

Государственное бюджетное профессиональное  
образовательное учреждение  
КУРГАНСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

СБОРНИК ЛЕКЦИЙ по дисциплине:  
Оказание акушерской помощи  
Специальность: Лечебное дело



22

## **Сборник лекций по патологическому акушерству, 2022г.**

Автор: Андропова З.В. – преподаватель акушерства и гинекологии Курганского базового медицинского колледжа.

Данное учебное пособие по предмету «оказание акушерской помощи», разработано в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта к минимуму уровня подготовки выпускников по специальности: «Лечебное дело» и на основе учебного плана данной специальности. Пособие предназначено для студентов медицинских училищ и колледжей специальности акушерское дело.

## Содержание

|    |  |     |
|----|--|-----|
| 1  | Введение   |     |
| 2  | Лекция 1. Оказание помощи при физиологических родах. Течение родов. Гипоксия плода. Нормальный послеродовый период | 5   |
| 3  | Лекция 2. Лечение раннего токсикоза. Лечение гестозов  | 28  |
| 4  | Лекция 3. Влияние различных заболеваний на течение беременности и родов  | 49  |
| 5  | Лекция 4. Аномалии развития и заболевания элементов плодного яйца  | 76  |
| 6  | Лекция 5. Оказание помощи при невынашивании и перенашивании беременности   | 87  |
| 7  | Лекция 6. Оказание помощи при тазовых предлежаниях   | 96  |
| 8  | Лекция 7. Оказание помощи при многоплодной беременности  | 122 |
| 9  | Лекция 8. Оказание помощи при аномалиях родовой деятельности   | 134 |
| 10 | Лекция 9. Особенности ведения родов при аномалиях таза   | 147 |
| 11 | Лекция 10. Особенности ведения родов при поперечных и косых положениях плода                                       | 168 |
| 12 | Лекция 11. Акушерский травматизм   | 176 |
| 13 | Лекция 12. Акушерские операции   | 187 |
| 14 | Лекция 13. Лечение послеродовых гнойно-септических заболеваний   | 203 |
| 15 | Список используемых источников   | 221 |

## ВВЕДЕНИЕ

Пособие включает в себя лекционный материал по дисциплине «Оказание акушерской помощи», состоит из тринадцати лекций.

1. Оказание помощи при физиологических родах. Течение родов. Гипоксия плода. Нормальный послеродовый период;
2. Лечение раннего токсикоза. Лечение гестозов;
3. Влияние различных заболеваний на течение беременности и родов;
4. Аномалии развития и заболевания элементов плодного яйца;
5. Оказание помощи при невынашивании и перенашивании беременности;
6. Оказание помощи при тазовых предлежаниях;
7. Оказание помощи при многоплодной беременности;
8. Оказание помощи при аномалиях родовой деятельности;
9. Особенности ведения родов при аномалиях таза;
10. Особенности ведения родов при поперечных и косых положениях плода;
11. Акушерский травматизм;
12. Акушерские операции;
13. Лечение послеродовых гнойно-септических заболеваний.

Пособие соответствует тематическому плану рабочей программы ПМ. 02 «Лечебная деятельность». МДК 01.01. «Оказание акушерско-гинекологической помощи».

Для лучшего понимания материала лекциях имеются рисунки, схемы, таблицы, опорные конспекты основных вопросов.

Для закрепления материала к каждой лекции предлагаются контрольные вопросы.

Данное пособие позволяет экономить время, облегчает работу студентов по подготовке к практическим занятиям, а так же дает возможность для более глубокой проработки материала при подготовке к экзамену.

## **Оказание помощи при физиологических родах. Течение родов. Гипоксия плода. Нормальный послеродовый период.**

План:

1. Оказание помощи в первом периоде родов;
2. Оказание помощи во втором периоде родов;
3. Оказание помощи в третьем периоде родов;
4. Помощь при гипоксии плода;
5. Течение нормального послеродового периода.

Роды - сложный физиологический процесс, при котором происходит изгнание из полости матки через естественные родовые пути плода со всеми его эмбриональными образованиями.

Средняя продолжительность нормальных родов у первородящих составляет до 18 часов (11-12 часов по данным Е.А.Чернухи), у повторнородящих - до 10-12 часов (7-8 часов по данным Е.А.Чернухи).

*Патологические* - роды, длящиеся 18 часов и более;

*Быстрые роды* - от 4 до 6 часов у первородящих и от 2 до 4 часов у повторнородящих;

*Стремительные роды* - менее 4 часов у первородящих и менее 2 часов у повторнородящих.

С момента возникновения родовой деятельности и до окончания родов женщина называется *роженицей*.

Развитию и течению родов способствуют родовые изгоняющие силы: *схватки и потуги*.

*Схватки* – периодически повторяющиеся сокращения гладкой мускулатуры матки, являющиеся главной родовой силой, благодаря которой происходит раскрытие шейки матки, они необходимы для выталкивания из полости матки плода и последа. Схватки возникают непроизвольно, регулярно, с паузами. Роженица ими управлять не может. Нормальный процесс сокращения матки происходит по нисходящему тройному градиенту:

1. сокращение начинается в области дна и трубных углов матки, оно наиболее сильное;

2. менее сильно сокращается тело матки;
3. нижний сегмент матки сокращается очень слабо.

Сокращение матки постепенно нарастает, достигает пика, затем уменьшается и переходит в паузу.

Сократительная активность матки в родах характеризуется тонусом, силой, продолжительностью, интервалом, ритмичностью и частотой схваток.

В начале родов каждая схватка продолжается 35-40 секунд, к концу - в среднем 1 минуту.

Паузы в начале родов длятся 10-15 минут, постепенно укорачиваясь до 1-2 минут. Тонус матки в среднем равен 8-12 мм рт ст, интенсивность схваток – 30-50 мм рт ст. В норме регистрируется 4-4,5 схваток за 10 мин.

