0,5 – 1,0 3 – 4 раз в день
* Метионин 0,5 3 р/день
* Токоферола ацетат 50 % 0,2 1 р/день
* Витамин С 5 % в/в с глюкозой или 0,3- 0,5 3 – 4 р/день per os
* Витамин В12 0,1 % 1 мл в/м через день
* Фолиевая кислота 1 мг 3 – 4 р/день per os
* Витамин В6 0,1 – 0,2 3 – 4 р/день
* Ферроплекс 2 драже 4 раза в день
* Конферон 1 капсула 3 р/день
* Ферроцирон 0,3 3 р/день
* Феррамид 0,1 3 р/день
* Эссенциале 1 – 2 капсулы 3 – 4 р/день per os

1. *Анаболические препараты*

* Калия орорат 0,3 3 р/день
* Рибоксин 0,2 3 р/день

1. *Кардиотонические средства*

* Коргликон 0,06 : в/в в течение 5 – 6 минут в 20 мл глюкозы
* Целанид 0,00025 1 – 2 раза в день

1. *Бета-адреноблокаторы*

* Изоптин 0,04 + токолитики.

**ЭГП И БЕРЕМЕННОСТЬ.**

**Гипертоническая болезнь (ГБ) и беремнность.**

ГБ – это заболевание, ведущим признаком которого является артериальная гипертензия (ГТ) неясной этиологии.

**Причины.**

1. Неврогенная теория Ланга – Мясникова
2. Избыточное потребление NaCl
3. Мембранопатия (Постнов): дефект транспорта ионов калия, натрия, кальция, магния. Это ведет к повышению концентрации кальция, что провоцирует спазм гладких мышц. Это ведет к увеличению ОПС + спазм кардиомиоцитов, в результате – увеличение МОС.

ГБ осложняет беременность, является причиной преждевременных родов и перинатальной смертности плода. С ней связано 20 – 33 % случаев материнской смертности.

Повышение АД – основное клиническое проявление ГБ и признакразличных вариантов симптоматических гипертензий, в том числе заболеваний почек и ЖВС, ПТБ и др.

Для оценки величины АД рассматривают сист. и диаст. давление. О диаст. давлении судят не по исчезновению, а по приглушению тонов Короткова, что более соответствует прямому измерению.

Для оценки давления нужно его измерить 2 – 3 раза на обеих руках через 5 – 10 минут. Наиболее достоверным является наименьшее давление. Дело в том, что повышение АД является реакцией самой женщиной на сам процесс измерения давления, на присутствие врача, на госпитализацию (если измерение АД идет в приемном покое). Но постепенно она успокаивается и АД приближается к обычному.

В связи с редко встречающейся асимметрией измерять АД нужно на обеих руках, в стационаре 2 раза в сутки (утром ивечером), и в одном и том же положении (лежа или сидя).

У небеременных женщин считается:

1. Повышение АД – 160/95 и выше
2. Переходное 140/90 – 159/94.

У беременных женщин осложнения, зависящие от ГБ, ничинают проявляться при более низких давлениях повышенное Ад – свыше 140/90 – 130/80 мм рт ст.

При наличии до беременности АГ повышенным считается увеличение сист. АД на 30 мм рт ст, диаст. АД на 15 мм рт ст такой уровень АД должен быть зарегистрирован дважды с интурвалом не менее 6 часов. ГБ может быть у женщин до беременности – устанавливается при сборе анамнеза, но может быть и впервые выявлена во время беременности. Беременнность для многих женщин является своеобразным стрессом, сопровождающимися разнообразными реакциями, в том числе и соссудистыми.

**Предрасполагающие факторы.**

1. Наследственность и ОГА – гестоз
2. Тяжелая форма ПТБ при предыдущей беременности
3. Нефропатия III
4. Эклампсия

**Патогенез.**

ГБ и стабилизация ГТ у больных связаны с нарушением центральной нервной деятельности и нервно-гуморальных реакций. В клинике применяется классификация ГБ (Мясников):

**1 ст. фаза А** – латентная. Предгипертоническая. Наблюдается лишь тенденция к повышению АД под воздействием эмоций, холода и некоторых факторов. Это еще не болезнь, гипереактивность на фоне выраженных нефропатических реакций.

**Фаза Б –** транзиторная - повышение АД нестойкое и кратковрменное. Под влиянием покоя, режима питения, лечения или без видимых причин АД нормализуется, исчезают все симптомы болезни.обратимая стадия.

**2 ст. Фаза А** – неустойчивая. Лабильность постоянно повышенного АД. При лечении возможно обратное развитие.

**Фаза Б –** устойчивая. АД стабильно повышено, но сохраняется функциональный характер болезни, т. к. нет грубых анатомических изменений органов.

**3 ст. Фаза А –** компенсированная. АД стойко повышено, выражены дистрофические и фиброзно-склеротические изменения органов и тканей из-за артериологиалиноза и артериолонекроза + присоединение атеросклероза крупных сосудов мозга, сердца, почек. Однако функция органов в значительной мере компенсирована.

**Фаза Б –** декомпенсированная. Стойкое повышение АД, тяжелое нарушение функционального состояния внутренних органов. Больные полностью нетрудоспособны. У беременных ГБ-3отмечается чрезвычайно редко. Это обусловлено:

1. Беременность возможно не наступает
2. Применение новых эффективных средств лечения ГБ,

**По классификации Мясникова.**

1. Доброкачественная ГБ
2. Злокачественная ГБ (3%)

* При окклюзионных поражениях почечных артерий 30 %
* Хронический гломерулонефрит 21,9 %
* Хронический пиелонефрит 13,7 %

Определяющие критерии злокачественности ГБ (Арабидзе):

1. Крайнее повышение АД (свыше 220/130 мм рт ст)
2. Тяжелое поражение глазного дна (ретинопатия)
3. Кровоизлияния и экссудат в сетчатке
4. Органические изменения в почках, нередко сочетаются с их недостаточностью.

Сопутствующие критерии злокачественности ГТ (Арабидзе):

1. Гипертоническая энцефалопатия
2. Острая левожелудочковая недостаточность
3. НМК
4. Микроангиопатическая гемолитическая анемия.

АД колеблется в течение беременности: повышается в начале и в конце беременности и снижается в середине беременности, во время беременности течение ГБ усугубляется (беременность способствует повышению и стабилизации АД). В течение беременности могут происходить резкие обострения или кризы. Гипертонические кризы являются ''сгустком'' всех симптомов. Кризы развиваются неожиданно на фоне благополучного состояния беременной: резкое повышение АД, головокружение, тошнота, рвота, шум в ушах, мелькание мушек, появление красных пятен на лице и груди. После криза – протеинурия, поэтому необходимо дифференцировать криз с ПТБ, в частности, с преэклампсией.

**Объективно.**

1. Боли в подложечной области кардио-невротического характера.
2. На ЭКГ признаков коронарной недостаточности нет.
3. В 30 % случаев – гипертрофия левого желудочка (ЭКГ).
4. Редко – систолический шум на верхушке и акцент II тона на аорте (при более легких степенях ГБ без выраженных органических изменений в сердце).
5. Церебральная патология:

* Головная боль в затылочной области, начинается по утрам, затем постепенно проходит.
* Головокружения – усиливаются или исчезают при волнении.

1. Признаки невроза:

* Повышенная возбудимость
* Сердцебиения
* Головные боли
* Колющие, щемящие, тупые боли в области сердца
* Лабильность АД
* Гиперемия кожи лица и верхней половины тела
* потливость

1. У 50 % больных с ГБ – изменение сосудов глазного дна:

* У большинства по типу гипертонической ангиопатии (равномерное сужение артериол сетчатки и расширение вен)
* Реже – симптом Солюса (артериовенозный перекрест), симптом Твиста (извилистость вен вокруг желтого пятна), признаки артериосклероза сосудов сетчатки
* Редко – гипертоническая ретинопатия (отечность и кровоизлияния в сетчатку), это имеет прогностическое значение для сохранения беременности, т. к. здесь резко ухудшается зрение.
* По состоянию глазного дна судят об эффективности проводимой терапии.

1. Почки:

* Во 2 стадии ГБ – снижение почечного кровотока
* Микропротеинурия (менее 0,5 г/л) (при развитии нефроангиосклероза (редко))
* Микрогематурия
* Нет ХПН и нарушения концентрационной функции почек.

1. ПТБ различной степени тяжести вплоть до эклампсии – 36 %. Появляется на 24 – 26 неделе (рано). Сопровождается преобладанием гипертензивного синдрома с умеренно выраженными отеками и протеинурией. Но если отеков и протеинурии нет, то больше оснований предполагать развитие обострения ГБ.
2. Во второй половине беременности возможны:

* Самопроизвольный аборт 5,5 %
* Преждевременные роды 23 %
* Внутриутробная гибель плода в 26 – 35 недель 2,6 %

1. Из-за резкого ухудшения течения заболевания, неподдающегося лечению, - прерывание беременности в 27 – 28 недель. У 10,5 % - КС из-за внутриутробной гипоксии плода в 34 – 40 недель.
2. В первой половине беременности осложнения реже (мертвый плод, стабильное АД, головокружения, плохой прогноз). Это обусловлено увеличением МОК беременность резко осложняется гибелью плода и самопроизвольным выкидышем. Увеличение МОК – это компенсаторная реакция, направленная на ликвидацию гипоксических сдвигов. Во 2 половине беременности: увеличение ОПСС, снижение МОК ухудшение течения беременности, гипотрофия и внутриутробная гипоксия плода вплоть до его гибели, увеличение частоты преждевременных родов.
3. ГБ, осложненная ПТБ – причина: 1) ФПН, 2) гипотрофия
4. В родах АГ приводит к:

* Может быть эклампсия
* ПОНРП, кровотечения в 3 и 4 периодах
* НМК
* Слабость родовых сил, несвоевременное излитие вод
* Асфиксия плода

1. Причины смертности рожениц: ДВС из-за ПОНРП инсульт, эклампсия, кровотечение

**Ведение беременных** (вместе с терапевтом).

1. ранняя явка до 12 недель
2. выделение женщин с ГБ в группу повышенного риска. Риск для женщины и плода в отношении прогрессирования и осложнения заболевания и в отношении беременности.

Степень риска зависит от:

* стадии заболевания
* формы заболевания
* особенностей течения ГБ, влияющих на здоровье женщины и условия внутриутробного существования плода.

3 степени риска:

1 степень – минимальная. Осложнения беременности возникают не более чем у 20 % женщин. Беременность ухудшает течение заболевания (менее 20 %). Соответствует 1 степени ГБ.

2 степень – выраженная. Соответствует 2 А степени ГБ. В 20 – 50 % возникают осложнения беременности:

* ПТБ
* Самопроизвольный аборт
* Преждевременные роды
* Гипотрофия
* Повышение перинатальной смертности
* Ухудшение течения заболевания во время беременности или после родов более чем у 20 % женщин.

3 степень – максимальная. Соответствует ГБ 3 степени и злокачественной ГТ. У более 50 % женщин имеются осложнения беременности:

* Редко доношенные дети
* Беременность – опасность для жизни женщин
* Повышение перинатальной смертности

**При I степени риска:**

* Нефропатия 20 %
* Роды преждевременные 12 %
* Редкие гипертонические кризы
* Вывод: беременность допустима

**При II степени риска:**

* Нефропатия 50 %
* Роды преждевременные 20 %
* Антенатальная гибель плода 20 %
* Основания для прерывания беременности: - коронарная недостаточность
* сильные гипертонические кризы
* стабилизация АД
* прогрессирование ПТБ

**При III степени риска:**

* ГТ 2 Б степени – стабильная, но лечится с трудом
* ГТ 3 степени: декомпенсированное состояние почек (уремия), мозга (НМК), сердца (недостаточность кровообращения)
* Вывод: прерывание беременности на любом сроке. Беременность противопоказана!

1. Беременные должны быть на диспансерном учете у терапевта.

* При 1 степени риска – явка 2 раза в месяц. Амбулаторное наблюдение. Во 2 половине беременности – стационарное лечение для своевременной диагностики и лечения ПТБ
* При 3 степени риска – тщательное наблюдение в ЖК, повторная госпитализация:

1 – до 12 недель для уточнения диагноза (степени заболевания) и решения вопроса о сохранении беременности

2 – при ухудшении состояния: - повышение АД более 140/90 в течение недели

- гипертонический криз

- приступы стенокардии

- приступы сердечной астмы

- признаки ПТБ

- симптомы страдания плода.

Амбулаторное лечение не менее 7 – 10 дней. Последняя госпитализация за 3 – 4 недели до родов для решения вопроса о сроке и методе их проведения и для подготовки к ним.

**Лечение ГБ во время беременности.**

1. Оптимальный режим труда и отдыха
2. При повышенном АД ограничить потребление NaCl до 5 г/сут. При нормальном АД – ограничение снимается, пища обычная.
3. Лечение гипотензивными средствами:

* Лучше: спазмолитики, салуретики, симпатолитики не влияют на плод (метилдофа, клофелин).
* Ограничены или противопоказаны: препараты раувольфия, ганглиоблокаторы, альфа- и бета-адреноблокаторы.

*Спазмолитики*

Дибазол, папаверин, но-шпа, эуфиллин, сульфат магния. Лучше парентерально, чем per os. Применяют для купирования гипертонических кризов, а не для лечения ГБ.

*Салуретики.*

Оказывают диуретическое и гипотензивное действие.

Назначают прерывистыми курсами с короткими (1 – 2 дня) интервалами 1 – 3 раза в неделю, в зависимости от индивидуальной чувствительности:

* Дихлотиазид 25 – 50 – 100 мг
* Клопамид 20 – 60 мг
* Оксодолин 25 – 100 мг 1 раз натощак
* Фуросемид и этакриновая кислота мало пригодны для длительного лечения в виду быстрого, но кратковременного действия. Назначают при гипертонических кризах, лучше парентерально (1 – 2 мл - фуросемид). Для профилактики гипокалиемии – препараты калия (калия хлорид). Лучше применять салуретики в сочетании с другими гипотензивными препаратами для потенцирования их действия и с препаратами, задерживающими натрий и воду (симпатолитики, метилдофа).
* Натриуретики (спиронолактон) – эффективен при гиперальдостеронизме. Но у больных с ГБ повышена секреция альдостерона, поэтому эффект – незначительный.

*Симпатолитики.*

Октазин, суобарин, санотензин, гуанетидин.

Очень сильное гипотензивное действие. Применяют в стационаре по особым показаниям. В поликлинических условиях – постоянный контроль, т. к. есть побочные эффекты: ортостатический коллапс, головокружение, адинамия, тошнота, поносы. Лечение начинают с малых доз 1,25 мг, увеличивая до 50 – 75 мг.

Беременная не должна резко подниматься с постели, а нужно несколько минут посидеть после сна. Лучше действует в вертикальном положении, поэтому нужно больше ходить и сидеть, а не лежать. Прекратить лечение за 2 недели до КС во избежание коллапса или остановки сердца во время наркоза.

*Препараты метилдофы.*

Альдомет, допегит.

Действие на центральную и периферическую нервную регуляцию сосудистого тонуса. Допегит задерживает натрий и воду. Принимают по 0,25 2 – 4 раза вместе с салуретиками.

*Препараты клофелина.*

Клонидин, геметон, катапрессан.

Проходят ГЭБ, центрального действия: снижают ЧСС, АД. Эффект у 80 – 90 % женщин с ГБ и почечной недостаточностью. Клофелин назначают в малых дозах (0,15 мг), постепенно увеличивая до 0,3 мг, нетоксичен, не дает ортостатической гипотонии.

*Препараты раувольфия.*

Гипотензивное, седативное действие.

Резерпин (0,3 – 0,75 мг/сут), раунатин (0,006 – 0,012 мг/сут) 2 – 3 раза в день. Отрицательные эффекты: ринит, брадикардия, аритмия, понос, бронхоспазм, депрессия, чувство тревоги, могут задерживать натрий и воду вместе с салуретиками.

У новорожденных вызывают заложенность носа, нарушение акта сосания и глотания, конъюнктивит, брадикардию, депрессию нельзя назначать в последние недели беременности и после родов.

*Ганглиоблокаторы.*

Пентамин, бензогексоний.

Тормозят проведение нервного импульса в симпатических и парасимпатических ганглиях: снижается тонус артерий и вен уменьшается приток крови к сердцу уменьшение систолического выброса (СВ) ортостатический коллапс. Отрицательные эффекты у беременной. Нарушают вегетативную иннервацию внутренних органов повышение ЧСС, головокружение, нарушение аккомодации, атония мочевого пузыря и кишечника, ухудшается состояние почек.

Отрицательные эффекты у плода: динамическая кишечная непроходимость, атония мочевого пузыря, повышение секреции бронхиальных желез у новорожденных, матери которых лечатся.

Можно применять кратковременно в экстренных случаях (в родах) 1 – 2 мл 5 % раствора пентамина в/в капельно под контролем АД или при гипертоническом кризе, угрожающем жизни женщины.

*Альфа-адреноблокаторы.*

Фентоламин, тропафен.

Блокируют альфа-один-рецепторы. Лучше тропафен.

*Бета-адреноблокаторы.*

Анаприлин, окспренолон.

Снижают СВ и секрецию ренина снижение АД (для лечения ГБ у небеременных), повышается сократимость матки может быть прерывание беременности. Во время родов снижает МОК (-), анаприлин тормозит ЧСС плода (-).

Таким образом, лучше комбинированное лечение 2 – 3 и более препаратами:

* Клофелин – дихлотиазид – анаприлин
* Апрессин – спиронолактон
* Октадин – дихлотиазид
* Апрессин - клофелин – дихлотиазид – метилдофа.

1. При гипертонических кризах – в/м, в/в – резерпин, но не более 2 дней (побочные явления), лучше комбинировать с лазиксом, гемитоном.
2. Сульфат магния (25 % 10 – 20 мл) в/м, в/в. Эффекты:

* Снижение АД
* Противосудорожный
* Седативный
* Мочегонный
* Токолитический.