Схватки легко определяются при исследовании матки рукой. Однако схватки возникают не только во время родов, они имеются и во время беременности (схватки Брэкстона-Хикса), и в послеродовом периоде (для послеродовой инволюции матки).

*Потуги* - одновременное с маткой сокращение поперечно-полосатой мускулатуры брюшного пресса и диафрагмы. Они возникают рефлекторно, но роженица может их регулировать, т. е. потугу можно прекратить.

Во время потуги происходит повышение внутрибрюшного давления одновременно с повышением внутриматочного (схватки), поэтому содержимое матки устремляется сторону наименьшего сопротивления, т. е. малого таза. Потуги имеются только во II и III периодах родов.

### *Периоды родов.*

Различают три периода родов:

- I - период раскрытия;
- II - период изгнания;
- III - последовый период.

*Период раскрытия* - от момента начала родов, до полного открытия шейки матки. Это самый продолжительный период родов. За это время происходит постепенное сглаживание шейки матки, и раскрытие наружного зева шейного канала до 10-12 см. Этот процесс происходит под влиянием родовых сил. Во время схваток в мускулатуре тела матки происходят:

- сокращение мышечных волокон - контракция;
- смещение сократившихся мышечных волокон, изменение их взаимного расположения - ретракция;
- оттягивание круговой (циркулярной) мускулатуры шейки матки в стороны и вверх сокращающимися мышечными волокнами тела матки - дистракция шейки матки.

Раскрытию шейки матки способствует перемещение околоплодных вод под давлением схваток в сторону канала шейки матки. При опущении предлежащей части в малый таз образуется пояс прилегания. Благодаря нему околоплодные воды делятся на передние и задние. Передние воды изливаются при полном раскрытии маточного зева, задние остаются до конца второго периода и выполняют защитную функцию.

Во время схваток плодный пузырь натягивается и вклинивается в канал шейки матки, расширяя его. Плодный пузырь способствует расширению шейечного канала изнутри, сглаживанию шейки и раскрытию наружного зева матки.

У первородящих вначале происходит раскрытие внутреннего зева шейки матки; затем постепенно расширяется канал шейки матки, который приобретает форму воронки, суживающейся книзу; по мере расширения канала шейка матки укорачивается, а затем полностью сглаживается. В дальнейшем происходит растяжение и истончение краев наружного зева, он начинает раскрываться.

У повторнородящих процессы раскрытия и сглаживания шейки матки происходят одновременно, наружный зев раскрывается почти одновременно с раскрытием внутреннего зева шейки матки. Период раскрытия у повторнородящих в связи с этим короче.

Одновременно с раскрытием шейки матки начинается продвижение предлежащей части плода по родовому каналу.



## Рис. 1.1. Степень раскрытия маточного зева

Различают несколько вариантов отхождения околоплодных вод:

- преждевременное - до начала родовой деятельности (20-30%);
- раннее - когда родовая деятельность есть, но нет полного раскрытия зева матки;
- своевременное - имеется полное раскрытие зева матки, плодный пузырь разрывается во время схватки (60%);
- запоздалое - до конца периода изгнания, т. е. когда имеется полное раскрытие, а плодный пузырь цел; если плодный пузырь не вскрыть, то плод рождается "в сорочке". Этого допускать нельзя ввиду угрозы аспирации плодом околоплодных вод. Плодный пузырь следует вскрыть в таких случаях с началом второго периода родов.

В периоде раскрытия выделяют три последовательно наступающие фазы:

- *латентная фаза* – промежуток времени от начала родов до появления структурных изменений в шейке матки и открытия маточного зева на 3-4 см. Продолжительность фазы в среднем 5 часов, темп раскрытия – 0,35 см/ч.
- *активная фаза* – характеризуется раскрытием зева до 8 см, темп раскрытия составляет 1,5–2 см/ч у первородящих и 2-2,5 см/ч у повторнородящих. Продолжительность фазы – 3-4 часа.
- *фаза замедления* – характеризуется более низкими темпами раскрытия – 1-1,5 см/ч, раскрытие составляет до 12 см. Продолжительность – 40 мин – 1,5 часа.

В период раскрытия следует следить:

1. за состоянием роженицы, её пульсом, АД (на обеих руках);
2. за состоянием плода: при целом плодном пузыре сердцебиение выслушивать каждые 15-20 минут, а при излившихся водах - каждые 5-10 минут. В норме частота сердцебиения 120-140 (до 160) ударов в 1 мин., после схватки сердцебиение замедляется до 100-110 уд. в 1 мин., но через 10-15 сек. восстанавливается. Наиболее информативным методом слежения за состоянием плода и характером родовой деятельности является кардиомониторное наблюдение.
3. за отношением предлежащей части ко входу в малый таз (прижата, подвижна, в полости малого таза, скорость продвижения);



4. за характером родовой деятельности: регулярность, количество, продолжительность, сила схваток. Характер родовой деятельности можно определить, высчитав Единицу Монтевидео (ЕМ):  $EM = \text{количество схваток за 10 мин.} \times \text{продолжительность схватки}$ , В норме Единица Монтевидео составляет 150-300 ЕД; < 150 ЕД - слабость родовой деятельности; > 300 ЕД - чрезмерно сильная родовая деятельность.
5. за состоянием плодного пузыря, за характером околоплодных вод;
6. за функцией мочевого пузыря роженицы: каждые 2-3 часа женщина должна мочиться, при необходимости проводится катетеризация мочевого пузыря;
7. за опорожнением кишечника: очистительная клизма роженице ставится при поступлении в родильное отделение и каждые 12-15 часов, если она не родила;
8. за соблюдением правил гигиены: обработка наружных половых органов должна проводиться каждые 5-6 часов, и после акта мочеиспускания и дефекации.

Для регистрации родовой деятельности можно использовать:

- клиническую регистрацию сократительной деятельности матки - подсчет количества схваток путем пальпации живота,
- наружную гистерографию (используя капсулу Морья, которую поочередно ставят на дно, тело и нижний сегмент матки, для регистрации тройного нисходящего градиента);
- внутреннюю гистерографию или радиотелеметрический метод (используя аппарат "Капсула", в полость матки можно ввести капсулу для регистрации общего давления в полости матки: максимальное давление в полости матки в норме составляет 50-60 мм рт. ст., минимальное - 10 мм рт. ст.). Последние два метода используются в основном с научной целью;
- партограмму – графическое изображение течения родов, которое основывается на скорости раскрытия шейки матки. Также учитывается продвижение предлежащей части плода по родовым путям. Ведение партограммы позволяет определить, правильно проходят роды или нет. При этом учитывается первые это роды или нет. Подъем кривой партограммы указывает на эффективность родов: чем более крутой подъем, тем более эффективны роды.

*Период изгнания* - начинается с момента полного открытия шейки матки и заканчивается рождением плода.

Длительность его у первородящих составляет в среднем 2 часа, у повторнородящих - 1 час.

Определить начало II периода можно:

1. при влагалищном исследовании - полное открытие шейки матки;
2. по контракционному кольцу - оно располагается на 8-10 см над лоном;
3. по высоте стояния дна матки во время схватки - дно матки доходит до мечевидного отростка;
4. по началу потужной деятельности – женщина испытывает желание тужиться.

После излития околоплодных вод схватки стихают; через 10-15 минут мускулатура матки приспособляется к уменьшенному объему и схватки возобновляются, усиливаются и к ним присоединяются потуги, возникающие каждые 2-3 мин. и продолжающиеся 1 мин.;

Затем потуги учащаются (через 1-2 мин.) и усиливаются. Под влиянием потуг происходит "формирование" плода: позвоночник плода разгибается, скрещенные ручки плотнее прижимаются к туловищу, плечики поднимаются к головке и весь верхний конец плода принимает цилиндрическую форму, что также способствует изгнанию плода из полости матки. Головка плода опускается в малый таз, проходит через его полость к выходу. При приближении головки плода к плоскости выхода полости малого таза начинает выпячиваться промежность, раскрываться половая щель, расширяется и зияет задний проход.

На высоте одной из потуг из половой щели начинает показываться нижняя часть головки, в центре которой находится проводная точка головки. В паузе между потугами головка скрывается за половой щелью, а при возникновении следующей потуги - вновь показывается. Это явление называется **врезыванием головки** и обычно совпадает с окончанием второго момента биомеханизма родов.

Когда головка продвинулась к выходу из малого таза так, что после окончания потуги она не скрывается за половой щелью, говорят о **прорезывании головки**, что совпадает с третьим моментом биомеханизма родов. Родовые пути расширяются настолько, что из половой щели вначале

рождается головка, затем плечики и туловище плода. Изливаются задние воды.

Таблица.9.1. Расположение головки плода и акушерское исследование

| <b>Место положения головки</b>                            | <b>Данные наружного исследования</b>   | <b>Данные влагалищного исследования</b>   |
|---|--|---|
| Головка над входом в таз                                  | Головка баллотирует, т. е. легко перемещается в боковые стороны. Между головкой и верхним краем горизонтальных ветвей лобковых костей можно свободно подвести пальцы обеих рук | Полость малого таза вся свободна (можно ощупать верхний край симфиза, безымянные линии, крестцовую впадину, достичь мыс, если он достижим). Нижний полюс головки достигается с трудом. Стреловидный шов обычно в поперечном направлен                         |
| Головка прижата ко входу в таз (или ограниченно подвижна) | Головка лишена свободных движений, сместить ее вверх можно лишь с трудом. Пальцы рук можно подвести под головку, сметив последнюю  | Полость малого таза остается свободной. Незначительная часть головки прошла плоскость входа в малый таз. Пальпируется нижний полюс головки; при надавливании она отходит вверх  |
| Головка фиксирована малым сегментом во входе в таз        | Наибольшая часть головки находится над плоскостью входа в таз. Пальцы исследующих рук расходятся на головке  | Легко достигается головка и область малого родничка. Крестцовая впадина свободна, но мыс закрыт головкой. Мыс при сужении таза можно достичь согнутыми пальцами. Безымянные линии частично заняты головкой. Закрыт головкой верхний край лобкового сочленения |
| Головка фиксирована                                       | Над входом в таз паль-   | Верхняя часть   |

|   |  |  |
|---|--|--|
| <p>большим сегментом во входе в таз (головка в широкой части полости малого таза)</p> | <p>пируется меньшая часть головки. Пальцы исследующих рук легко сближаются. Головку можно с трудом достичь по Пискачеку</p>                      | <p>крестцовой впадины (2/3) выполнена головкой. Сзади для исследующих пальцев доступны последние крестцовые позвонки, крестцово-копчиковое сочленение и копчик. С боков - седалищные ости. Спереди - нижний край лобка и его внутренняя поверхность примерно до середины. Нижний полюс головки находится на интерспинальной плоскости.</p> |
| <p>Головка в широкой части полости малого таза</p>                                    | <p>Головка в полости малого таза, сверху определяется ее незначительная часть</p>  | <p>Головкой заняты 2/3 лонного сочленения и верхняя половина внутренней поверхности крестца. Доступны исследованию седалищные ости, IV и V крестцовые позвонки и копчик. Голова согнута, стреловидный шов в одном из косых размеров</p>  |
| <p>Головка в узкой части полости малого таза</p>                                      | <p>Головка над плоскостью входа в малый таз не определяется. Пальпируется шейно-плечевая область плода. Головка легко достижима по Пискачеку</p> | <p>Вся крестцовая впадина выполнена головкой. Нижний полюс ее находится на уровне верхушки крестца или ниже. Нельзя пропальпировать симфиз (за исключением нижнего края) и седалищные ости</p>   |
| <p>Головка на тазовом дне (в плоскости выхода из малого таза)</p>                     | <p>Головка над входом в малый таз не определяется, она легко достижима по</p>  | <p>С трудом прощупываются копчиковые позвонки, нижний край симфиза.</p>  |

|  |           |  |
|--|-----------|--|
|  | Пискачеку | Во время потуг в половой щели видна волосистая часть головки |
|--|-----------|--|