1. Седативные средства:

* Центральное действие – дроперидол, аминазин.
* До 16 недель – препараты валерианы, пустырника (не влияют отрицательно на плод)
* После 16 недель – малые транквилизаторы: элениум, нельзя бромиды (депрессия ЦНС, плода и хромосомные нарушения), нельзя барбитураты (угнетают дыхательный центр плода).

1. Физиотерапия:

* Гальванизация воротниковой зоны
* Эндоназальная гальванизация до 16 недель
* Микроволны санти- и дециметровые на область почек: улучшают почечную гемодинамику, ограничивают действие ренального механизма ГБ
* УЗ на область почек (как и микроволны), действие в импульсном режиме излучения. Спазмолитик.
* Электроанальгезия: нормализация корково-подкорковых связей, нормализация вегетативных центров, для профилактики ПТБ, лечение начальной стадии ГБ.

**Течение родов.**

Часто преэклампсия, эклампсия, повышенная кровопотеря во 2 периоде родов, в первые часы после родов АД падает до 90 – 105 мм рт ст.

**Осложнения беременности:**

* Невынашивание
* Ранний и поздний токсикоз
* ПОНРП
* ФПН хроническая гипоксия.

**Осложнения в родах:**

* ПОНРП
* АРД
* Преждевременное излитие вод
* Кровотечение в 3, 4 периодах.

**Ведение беременности.**

1. Ранняя явка до12 недель - решение вопроса о вынашивании
2. В середине беременности – при ухудшении состояния.
3. За 3 – 4 недели до родов.

**Лечение ГБ в родах:**

1. Курсовое лечение, начатое при беременности.
2. При потугах повышение АД - -парентерально: дибазол, папаверин, эуфиллин. При недостаточном эффекте – ганглиоблокаторы под контролем АД.

**План ведения родов.**

1. Роды вести консервативно-выжидательно через естественные родовые пути в присутствии анестезиолога и терапевта с подведением фона.
2. Показания к КС:

* ПОНРП
* Отслойка сетчатки
* Прогрессирующая гипоксия
* Расстройство мозгового кровообращения.

1. 1 период: ранняя амниотомия, спазмолитики в активную фазу.
2. Рациональное обезболивание всех периодов родов.
3. КТГ, профилактика гипоксии.
4. Контроль АД каждые 30минут и гипотензивная терапия: дибазол 2 % 2 мл, папаверин 2 % 2 мл, использовались ранее, эуфиллин 2,4 % 1 мл. Сейчас: галоперидол – спазмолитик центрального действия, апрофен, спазган, спазмалгон, триган, тромал, максиган, баралгин, перидуральный блок в родах – анестезия + снижение АД.
5. 2 период с иглой в вене, вымытыми руками. Если нет эффекта от гипотензивной терапии, переходят на управляемую нормотонию ганглиоблокаторами (1, 2 периоды).
6. Пудендальная анестезия, эпизиотомия для ускорения и облегчения 2 периода. Если АД не снижается – акушерские щипцы под анестезией (выключение потуг).
7. ППК – 1 мл окситоцина (метилэргометрин нельзя – повышает АД).
8. ДК 0,2 – 0,3 % от массы тела.
9. Послеродовой период: контроль АД 3 – 4 раза в сутки и гипотензивная терапия.

**Анемия и беременность.**

1 место по ЭГП – 70 %.

**Классификация.**

1. По этиологическому фактору:

А) железодефицитная анемия

Б) В12-фолиеводефицитная анемия

В) гемолитическая анемия

Г) гипо- и апластическая анемия

1. По цветовому показателю:

А) нормохромная

Б) гиперхромная

В) гипохромная

1. По способности к регенерации:

А) норморегенераторная

Б) гипорегенераторная

В) гиперрегенераторная

1. По уровню Hb в крови:

А) легкая степень 110 – 90 г/л

Б) средняя степень 90 – 80 г/л

В) тяжелая степень менее 80 (70) г/л

Г) анемическая кома менее 50 г/л

**Осложнения беременности:**

1. гестозы
2. невынашивание
3. многоводие
4. хроническая ФПН перинатальная энцефалопатия, вплоть до УО

# Осложнения в родах:

1. несвоевременное излитие вод
2. аномалии родовой деятельности
3. гипотонические кровотечения

**Осложнения после родов:**

1. ГСО
2. Гипогалактия

**Железодефицитная анемия.**

До 80 %.

Снижение количества железа в сыворотке, в депо. Это ведет к нарушению нормального образования гемоглобина, что влечет за собой нарушение основной функции эритроцитов. Развивается гипохромная анемия + трофические расстройства в тканях. ЖДА бывает истинная - развивается во время беременности, сочетание ЖДА с беременностью (ЖДА была до беременности).

Причины:

1. Повышение потребности в железе при беременности (за беременность 700 мг)
2. Недостаток в пище
3. Нарушение всасывания железа (хронический гастрит)
4. Потери железа с рвотой в ранних сроках.
5. Истощение депо железа при длительной лактации, частых беременностях, при многоплодной беременности.
6. ЖДА чаще развивается у беременных, страдающих хроническими инфекционными заболеваниями, чаще в весенне-зимний период (авитаминоз).

Клиника:

1. Жалобы:

* Головокружение
* Головная боль
* Мелькание мушек
* Слабость
* Одышка
* Обморочное состояние
* Выпадение волос
* Ломкость ногтей
* Извращение вкуса, обоняния
* Диспепсические расстройства.

1. Объективно:

* Бледность
* Субфебрилитет
* Гипотония
* Умеренная тахикардия, повышение ЧД
* Систолический шум на верхушке и легочной артерии.

1. ОАК:

* Снижение эритроцитов
* Снижение гемоглобина
* Снижение ЦП
* Снижение гематокрита
* Анизоцитоз
* Пойкилоцитоз
* Повышение СОЭ
* Тромбоциты в норме или повышены

1. БХК: снижение железа в сыворотке менее 10 мкг/л

! У детей, родившихся от матерей с ЖДА, к первому году жизни развивается гипохромная анемия.

Лечение:

Чтобы поднять гемоглобин, надо 3 – 4 недели.

1. 1 степень – амбулаторно.

2, 3 степень – стационарно.

2. питание: много калорий (3000 – 3500). Мясо, печень, петрушка, соя, хлеб, гранаты, зеленые яблоки.

3. препараты железа: 1 стадия - per os + витамин С. Ферроплекс, ферроцирон, ферамид 2 таблетки 2 – 3 раза. Тардиферон, сульфат железа, ферровитал, фенюльс – 1 таблетка 2 раза в день. Ферроградумед 1 таблетка за 30 минут до еды утром.

3 степень: при нарушении всасывания железа – парентерально Феррум-лек – в/в 5 мл, в/м 2 мл по показаниям (непереносимость препарата per os, нарушение всасывания в кишечнике, обострение ЯБЖ и ДПК). Ферковен.

4. если перед родами гемоглобин ниже 90 – гемотрансфузия (по письменному согласию женщины) по жизненным показаниям.

В родах:

1. Фон готовности
2. КТГ, профилактика гипоксии
3. Эпизиотомия
4. 2, 3 периоды – с иглой в вене, вымытыми руками
5. ППК – окситоцин, метилэргометрин по 1 мл струйно + капельно по схеме
6. ДК 0,2 – 0,3 %
7. Должны быть наготове эритроцитарная масса, СЗП (переливаем в родах)

Профилактика:

1. В ЖК – ОАК при первой явке, 20 недель, 27 – 28 недель и более 1 раза в месяц.
2. Группы риска:

* Женщины, болевшие прежде анемией
* Женщины с хроническими инфекционными заболеваниями
* Многорожавшие
* Беременные с содержанием гемоглобина менее 120 г/л

1. Препараты железа: сульфат железа 1 – 2 таблетки 2 раза в день.

**Мегалобластная анемия.**

Этиологический фактор - недостаток В12 и фолиевой кислоты, что ведет к нарушению синтеза ДНК анемия, диспепсия, фуникулярный миелоз.

**В12- дефицитная анемия** / пернициозная / Адиссона – Бирмера.

Причины:

1. нарушение всасывания
2. гельминтозы (в Пермской области)

Клиника:

1. симптомы анемии
2. диспепсия, лаковый язык
3. миелоз: ползание мурашек, онемение конечностей, нарушение глубокой чувствительности, спастический парапарез.
4. ОАК: гиперхромная анемия, макро – анизоцитоз, нейтропения, тромбоцитопения.
5. БХК: умеренная гипербилирубинемия, содержание железа в сыворотке крови в норме.

Лечение:

Симптоматическое.

1. В12 – 2 мл в/м, п/к 10 инъекций анализ крови (решить, нужно ли лечить еще)
2. питание: мясо, яйца, сыр, молоко, печень.

**Фолиево-дефицитная анемия.**

Способствуют:

1. неправильное питание
2. много беременностей
3. длительный прием гормональных контрацептивов

Причина: недостаток фолиевой кислоты в пище (хотя 50 % ее синтезируется в кишечнике, увеличивает синтез растительная пища (клетчатка)). Чаще развивается в 3 триместре беременности. Не поддается лечению препаратами железа.

Клиника:

1. снижение аппетита, диспепсия
2. может быть увеличение селезенки
3. субфебрилитет
4. ОАК: снижение эритроцитов, снижение гемоглобина, мегалоциты, анизоцитоз, пойкилоцитоз, базофильная зернистость, гиперсегментированные нейтрофилы.

Гипопластическая и апластическая анемия – противопоказание к беременности.

Осложнения:

1. Самопроизвольный выкидыш
2. Аномалии развития плода
3. ПТБ значительно чаще
4. Осложнения в родах

Профилактика:

1. Полноценное питание: свежие овощи и мясные продукты
2. Фолиевая кислота 15 мг/сут со 2 триместра беременности (при многоплодии, частых родах, частых абортах)

Лечение: фолиевая кислота 15 мг/сут + витамин С 100 мг/сут до нормализации показателей крови. Курс 4-5 недель.

**Беременность и пиелонефрит (ПН).**

Понятие ''гестационный пиелонефрит'' сейчас не используется, т. к. ПН во время беременности – это обострение хронического ПН.

Факторы, способствующие развитию заболевания почек во время беременности:

1. значительно расширяются мочеточники и почечные лоханки.

А) нейрогуморальная теория: снижение тонуса мускулатуры и повышение – матки.

Б) токсическая теория

В) эндокринная теория: под влиянием гормонов гипофиза вырабатывается большое количество эстрогенов (расслабляют всю гладкую мускулатуру).

Г) механическая (компрессионная) – сдавление маткой

1. венозная гиперемия и увеличение кровоснабжения (проникновение инфекции во влагалище, а из него в мочевыводящую систему (одно и то же кровоснабжение))
2. гипотония мочевыводящих путей. Мочеточники зияют рефлюкс.

Обострению ПФ способствуют:

1. проникновение инфекции
2. снижение иммунитета в результате инфекционных заболеваний и других факторов: охлаждение, стресс, диабет, нарушение солевого обмена
3. нарушение оттока (матка) + при беременности повышаются глюкокортикоиды снижение клеточного иммунитета
4. травма и аномалия развития почки

Чаще - вторичный ПН – из других источников инфекции (нарушение функции ЖКТ миграция флоры в кровь МВП, хронический рецидивирующий холецистит, эндоцервицит, кольпит…).

Этиология: специфического возбудителя нет. Условно-патогенная флора: стафилококк, стрептококк, кишечная палочка.

Пути распространения инфекции:

1. гематогенный
2. лимфогенный
3. восходящий уриногенный
4. per continuitatum – по стенке мочеточник.

Классификация:

1. острый / хронический
2. осложненный / неосложненный

Поздние осложненные формы:

1. апостематозный ПН
2. карбункул почки
3. паранефрит
4. перинефрит

Исход – сморщенная почка, пионефроз.

Диагностика: 3 основных симптома: - боль

- повышение температуры

- гнойная моча

Течение: первые 3 – 4 дня – повышение температуры, затем несколько дней светлый промежуток, далее процесс повторяется.

Лабораторные методы:

1. ОАК: лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево, Hb менее 100
2. ОАМ: белок в моче, повышены лейкоциты, бактерии
3. БХК: диспротеинемия, повышение мочевины в сыворотке крови (недостаточность почек), остаточный азот, креатинин
4. Зимницкий: гипостенурия, лейкоцитурия
5. Бактериологическое исследование: бактериурия (что за возбудитель, чувствительность к антибиотикам)
6. Нечипоренко – средняя порция мочи – в 1 мм3 – повышены лейкоциты
7. Проба Реберга – должна быть в норме

Инструментальные методы:

1. УЗИ: воспаление, расширение лоханки, камни
2. Во время беременности – хромоцистоскопия, цистоскопия
3. Рентгенологические методы во время беременности не используют

Группы риска:

I группа: хронический ПН вне обострения, без осложнений.

II группа: хронический ПН, существующий до беременности, но без осложнений.

I – II группам беременеть разрешают, но под тщательным наблюдением 2 специалистов (акушера и уролога).

III группа: осложнения ПН, ПН единственной почки, ПН с гипертонией или азотемией. При III группе беременность противопоказана.

Осложнения беременности:

1. Невынашивание, перенашивание беременности
2. ПТБ
3. Внутриутробное инфицирование плода и плаценты
4. ФПН
5. ПОНРП
6. Гипохромная анемия
7. Высокая перинатальная смертность, пороки развития.

Осложнения в родах:

1. Слабость родовой деятельности
2. Кровотечения
3. Гипоксия плода
4. Инфицирование в родах
5. ПОНРП

Осложнения ПН при беременности:

1. Обострение хронического процесса
2. Почечная недостаточность (карбункул, уросепсис, гнойное расплавление).

Осложнения после родов: ГСО.

Ведение беременных:

1. Ранняя явка – до 12 недель и совместное ведение с урологом.
2. Постоянный контроль ОАМ и анализа мочи по Нечипоренко (1 раз в 2 недели, к критические периоды - еженедельно).
3. Плановая госпитализация:
4. До 12 недель – обследование, решение вопроса о вынашивании
5. В середине беременности – для профилактики, лечения, а также, если присоединяется гестоз или страдание плода.
6. За 2 недели до родов – для подготовки к родам. При любом осложнении – экстренная госпитализация.
7. Выделение групп риска.

Лечение:

1. Лежать на здоровом боку, иногда в коленно-локтевом положении (чтобы беременная матка не давила на почки, и не нарушала отток мочи – 3 раза в день за 30 минут до еды). Физиотерапия, растительные уросептики. При обострении: в стационаре – антибиотики. Если затруднен отток – катетеризация.
2. При лихорадке – постельный режим.
3. Диета – стол № 7. Нет ограничений соли и воды – для выведения токсинов.
4. Антибиотикотерапия.

А) I триместр: пенициллин и его синтетические аналоги: ампициллин – до 3млн ЕД, метициллин до 4млн ЕД в день.

Б) II триместр: аминогликозиды: гентамицин 80 – 120 мг, канамицин 1 – 1,5 г, цефалоспорины в/м 1,0 – 2 раза, линкомицин, далацин 600000 ЕД – 2 раза в/м.

1. Сульфаниламиды: только уросульфан 0,5 3 – 4 раза в день.
2. Нитрофураны: фурадонин, фурагин, фуразолидон.
3. Нитроксолин (5-НОК).
4. Группа налидиксовой кислоты: невиграмон.
5. Мочегонные:

* Химиопрепараты
* Растительные: почечный чай, фитолизин, клюквенный морс (повышается кислотность мочи убивает микроорганизмы, Na-бензоат из клюквы превращается в почках в гиппуровую кислоту, которая убивает микроорганизмы).

1. Инфузионно-детоксикационная терапия:

* Глюкоза
* Реополиглюкин
* Физраствор
* Гемодез нельзя, т. к. много хлорида натрия.

1. Витамины В, С.
2. Иммунотерапия: лизоцим 150 мг 2 – 3 раза в/м
3. Десенсибилизирующая терапия: тавегил, супрастин.
4. Дезагреганты: курантил, трентал. Улучшают кровообращение в почках, приносят туда лекарства.
5. Спазмолитики: но-шпа, папаверин, цистенал.
6. Для восстановления уродинамики – катетеризация мочеточников на 2 – 3 дня.
7. При неэффективности – операции на почке:

* Нефростомия
* Нефрэктомия
* Резекция почки
* Декапсуляция почки

1. Физиотерапия:

* Микроволны на область почки. УВЧ – тератогенный эффект.
* УЗ на область почек
* Оксигенотерапия: кислородная палатка для лечения внутриутробной гипоксии.

1. Плазмоферез.
2. Лечение анемии.

План ведения родов:

1. Роды ведутся через естественные родовые пути с подведением фона готовности
2. КТГ плода каждые 2 – 3 часа
3. Контроль АД каждый час и гипотензивная терапия.
4. Спазмолитики.
5. С момента отхождения околоплодных вод – антибиотики.
6. ППК.
7. 2 период с доступом в вену, обезболивание, эпизиотомия по показаниям.
8. ДК – 0,2 – 0,3 %.
9. Санация почек в послеродовой период – антибиотикотерапия (нитрофураны, сульфаниламиды, растительные мочегонные).

Критические периоды ПН:

I период – 7 – 8 недель: дилатация МПВ и чашечно-лоханочной системы (ЧЛС).

II период – 22 – 28 недель: + повышение синтеза ГК активация инфекции.

III период – 4 – 6 – 12 суток после родов.

**Беременность и гломерулонефрит (ГН).**

Входные ворота – миндалины.

Возбудитель – бета-гемолитический стрептококк группы А. Имеет значение реактивность организма.

Способствуют: переохлаждение, стресс.

У беременных хронический ГН чаще в 4 формах:

1. Нефротическая форма:

* Протеинурия в результате повышения проницаемости почечного эпителия
* Гипопротеинемия
* Отеки
* Гиперхолестеринемия

1. Гипертоническая форма:

* Повышение АД
* Незначительная гематурия
* Цилиндрурия
* Протеинурия
* Спазм сосудов глазного дна.

1. Отечно-гипертоническая форма: гипертрофия левого желудочка, изменение сосудов глазного дна + отек + мочевой синдром (симптомы не ярко выражены).
2. Латентная форма: мочевой синдром: микрогематурия, цилиндров мало, отеков нет.