### Ведение родов в период изгнания.

Во втором периоде родов наблюдение за состоянием роженицы и плода должно быть усилено, так как нервная, сердечно-сосудистая, мышечная системы, органы дыхания, другие органы и системы функционируют с повышенной нагрузкой. При продолжительном периоде изгнания, сильных и частых потугах может нарушиться маточно-плацентарное кровообращение и развиться асфиксия плода.

### В периоде изгнания необходимо:

1. Тщательно наблюдать за общим состоянием роженицы, окраской кожи и видимых слизистых, спрашивать о её самочувствии (наличие головной боли, головокружения, расстройства зрения и другие симптомы свидетельствуют об ухудшении состояния роженицы, что может повлечь за собой угрозу для жизни женщины и плода), считать пульс, измерять АД на обеих руках.
2. Наблюдать за характером родовой деятельности (сила, продолжительность, частота потуг) и состоянием матки. Пальпаторно определять степень сокращения матки и расслабления её вне схваток, напряжение круглых связок, высоту стояния и характер контракционного кольца, состояние нижнего сегмента матки.
3. Следить за продвижением предлежащей части по родовым путям, используя III и IV приемы наружного акушерского исследования, а также влагалищное исследование (для уточнения положения головки). Длительное стояние головки в одной плоскости таза указывает на возникновение каких-то препятствий к изгнанию плода или на ослабление родовой деятельности и может привести к сдавлению мягких тканей родовых путей, мочевого пузыря с последующим нарушением кровообращения и задержкой мочеиспускания.
4. Выслушивать сердечные тоны плода после каждой потуги и схватки, Сосчитывать сердцебиение каждые 10-15 минут.
5. Следить за состоянием наружных половых органов, для предупреждения разрыва промежности. Разрыв промежности составляет 7-10%.

Признаками угрозы разрыва промежности являются: цианотичность промежности в результате сдавления венозной системы; отек наружных половых органов; блестящая промежность; бледность и истончение промежности в результате присоединения сдавления артерий.

При возникновении угрозы разрыва промежности необходимо произвести рассечение промежности (перинео- или эпизиотомию).

6. Следить за характером выделений из влагалища: кровянистые выделения могут свидетельствовать о начинающейся отслойке плаценты или о повреждении мягких тканей родовых путей; примесь мекония при головном предлежании является признаком асфиксии плода; гнойные выделения из влагалища свидетельствуют о наличии воспалительного процесса.
7. Роды вести на специальной кровати (кровать Рахманова), в положении роженицы на спине. К концу периода изгнания ноги у женщины согнуты в тазобедренных и коленных суставах, головной конец кровати - приподнят, что облегчает потуги и способствует более легкому прохождению предлежащей части плода через родовой канал.
8. При акушерском пособии следует проводить *защиту промежности*.

Механизм защиты промежности от разрыва:

- медленное прорезывание головки - во время схватки женщину просят не тужиться, а просто глубоко дышать, тужиться надо вне схватки;
- прорезывание головки наименьшим для данного вида предлежания размером (при переднем виде затылочного предлежания - малым косым размером) - давление на головку производят вниз левой рукой, расположенной на лобке, до момента, когда под лон подойдет точка фиксации;
- растяжение всего вульварного кольца - стягивание вульварного кольца производят сверху вниз;
- правильное выведение плечиков - прорезавшееся переднее плечико фиксируется к лобковой дуге в области плечевой кости плода, затем осторожно сводят промежность с заднего плечика и выводят заднее плечико и ручку, потом - переднюю.

*С рождением плода заканчивается второй период родов.*

*Последовый период* - начинается после рождения плода и заканчивается рождением последа. Это самый короткий период родов.

Средняя продолжительность III периода у первородящих составляет 20-30 минут, у повторнородящих - 10 минут.

В последовом периоде у роженицы исчезает тахикардия; артериальное давление, которое повышается во втором периоде родов, снижается и достигает исходного уровня; прекращается ощущение озноба; температура тела, окраска кожных покровов и видимых слизистых нормальные; последовые схватки, как правило, не вызывают неприятных ощущений, они менее интенсивные, умеренно болезненные, в среднем послед отделяется через 2-3 схватки.

После рождения ребенка матка сокращается, приобретает округлую форму, дно её располагается на уровне пупка, через несколько минут начинаются последовые схватки, которые способствуют дальнейшему сокращению матки, в том числе и в месте прикрепления плаценты (плацентарной площадки). Сама плацента не обладает способностью сокращаться, поэтому с каждой схваткой происходит её смещение и постепенная отслойка, происходит разрыв маточно-плацентарных сосудов.

Отделение плаценты от матки происходит двумя способами:

- *Центральное (по Шульцу)* - вначале отслаивается центральная часть плаценты, между отделившимися участками плаценты и стенкой матки образуется ретроплацентарная гематома, способствующая дальнейшей отслойке плаценты; плацента рождается плодовой поверхностью наружу, т. е. оболочки плаценты оказываются вывернутыми наизнанку; ретроплацентарная гематома выделяется вместе с плацентой;
- *Краевое (по Дункан)* - отделение плаценты начинается с периферии, плацента рождается материнской поверхностью наружу, т. е. сохраняется расположение оболочек плаценты такое, как в полости матки; ретроплацентарная гематома не образуется, поэтому плацента отделяется дольше и кровопотеря в данном случае больше; часть крови выделяется до рождения последа, а часть - вместе с ним. Второй способ встречается реже, чем первый.