Диагностика:

* ОАМ: гематурия и цилиндрурия (мочевой синдром)
* Нечипоренко: эритроцитов больше лейкоцитов
* БХК: мочевина. Креатинин, остаточный азот, титр противостафилококковых антител (антистрептолизин О, антигиалуронидаза), С-РБ.
* Проба Реберга: удельный вес мочи не изменяется.

Степени риска:

I степень (минимальная) – латентная, без почечной недостаточности.

II степень (выраженная) – нефротическая форма без почечной недостаточности.

III степень (максимальная):

* Гипертонический тип
* Смешанный ГН
* Острый ГН
* Обострение хронического ГН
* Почечная недостаточность.

Осложнения ГН при беременности:

1. Развитие почечной недостаточности.
2. Может проявиться ГН при беременности дать осложнения, перейти в неблагоприятную форму.
3. Осложнения: инсульт, кровоизлияния, отслойка сетчатки.
4. Гипертрофия левого желудочка вплоть до сердечной недостаточности.

Лечение:

Специальное лечение не проводится, т. к. нет инфекционного агента.

1. Избегать простуд и переохлаждения.
2. Соблюдение режима труда и отдыха.
3. Стол № 7.

Диета зависит от формы:

1. Нефротический тип – увеличение белка до 2 г/кг Мт, снижение соли до 5 г/сут, ограничение воды до 800 мл.
2. Смешанная форма – снижение потребления соли и воды.
3. Латентная форма – нет диеты.
4. Патогенетическая терапия: ГК и иммунодепрессанты не показаны.
5. Симптоматическая терапия:

* Лечение артериальной ГТ
* Борьба с отеками
* Устранение белкового дефицита (плазма, 20 % альбумин по 100 мл, наборы АК: валин, левамин)
* Антиагреганты: трентал, курантил – улучшают микроциркуляцию почек.
* Спазмолитики
* Десенсибилизирующие средства
* Лечение ФПН.

1. Физиотерапия:

* Микроволны на область почек
* УЗ на область почек
* Амплипульс

1. Лечение анемии: препараты железа (снижают концентрацию эритропоэтина в почках).

План ведения родов:

1. Роды вести консервативно-выжидательно через естественные родовые пути с подведением фона готовности.
2. Контроль АД каждый час и соответствующая гипотензивная терапия.
3. Ранняя амниотомия – для снижения прогрессирования ПОНРП + усиление родовой деятельности.
4. КТГ.
5. Профилактика гипоксии.
6. Рациональное обезболивание, спазмолитики, перидуральный блок (снижение АД + анестезия)
7. 2 период с доступом в вену и вымытыми руками.
8. После каждой потуги измерять АД и ЧСС плода (если повышенное АД – управляемая нормотония).
9. ППК – окситоцин (метилэргометрин при повышенном АД нельзя)
10. ДК
11. Эпизиотомия по показаниям после пудендальной анестезии.
12. После родов: лечение осложнений, лечение ГН.
13. После беременности: в/в урография для диагностики формы ГН.

Показания к КС:

1. Гипертоническая форма
2. Тяжелая форма ФПН
3. Акушерская патология (ПОНРП, предлежание).

Дифференциальная диагностика острого ГН от ПТБ:

1. ОАМ: гематурия
2. Стрептококковые титры антител

*У III группы риска*: осложнения беременности:

* Эклампсия
* Материнская и детская смертность
* ПОНРП
* Антенатальная гибель плода
* Невынашивание
* Резкое прогрессирование почечной недостаточности

*У II группы риска:* лечить отеки в стационаре, беременность течет благоприятно. Осложнения:

* Преждевременные роды
* Гипотрофия плода.

*У I группы риска:* амбулаторное лечение. Гестоз в 20 % случаев.

Ведение беременности:

1. Разрешается лишь 1 беременность – за 1 беременность гибнет 25 % клубочков.
2. Ранняя диспансеризация.
3. Ранняя явка.
4. Выделение групп риска.
5. Женщина ведется акушером и урологом.
6. Контроль мочи, крови.
7. 1 госпитализация – 8 – 9 недель – вопрос о сохранении беременности.

2 госпитализация – при обострении, ухудшении состояния плода.

3 госпитализация – за 2 – 3 недели до родов.

Осложнения во время беременности:

1. ПТБ экстренное родоразрешение
2. гипоксия, гипотрофия плода.
3. Внутриутробная гибель плода.
4. ПОНРП ДВС.
5. Невынашивание.
6. 1/3 – преждевременные роды.

Осложнения в родах:

1. Кровотечения.
2. АРД.
3. Повышение АД инсульт, отслойка плаценты.
4. ФПН гипоксия
5. ПОНРП

Осложнения после родов:

Кровотечения в 3, 4 периодах.

ГН – инфекционно-аллергическое заболевание. Преимущественно поражаются клубочки. Развивается через 10 – 12 дней после перенесенной ангины.

Классификация:

1. Инфекционный / неинфекционный
2. Острый / хронический (4 формы)

**Сахарный диабет (СД) и беременность.**

Классификация:

1. Инсулинзависимый / инсулиннезависимый
2. С ожирением / без ожирения
3. Нарушение толерантности к глюкозе
4. СД беременных (исчезает после беременности).

Группы риска по СД:

* Женщины с нарушенным тестом толерантности к глюкозе (ТТГ)
* Наследственность по СД отягощена
* Женщины, родившие ребенка с массой более 4,5 кг или мертвого ребенка с гиперплазией.

Диагностика:

1. Жалобы.
2. Определение сахара натощак, а женщинам с группами риска проводят ТТГ.

Группы риска:

III группа риска:

* СД с ангиопатиями
* Лабильный СД
* Инсулинрезистентный СД
* Склонность к кетоацидозу
* СД у обоих супругов
* СД + резус-сенсибилизация женщины
* СД + активный туберкулез
* Наличие в анамнезе пороков развития, мертвых детей (ОАА).

I и II группы риска – СД легкой и средней степени тяжести.

Осложнения во время беременности:

1. Невынашивание, перенашивание, замершая беременность
2. Формирование пороков развития плода
3. ПТБ
4. Урогенитальная инфекция
5. Многоводие
6. Диабетическая фетопатия: увеличение печени, лунообразное лицо, СДР, гипоксия.

Особенности течения СД:

I. Волнообразное течение.

1. до 16 недель – склонность к гипогликемии повышенный расход сахара на строение плода (много хорионического гонадотропина повышение инсулина)

2. 16 – 26 недель – склонность к кетоацидозу (повышены эстрогены и прогестерон – контринсулярные гормоны дозу инсулина повысить)

1. 32 – 34 недели – дозу инсулина снизить
2. роды – стресс повышены контринсулярные гормоны, но женщина расходует много глюкозы гипо- или гипергликемия.
3. В послеродовой период – гипогликемия, а к 3 дню уровень глюкозы доходит к тому, что был при беременности.

II. Беременность обладает диабетогенным действием (чаще выявляют СД, а уже имеющийся может перейти в более тяжелую форму).

Ведение беременности:

1. Планирование: за 0,5 – 1 год до беременности выйти на такой уровень инсулина и диеты, чтобы уровень глюкозы был как у здоровой женщины 9не более 5,5 ммоль/л).
2. Встать на учет до 12 недель.
3. Госпитализации:
4. плановая – все пробы на СД, бакпосев, проба Реберга – то есть исследуются все органы. Все беременные ведутся на инсулине.
5. В 20 – 24 недели – обследование и проведение профилактики гипоксии плода и нормализации обмена.
6. С 31 – 32 недели. К 37 неделе решается вопрос о родоразрешении (в 40 недель женщины с СД не рожают)

Показания к КС: (относительные)

1. Лабильный СД со склонностью к кетоацидозу
2. СД с тяжелым ПТБ.
3. Прогрессирование гипоксии плода.
4. Сердечно-сосудистые осложнения, которые проявляются во время беременности.
5. СД + акушерская патология (узкий таз, тазовое предлежание). Лучше провести родоразрешение в 36 – 38 недель. До 36 недель плод нежизнеспособен.

Осложнения в родах:

1. Слабость родовой деятельности.
2. Преждевременное излитие вод.
3. Прогрессирование ПТБ в родах.
4. Кровотечения.
5. Родовой травматизм матери и плода.
6. Отслойка плаценты, сетчатки.
7. КУТ.
8. Внутриутробная инфекция до и во время родов.

Ведение родов:

1. Роды через естественные родовые пути, фон готовности, должен быть эндокринолог. Все лекарства на физрастворе.
2. Уровень глюкозы каждые 2 – 3 часа. Кушать нельзя.
3. Ранняя амниотомия (прокалывается плодный пузырь, воды отходят, опускается головка, разрывается оболочка при многоводии).
4. Обезболивание.
5. КТГ и профилактика гипоксии.
6. 2 период с доступом в вену.
7. Если в течение 8 часов нет начала родовой деятельности КС + при любом отклонении (гипоксия, повышение АД) – не лечат, а сразу КС. Если необходимо провести родоусиление, применяют ПГ.
8. Эпизиотомия, пудендальная анестезия.
9. ППК – окситоцин.
10. Антибиотики в родах после отхождения вод и после родов.
11. После родов каждые 3 – 4 часа контроль глюкозы, коррекция инсулина.

**Беременность и ревматизм.**

Особенности течения ревматизма в настоящее время:

* Нетипичное течение
* Раннее присоединение инфекционного эндокардита
* Возбудители: 1 место – стафилококк; 2 место – стрептококк; 3 место – грам '-' флора.
* В 60 % случаев поражаются интактные клапаны
* Без повышения температуры
* Моноорганное течение
* Позднее формирование пороков
* Могут быть отрицательные лабораторные тесты
* Формируется недостаточность кровообращения чаще, чем порок сердца.

Влияние на беременных:

1. Повышен риск материнской и перинатальной смертности.
2. Истощение коры надпочечников быстрая декомпенсация при сформировавшемся пороке. Акушерские осложнения связаны с гемодинамическими нарушениями и нарушениями обмена веществ.

Диагностика ревматизма при беременности.

Лабораторные тесты неспецифичны (при беременности может быть повышение СОЭ, небольшой лейкоцитоз, субфебрилитет, повышение ЧСС, одышка). Для диагностики обязательно полное клинико-лабораторное исследование: выделение С-РБ, тимоловая и сулемовая пробы, ревмопробы.

Диспансерное наблюдение терапевтом в ЖК, обязательно стационарное лечение. При активном течении ревматизма беременность противопоказана. Можно спустя полгода после последней ревматической атаки. При недостаточности кровообращения 1, 2 степени – роды с исключением потужного периода (КС). При декомпенсации – КС.

Препараты – ГК при тяжелом кардите, перикардите, при непереносимости, неэффективности салицилатов (противопоказаны в 1 и 3 триместрах – мутагенное действие, может быть перенашивание, перед родами - нельзя, т. к. прокоагулянты).

Противопоказаны: вольтарен, хингамин (некроз эпителия канальцев), плаквенил.

Другой метод лечения: 3 раза за беременности, независимо от активности, весенне-зимняя профилактика – аспирин 2 г/сут, поливитамины. Круглогодичная профилактика – бициллин-5.

Другая точка зрения – профилактики не надо, лечить только обострения.

Частота поражения клапанов:

1. митральный
2. аортальный
3. трехстворчатый
4. пульмональный

**Митральный стеноз.**

Причины: ревматизм, коллагенозы (чаще – СКВ), после эндокардитов.

При беременности состояние женщины ухудшается. При недостаточности кровообращения 1 степени – легко переносит беременность, при 2 и 3 степени – плохо переносит беременность, хорошо чувствует себя только в покое. Т. к. при беременности повышается кровообращение на 30 – 50 %, то возрастает нагрузка, что может привести к отеку легких во время сна (просыпается в ортопное, кашель с мокротой, кровохаркание).

Во 2 половине беременности может быть тромбоэмболическое осложнение + аритмия. Любая физическая нагрузка, любое заболевание с повышением температуры может привести к сердечной астме или отеку легких. Сейчас КС исключает потужной период (потуги → повышение внутригрудного давления→ отек легких).

Диагностика: та же, что и при ревматизме + рентген грудной клетки.

Митральный стеноз с недостаточностью кровообращения (НК) и активным ревматизмом, а также мерцательной аритмией, легочной ГТ, тромбоэмболическими осложнениями в прошлом – противопоказания для беременности. Беременность может быть через 1 – 2 года после операции (т. к. за это время может сформироваться рестеноз).

Можно беременеть, если: нормальный синусовый ритм, нет активности ревматизма, нет легочной ГТ, хорошая комиссуротомия. Митральная комиссуротомия показана в 10 – 11 или 16 – 18 недель. При некупирующемся отеке легких – ургентная комиссуротомия в любые сроки беременности.

**Митральная недостаточность:** легочная ГТ, одышка, кашель, ортопное.

Показания к протезированию:

1. Кардиомиалгия
2. Рецидивирующая СН
3. Снижение систолического выброса (СВ).

Беременность возможна при компенсации. Если есть НК – нельзя.

Тактика та же, что и при митральном стенозе.

**Аортальная недостаточность.**

Беременность улучшает состояние женщины, т. к. снижается периферическое сопротивление сосудов большого круга кровообращения и в левый желудочек регургитирует меньшее количество крови. Если аортальная недостаточность + НК – беременность противопоказана + при сифилисе. После протезирования лучше не беременеть.

**Трехстворчатый клапан.**

Чаще в сочетании с другими, поэтому тактика будет зависеть от преобладания того или иного порока.

**При врожденном пороке сердца.**

Если нет сердечной слабости или минимальных ее проявлений – родоразрешение через естественные родовые пути + спазмолитики + обезболивание.

Акушерские щипцы при гемодинамических расстройствах. КС при пороке сердца + акушерской патологии. При декомпенсации госпитализация в 35 недель – вопрос о родоразрешении, план лечения в 4 период – антиревматическая, десенсибилизирующая терапия + антиагреганты, антикоагулянты, метионин, витамины, ГК, фолиевая кислота.

Срок родоразрешения: при декомпенсации 1 степени – в срок

при длительной декомпенсации – досрочное родоразрешение

при тяжелой декомпенсации – малое КС до 28 недель.

Подготовка к родам в течение 3 – 7 дней в зависимости от зрелости матки. Родовозбуждение при зрелой ШМ и ''+'' окситоциновом тесте. Обезболивание, седативные, амниотомия, игла в подключичную вену для введения препаратов и измерения ЦВД (центрального венозного давления). 1 период – наблюдение за состоянием матери и плода. Если нет родовой деятельности в течение 2 часов после амниотомии – необходимо родовозбуждение (окситоцин). 2 период – акушерские щипцы.

ППК – окситоцин или метилэргометрин в/в. ручное отделение и выделение последа.

Неингаляционный наркоз с ИВЛ. При первых схватках – покой роженице, анальгезия.

КС при декомпенсации – очень опасно для женщины и плода.

Показания к КС:

1. Выраженный стеноз легочной артерии
2. Стеноз аорты 3 степени
3. Легочная ГТ
4. Выраженная коарктация аорты
5. Акушерская патология
6. Внутриутробная гипоксия плода.

Противопоказания к КС: СН + аритмия + цирроз печени + кардиомиалгия + сложные пороки.

**Пороки Фалло.**

50 % - гибнут на первом году жизни. При беременности состояние ухудшается. После хирургического лечения может быть осложнение – ПОНРП и спонтанное прерывание беременности в результате гипоксии. Маловесные дети, отстают в развитии. Все пороки Фалло – абсолютное противопоказание для беременности.

**Коарктация.**

Высокий риск смертности, угроза разрыва аорты в родах. КС при умеренной степени. При + легочной ГТ, НК, аневризмы аорты, НМК – беременность противопоказана.

**Стеноз устья аорты.**

При компенсации – беременность и роды без осложнений. Декомпенсация – противопоказание.

**МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ.**

***Этиология***.

- наследственность

* профессиональные вредности
* различные виды излучения
* химические вещества
* приём препаратов: стимуляторов овуляции (кломифена цитрат), синтетических прогестинов
* экстракорпоральное оплодотворение (имплантация 2 – 3 эмбрионов)

***Классификация.***

1. *По количеству плодов*:

- двойня

- тройня и т.д.

1. *По количеству* плацент *(хорионов*) и плодных пузырей (*амнионов*):

* монохориальные (1 плацента), делятся на моноамниальные (единый плодный пузырь) и биамниальные (2 пузыря при двойне)
* бихориальные – всегда 2 плодных пузыря при двойне

***Клиника и диагностика.***

1. Жалобы:

* ощущение шевеления по всему животу
* быстрый рост живота

1. Анамнез:

* см. причины многоплодия

1. Объективное исследование:

* несоответствие роста матки сроку задержки менструации
* пальпация минимум 3-х крупных частей плодов
* выслушивание 2-х сердцебиений с наличием “зоны молчания” между ними и разницей в частоте сердечных сокращений 7 – 10 ударов в минуту

1. Дополнительные методы исследования:

* УЗИ – количество плодов, плацент, амнионов
* Допплерометрическое исследование кровотока в артериях пуповин – 2 или более различные кривые кровотока
* Кардиотокография – 2 или более различных кривых

# Осложнения

1. *Беременности*

* невынашивание
* ранние и поздние гестозы
* анемия
* пороки развития плодов
* неправильные положения плодов
* гипоксия и гипотрофия плодов
* синдром отмирания 2-го плода
* преждевременное излитие вод
* преждевременная отслойка плаценты

1. *I периода родов*

* раннее излитие вод
* слабость родовой деятельности
* преждевременная отслойка плаценты
* асфиксия плодов
* инфицирование
* выпадение мелких частей плода и пуповины

1. *II периода родов*

* клинически узкий таз (коллизия близнецов)
* слабость потуг
* асфиксия плодов
* преждевременная отслойка плаценты
* формирование неправильных положений 2-го плода
* родовой травматизм матери и плодов

*4. III периода родов*

* нарушение процессов отделения и выделения плаценты и кровотечение

1. *Раннего послеродового периода*

* кровотечение

1. *Позднего послеродового периода*

* послеродовые инфекции
* гипогалактия
* субинволюция матки
* кровотечения
* анемии

***Ведение беременных.***

1. Ранняя явка
2. УЗИ при подозрении на многоплодную беременность
3. Посещение женской консультации в 2 раза чаще обычного
4. Влагалищное исследование после 20 недель при каждой явке для исключения угрозы прерывания (истмико-цервикальной недостаточности)
5. Госпитализации.