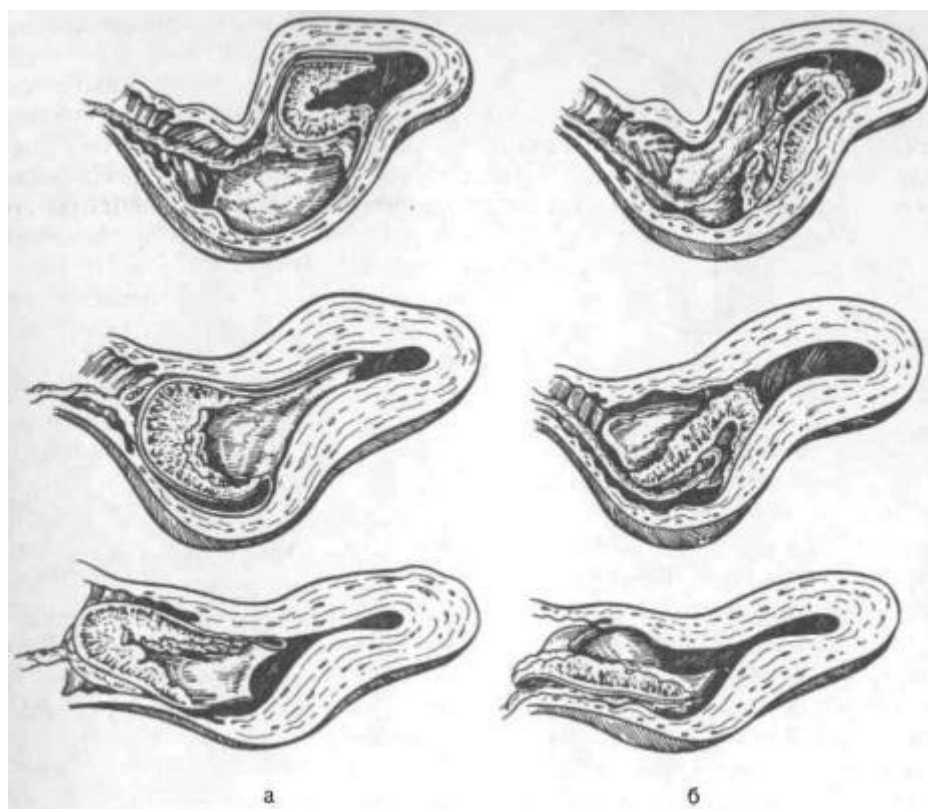


Рис.1.2. а - Центральное отделение последа; б - Краевое отделение последа

Установить вариант отслойки можно после ее рождения по месту расположения кровяных сосудов.

Таким образом, отделению плаценты от стенок матки способствуют:

- ✓ схватки;
- ✓ потуги;
- ✓ тяжесть самой плаценты;
- ✓ ретроплацентарная гематома при центральном отделении плаценты.

После отделения последа матка сокращается, что приводит к сдавлению сосудов и остановке кровотечения.

Виды кровопотери в родах:

- Физиологическая (средняя) кровопотеря - 250 мл;
- Пограничная кровопотеря - 300-400 мл;
- Патологическая кровопотеря - более 400 мл;
- Допустимая кровопотеря - 0,5% от массы тела женщины.



После рождения последа женщина называется *родильницей*.

### Ведение родов в последовом периоде.

Тактика ведения последового периода **выжидательная** ("руки прочь от матки", таков лозунг акушеров в III периоде родов).

Сразу после рождения ребенка необходимо выпустить у женщины мочу катетером, и применить маммарный рефлекс для ускорения сокращения матки. В дальнейшем надо следить за функцией мочевого пузыря не допуская его переполнения, так как это тормозит последовые схватки и нарушает процесс отслойки плаценты и изгнания последа.

Постоянно следить за общим состоянием роженицы, ее самочувствием, пульсом, АД, цветом кожных покровов и видимых слизистых, характером и количеством выделений из половых путей.

При хорошем состоянии роженицы и отсутствии кровотечения надо ждать самостоятельной отслойки плаценты и рождения последа. Причем постоянно необходимо следить за *признаками отделения плаценты*, важнейшими из которых являются:

*признак Шредера* - изменение формы и высоты стояния дна матки - матка поднимается вверх, выше пупка, уплощается, становится более узкой и отклоняется вправо (круглая связка справа короче);

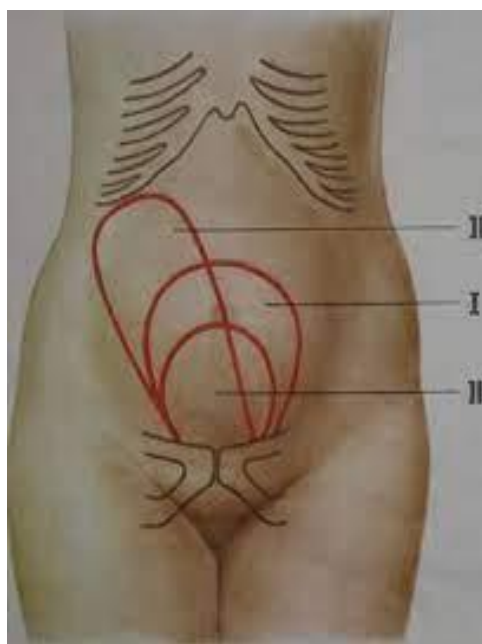


Рис. 1.3. Признак Шредера

*признак Альфельда* - удлинение наружного отрезка пуповины - зажим, наложенный на пуповину у половой щели, опускается на 10-12 см;