* 8 – 12 недель с целью сохраняющей терапии
* 28 – 32 недели с целью сохраняющей терапии, профилактики гестоза, профилактики гипоксии плодов
* 36 недель – для обследования, подготовки к родам и выбора метода родоразрешения

***Показания к кесареву сечению.***

* три и более плодов
* первый плод в тазовом предлежании (опасность сцепления близнецов)
* неправильные положения плодов (косое, поперечное или тазовое)
* преждевременные роды
* хроническая гипоксия и гипотрофия плодов
* + тяжелый гестоз
* + тяжелая экстрагенитальная патология
* осложнения родов
* отягощенный акушерский анамнез

***План ведения родов при двойне.***

1. Роды вести консервативно – выжидательно.
2. Подведение фона готовности.
3. Рациональное применение анальгетиков, спазмолитиков, седативных и гипотензивных средств по показаниям.
4. Ранняя амниотомия.
5. КТГ и профилактика гипоксии плодов.
6. II период вести с “иглой в вене”.
7. Пудендальная анестезия и эпизиотомия по показаниям.
8. После рождения 1 плода (правило “3-х двоек”):

*второй* врач *вторым* приёмом Леопольда фиксирует продольное положение *второго* плода.

1. Сразу после рождения 1 плода выполняется влагалищное исследование с

целью определения положения и предлежания 2 плода и амниотомии 2 плода.

1. Родоусиление 2 плода.
2. Профилактика послеродового кровотечения: метилэргометрин 1,0 + р-р NaCl 0,9% - 20,0 в/в в момент рождения головки 2 плода и затем пролонгированное в/в капельное введение окситоцина 5 ед. + р-р NaCl 0,9% - 400,0 в III и раннем послеродовом периоде.
3. Допустимая кровопотеря – 0,2% к весу тела (учитывая осложнение – гестоз)
4. На роды иметь запас свежезамороженной плазмы.
5. В послеродовом периоде – антибактериальная, сокращающая и антианемическая терапия.
6. При отклонении от нормального течения родов – упорных аномалиях родовой деятельности, угрожающей асфиксии плодов, преждевременной отслойке плаценты, поперечном положении 2 плода – кесарево сечение с интраоперационной профилактикой ГСО.

ОЦЕНКА ПРЕНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА В БАЛЛАХ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | Факторы риска | Баллы |
|  | ***1. Социально-биологические*** |  |
| 1 | Возраст матери до 20 лет  30 – 34 года  35 – 39 лет  40 лет и более | 2  2  3  4 |
| 2 | Возраст отца 40 лет и более | 2 |
| 3 | Профессиональные вредности у матери  У отца | 3  3 |
| 4 | Вредные привычки Мать: курение 1 пачки сигарет в день  Злоупотребление алкоголем  Отец: злоупотребление алкоголем | 1  2  2 |
| 5 | Эмоциональные нагрузки | 1 |
| 6 | Рост и весовые показатели матери: Рост 150 см и менее  Вес на 25% выше нормы | 2  2 |
|  | ***2. Акушерско-гинекологический анамнез*** |  |
| 1 | Паритет (которые роды) 4 – 7  8 и более | 1  2 |
| 2 | Аборты перед первыми настоящими родами 1  2  3 и более | 2  3  4 |
| 3 | Аборты перед повторными родами или после последних родов 3 и более | 2 |
| 4 | Преждевременные роды 1  2 и более | 2  3 |
| 5 | Мертворождение 1  2 и более | 3  8 |
| 6 | Смерть в неонатальном периоде 1  2 и более | 2  7 |
| 7 | Аномалии развития у детей | 3 |
| 8 | Неврологические нарушения | 2 |
| 9 | Вес доношенных детей до 1500 г и 4000 г и более | 2 |
| 10 | Бесплодие 2 – 4 года  5 лет и более | 2  4 |
| 11 | Рубец на матке после операции | 3 |
| 12 | Опухоли матки и яичников | 3 |
| 13 | Истмикоцервикальная недостаточность | 2 |
| 14 | Пороки развития матки | 3 |
|  | ***3. Экстрагенитальные заболевания матери*** |  |
| 1 | Сердечно-сосудистые: а) пороки сердца без нарушения кровообращения  б) пороки сердца с нарушением кровообращения  в) гипертоническая болезнь I – II – II степени  г) вегето-сосудистая дистония | 3  10  2 – 8 – 12  2 |
| 2 | Заболевания почек а) до беременности  б) обострение заболевания во время беременности  в) заболевания надпочечников | 3  4  7 |
| 3 | Эндокринопатии а) диабет  б) диабет у родственников  в) заболевания щитовидной железы | 10  1  7 |
| 4 | Анемия Hb (г %) 9 – 10 - 11 | 4 – 2 – 1 |
| 5 | Коагулопатии | 2 |
| 6 | Миопия и другие заболевания глаз | 2 |
| 7 | Хронические специфические инфекции: туберкулез, сифилис, токсоплазмоз | 3 |
| 8 | Острые инфекции при беременности | 2 |
|  | ***4. Осложнения беременности*** |  |
| 1 | Выраженный ранний токсикоз | 2 |
| 2 | Поздний токсикоз: а) водянка  б) нефропатия I – II – III степени  в) преэклампсия  г) эклампсия | 2  3 – 5 – 10  11  12 |
| 3 | Кровотечение в I и II половине беременности | 3 – 5 |
| 4 | Резус и АВ0 изосенсибилизации | 5 – 10 |
| 5 | Многоводие | 4 |
| 6 | Маловодие | 3 |
| 7 | Тазовое предлежание плода | 3 |
| 8 | Многоплодие | 3 |
| 9 | Переношенная беременность | 3 |
| 10 | Неправильное положение плода (поперечное, косое) | 3 |
|  | ***5. Оценка состояния плода*** |  |
| 1 | Гипотрофия плода | 10 |
| 2 | Гипоксия плода | 4 |
| 3 | Содержание эстриола в суточной моче 4,9 мг/сут в 30 нед  12,0 мг/сут в 40 недель | 34  15 |
| 4 | Изменение вод при амниоскопии | 8 |

Считают сумму баллов.

По сумме баллов беременные относятся к группе:

* Низкого риска – до 4 баллов
* Среднего риска 5 – 9 баллов
* Высокого риска - 10 баллов и более.

АЛГОРИТМ ПРЕНАТАЛЬНОГО МОНИТОРИНГА В КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЦЕНТРАХ РФ.

Техника использования алгоритма обследования беременных женщин.

Перинатальная смертность является одним из основных показателей уровня медицинской помощи. За последние 25 – 30 лет перинатальная смертность в экономически развитых странах снизилась в 4 – 7 раз. В нашей стране в последние годы этот показатель составляет 16 – 18 0/00. Большинство авторов считают, что столь значительное снижение перинатальной смертности обусловлено, в первую очередь, широким внедрением в клиническую практику различных методов оценки состояния плода.

Овуляция у женщины обычно происходит за 13 – 15 дней до ожидаемой менструации и заключается в выходе яйцеклетки (точнее, ооцита 2-го порядка) из разорвавшегося доминантного фолликула. Яйцеклетка попадает в маточную трубу и встречается там с активными сперматозоидами. После оплодотворения начинается формирование зиготы, которая в течение 3 – 5 дней продвигается по трубе в полость матки. Образовавшееся на месте овулировавшего фолликула желтое тело активно синтезирует половые гормоны – прогестерон и эстрадиол, необходимые для подготовки слизистой оболочки маточной трубы и матки для транспорта и имплантации эмбриона.

У человека овуляция является спонтанным процессом, в связи с чем для прекращения циклической деятельности яичников и предотвращения отслойки эндометрия (менструации) необходима персистенция желтого тела. Она обеспечивается следующим образом. В зиготе с момента ее образования начинается синтез гормона – хорионического гонадотропина (ХГ), биологическая активность которого имитирует активность двух гонадотропных гормонов гипофиза – лютеинизирующего и фолликулостимулирующего. Как и они, ХГ стимулирует функциональную активность желтого тела. Ко времени достижения зиготой (бластоцистой) полости матки синтезируется такое количество ХГ, которое необходимо для предотвращения лизиса желтого тела.

На 10 – 11-й день после оплодотворения начинается процесс имплантации, т. е. постепенное внедрение эмбриона в толщу эндометрия. Если имплантация состоялась, то дальнейшее развитие эмбриона происходит очень быстро. На 17-й день формируется кровеносная система, с 20-го дня появляется сердцебиение, а к 70-му дню (12 недель беременности) завершается формирование внутренних органов (за исключением ЦНС).

С начала формирования трофобласта (плаценты) его клетки приобретают способность синтезировать, наряду с ХГ, эстрадиол и прогестерон. Под влиянием гормонов фетоплацентарного комплекса начинается активная перестройка метаболизма материнского организма, и тем самым развивающийся плод обеспечивает себе оптимальные условия развития.

Согласно современным представлениям, гормонсинтезирующая активность эмбриона определяется, прежде всего, его геномом. В первом триместре беременности происходит активная выбраковка генетически неполноценных эмбрионов, которые не смогли обеспечить адекватную продукцию БАВ.

Состояние физиологической беременности вызывает заметное изменение функциональной активности всех систем организма женщины – эндокринной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной, кроветворной.

По мере развития беременности, начиная с 11 – 12 нед., появляются признаки физиологической гиперволемии, в связи с чем наблюдается относительное снижение количества эритроцитов, уровней гематокрита и гемоглобина в периферической крови. Размеры эритроцитов и их насыщенность гемоглобином при этом не нарушаются. Изменения этих параметров обусловлены изменениями соотношения между объемами форменных элементов крови и плазмы. Развитие физиологической гиперволемии сопровождается существенным возрастанием (в 3 раза) СОЭ.

Во время беременности наблюдается активация образования элементов белой крови и увеличивается общее количество лейкоцитов. На этом фоне снижается относительное и абсолютное количество лимфоцитов, что отражает перестройку иммунной реактивности организма во время беременности, способствующую с первых недель беременности созданию благоприятного иммунологического фона для имплантации зародыша, роста и созревания плаценты, а также органогенеза плода.

Для зародыша человека характерно мощное развитие трофобласта, на мембранах клеток которого локализованы материнские и отцовские антигены. Функция плаценты в качестве иммунологического барьера обусловлена локальными иммунорегуляторными процессами на границе мать – плод именно благодаря наличию антигенов на ткани плаценты. Из плаценты был выделен ряд белков, обладающих иммуносупрессивной активностью, которые в организме обеспечивают подавление иммунологической реактивности материнского организма по отношению к оплодотворенной яйцеклетке, что способствует сохранению и развитию беременности.

Оптимальным сроком беременности для проведения первого клинико-лабораторного обследования считается 4 – 6 нед. В этот период необходимо, наряду с физикальным обследованием, выполнить ОАК с определением ее группы, резус-принадлежности (желательно у обоих супругов), тромбоэластограммы, ОАМ. Кроме того, назначается исследование на ВИЧ, RW, гонорею и антиген-вируса гепатита В. настоятельно рекомендуется ввести в перечень обязательных анализов пробу на носительство вируса гепатита С, который во время беременности вызывает тяжелую форму заболевания, часто с летальным исходом, и туберкулиновую пробу, поскольку вероятность заражения туберкулезом в последнее время значительно возросла.

Одно из ведущих мест в формировании осложнений лечения беременности врождённых пороков развития плода принадлежит к группе возбудителей так называемого TORCH-коплекса: токсоплазмоза, краснухи, цитомегалии и герпеса. Обследование на наличие антител к краснухе, цитомегаловирусу и токсоплазме является обязательным. Если эти антитела в крови не обнаружены, пациентку следует отнести к группе высокого риска, т.к. заражение перечисленными возбудителями во время беременности может обусловливать развитие акушерской патологии. В популяции к этой группе относится до 40 % женщин. В тоже время более 90% населения имеют антитела к вирусу простого герпеса.

Чрезвычайно важное значение имеет своевременное выявление врождённой патологии плода. В настоящее время известно около 3,5 тыс. нозологических форм наследственных заболеваний, которые затрагивают все органы, системы и функции организма. Профилактика и раннее выявления наследственных заболеваний и пороков развития плода имеют большое медицинское и социальное значение. Это обусловлено несколькими факторами. До 5 % новорождённых имеют наследственную патологию, и смертность этих новорождённых составляет 10-12%. Наследственные заболевания и врождённые пороки развития занимают 2-3 место среди всех причин перинатальной смертности. Существующие методы лечения этих нарушений часто малоэффективны и на обслуживание детей с наследственными заболеваниями и пороками развития расходуются огромные средства. Следует подчеркнуть, что эффективность профилактики наследственных болезней заметна тогда, когда перинатальная смертность в регионе не превышает 18%.

Особое место в пренатальной диагностике занимает ультразвуковое исследование. Анализ врождённых пороков развития, диагностированных с помощью ультразвукового исследования во время беременности, показал чёткую зависимость между характером порока и сроком его выявления. Исследования показали, что точность диагностики врождённых пороков плода во всей популяции составляет 87%, в группе повышенного риска – 90%. Ложноотрицательные результаты в основном обусловлены проведением исследования до выявления видимых анатомических изменений, наличием небольших пороков развития, (чаще всего сердца, лицевой части черепа, дистанальных отделов конечностей), положением плода, затрудняющим визуализацию его отдельных органов или систем, недостаточно тщательным проведением исследования.

Отсутствие эхографического изображения врождённого порока развития при первом или повторном ультразвуковом исследовании ещё не исключает его появления в более поздние сроки. В связи с этим для своевременной диагностики врождённых пороков развития плода необходима чёткая организация ультразвукового обследования: его проводят не менее 3 раз в течение беременности, а по показаниям с большей кратностью и тщательным исследованием всех органов и систем плода.

Длительные наблюдения за детьми, матери которых многократно подвергались ультразвуковому исследованию во время беременности, не выявляли отрицательного воздействия УЗИ на потомство.

Исследование другого скринирующего теста – определение содержания альфа-фетопротеина в сыворотке крови беременных даст возможность выделить среди женщин с подозрением на порок развития центральной нервной системы плода. В дальнейшем диагноз уточняется с помощью исследования альфа-фетопротеина и амниотической жидкости и ультразвукового метода.

Установлена также взаимосвязь между снижением содержания альфа-фетопротеина в сыворотке крови матери и болезнью Дауна у плода. Обнаружение в сыворотке крови беременной низкого уровня альфа-фетопротеина и эстриола в сочетании с высоким уровнем ХГ служит основанием для исследования кариотипа плода, позволяет провести своевременную диагностику болезни Дауна элиминацию аномального плода.

Установлена прямая зависимость между возрастом матери и вероятностью рождения ребёнка с болезнью Дауна. Риск рождения больного ребёнка у женщин старше 40 лет в 10 раз выше общепопуляционных данных. Определение кариотипа плода у женщин этого возраста, а они составляют от 5 до 10% всех родильниц, вполне обосновано. Одновременно с выявлением женщин групп риска по рождению детей с наследственной патологией определение сывороточных маркеров (альфа-фетопротеин, эстриол, хорионический гонадотропин) даёт возможность диагностировать ранние симптомы течения беременности. Часто эти изменения предшествуют проявлению клинических признаков патологии беременности, что часто позволяет своевременно проводить профилактику и лечение.

Дополнительным маркером, позволяющим формировать группы риска порождению детей с наследственной патологией, является 17-альфа-гидроксипрогестестрон (17-ОП) – патологический маркер врождённой гиперплазии коры надпочечников (адреногенитального синдрома). Повышение содержания 17-ОП в крови матери служит показанием для дальнейшего обследования беременной (определение HLA, амниоцентез).

II триместр беременности характеризуется тем, что в сформированной плаценте продолжается синтез стероидальных и пептидных гормонов-ХГ, плацентарного лактогена (аналог соматотропного гормона и пролактина гипофиза), тиреотропного и адренокортикотропного гормонов. Кроме того, под влиянием эстадиола, синтезируемого плацентой, в печени матери усиливается продукция белков, специфически связывающих гормоны. В результате в крови материнского организма накапливаются связанные формы кортикостероидов (кортизола), половых и тиреоидных гормонов. Одновременно снижается гормонпродуцирующая функция аденогипофиза матери. Исключение составляет лишь продукция пролактина, которая прогрессивно возрастает на протяжении всей беременности. В надпочечниках плода синтезируются в больших количествах 190стероиды, которые в плаценте трансформируются в эстриол – характерный гормон беременности.

При физиологической беременности содержание эстриола в крови закономерно увеличивается к концу гестации.

Под влиянием гормонов фетоплацентарного комплекса усиливается перестройка метаболизма материнского организма. Характерным для беременности становится изменение углеводного обмена (''диабет беременных''). В связи с этим необходимо проведение дифференциальной диагностики с истинным диабетом (определение содержания сахара в крови). Во II триместре существенно (на 30 – 50 %) повышается величина сердечного выброса, увеличивается лейкоцитоз. Изменяется функциональное состояние дыхательной и мочевыделительной систем.

Реактивация вирусных инфекций может приводить к определенным осложнениям беременности, однако значительно более опасным для плода является первичное инфицирование матери во время беременности. Выявление нарастания титра антител к вирусу краснухи, а также к вирусам цитомегалии и простого герпеса в период интенсивного органогенеза должно насторожить в отношении возможных уродств плода, и даже его гибели. Кроме того, следует повторить исследование на ВИЧ, RW и гонорею.

К началу III триместра беременности, как правило, сохраняются наиболее полноценные (здоровые) плоды. Организм беременной женщины уже полностью адаптировался к потребностям фетоплацентарного комплекса и значительная часть лабораторных показателей стабилизировалась.

Повышение активности свертывающей системы крови происходит, как правило, со второго триместра нормальной беременности и нарастает на протяжении третьего триместра к моменту родов, что означает приспособление организма женщины к кровопотере во время родов. Степень этого приспособления оценивается по тромбоэластограмме.