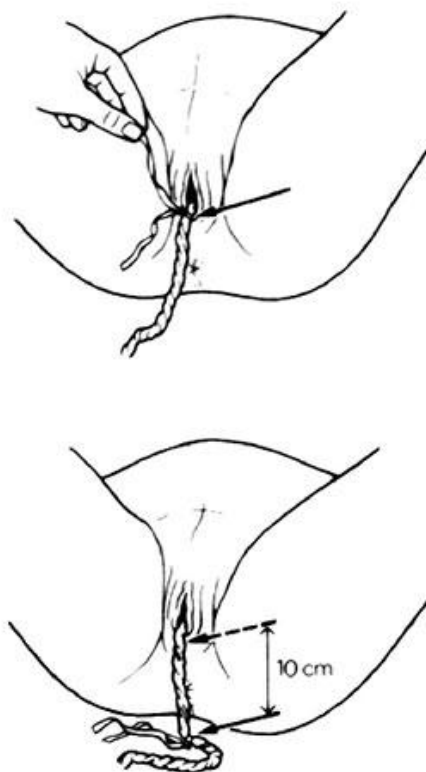


Рис.1.4. Признак Альфельда

*признак Кюстнера-Чукалова* - при надавливании ребром ладони на надлобковую область при отделившейся плаценте пуповина не втягивается;

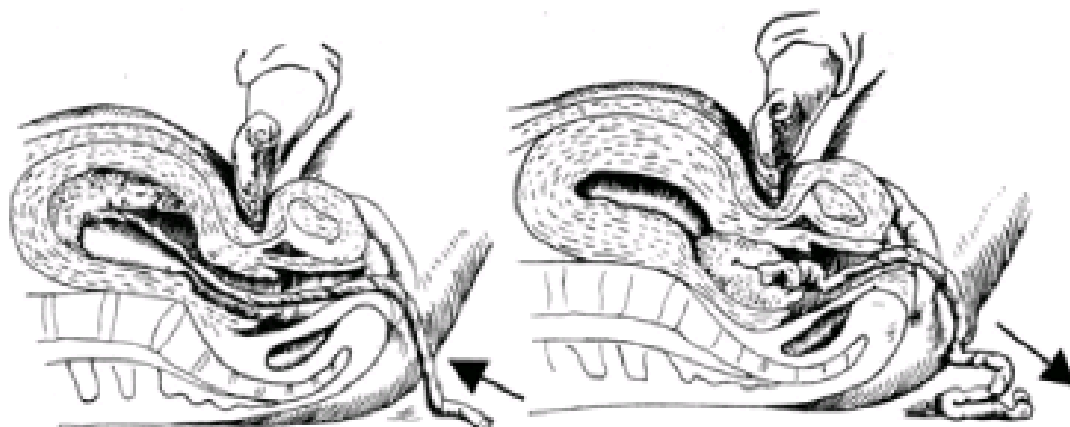


Рис.1.5. Признак Кюстнера - Чукалова

При физиологическом течении последового периода отделившийся послед выделяется самостоятельно. При наличии признаков отделения

плаценты необходимо опорожнить мочевой пузырь и предложить женщине потужиться. Под действием брюшного пресса отделившаяся плацента легко рождается.

Если есть признаки отделения последа, но послед не выделяется, то применяют способы выделения отделившегося последа:

*Способ Абуладзе* – выполняется после опорожнения мочевого пузыря. Массируют матку для ее сокращения. Затем двумя руками собирают переднюю брюшную стенку в продольную складку и предлагают женщине потужиться. Отделившийся послед легко рождается.



Рис. 1.6. Способ Абуладзе

*Способ Гентера* - матку приводят в срединное положение. Становятся сбоку от женщины, лицом к ее ногам. Кисти рук, сжатые в кулаки, располагают на дне матки в области трубных углов и медленно надавливают внутрь и книзу.

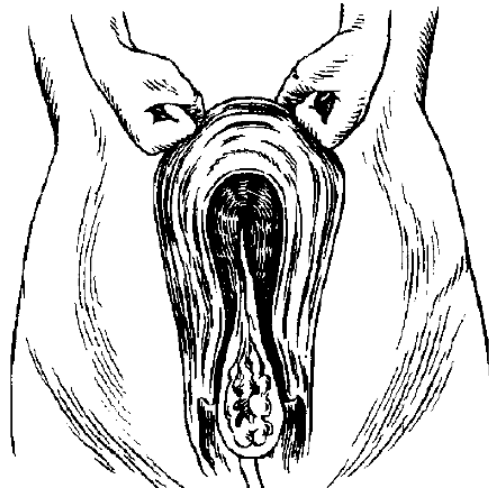


Рис.1.7. Способ Гентера

Способ Креде-Лазаревича – применяется при безуспешности других методов. Дно матки приводят в срединное положение и вызывают ее сокращение легким массажем. Правой рукой охватывают дно матки, располагая большой палец на ее передней поверхности, а остальные на задней. Производят выделение последа путем сжимания матки между пальцами в переднезаднем размере и надавливания на ее дно по направлению вниз и кпереди.



Рис.1.8. Способ Креде-Лазаревича

Ручное отделение последа

Показания:

1. отсутствие признаков выделения последа в течении 30 мин;

2. начавшаяся кровопотеря (250-300 мл) без признаков выделения последа;
3. наружная кровопотеря при ухудшении состояния роженицы.

Показания для ручного обследования матки после рождения последа:

1. дефект плацентарной ткани или сомнение в его целостности;
2. наличие добавочной дольки плаценты, задержавшейся в матке;
3. полный или почти полный обрыв и задержка в матке хориальной оболочки;
4. продолжающееся кровотечение, достигающее более 250-300 мл.

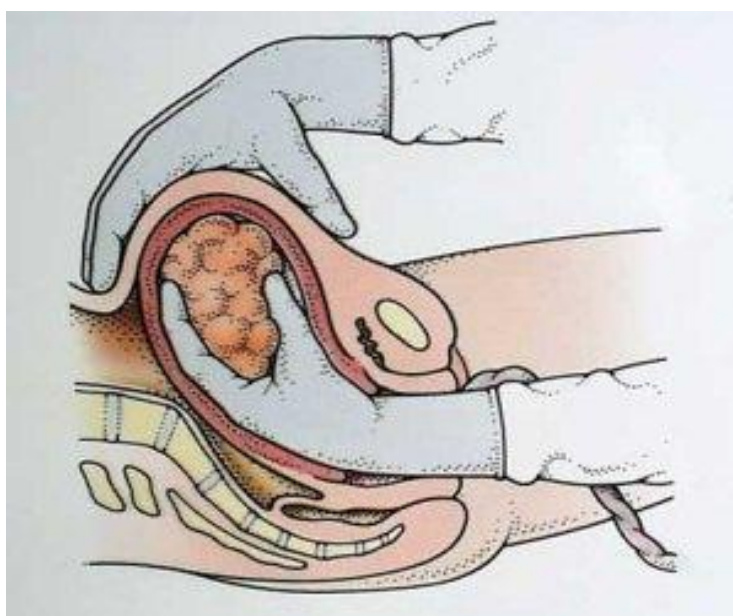


Рис.1.9. Ручное выделение последа

После рождения последа его тщательно осматривают, чтобы убедиться в целостности плаценты и оболочек, так как задержка в матке частей плаценты или оболочек может привести к тяжелым осложнениям (кровотечение, септические послеродовые заболевания). После осмотра плаценту измеряют и взвешивают, данные заносят в историю родов.

После рождения последа наружные половые органы, область промежности и внутренние половые органы (вагина и шейку матки) обязательно осматривают. При наличии разрывов их необходимо ушить, это является профилактикой послеродовых кровотечений и инфекционных заболеваний, а также опущений и выпадений внутренних половых органов.

За родильницей в течение 2 часов наблюдают в родильном зале, а затем переводят в послеродовое отделение.

Гипоксия плода и асфиксия новорожденных является частым осложнением беременности и родов и остается до настоящего времени одной из главных причин мертворождаемости и смертности новорожденных, соматических и неврологических нарушений у детей. В связи с чем профилактика и лечение гипоксических состояний плода имеет большое значение в снижении перинатальной заболеваемости и смертности, а также и младенческой смертности.

*Асфиксия* - ведущая причина перинатальной смертности. Неблагоприятные отдаленные последствия:

- необратимые органические изменения ЦНС (6,7-17%);
- функциональные нарушения ЦНС (31-35%);
- повышенная склонность к интеркуррентным заболеваниям;
- снижены функциональные возможности сердечно-сосудистой системы (ВСД);
- нарушения физического и полового развития.

*Гипоксия* - недостаточное снабжение кислородом тканей и органов или неадекватная утилизация ими кислорода; недостаток кислорода с задержкой углекислого газа в организме в сочетании с респираторным и метаболическим ацидозом.

Классификация гипоксических состояний по типу гипоксии:

- Гипоксическая гипоксия
- Циркуляторная
- Гемическая
- Тканевая.

Классификация гипоксии по интенсивности:

- Функциональная гипоксия (тахикардия, повышенное АД);
- Метаболическая гипоксия (изменения в тканях обратимы);
- Деструктивная гипоксия (изменения в клетках, необратимая гипоксия, полиорганная недостаточность).

По течению:

- острая гипоксия;

- хроническая гипоксия.

Этиологические факторы гипоксии:

*I группа причин* - заболевания матери, осложнения беременности и родов.

*II группа причин* - патология плаценты и пуповины (нарушения плодово-материнского кровообращения).

*III группа причин* - заболевания плода (внутриутробные инфекции, гемолитическая болезнь, родовая травма ЦНС, аномалии развития плода).

Причины острой гипоксии плода:

- аномалии родовой деятельности;
- выпадение и прижатие пуповины;
- истинный узел пуповины;
- разрыв оболочек и сосудов пуповины при ее плевисном прикреплении;
- длительное сдавление головки плода в полости малого таза;
- ПОНРП;
- разрыв матки;
- шок, агония или смерть матери.

Параметры для диагностики гипоксии плода:

- оценка сердечной деятельности;
- регистрация двигательной активности плода;
- исследование околоплодных вод;
- оценка функции плаценты;
- оценка метаболизма.

Современные методы оценки состояния плода: КТГ, УЗИ с доплерометрией в родах.

Профилактика перинатальной заболеваемости и смертности вследствие гипоксии плода.

Акушерская тактика при гипоксии плода:

- ранняя диагностика начальной стадии метаболической гипоксии плода, госпитализация в ОПБ;
- диагностика тяжелых и критических состояний;

- досрочное родоразрешение;
- диагностики степени тяжести интранатального дистресса в I и II периоде родовоперативное окончание родов (кесарево сечение или акушерские щипцы);
- ранняя диагностика нарушений сократительной деятельности матки;
- прогноз вероятности и объема первичной реанимации новорожденных.

Асфиксия новорожденного - синдром, характеризующийся отсутствием дыхания или отдельными, нерегулярными и неэффективными дыхательными движениями при рождении у ребенка с наличием сердечной деятельности. Частота асфиксии новорожденных 4-6% всех живорожденных.

Последовательность оказания первичной и реанимационной помощи новорожденному в родильном зале:

1. Прогнозирование необходимости реанимационных мероприятий и подготовка к их выполнению.
2. Оценка состояния ребенка сразу после рождения.
3. Восстановление свободной проходимости дыхательных путей.
4. Восстановление адекватного дыхания.
5. Восстановление адекватной сердечной деятельности.
6. Введение медикаментов.