Основными методами контроля за состоянием плода в III триместре становятся методы функциональной диагностики, в первую очередь УЗИ и кардиотокография.

Кардиотокография – наиболее распространенный метод оценки состояния плода. Применяемые в настоящее время в клинической практике методы визуальной и балльной оценки кардиотокограмм (КТГ) позволяют выявить наличие или отсутствие нарушений состояния плода с точностью 75 %. Математический анализ КТГ показал, что здоровый плод можно диагностировать в 86 % наблюдений, а нарушения его состояния – в 87 %. Дифференцировка различных состояний плода возможна в 75 % случаев. Еще более надежные результаты получены при автоматизированном анализе КТГ, значительно повышающем точность диагностики состояния плода по сравнению с ручной обработкой КТГ. К преимуществам автоматизированного анализа КТГ, помимо повышения точности, следует отнести также сокращение времени исследования и ускорение обучения специалистов, работающих в этой области.

Обвитие пуповиной шеи плода является довольно частой патологией. Она встречается в 25 % случаев, а в 10 % приводит к острой гипоксии плода.

Фонокардиография позволяет выявить патологию пуповины в 82 % наблюдений. Более надежная информация может быть получена при непосредственной визуализации шеи плода и пуповины с помощью цветной допплерографии. Точность диагностики обвития пуповины вокруг шеи плода при применении данного метода составляет 95 %.

Одной из наиболее важных задач практического акушерства остается точное определение срока беременности, что необходимо для профилактики недонашивания и перенашивания, диагностики гипотрофии, аномалий развития плода, а также для решения важных научных задач.

Метод компьютерного анализа данных УЗ-биометрии показал, что ошибка в определении срока гестации при физиологическом течении беременности в I триместре составила в среднем 2,1 дня. Во II – 2,5 дня и в III – 4,7 дня.

Наибольшие трудности возникают в определении срока беременности при гипотрофии плода, особенно симметричной. При использовании компьютерных программ средняя ошибка при определении срока беременности при гипотрофии плода небольшая и составляет 6,1 дня, в то время как при использовании традиционных методик она равняется 30 дням.

Как видно из приведенных выше сведений, современные возможности медицинской науки позволяют своевременно и с высокой степенью точности выявить и проводить профилактические и лечебные мероприятия при большинстве патологических состояний матери и плода.

Согласно регламентирующих документов обследование беременных женщин проводится на уровне женских консультаций и включает минимальный перечень клинических и лабораторных исследований. Этот перечень исходит из возможностей ЖК и не отвечает современным требованиям пре- и перинатальной охраны здоровья матери и ребенка. В настоящее время в большинстве регионов страны организованы медицинские диагностические и перинатальные центры, оснащенные всем необходимым оборудованием и соответствующими специалистами, что позволяет проводить обследование пациентов на высоком методическом уровне. Преимуществами этих учреждений являются: 1) широкий спектр диагностических исследований, включающий физикальные, функциональные и лабораторные (гормональные, иммунологические, биохимические, гематологические) методы; 2) высокая пропускная способность, позволяющая обследовать до 100 пациентов в день; 3) возможность комплексного, быстрого и высокоинформативного обследования.

На основании вышеизложенного предлагается схема клинико0лабораторного обследования беременных женщин в условиях ЖК на территории РФ. Медицинские диагностические центры обязаны выполнять предусмотренные настоящим пособием для врачей исследования, если они не могут быть проведены на базе ЖК.

# СХЕМА КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

|  |  |
| --- | --- |
| Сроки беременности (по дате последней менструации) | Методы обследования |
| Первичное обращение (до 12 недель, желательно на 4 – 6-й неделе) | 1.Физикальное обследование: измерение массы тела, роста, АД (на обеих руках), пальпация щитовидной железы, молочных желез, аускультация сердца и легких, осмотр живота и конечностей, осмотр стоматологом.  2.Гинекологическое обследование: бимануальное влагалищное исследование, цитологический анализ влагалищного отделяемого и мазков из цервикального канала (диагностика хламидиоза), определение конфигурации и размеров матки и состояния придатков, наружная пельвиометрия, осмотр шейки матки в зеркалах.  3.Лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, тесты на RW, ВИЧ, гепатит В и С, ЦМВ и токсоплазмоз, наличие гонорейной инфекции, на антитела к вирусу краснухи, определение группы крови и резус-фактора. Туберкулиновая проба, тромбоэластограмма.  4.Методы функциональной диагностики: УЗИ (9 – 11 недель беременности). |
| Повторные обращения (каждые 4 недели) | 1.Физикальное обследование: АД (на обеих руках), осмотр и пальпация живота и конечностей, измерение массы тела.  2.Лабораторные исследования: ОАМ, ОАК. |
| 16 – 20 недель | 1.Физикальное обследование: АД (на обеих руках), осмотр и пальпация живота и конечностей, измерение массы тела, выслушивание сердца плода.  2.Лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, тест на сифилис, ВИЧ и гонорею, на антитела к вирусу краснухи (если исследование в I триместре дало отсутствие антител), сахар крови, АФП, ХЧГ, эстриол, 17-гидроксипрогестерон.  3.Методы функциональной диагностики: УЗИ, кардиотокография. |
| Повторные обращения (каждые 4 недели до 32 нед.) | 1.Физикальное обследование: АД (на обеих руках), осмотр и пальпация живота и конечностей, измерение массы тела, выслушивание сердца плода..  2.Лабораторные исследования: ОАК, ОАМ. |
| 32 – 36 нед. (каждые 2 недели) | 1.Физикальное обследование: АД (на обеих руках), осмотр и пальпация живота и конечностей, измерение массы тела, выслушивание сердца плода.  2.Лабораторные исследования: ОАК, ОАМ.  3.Методы функциональной диагностики: УЗИ, кардиотокография |
| Повторные обращения (37 – 40 нед. еженедельно) | 1.Физикальное обследование: АД (на обеих руках), осмотр и пальпация живота и конечностей, измерение массы тела, выслушивание сердца плода.  2.Лабораторные исследования: ОАК, ОАМ, тромбоэластограмма. |

# ПОЯСНЕНИЯ К АЛГОРИТМУ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

В настоящее время номенклатура и объем исследования беременных женщин регламентируется приказом № 430 МЗ СССР от 22.04.81 г. Настоящее пособие дополняет список обязательных обследований и лабораторных исследований в соответствии с современными требованиями клиники.

В I триместре беременности наряду с обязательным физикальным (включающим, в том числе, пальпацию щитовидной и молочных желез), гинекологическим и лабораторным обследованием необходимо проведение дополнительных исследований:

1. Обследование на наличие антител (IgM и IgG) к вирусам краснухи, цитомегаловирусу, токсоплазме, антигенов возбудителей гонореи и хламидиоза, на гепатиты В и С. включение этих исследований в стандарт позволяет решить вопрос о целесообразности лечения, сохранения или прерывания беременности, а также о возможности возникновения врожденных пороков развития у плода. Обязательное проведение туберкулиновой пробы обусловлено повышением частоты встречаемости заболевания туберкулезом у беременных в последние годы;
2. Оценка тромбоэластограммы позволяет своевременно выделить женщин группы риска по нарушениям свертывающей системы крови, в том числе и наследственного генеза;
3. УЗИ в I триместре беременности позволяет точно установить срок беременности, многоплодие, состояние хориона, антенатальную гибель плода, сопутствующие гинекологические заболевания (миому матки, опухоли яичников и т. д.), угрозу прерывания беременности и некоторые пороки развития плода (анэнцефалию, ахондрогенез 1 типа, лимфангиому шеи, полную предсердно-желудочковую блокаду, сросшуюся двойню и т. д.). Проведение УЗИ на базе диагностических центров объясняется наличием в этих учреждениях аппаратуры с высокой разрешающей способностью и квалифицированных специалистов.

Во II триместре беременности схема обследования дополнена:

1. Определением четырех маркеров крови матери – ХЧГ, АФП, 17-ОП и свободного эстриола. Определение этих маркеров позволяет выделить беременных групп риска по рождению детей с открытыми пороками развития ЦНС, хромосомной патологией (в первую очередь, с болезнью Дауна), врожденной гиперплазией коры надпочечников (АГС), а также позволяет оценить характер течения беременности (наличие фетоплацентарной недостаточности, угрозы прерывания беременности, гипотрофии плода);
2. УЗИ во II триместре беременности в основном направлено на диагностику врожденных пороков развития плода (черепно- и спинномозговые грыжи, гидроцефалию, микроцефалию, амфалоцеле, гастрошизис, агенезию желудка и обеих почек, мультикистоз и поликистоз почек, амелию, ахондроплазию, лимфангиомы, тератомы, сиреномелию, а также большинство пороков сердца). Кроме того, возможно выявление предлежания и преждевременной отслойки плаценты, наличия амниотических тяжей, истмико-цервикальной недостаточности, мало- и многоводия;
3. Вслушивание сердца плода целесообразно производить при помощи портативных ультразвуковых допплеровских приборов;
4. Определение сахара крови необходимо для предварительного исключения сахарного диабета.

В III триместре беременности в схему обследования как обязательные этапы включены:

1. УЗИ, позволяющее дополнительно обнаружить не выявляемые ранее пороки развития (крупные пороки головного мозга и лицевого черепа, расщелины спинного мозга, верхней губы и неба, атрезии кишечника, гепатомегалию, агенезию желчного пузыря, диафрагмальную грыжу, дистопию почек, гидронефроз, атрезию уретры и мочеточников, транспозицию крупных сосудов, гидроперикард, артрогрипоз, деформацию костей, макроглоссию, неперфорированный анус, экстрофию мочевого пузыря, синдактилию, отсутствие отдельных костей), а также гипотрофию плода, обвитие пуповины вокруг шеи;
2. Кардиотокография, которая позволяет диагностировать внутриутробное страдание плода;
3. Тромбоэластограмма для оценки состояния свертывающей системы крови перед родами.

В III триместре беременности опасность тяжелых последствий инфицирования вирусом краснухи значительно снижается, а внутриутробное инфицирование вирусом цитомегалии и простого герпеса по-прежнему грозит тяжелыми поражениями головного мозга, легких и других органов плода. В связи с этим целесообразно проводить у женщин из группы риска определение содержания вирусов цитомегалии и простого герпеса в клетках цервикального эпителия в конце III триместра беременности и только после этого решать вопрос о способе родоразрешения.

## Дополнительные методы исследования

Перечисленные выше методы обследования являются обязательными для всех беременных женщин. В то же время в акушерской практике часто возникает необходимость в дополнительных методах исследования, выполняемых по показаниям и доступных для проведения в диагностических центрах.

В I триместре беременности у пациенток с привычным невынашиванием в анамнезе целесообразно исключить наличие волчаночного антикоагулянта (ВА) или, по возможности, провести исследование на наличие антител в спектру отдельных фосфолипидов, поскольку в клинике нередко наблюдается ассоциация волчаночного антигена с нарушениями микроциркуляции, тромбоцитопенией и повторяющейся антенатальной гибелью плодов. Это состояние описано как «антифосфолипидный синдром» (АФС).

В I и II триместрах беременности по показаниям для диагностики врожденных и наследственных заболеваний применяются инвазивные методы пренатальной диагностики.

Пренатальная диагностика является наиболее эффективным средством профилактики наследственной патологии. Она позволяет отойти от вероятностного прогноза и однозначно решить вопрос о возможном поражении плода. Выявление аномального плода и последующее прерывание беременности позволяет многим женщинам, у которых риск рождения тяжело больного ребенка велик, решиться на повторную беременность.

Пренатальная диагностика обоснована и целесообразна тогда, когда имеется вероятность рождения ребенка с тяжелым наследственным заболеванием, лечение которого невозможно или малоэффективно; риск рождения больного ребенка выше риска осложнений после применения методов пренатальной диагностики; существует точный тест для пренатальной диагностики и имеется лаборатория, оснащенная необходимой аппаратурой и реактивами; имеется согласие консультируемой семьи на прерывание беременности.

Основные показания к инвазивной пренатальной диагностике: структурная перестройка хромосом у одного из родителей; возраст матери старше 35 лет; рождение ранее ребенка с множественными врожденными пороками развития; пренатально диагностируемые моногенные заболевания.

Относительными показаниями следует считать отягощенный акушерский анамнез, осложненное течение данной беременности (угроза выкидыша, многоводие, гипотрофия плода), проведение рентгенологических процедур, прием лекарственных препаратов, инфекционные заболевания во время беременности. Оценка степени риска при данных ситуациях и объем пренатальной диагностики определяются индивидуально во время медико-генетического консультирования.

В настоящее время основными методами инвазивной пренатальной диагностики являются амниоцентез в I и II триместрах беременности, биопсия хориона, получение кожи и крови плода.

Инвазивная пренатальная диагностика осуществляется с 7 недель беременности. В настоящее время с помощью биопсии хориона возможна диагностика широкого спектра хромосомных и генных заболеваний.

Во II триместре беременности, исследуя амниотическую жидкость, модно диагностировать хромосомную патологию у плода, болезни обмена, врожденную гиперплазию коры надпочечников, пороки развития нервной трубки и ряд других заболеваний.

Следует отметить, что в настоящее время возможно проведение амниоцентеза в I триместре беременности. Установлено, что в эти сроки беременности по культуре клеток амниотической жидкости можно получить кариотип плода в 68 % наблюдений. Получение амниотической жидкости в I триместре беременности значительно увеличило число пренатально диагностируемых заболеваний. Наиболее успешно этот метод был применен для пренатальной диагностики врожденной гиперплазии коры надпочечников, обусловленной недостаточностью 21-гидроксилазы в I триместре беременности. Определение в амниотической жидкости 17-ОП-гормонального маркера недостаточности 21-гидроксилазы обнаружило достоверное повышение его концентрации при заболевании плода уже в 8 – 9 недель беременности. Эти показатели четко коррелируют с данными в 18 – 20 недель беременности, т. е. в обычные сроки дородовой диагностики врожденной гиперплазии коры надпочечников плода.

Во II триместре беременности возможно получение крови плода с последующей диагностикой многих ее заболеваний, наследственных иммунодефицитных состояний, а также с определением инфицированности плода токсоплазмами, вирусом краснухи и цитомегаловирусом. По лимфоцитам крови плода в течение нескольких дней вне зависимости от срока гестации можно установить кариотип, что необходимо тогда, когда при УЗИ диагностированы порок развития и требуется срочно решить вопрос об их внутриутробной коррекции или методе родоразрешения.

Для диагностики высоколетальных наследственных заболеваний кожи плода (ихтиозиформная эритродермия, буллезный эпидермолиз) в строго определенные сроки гестации применяется методика биопсии кожи плода с последующим морфологическим исследованием биоптатов.

На основе анализа ДНК, выделяемой из клеток хориона, амниотической жидкости или крови плода, а также использование ДНК-зондов в настоящее время возможна пренатальная диагностика гемофилии, миопатии Дюшенна, муковисцидоза, врожденного поликистоза почек и некоторых других заболеваний.

Проведение инвазивных манипуляций противопоказано при наличии клинических симптомов прерывания беременности, острых инфекционных заболеваний, наличии инфекции в половых путях, опухолевидных образований матки больших размеров. Основным осложнением инвазивных процедур является угроза прерывания беременности. В настоящее время частота этого осложнения значительно снизилась в результате проведения всех манипуляций под УЗ-контролем и не превышает 2 %.

В последние годы для оценки состояния плода стали широко использовать определение кровотока, основанное на принципе Допплера. Однако данные об его информативности весьма разноречивы, точность диагностики нарушений состояния плода при допплерографии составляет 71 %. К недостаткам метода следует отнести его сравнительно низкую информативность при начальных нарушениях состояния плода (41 %) и невозможность оценки выраженности этих нарушений.

**КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ.**

Название данной операции берет начало от римского царя (715-673 г до нашей эры) который издал указ что если беременная женщина умирается, то необходимо разрезать ей живот и достать живого ребенка.

В 16 века Амбруаз Паре выполнил абдоминальное родоразрешение на живой женщине, но так как в то время не существовало методики ушивания раны матки , то смерть наступала практически в 100% случаев. В 1876 году Гейн и Порро преложили удалять матку после извелчения плода. Летальность при этом снизилась до 25% ( сейчас удаляют матку по Порро если есть сочетание мертвого плода и воспаления в матке). В 1890 году Керрер наложил на матку швы в три ряда: мышечно-мышечный, мышечно-серозный, серо-серозный. Летальность при таких операциях достигла 7%. В 1920 году разработана техника операции - интраперитонеального кесарева сечения, кесарева сечения в нижнем сегменте, ретровезикального кесарева сечения и др.

Снизилась летальность и стала нарастать частота выполнения операции кесарева сечения. В 40-50-е годы путем кесарева сечения родоразрешали в 3.5 - 4% случаев в мире. В 70-80 году - 4-5%. Сейчас это процент неуклонно растет. В США он составляет 15-20%, в Санкт-Петербурге 10-12%. Тем не менее кесарево сечение являясь операцией ( а каждая операция имеет свой операционный риск) не снижает материнскую и перинатальную смертность так как существует множество осложнений со стороны матери и плода.

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

Кесарево сечение может быть плановым и экстренным. Все показания рассматриваются в зависимости от этого. Надо стремится к увеличению количества плановых кесаревых сечений, за счет уменьшения экстренных.

Существуют абсолютные и относительные показания к кесареву сечению.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ ПОКАЗАНИЯ.

Извлечение плода через естественные родовые пути может быть выполнено, но со значительно большим риском для матери или плода.

1. Кровотечение в связи с предлежанием и отслойкой плаценты - 21.6% кесаревых сечений приходится на это показание.
2. Патология таза: анатомически и клинический узкий таз - 20.4%.
3. повторное кесарево сечение в связи с несостоятельностью рубца на матке - 20%.
4. Сочетанные показания -10.9%.
5. поперечное и косое положение плода 6.1%.
6. неправильное вставление головки: лобное, высокое стояние стреловидного шва и др. - 4%.
7. Дистоция (ригидность) шейки матки. С ней связана слабость родовой деятельности - 3.6%.
8. экстрагенитальная патология - 3.6%.
9. Впадение пуповины - 2.4%.
10. Поздний токсикоз - 1.4%.
11. Тазовое предлежание 1.2%.
12. Угрожающая внутриутробная гипоксия плода - 0.5%.

АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ.

Такие клинические ситуации, при которых извлечение плода через естественные родовые пути невозможно в интересах матери или плода (тяжелая преэклампсия, котрая не поддается лечению в течение 48 часов, узкий таз, лобное предлежание и др.)

СОЧЕТАННЫЕ ПОКАЗАНИЯ.

Разработаны проф. Слепых. Сочетанные показания это совокупность осложнений беременности и родов, каждое из которых само по себе не является показанием к кесареву сечению, однако при их сочетании есть угроза для жизни матери или плода при родах через естественные родовые пути (тазовое предлежание плюс крупный плод; переношенная беременность плюс угрожающая гипоксия плода; рубец на матке плюс возраст матери более 30 лет и бесплодие в анамнезе).

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ - родоразрешающая операция, при которой плоди и после извлекают через разрез на матке.

Различают виды кесарева сечения:

1. абдоминальное: классическое, корпоральное, кесарево сечение в нижнем сегменте.
2. влагалищное - разрез через передний свод влагалища. Сначала обнажают шейку и низводят ее. Извлекают таким образом ребенка до 22 недель (20 недель). Надо не повредить мочевой пузырь, очень сложна эта операция технически. А следовательно много осложнений. Сейчас практически не применяется.

Абдоминальное кесаревео сечение бывает интраперитонеальным (доступ через рассечение брюшины) и экстраперитонеальным (без проникновения в полость брюшины), а также кесарево сечение с временным отграничением брюшной полости.

Классическое кесарево сечение: разрез от лона, обходя пупок слева и выше, матка разрезается прдольным разрезом, выводится из брюшной полости.

Корпоральное кесарево сечение: разрез от лона до пупка, разрез проводится по средней линии. Матка в рану не выводится ( поэтому и название корпоральное - “в теле”). Единственное показание к этому виду операции - поперечное положение плода.

Недостатки классического и корпорального кесарева сечения:

1. большой разрез на матке
2. часто формируется несостоятельность швов на матке - при последующей беременности может быть разрыв по этому рубцу.
3. Большая травматичность, а следовательно и кровопотеря.
4. Разрез париетальной и висцеральной брюшины совпадают, а следовательно это прерасполагает к образованию спаек.
5. Частое формирование послеоперационных грыж.

В настоящее время наиболее часто выполняется операция кесарева сечения в нижнем сегменте.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ В НИЖНЕМ СЕГМЕНТЕ.

Первым этапом является лапаратомия (нижнесрединная; по Фаненштилю - поперечный разрез над лоном). При поперечном разрезе операция длится дольше так как надо очень тщательно выплнять гемостаз, и перевязывать ветви гипогастральных артерий. При плохой их перевязке образуется подапоневротическая гематома.

После вскрытия брюшной полости видим матку, которая всегда ротирована вправо. Мочевой пузырь находится книзу, его отодвигают зеркалом. Вскрывают plica vesico-uterina и тупо отслаивают ее вниз. В области наибольшей окружности делают разрез и вводят в рану пальцы и раздвигают ее. Рука вводится за головку , ассистент при этом давит на дно матки, извлекают головку, затем освобождают пояс и затем и всего ребенка. Между двумя зажимами пересекают пуповину и отдают ребенка педиатру. Рукой удаляют послед. Если есть задержка в матке плодных оболочек то берут кюретку и выскабливают плость матки.

Третим этапом производят ушивание раны матки двумя рядами кетгутовых вов. Можно накладывать швы непрерывно, можно по Стрелкову - первый ряд - слизисто-мышечный), и два ряда отдельных швов.

Непрерывные швы опасны тем, что если кетгут где-то рассосется раньше положенного срока, то может начаться кровотечение.

Четвертым этапом производят перитонизацию за счет пузырно-маточной складки брюшины (при этом швы накладываемые на висцеральную и париетальную брюшину не совпадают так как формируется дупликатура брюшины , следовательно формирование спаек сводится к минимуму).

Затем проводится проверка гемостаза, проводится туалет брюшной полости. Счет салфеток. Послойное зашивание брюшной полости наглухо. Если необходимо то дренируют брюшную полость.

ПРЕИМУЩЕСТВА КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ В НИЖНЕМ СЕГМЕНТЕ.

1. Разрез на наиболее тонкой части стенки матки; в этот разрез попадает наименьшее количество мышечных волокон следовательно по мере формирования нижнего сегмента будет формироваться полноценный соединительнотканый рубец.
2. Небольшая кровопотеря.
3. Идеальная перитонизация за счет пузырно-маточной складки.
4. Разрезы париетельной и висцеральной брюшины не совпадают , то есть минимальная возможность образования спаек.
5. Формирование полноценного рубца, то есть уменьшается вероятность разрыва матки по рубцу.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.

1. Инфекция любой локализации (лучше производить в данном случае экстраперитонеальное кесарево сечение).
2. Длительный безводный период.
3. Внутриутробная гибель плода ( единственным исключением из этого правила составляет мертвый плод при ПОНРП).
4. Плод в состоянии асфиксии и нет уверенности в рождении живого ребенка.

УСЛОВИЯ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ: наличие операционной, инструментария, квалифицированного хирурга.

АКУШЕРСКИЕ УСЛОВИЯ.

1. Наличие зрелых родовых путей , что необходимо для хорошего оттока лохий в послеоперационный период.
2. Безводный период не более 12 часов ( если более 12 часов то необходимо выполнять эстраперитонеальное кесарево сечение).
3. Отсутствие симптомов эндометрия в родах (хорионамнионита).
4. Живой плод.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ.

ПРЕМЕДИКАЦИЯ цель: достижение психического покоя, блокада нейровегетативных реакций. Предупреждение побочных влияний анестезиологических средства, профилактика и терапия некоторых осложнений беременности и родов, внутриутробной гипоксии плода.

1. внутривенно бета-адреномиметики, для улучшения состояния плода применяется сальбутамол. Если кесарево сечение производится из-за гестоза то назначают гипотензивные средства. Также назначаются транквилизаторы или снотворные (реланиум, фенобарбитал и др.) на ночь. Также они назнчаются перед операцией.
2. Атропин или метацин для профилактики вагусных реакций.
3. Средства для профилактики синдрома Мендельсона - сода, мгеназия, альмагель, циметидин.
4. Для плода: глюкоза, витамин С, кокарбоксилаза, сигетин.
5. Предоперационный токолиз.
6. Ингаляция кислорода.

МЕТОДЫ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ.

1. Местная инфильтрационная анестезия ( в настоящее время не применяется).
2. Эпидуральная или спиномозговая анестезия. Очень хороший метод при гестозе, когда одновременно надо снизить АД.
3. Общая анестезия и ИВЛ,

ОСЛОЖНЕНИЯ ВО ВРЕМЯ ОПЕРАЦИИ.

1. Синдром Мендельсона. Возникает в результате регургитации кислого содержимого желудка в дыхательные пути. При этом происходит развитие гиперергический пневмонит, нарушение альвеолярного эпителия, нарушение продукции сурфактанта. При этом быстро присоединяется ДВС синдром. Летальность при этом синдроме очень высока.
2. Синдром сдавления нижней полой вены. При сдавлении маткой нижней полой вены снижается венозный возврат к сердцу, снижается сердечный выброс, снижается АД, возникает коллапс.
3. Кровотечение во время операции. Причинами в данном случае будет гестоз ( при котором уже имеется хроническая стадия ДВС-синдрома), патология свертывающей системы крови, задержка частей последа , гипотонические состояния матки. При гипотонических состояних необходимо проводить терапию утеротониками, при гестозе - инфузионная терапия. Если данные мероприятия неэффективны до объем операции необходимо расширить до экстирпации матки.

ОСЛОЖНЕНИЯ РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ.

1. Кровотечение. Причиной его как правило является не тщательно выполненный гемостаз. Необходимо осторожное выскабливание полости матки на фоне утеротоников. Если мероприятия не эффективны то надо делать экстирпацию матки.
2. Парез кишечника - самый ранний признак перитонита. Необходимо вводить прозерин, делать гипертонические клизмы, препараты калия (перорально), компресс с эфиром на живот, раннее вставание после операции.
3. Нарушение функции мочеиспускания (задержка мочи).
4. Тромбоэмболические осложнения тромбоз возникают чаще у женщин с патологией сердечно-сосудистой системы, варриокозными расширениями вен, при коллагенозах, заболеваниях крови, шоке, гестозе. Может быть тромбоз вен нижних конечностей и вен таза. Может быть ТЭЛА ( боли за грудиной, эйфория, кровохарканье, в худшем случае тахипное, глубокий обморок и смерть). Может быть эмболия околоплодными водами.
5. Инфекционные осложнения.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА.

ПЕРВЫЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ.

1. Стол 0: минеральная вода и соки, но без содержание сахара. Режим постельный, но женщина должа переворачиваться сбоку на бок и садиться. К концу суток должна стоять рядом с кроватью ( профилактика тромбоэмболических осложнений и пареза кишечника). Назначают антибиотики (ампициллин, гентамицин, нистатин). Ребенку назначают бифидум.
2. Инфузионная терапия: солевые растворы (ацесоль, хлосоль и т.д.). коллоидные растворы - реополиглюкин, гемодез - 2 флакона по 400 мл).
3. Обезболивание: однократное введение наркотического анальгетика, анальгин с димедролом.
4. Витамины парентерально.
5. Сокращающие средства: окситоцин капельно и внутримышечно 3 раза в день.
6. Анализ крови и анализ мочи.

ВТОРОЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ.

1. Режим 2, стол 1. Надо стоять рядом с кроватью, движения
2. Гипертоническая клизма, через 15 минут вводят питуитрин или прозерин подкожно.
3. Обезболивание: анальгин, димедрол.

ТРЕТИЙ ДЕНЬ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ.

1. Стол 1, можно начинать кормить бульонами, протертыми овощами, можно кусочек мяса. Режим 2-3.
2. Антибиотики
3. витамины
4. сокращающие средства
5. очистительные клизмы

На 7 сутки снимают швы. На 11 сутки выписывают. На 10 сутки должно быть закрытие маточного зева.

**ПЕРИТОНИТ И СЕПСИС ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.**

Перитонит после кесарева сечения встречается в 4.6 - 7% случаев. Летальность от перитонита и сепсиса после кесарева сечения составляет 26 - 45%. Развитие перитонита обуславливает инфицирование брюшной полости ( от осложнений кесарева сечения - хорионамнионит, эндометрит, нагноение шва, острые воспалительные процессы в придатках, инфекции проникшие гематогенным или лимфогенным путем - при паратонзиллярном абсцессе, при абсцессе мягких таней, пиелонефрите).

Факторы риска развития сепсиса и перитонита - близки по клинике и тактике ведения:

1. острые инфекционные заболевания при беременности
2. хронические инфекционные заболевания и существующие очаги хронической инфекции.
3. Все вагинозы (неспецифические) и специфические кольпиты.
4. Возраст: моложе 16 и старше 35 лет.
5. Длительный безводный период ( более 12 часов), то есть несвоевременное кесарево сечение.
6. Частые влагалищные исследования ( более 4).
7. Перитонит после хорионамнионита или эндометрита в родах.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИТОНИТА.

По характеру экссудата: фибринозный, гнойный, серозный.

По распространенности: местный ограниченные и диффузный (тотальный) перитонит.

По стадиям: реактивный (образование экссудата ), токсический (подавление всех защитных свойств организма, нарушение гемодинамики), терминальный (полиорганная недостаточность).

По Серову выделяют три варианта течения перитонита после кесарева сечения:

1. инфцирование брюшины происходит во время операции (хорионмнионит, длительный безводный промежуток, обсеминация околоплодными водами).
2. Парез кишечника ( через его стенку идет массивное проникновение микроорганизмов в брюшную полость и ее инфицирование). Серов : если парез нарастает, то кишечная палочка легко проходит барьеры.
3. В 90% случаев перитонит развивается из-за несостоятельности швов на матке. Причины - различные возбудители - часто ассоциации гноеродной флоры с бактероидами и др.

ПАТОГЕНЕЗ. В первые 30-40 часов от начала заболевания развивается воспаление брюшины: отек, лейкоцитарная инфильтрация, десквамация эпителия, нарушение периферического кровообращения, накопление гистамина, серотонина, недоокисленных продуктов что приводит к ацидозу , к увеличению проницаемости, но сосудистые нарушения формируется не всегда. Экссудат носит воспалительный характер, его образованию способствует патологическая реакция брюшины и нарушения кровотока, которые приводят к увеличению образования транссудата, скоплению жидкости в полых органах. В тканях развивается дегидратация, так как вся жидкость уходит в полые органы и в брюшину. Транссудация преобладает над всасывание. Через 48-72 часов. В процесс более глубоко вовлекаеются ткани (атрофия, дистрофия), распад белков, ферментов, метаболитов, витаминов что приводит к резкому снижению тонуса мышечной ткани, что ведет к парезу кишечника. Развивается паралитческая непроходимость кишечника.

Усиливается симптомокомплекс интоксикации, страдает микроциркуляторное русло (кортико-стероидный выброс увеличивается и снижает воспаление). Увеличение тонуса сосудов приводит к раскрытию артериовенозных шунтов, что приводит к снижению оксигенации и перфузии всех органов, гипоксии и некрозу тканей.

Важен интоксикационный синдром, нарушение моторики. Клинические формы:

1. ранний перитонит - инфекция проникает через рану из матки ( наблюдается у 30%) из-за хорионамнионита. Проявления перитонита наблюдаются на 1-2 сутки после операции. Тяжелый интоксикационный синдром, гипертермия, выраженная тахикардия, тяжелое состояние. Может быть энцефалопатия за счет отека головного мозга , которая проявляется адинамией, затормаженностью, или эйфорией. Также наблюдается парез кишечника (вздутие, отсутствие перистальтики, но симптомов раздражения брюшины нет или, слабо выраженые). Ухудшается общее состояние, появляются симптомы пареза кишечника на 4-5 сутки: рвота, сухой язык, тахикардия, гиповолемия, бурное развитие септического шока.
2. Встречается у 15%. Заболевание начинается на 3-4 день. Ведущий симптом - парез кишечника, переходящий в паралитическую непроходимость; субфебрилитет, умеренная тахикардия, периодическая жажда, вздутие живота, плохое отхождение газов, и т.д. женщина может ходить, но парез нарастает, также нарастае обая слабость, одышка, анемия, может быть жидкий стул (септические поносы). К 7-9 дню появляется сойка паралитческая непроходимость. Плюс симптомы перитонита.
3. Поздний перитонит. На 4-9 сутки из-за несостоятельности швов на матке. До 4 суток после операции может быть все нормально, однако может сохраняться повышенная температура, присоединяется тахикардия, болезненность матки (особенно в нижнем сегменте), симптом Щеткина-Блюмберга в области рубца и нижнего сегмента, напряжение мышц живота невыражено. Такая ситуация длится несколько дней и формируется диффузный разлитой перитонит, который сопровождается симптомами интоксикации, пареза кишечника.

Матка: цервикалный канал всегда должен быть бужирован для оттока во время операции так как есть глубокая инфильтрация лейкоцитами нижнего сегмента и шейки матки. В первые дни нет тенденции к уменьшению цервикального канала (он открыт на 1.5-2 пальца или проходим за внутренний зев, за внутренним зевом находится валик - уплотнение, могут быть обнаружены не состоятельные швы). При перитониите соблюдаются длительные, яркие, красные выделения, к 9 дню может быть отторжение кетгутовых нитей. Перитонит после кесарева сечения возникает у 90% женщин у которых был хорионамнионит или эндометрит. Несостоятельность швов: сначала отмечаются явления местного перитонита, так как plica vesico-uterina прикрывает шов на матке.

**Методы диагностики (кроме клинических симптомов).**

1. УЗИ ( проверяют состояние стенок матки, можно найти скопление сгустков крови в матке, лохии, спазмированный цервикальный канал, умеренная инфильтрация в области шва. Можно найти лохиометра, гематометра).
2. Динамическое наблюдение за больной ( почасовое наблюдение).
3. ЭКГ (нарушение питания миокарда, тахикардия, экстрасистолия)
4. развернутый клинический анализ крови. Ежедневно нарастает токсическая анемия со снижением гемоглобина, эритроцитов появлением анизо и пойкилоцитоза, снижается цветной показатель, высокий лейкоцитоз не характерен, а характерно увеличение палочкоядерных, лимфоцитов, токсическая зернистость нейтрофилов, высокая СОЭ ( 55-70 мм/ч).
5. Моча - почечный синдром, так как из-за интоксикации происходит нарушение функци почек - снижение почасового диуреза ( в норме 50-60 мл), снижение удельного веса, появление форменных элементов крови в моче: лейкоциты - 10-15, эритроциты, цилиндры, слизь, микробы. Так как часто перитонит сочетается с гестозом то надо сопоставлять умело интерпретировать результаты.
6. Биохимический анализ крови: гипопротеинемия (до 40 г/л), снижение альбуминов, угнетение электролитного баланса: гипокалиемия, гипонатриемия, уменьшение ионов хлора, кальция, угнетение функции печени : повышение АСТ, АЛТ, мочевины, креатинина. Также страдает поджелудочная железа.

ПРОГРАММА ТЕРАПИИ.

Диагностика всегда запоздалая, впрочем как и лечение. Разработаная тактика хирургического лечения ( с удалением матки, так как это первичный источник перитонита). Оперируют наиболее часто на 9-15 день, на 4-6 день оперируют редко. Нужно оценивать степень тяжести по прогрессированию симптомов.

ЛЕЧЕНИЕ.

1. Хирургическое вмешательство. Чем раньше начато хирургическое лечение после постановки диагноз перитонит, тем меньше органных нарушений будет наблюдаться после операции. Удаление органа как очага инфекции (матка при перитоните после кесарева сечения) является этиологически направленным. Удаляют матку с трубами, яичника как правило оставляют, если нет в них воспалительных явлений. Экстирпация матки , чаще производится чем ампутация. Нижний сегмент близок к шейке матки, поэтому производят надвлагалищную экстирпацию матки с удалением маточных труб с ревизией органов брюшной полости.
2. Антибиотикотерапия: цефалоспорины и антибиотики действующие на грамотрицательные микроорганизмы - гентамицин в максимальных дозах, лучше внутривенно. Препараты метронидазолового ряда - метрагил внутривенно (действует на грамотрицательную флору, грибковую флору). Спектр чувствительности микроорганизмов к антибиотикам надо делать обязательно.
3. Лечение и купирование интоксикационного синдрома. Инфузионная терапия препаратами, обладающими дезинтоксикационными свойствами: реополиглюкин, лактасол, коллоидные растворы. Введение растворов улучшает состояние больной. Также назначают препараты повышающие онкотическое давление крови - плазма, аминокровин, белковые препараты, растворы аминокислот. Количество жидкости 4-5 литров. Терапия проводится под контролем диуреза.
4. Восстановление моторики кишечника: вся инфузионная терапия кристаллоидными растворами, антибиотиками улучшают моторику. Также используют средства стимулирующие перистальтику кишечника (очистительные, гипертонические клизы), противорвотные средства, прозерин подкожно, внутривенно; оксибаротерапия). Первые 3 суток должна проводится постоянная активизация моторики кишечника.
5. Противоанемическая терапия - дробное переливание крови (лучше теплую донорскую кровь), антианемические средства.
6. Стимуляция иммунитета - применение иммуномодуляторов - тимолин, комплекс, витамины, УФО крови, лазерное облучение крови.
7. Важен уход и борьба с гиподинамией, парентеральное питание, затем полноценное энтеральное питание - высококалорийное, витаминизированное - курага, творог, изюм, молочные продукты. Борьбая с гиподинамией заключается в проведении дыхательной гимнастики, раннем поворачивании в постели, массаже.

СЕПСИС ПОСЛЕ РОДОВ И ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

Сепсис может быть двух видов: септикопиемия, септицемия (без метастазов).

Септицемия: фибрильный процесс с ознобами, чередующийся с общей слабостью, проливными потам, тахикардией, повышением температуры, одышкой, ухудшением общего самочувствия. Положительны симптомы со стороны кишечника. Появляются боли в суставах, мышцах. Источником сепсиса является матка. Может быть септический шок - общий (генерализованный вазоспазм), нарушение перфузии в органах мишенях (легкие, почки, сердце, и др.). до 90% больных погибает.

Септикопиемия : сепсис протекающий с метастазами инфекции. Это как бы вторая фза процесса. Таким образом септикопиемии не может быть без септицемии. Метастазируют колонии возбудителей гематогенным путей. Формируются очаги в мягких тканях , почках (карбункул, абсцесс почки, абсцесс печени и т.д.). Присоединяется вся клиника общеорганных нарушений.

**ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ.**

Все изменения во время беременности носят адаптационный характер.

***Адаптационные изменения в сердечно-сосудистой системе.***

Функциональные изменения могут симулировать органические.

Гемодинамика: прирост объема крови - гиперволемия, увеличение выброса, увеличение ЧСС, увеличение венозного давления. При этом наблюдается увеличение массы тела, рост матки, развитие и рост плаценты, увеличение скорости метаболических процессов ( на 15-20%), включение плацентарного кровообращения, увеличение кровотока ( 5-7 раз), увеличение массы циркулирующей крови.

Гиперволемия - увеличение массы циркулирующей крови. Основной механизм, обеспечивающий поддержание оптимальных условий микроциркуляции, доставка кислорода до плода, поддержание микроцикруляции в плаценте и жизненноважных органах матери ( сердце, почки, головной мозг). Она имеет защитное, приспособительное значение: во время родов женщина теряет кровь и с первых дней берменности она готовится к этому.

Увеличение объема плазмы крови ( начинается увеличиваться с 10 недели беремености и постепенно увеличивает до конца беременности, максимально до 34 недели; к родам немного снижается до 40-48% по сравнению с объемом плазмы у небеременных женщин. Он достигает 4 литров, а у небеременных женщин - 2.5 л.

Увеличение объема эритроцитов ( в меньшей степени; с 10 недели берменности и увеличивается до конца беременности) до 25%. При приеме железа объем эритроцитов увеличивается до 32% , без приема железа - 12%.

К 26 недели так как увеличение объема плазмы превышает увеличение циркулирующих эритроцитов, то во время беременности развивается фзиолоигчесская анемия беременности. В норме для беременных характерно снижение гемоглобина. Нижняя границы нормы для беременных 110 г/л гемоглобина. Снижается гематокрит до 32-34%.

ОЦК увеличивается максимально к 30-32 недели - до 48%. Вне беременности ОЦК - 6.5% от веса тела, во время беременности 10% от веса тела. Большее увеличение ОЦК в 1 и 2 триместрах, а далее идет постепенная стабилизация увеличения ОЦК, к родам снижение.

Повышение ОЦК связано с ростом плаценты, формированием нового круга плацентарного кровообращения , с нарастанием массы молочных железы с расширением вен половых органов и нижних конечностей. К 26 недели происходит снижение вязкости крови, изменение ее реологических свойств что достигает максимума к 28 неделе.

К родам и концу беременности вязкость нормализуется.

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ.

Систолическое и диастолическое артериальное давление уменьшаеются. Систолическое давление в меньшей степени; в основном во втором триместре на 5-15 мм рт ст. Самое низкое давление в 28 недель. Затем постепенно возрастает до уровня, которые был до беременности, но не превышает 5-15 мм рт ст.

Если уровень выше, то это говорит о гестозе или о функциональных изменения в организме женщины.

Индивидуальный уровень АД определяется:

1. уровнем и повышением МОК
2. повышением ОЦК
3. снижением общего периферичского сопротивления сосудов
4. реологическими показателями

Снижение общего периферического сопротивления связано с образованием плацентарного круга и сосудорасширяющим действием гормонов, которые выделяются во время беременности ( прогестерон).

При многоплодной беременности уровень АД выше, а общее периферического сопротивление сосудов ниже. Во время родов идет повышение систолического и диастолического АД.

Изменения ЧСС. Для нормально протекающей беременности характерна физилогическая тахикардия. В норме ЧСС 60 - 80 ударов в минуту. При беременности 80-95 ударов в минуту ( при бодроствовании или сне). При многоплодной беременности ЧСС увеличивается на 20 ударов в минуту.

ЦВД (центральное венозное давление) значительно повышается в третьем триместре. В норме 2-5 см вод ст, при беременности 10-12 см, особеннос в венах нижних коненостей так как сдавливается нижняя полая вена беременной маткой и затрудняется отток вен из нижних конечнотей. Расширение этих вен свяано также с особенностями клаппанного аппарата вен у женщин.

Синдром нижней полой вены - возникает при горизонтальном положении (сдавление маткой нижней полой вены) - возникает обморок, АД падает, появляется шум в ушах, головокружение, и все эти явления исчезают при перемене положения).

МОС (минутный объем сердца) увеличивается начиная с 10 недели, максимума достигает к 20 неделе и составляет 6-7 л/мин, при норме 1-1.5 л/мин. К родам снижается и приходит к норме.

Сердечный выброс достигает максимума к 26-28 неделям на 32%, особеннос увеличивается во время схваток.

Увеличение МОС и СВ актуально у женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, особенно при признаках недостаточности кровообращения.

НК1 - увеличение МОС и СВ на 23%.

НК2 - увеличение МОС и СВ на 12%

Критические сроки - 28-32 недели (максимально возрастает ОЦК и максимума достигает СВ). СВ во время беремености увеличивается засчет увеличения ударного объема и ЧСС.

При многоплодной беременности СВ увеличивается больше, максимально к 20 неделе.

Наибольшая интенсивность работы сердца определяется в родах, в схватках: ударный объем возрастает на 300-500 мл ( то есть на 30% и более нормы). Также увеличивается интенсивность работы левого желудочка - на 50% ( к 26-28 неделям).

На работу сердца оказываются влияние гормоны: эстрогены, кортизол, гормоны щитовидной железы. Нагрузка на сердце увеличивается из-за

1. нарастания общей массы тела,
2. смещения сердца в горизонтальное положение
3. увеличение внутрибрюшного давления
4. более высокого стояния дифрагмы.

Все это происходит в результате роста матки.

Высокое стояние диафрагмы приводит к изменению положению сердца у 30% женщин. У 50% женщин может выслушиваться систолический шум на верхушке сердца и на легочной артерии у 12% ( функциональные состояния беременности). Также можно выслушивать дополнительные тоны, акцент второго тона на аорте.

Изменения на ЭКГ:

1. сдвиг электрической оси влево
2. изменение сегмента ST и T
3. ротация сердца по часовой стрелке

Изменения на ЭХГ:

1. увеличение массы миокарда
2. увеличение размеров отделов сердца

Гематологические показатели:

1. снижение гемоглобина ( третий семестр)
2. снижение гематокрита до 32-34% (повышение гематокрита говорит о гестозе).
3. Повышение лейкоцитов до 10-12 на 10 в девятой степени
4. увеличение СОЭ до 50-52 мм/час к концу беременности
5. увеличение нейтрофилов до 70%
6. изменяется вся формула красной крови, что не является патологией
7. увеличивается масса эритроцитов на 18%, изменяется размер и форма, объем и масса

Регулятором эритропоэза является эритропоэтин. Плацентарный лактоген (вырабатывается плацентой) усиливает выработку эритропоэтина. Ингибитором являются эстрогены.

1. Снижение железа в крови к третьему семестру в 2-3 раза
2. изменение коллоидно-осмотического состава, изменения биохимического состава, снижение натрия, хлора, калия, магния, кальция, фосфатов. Развивается метаболический ацидоз и дыхательный алкалоз.
3. Нарушение белкового состава крови.
4. Снижение онкотического давления крови - снижение содержания альбуминов до 25, общий белок крови к концу беременности снижается до 60-62 г/л, повышаются альфа и гамма глобулины, альбумино-глобулиновый коэффициент снижается до 0.84;
5. снижается содержание глюкозы, снижается толерантность к глюкозе, уменьшается чувствительность к инсулину. Беременность является диабетогенным фактором.

В результате липолитического действия плацентарного лактогена происходит увеличение жирных кислот, которые используются для энергетических затрат плода.

1. Снижается уровень мочевины, но есть гиперлипидемия

Изменения со стороны гемостаза.

Тромбоциты в норме во время беременности не изменяются, играют роль в сохранении и целостности сосудистой стенки. Снижение тромбоцитов говорит о начале гестоза.

Система коагуляции. С 3 недели беременности увеличивается 8, 7, 9 фаторы.

1. Повышается уровень фибриногена в плазме крови до 5 г/л
2. фибринолитичекая активность снижается
3. протромбиновый индекс повышается до 108% ( в норме 70-80)

Развивается состояние гиперкоагуляции.

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ. Дыхательная система находится в состоянии функционального напряжения, так как потребление кислорода к концу беременности возрастает на 30-40%, а во время схваток и родов до 150-250%.

Компенсаторные реакции:

1. учащение дыхания на 10%
2. увеличение дыхательного объема к концу беременности на 30-40%
3. увеличение МОД с 12 недели до 11 л/мин
4. увеличение альвеолярной вентиляции легких
5. увеличение ЖЕЛ в меньшей степени
6. Вследствие высокого стояния дифрагмы снижаются общая емкость легких
7. увеличивается работа дыхаельных мышц ( увеличивается потребность в кислороде).
8. Содержание кислорода в артериальной крови снижается
9. парциальное давление снижается, что связано с гипервентиляцией.

ПОЧКИ.

1. Увеличивается почечный кровоток
2. канальцевая реабсорбция не изменяется
3. увеличение гломерулярной фильтрации
4. увеличение осмотического клиренса до 500-700 мл/мин
5. дополнительно ежедневно фильтруется 100 л жидкости
6. диурез снижается к концу беременности до 1200 мл
7. в начале беременности диурез возрастает до 2 л что наблюдается до 32 недели
8. увеличение объема фильтрации до 40% (клубочковой).

В третьем триместре эти показатели возвращаются к норме. Максимальная нагрузка отмечаесят к 32 неделе.

1. Почечный кровоток увеличивается на 10%
2. уровень креатинина ниже чем у небеременной женщины
3. снижение уровня мочевой кислоты
4. если отмечается повышение креатинина и мочевой кислоты то это говорит о гестозе
5. ортостатическая протеинурия и глюкозурия так как матка сдавливает нижнюю полую вену, вены почек, повышается проницаемость сосудов
6. за счет влияние прогестерона (релаксирующее влияние) происходит снижение тонус мочеточников, лоханок; увеличивается емкость мочевых путей: увеличивается объем лоханок, мочеточников, мочевого пузыря. Создаются условия для инфицирования. В норме бактерий не более 0.1 млн в 1 млн, если более то это бактериурия бессимптомная. Ее надо лечить, так как возникает опасность гнойно-септических инфекций в послеродовом периоде. Выявляются пиелонефриты беременных ( так как есть условия) или же обострения хронического нефрита (лактационный). Пузырно-мочеточниковых рефлюксов не наблюдается. Могут быть частые позывы на мочеиспускание.

ПЕЧЕНЬ.

1. Гистологических изменений нет, но нагрузка и основная функция усиливаются
2. увеличение гликогена - может быть жировые отложения в печени
3. гипопротеинемия до 50 г/л
4. увеличение активности щелочной фосфатазы в крови
5. увеличение прямого билирубина
6. прогестерон оказывает релаксирующее влияиние на сфинктр желчного пузыря: застой желчи, склонность к холестазу приводят нередко к выявлению заболеваний желчного пузыря.
7. У 82% беременных выявляется патология почек или желчного пузыря.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ.

1. Увеличение аппетита в первые месяцы позже становится обычным
2. могут быть вкусовые извращения или прихоти, что связано с гормональными изменениями ( изменяется секреторная функция ЖКТ, снижается кислотность желудочного сока), изжога, тошнота, рвота. Желудок смещается к верху и кзади , снижается его тонус, затрудняется эвакуация пищи.
3. Гипотония нижнего отдела кишечника (запоры, геморрой).
4. Увеличивается всасывание в кишечнике микроэлементов, воды, питательных веществ.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА.

Все адаптационные реакции являютя безусловными рефлексами. Растущий плод - раздражитель рецепторного аппарата матки.

Происходит:

1. снижение возбудимости коры головного мозга
2. деятельность подкорки, ретикулярной формации ствола головного мозга повышается к концу беременности и к родам, что подготавливает женщину к родам.
3. В ранние сроки беременности происходят изменения вегетативной нервной системы: склонность к ваготонии - это состояние определяет клинические симптомы: слюнотечение, тошнота, изменение вкуса и обоняния.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.

Развивается желтое тело, плацента. Происходят изменения в эндокринной системе самой женщины, которые направлены на нормальное развитие плода, функциональное поддержание организма женщины и подготовка к родам.

1. Увеличение массы гипофиза засчет передней доли ( в 2-3 раза) - лютеинизирующий гормон, лютеотрпоный гормон, ТТГ, АКТГ, СТГ. АКТГ - повышается активность надпочечников.
2. Щитовидная железа в первый месяц подвергается гиперплазии и увеличивается, повышение функции; к концу беременности - снижение функции. Содержание белковосвязанного иода не изменяется
3. паращитовидные железы. Потребность в кальции возрастает. Нарушение кальциевого обмена приводит к судорогам в икре.
4. В коркоком слое надпочечников увеличивается количество стероидных гормонов (минералокортикоидов, глюкокортикоидов): гипокортицизм - пигментные пятна на лице, вокург сосков, по белой линии живота, полосы беременности (stria gravidarum) - после беременности не исчезают, становятся бледнее.
5. Концентрация кортизола увеличивается в 10 раз с 8 недели и в 20 раз к концу беременности.

З А Д А Ч И

Задача 1.

Первородящая, роды в срок. Послед родился через 15 минут. На плаценте имеется дефект размером 3х4 см, матка сократилась. Кровотечение 150 мл.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

Ранний послеродовой период. Дефект последа. Идем на ручное обследование матки, удаляем. Декрет 86 дней. Антибактериальная терапия.

Задача 2.

Гражданка Е., 32 года. Доставлена по поводу значительного кровотечения из половых путей. Последние месячные – 3 месяца тому назад. Внутреннее исследование: цервикальный канал пропускает палец. В зеве определяются части плодного яйца. Матка увеличена и соответствует 10-недельной беременности. Своды свободные безболезненные. Температура нормальная.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

Начавшийся внебольничный аборт неинфицированный при беременности 12 недель. Кровотечение. Вакуум-экскохлеация.

Задача 3.

В городском родильном доме на 60 коек у 4 детей повысилась температура тела, убыли в весе. Стул 12 раз в день, со слизью и кровью.

Какие меры должен принять заведующий родильным отделением?

Ответ.

Закрыть роддом, выписать кого можно, остальных – в инфекционное отделение. Дезинфекция. Взять смывы.

Задача 4.

Роженице 35 лет. Роды 2, живым плодом, длиной 51 см, вес 3600 г. Через 3 минуты после рождения плода началось кровотечение, достигшее через 7 минут 500 мл. Признаки отделения последа отрицательные.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

Последовое кровотечение. Ручное отделение последа под общим наркозом. Если истинное приращение – надвлагалищная ампутация.

Задача 5.

Роды 2. Размеры таза нормальные. Кровотечение. Внутреннее исследование: открытие маточного зева 4 см, всюду определяется плацентарная ткань.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

1 период вторых срочных родов. Центральное предлежание плаценты. Кровотечение. Развернуть операционную – КС.

Задача 6.

Роженице 30 лет. Роды – 1. Схватки через 10 минут по 20 секунд. Продолжаются 12 часов. Предыдущую ночь не спала. Воды отошли 2 часа тому назад. Открытие 4 см.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

1 период первых срочных родов. Возрастная первородящая. Раннее излитие вод. первичная слабость родовой деятельности, утомление женщины. Предлагаем КС или ускоренная родостимуляция.

Задача 7.

36 лет. Роды 5. Родила мальчика 4200 г 2 часа тому назад. Послед не отделился. Кровотечения нет. Признаки отделения плаценты отрицательные.

Диагноз? Что делать? Допущенные ошибки.

Ответ.

3 период пятых срочных родов. Крупный плод. Прикрепление или истинное приращение плаценты. Долго ждали (2 часа), а надо было через 30 минут – ручное отделение плаценты.

Задача 8.

Роды 3. Первые и вторые закончились мертворождением. Размеры таза: 25 – 26 – 30 – 17. Индекс Соловьева 16. Схватки энергичные. Воды отошли 4 часа тому назад. Головка прижата к входу в таз. Сердцебиение плода 140 уд/мин. Внутреннее исследование: мыс нависает клювом, СД – 9 см, открытие полное, стреловидный шов в поперечном размере, ближе к мысу.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

2 период 3 родов. Плоскорахитический таз 1 степени сужения. КУТ 3 степени. Снижаем родовую деятельность, КС.

Задача 9.

Роды 1, размеры таза: 26 – 28 – 30 – 16,5, СД – 10 см. воды отошли 2 часа тому назад. Сердцебиение плода не выслушивается. Схватки прекратились. Кровянистые выделения, метеоризм, рвота. Внутреннее исследование: открытие полное, стреловидный шов в прямом размере.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

2 период первых срочных родов. Плоскорахитический таз 2 степени сужения. КУТ 3 степени. Разрыв матки, мертвый плод. Лапаротомия, ушивание или экстирпация матки под общим наркозом.

Задача 10.

28 лет. Роды 2. Размеры таза 24 – 27 – 30 – 19. Сердцебиение плода глухое, 90 уд/мин. Открытие полное. Плодного пузыря нет. Головка в плоскости выхода таза, стреловидный шов в прямом размере.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

2 период вторых срочных родов. Начавшаяся асфиксии плода. Накладываем выходные акушерские щипцы (головка в выходе, живой плод, вскрытый плодный пузырь, соответствие таза и головки, раскрытие ШМ).

Задача 11.

Роды 2. Размеры таза: 23 – 26 – 28 – 16 см, СД – 10 см. Первые роды закончились рождением мертвого плода. Судорожные болезненные схватки. Контракционное кольцо на палец ниже пупка. Нижний отдел живота и левая круглая связка болезненны. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд/мин. Внутреннее исследование: открытие зева полное, плодного пузыря нет.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

2 период вторых срочных родов. Общесуженный + плоский таз. Клинически узкий таз 3 степени. Угрожающий разрыв матки. Наркоз + КС.

Задача 12.

У первородящей женщины с нормальным тазом после отхождения вод припадок эклампсии. Плод живой, доношенный. Открытие 2 см. Головка прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в косом размере, малый родничок слева под лоном.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

2 период первых срочных родов. Гестоз – эклампсия. Голову набок, языкодержатель, роторасширитель, держать ее. После припадка – кислород, наркоз, КС.

Задача 13.

Роды – 4. Воды только что отошли. Размеры таза: 26 – 29 – 32 – 20. При наружном исследовании предлежащая часть не определяется. Сердцебиение справа на уровне пупка, 130 уд/мин. Внутреннее исследование: открытие зева 8 см, мыс не достигается. Выпала пульсирующая пуповина и правая ручка.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

Начало 2 периода четвертых срочных родов. Поперечное положение плода. Выпадение пуповины, ручки. Через наркоз – внутренний поворот на ножку.

Задача 14.

Первородящая, роды в срок. Размеры таза: 23 – 26 – 29 – 16 см. Судорожные, болезненные, непрерывные схватки. Нижние отделы живота и левая круглая связка болезненны при пальпации. Воды отошли 4 часа тому назад. Признак Вастена положительный. Открытие полное. Головка над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

2 период первых срочных родов. Общеравномерносуженный таз, плоский. Клинически узкий таз 3 степени. КС.

Задача 15.

39 лет. Беременность 1. Роды в срок. Послед отошел 10 минут назад, целый. Матка большая, контурируется неясно. Кровопотеря 700 мл. Кровяное давление 100/60 мм рт ст.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

Ранний послеродовой период у возрастной первородящей. Гипотоническое кровотечение. Геморрагический шок 1 степени. Игла в вене, окситоцин, прижать аорту. Ручное обследование матки. Массаж матки на кулаке. Шов по Лосицкой, клеммы по Бакшееву. Не помогает – экстирпация или перевязка магистральных сосудов.

Задача 16.

Роды первые, срочные. Размеры таза: 23 – 25 – 29 – 18 см. Схватки энергичные, предлежит тазовый конец. Предполагаемый вес плода 3,8 – 4 кг. Сердцебиение плода 140 уд/мин. Внутреннее исследование: открытие полное, плодный пузырь цел, ягодицы прижаты к входу в таз.

Диагноз? Как вести роды?

Ответ.

2 период первых родов. Крупный плод, тазовое предлежание. Общеравномерносуженный таз. Снять родовую деятельность, КС.

Задача 17.

Родился живой доношенный мальчик массой 3450 г. Состояние новорожденного: сердечные тоны глухие, частота 96 уд/мин, дыхание поверхностное, в виде редких вздохов, крика нет. Мышечный тонус понижен, на раздражение стоп отвечает слабо выраженной гримасой, кожа бледная, с выраженным цианозом носогубного треугольника.

Оценка по шкале Апгар? Диагноз? Лечение?

Ответ.

Тяжелая асфиксия новорожденного, по Апгар менее 4 баллов. ИВЛ, глюкоза в вену пуповины, кокарбоксилаза. Наблюдение в ПИТе.

Задача 18.

Беременность 2, роды 2, живым плодом, длина 51 см, вес 3600 г. Через 3 минуты после рождения последа началось кровотечение, достигшее за 7 минут 400 мл. Матка мягкая, плохо контурируется. После массажа через переднюю брюшную стенку матка сократилась, однако чрез 1 минуту снова расслабилась, кровотечение возобновилось.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

Раннее послеродовое гипотоническое кровотечение.

Задача 19.

30 лет. Беременность 1, 40 недель. Сложный митральный порок сердца с преобладанием стеноза атриовентрикулярного отверстия Н1 степени. Размеры таза: 25 – 28 – 31 – 19 см. Родовая деятельность хорошая. Внутреннее исследование: открытие полное, плодный пузырь цел, головка в полости малого таза.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

2 период первых срочных родов у возрастной первородящей. Сложный митральный порок Н1 степени. Вскрыть плодный пузырь, выключить потуги, щипцы, профилактика отека легких, кровотечения.

Задача 20.

У роженицы с нормальным тазом хорошая родовая деятельность. Внутреннее исследование: открытие зева 6 см, спереди определяется плацентарная ткань и целый плодный пузырь, головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода 120 уд/мин. Кровопотеря 500 мл.

Диагноз? Как вести роды?

Ответ.

1 период срочных родов. Предлежание плаценты, кровотечение, гипоксия плода (если 3 или 4 роды – вскрыть плодный пузырь, КС). Инфузионная терапия – кровь.

Задача 21.

28 лет. Срок беременности 34 недели. Кровянистые выделения мажущего характера, возникли повторно. Головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода 130 уд/мин. Гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – 3,55 х 1012 г/л, Н – 32. При влагалищном исследовании: шейка сформирована, зев закрыт, пастозность в правом своде.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

Беременность 34 недели. Угроза преждевременных родов. Пролонгировать беременность до 38 недель, затем КС. При продолжающемся кровотечении – КС.

Задача 22.

36 лет. Первые роды. Воды отошли 2 часа тому назад. Сердцебиение плода 130 уд/мин, слева ниже пупка. Припадок эклампсии. Открытие зева полное, головка в плоскости выхода малого таза, стреловидный шов в прямом размере. Малый родничок спереди у лона.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

2 период первых срочных родов. Гестоз у возрастной первородящей. Помощь при припадке, щипцы.

Задача 23.

Роды первые, срочные. Первый период родов. Нефропатия 2 степени. Матка в гипертонусе, болезненная в области дна. Положение плода продольное. Сердцебиение не выслушивается. Открытие зева 6 см., плодный пузырь отсутствует. Головка малым сегментов во входе в таз. Из влагалища темные кровянистые выделения.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

1 период первых срочных родов. Раннее излитие вод, ПОНРП. Внутриутробная гибель плода. Наркоз, КС.

Задача 24.

Первобеременная 20 лет. Обратилась в ЖК в сроке 8 недель на одышку при ходьбе, сердцебиение. При обследовании установлен диагноз: сложный митральный порок сердца с преобладанием стеноза атриовентрикулярного отверстия 2 степени.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

Беременность 8 недель. Сложный порок Н2. Прерывание.

Задача 25.

Повторнородящая 35 лет. Размеры таза: 26 – 29 – 32 – 21 см. Роды срочные. Положение плода поперечное, сердцебиение ясное, ритмичное. Влагалищное исследование: открытие близко к полному, плодный пузырь отсутствует, пальпируется область живота плода. Мыс недостижим.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

Конец 1 периода срочных родов. Поперечное положение плода. КС.

Задача 26.

Роженице 20 лет. Беременность 1, 32 недели. Доставлена скорой помощью в бессознательном состоянии, АД 180/100 мм рт ст. Выраженные отеки всего тела. Последние 2 дня жаловалась на головные боли со слов родственников, дома было 2 припадка судорог. В приемном покое случился третий припадок.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

Беременность 32 недели. Тяжелый гестоз. Эклампсический статус. Комплексное лечение, экстренное КС.

Задача 27.

Повторнородящая 28 лет. Поступила в 20 часов с нерегулярной родовой деятельностью. В течение ночи схватки через 5 – 7 минут по 20 – 25 секунд. В 6 часов утра: ШМ сглажена, воды целы, открытие зева 3 см, головка прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода 134 уд/мин. Роженица утомлена.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

1 период вторых срочных родов. Первичная слабость родовой деятельности. Утомление роженицы. Сон, амниотомия, родоусиление.

Задача 28.

Роженице 32 года. Беременность – 3. Роды – 1. Первая и вторая беременность закончились искусственным абортом. Схваток нет. Зев закрыт. Шейка укорочена, головка над входом в таз. Воды подтекают.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

Беременность 40 недель у возрастной первородящей. Преждевременное излитие вод. Незрелая шейка. КС.

Задача 29.

Роды 1, в сроке 40 недель. Размеры таза: 26 – 29 – 32 – 20 см. Схватки через 3 – 4 минуты по 40 секунд. Плодный пузырь цел. Сердцебиение плода 140 уд/мин. Предлежат ножки плода. Открытие зева 4 см.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

1 период первых срочных родов. Ножное предлежание. Амниотомия. Пособие по Цовьянову 1.

Задача 30.

Беременность 3, срок 38 недель. Анамнез и течение настоящей беременности отягощены. Размеры таза: 25 – 28 – 30 – 20 см. Положение плода продольное, предлежит тазовый конец. Сердцебиение плода 130 уд/мин, справа выше пупка.

Диагноз? Тактика дальнейшего ведения?

Ответ.

Беременность 38 недель. Тазовое предлежание. ОАА. КС.

Задача 31.

32 года. Роды 3. Живых детей нет. 1.5 года назад проводилось кесарево сечение по поводу неправильного положения плода. Размеры таза нормальные. Открытие зева 6 см, воды целы, положение плода поперечное, сердцебиение отчетливое.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

1 период,3 роды. ОАА. Рубец на матке. Поперечное положение плода. КС.

Задача 32.

При хорошей родовой деятельности, длящейся 16 часов, у повторнородящей головка плода остается прижатой к входу в малый таз. Воды отошли8 часов назад. Матка вне схватки, болезненная, напряжена. Открытие зева почти полное, отек передней губы ШМ. Не мочится. Появились кровянистые выделения из влагалища. Сердцебиение плода 100 уд/мин.

Диагноз? План ведения?

Ответ.

2 период вторых срочных родов. Клинически узкий таз 3 степени. Начавшийся разрыв матки (может быть отслойка плаценты). КС.

Задача 33.

Первородящая 23 года, доставлена скорой помощью. Беременность 39 недель, родовой деятельности нет. Жалобы на сильную головную боль, боль в подложечной области, тошноту, ухудшение зрения, АД 190/110 мм рт ст, общая пастозность тела.

Диагноз? Тактика ведения?

Ответ.

Беременность 39 недель. Преэклампсия. КС (может быть комплексное лечение. Если оно без улучшения, то КС).

Задача 34.

Роды 2, срочные. Таз нормальных размеров. Отошли воды. Влагалищное исследование: открытие полное, головка малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок справа сзади.

Диагноз? Как вести роды?

Ответ.

2 период вторых срочных родов. Задний вид затылочного предлежания. Роды затяжные, наблюдение за родовой деятельностью, плодом. При изменениях – КС.

Задача 35.

30 лет. На 4 день после родов – озноб, температура тела 380 С. в родах первичная и вторичная слабость родовой деятельности, преждевременное излитие вод (безводный период 15 часов). Объективно: кожа гиперемирована, пульс 120 уд/мин, язык влажный, живот мягкий, безболезненный. Дно матки на 2 см ниже пупка, болезненное. Лохии томатные, с запахом.

Диагноз? Лечение?

Ответ.

Поздний послеродовой эндометрит (холод на живот, посев лохий, антибиотики 2 шт., дезинтоксикационная терапия. УЗИ матки, десенсибилизация, вакуум-аспирация, ОАК и другие анализы).

Задача 36.

Повторнородящая 28 лет. Размеры таза: 26 – 27 – 30 – 16,5 см. Первые роды мертвым плодом весом 2000 г. Излитие вод 3 часа тому назад при полном открытии, головка малым сегментом во входе в таз. Признак Вастена положительный. Внезапно появились резкие боли в животе, кровянистые выделения, исчезло сердцебиение плода, появилось притупление перкуторного звука в отлогих местах живота.

Диагноз? Какие допущены ошибки при ведении родов? Что делать?

Ответ.

2 период вторых срочных родов с ОАА. Плоскорахитический таз. КУТ. Свершившийся разрыв матки. Надо было идти на КС. Лечение – экстирпация матки.

Задача 38.

Первобеременная 32 года, приехала из соседней области. За 2 недели до родов явилась в ЖК. общее состояние беременной удовлетворительное, на голенях – значительные отеки. Лицо одутловатое. Веки отечны. АД 160/110 мм рт ст.

Диагноз? План ведения беременной?

Ответ.

Беременность 38 недель. Возрастная первородящая. Гестоз. Нефропатия 2. Тщательное наблюдение, госпитализация.

Задача 40.

Первобеременная 23 года, доставлена скорой помощью. Беременность 39 недель, родовой деятельности нет. Жалобы на сильную головную боль, боль в подложечной области, тошноту. Мелькание перед глазами. АД 180/110 мм рт ст, белок в моче.

Диагноз? Что делать?

Ответ.

Беременность 39 недель. Преэклампсия. КС.

**С О Д Е Р Ж А Н И Е**

Биомеханизм родов…2

Полное наружное тазоизмерение…2

Понятие о сегментах головки…3

Периоды беременности, жизнеспособности, родов…3

Критерии живорождения…4

Организация роддома (пр№55)…4

Определение срока родов…5

Предполагаемая масса плода…5

Влагалищное исследование в родах. Показания…5

Проф-ка вн/больничной инф-и…6

Размеры головки зрелого плода…7

Методы исследования в акуш-ве…8

Приемы Леопольда…9

Исследование на зеркалах…9

Влагалищное исследование…10

Метод Пискачека, Гентера…11

Признаки готовности организма к родам (тесты)…11

Причины наступления родовой деятельности…12

Признаки начала родовой деятельности…12

Виды отхождения вод…12

Длительность родов…13

Характеристики родовой деятельности…13

Периоды родов…13

Амниотомия…14

Показания к профилактике раннего излития вод…14

Пудендальная анестезия…14

Эпизиотомия…15

Ведение родов…15

Перидуральный блок…16

Признаки полного раскрытия…17

Ручное отделение и выделение плаценты…18

Ранний послеродовый период…19

Ручное обследование полости матки…19

Поздний послеродовый период…19

Тазовое предлежание…21

Многоплодная беременность…22

Анатомически узкий таз…24

Общеравномерносуженный…25

Поперечносуженый…26

Простой плоский таз…26

Плоскорахитический…27

Рубец на матке после КС…28

Шкала Апгар…30

Разрыв промежности…30

Разрыв шейки матки…32

Разрыв матки…33

Гематома наружных половых органов…35

Показатели работы акушерского стационара…36

Родовая травма…37

Гестозы…38

Ранний гестоз…38

Поздний гестоз…39

Преэклампсия…42

Эклампсия…42

Выворот матки…47

Кровотечения последового и послеродового периода…48

Инкарцерация последа…49

ДВС-синдром…52

Принципы профилактики акушерских кровотечений…54

Акушерские кровотечения…55

Преждевременная отслойка нормально расп-й плаценты…57

Операции…58

Ручное отделение и выделение плаценты…58

Ручное обследование полости матки…58

Шов по Лосицкой, клеймы по Бакшееву, тампонада заднего свода…59

Аномалии прикрепления плаценты...60

Кровотечение в раннем послеродовом периоде…60

Геморрагический шок.ЭГП…61

Аномалии родовой деятельности…62

Слабость р.д....65

Бурная р.д….66

Дискоординированная…67

Дистоция шейки матки…68

Гипоксия плода…70

Асфиксия…72

Недоношенный ребенок…73

Акушерские щипцы…74

Артериальная гипотония…75

Акушерские кровотечения…76

Схема мероприятий при предлежании плаценты…77

-\\- при ПОНРП…78

Дифдиагностика предлежания плаценты и ПОНРП…79

Акушерская помощь в ЖК…80

Планы ведения беременных с разными патологиями…81

Женская консультация…83

Показатели работы…85

Спецпримы в ЖК…86

Приказ №430 по ЖК…87

Аборт…88

Фетоплацентарная недостаточность…90

ЭГП и беременность…93

Гиперт болезнь…93

Анемия…102

Пиелонефрит…105

Гломерулонефрит…109

Сахарный диабет…112

Ревматизм…115

Многоплодная беременность…118

Оценка пренатальных факторов рискав баллах…121

Алгоритм пренатального мониторинга в клинико-диагностических центрах РФ…123

Кесарево сечение…134

Перитонит…139

Сепсис…142

Изменения в организме женщины во время беременности…143

ЗАДАЧИ…149