#### Восстановление дыхания:

- отсосать содержимое ротовой полости и носовых ходов, чрез 10 минут желудка;
- санация трахеи интубационной трубкой под контролем прямой ларингоскопии при риске аспирации околоплодными водами, меконием;
- оценить частоту сердечных сокращений, дыхания, кожных покровов;
- искусственная вентиляция легких.

#### Показания к ИВЛ:

1. Самостоятельное дыхание отсутствует (апноэ).
2. Самостоятельное дыхание неадекватное (нерегулярное, поверхностное). ИВЛ через лицевую маску- 15-30 секунд.



#### Показания к интубации трахеи:

1. Подозрение на диафрагмальную грыжу.
2. Аспирация околоплодных вод.
3. Неэффективность масочной ИВЛ в течение 1 минуты.
4. Апноэ или неадекватное дыхание при гестационном возрасте менее 28 недель.

#### Параметры ИВЛ:

1. Частота дыханий- 40 в 1 минуту.
2. Концентрация кислорода- 90-100%.
3. Дыхательный объем необходимо задать из расчета 6 мл/кг.

Непрямой массаж сердца. Показания: частота сердечных сокращений менее 80 ударов в минуту, после начального этапа ИВЛ в течение 15-30 секунд.

#### Лекарственная терапия. Показания:

1. ЧСС менее 80 ударов в минуту после 30 секунд непрямого массажа сердца на фоне ИВЛ.
2. сердцебиение отсутствует.

#### Препараты:

1. Адреналин- концентрация 1:10 000 (1 мл из ампулы развести в 10 мл физ. раствора. Доза- 0,1- 0,3 мл/кг приготовленного раствора).
2. Альбумин 5%, изотонический раствор, раствор Рингера. Доза 10 мл/кг.
3. Бикарбонат натрия 4% раствор. Доза 4 мл/кг 4% раствора.

#### *Ведение послеродового периода*

По окончании раннего послеродового периода (первые 2 часа после родов) родильница на каталке переводится в физиологическое послеродовое отделение.

Организация работы послеродового отделения регламентируется соответствующими приказами министерства здравоохранения и направлена, в первую очередь, на профилактику гнойно-воспалительных заболеваний.

Персонал, работающий в отделении, должен неукоснительно соблюдать правила асептики и антисептики при работе с родильницами: все

манипуляции проводятся в перчатках с использованием стерильного инструментария.

Палаты для родильниц должны быть светлыми и просторными. Они подвергаются влажной уборке не реже 2 раз в сутки и многократно проветриваются. После уборки стены облучают бактерицидными лампами в течение 30 минут.

На каждую родильную койку полагается не менее 7,5 м<sup>2</sup> площади.

При каждой койке должно быть индивидуальное прокипяченное подкладное судно, которое моют водой и дезинфицируют после использования родильницей.

Необходимо строго соблюдать принцип цикличности заполнения палат – в одну палату помещают женщин, родивших с течение одних и тех же суток.

Кровати в палатах застилают постельными принадлежностями непосредственно перед переводом родильницы из родильного отделения. Постельное белье меняется не реже одного раза в 3 дня или по мере загрязнения лохиями или кровью, подкладные пеленки и полотенце для рук – по мере загрязнения, нательное белье – ежедневно.

После выписки всех родильниц в палате проводится заключительная дезинфекция: постельные принадлежности подвергаются камерному обеззараживанию, кровати и тумбочки протираются ветошью, смоченной дезсредствами, проводится влажная уборка палаты, после чего включается бактерицидная лампа не менее, чем на 60 мин.

В современных родильных домах работа послеродового отделения организуется по принципу совместного пребывания матери и ребенка.

Палаты в таком отделении могут быть устроены в виде боксов или полубоксов, оснащаются пеленальным столом, необходимым набором белья для новорожденного, медикаментами по уходу за ребенком, дезсредствами.

Преимуществами совместного пребывания являются активное участие матери в уходе за новорожденным, приобретение навыков и умений (пеленание, кормление, туалет и т.д.), установление эмоционального контакта с ребенком, возможность свободного режима кормления грудью, формирование биоценоза у новорожденного, ограничение контакта с медицинским персоналом и другими родильницами и их новорожденными.

Противопоказаниями к совместному пребыванию матери и ребенка являются: тяжелые гестозы, экстрагенитальные заболевания в стадии декомпенсации, острые инфекционные заболевания, состояния ребенка, требующие наблюдения и ухода медицинским персоналом.

Вопрос о совместном пребывании после оперативного родоразрешения решается индивидуально с учетом состояния здоровья родильницы.

Процессы, совершающиеся в организме родильницы при неосложненном течении послеродового периода, являются физиологическими. Однако, следует учитывать ряд особенностей, связанных с лактацией, с наличием раневой поверхности в области плацентарной площадки или швов на месте разрывов мягких тканей родовых путей, со снижением защитных сил организма матери. Поэтому, наряду с врачебным наблюдением, родильниц необходимо обеспечить соответствующим уходом.

Ежедневно за родильницами наблюдают врач и акушерка (медицинская сестра). Во время обхода выясняют жалобы, оценивают общее состояние, измеряют пульс, артериальное давление, температуру тела, наблюдают за состоянием молочных желез, матки, наружных половых органов, характером выделений из половых путей и физиологическими отправлениями.

- При нормальном течении послеродового периода общее состояние родильницы хорошее.
- В начале первых суток после родов бывает ощущение усталости и склонность ко сну. При наличии травм родовых путей могут быть непостоянные, слабые боли в области швов. Некоторые родильницы, особенно повторнородящие, во время кормления грудью ощущают схватки. При болезненных схватках назначают аспирин, парацетамол.
- Температура тела, которая измеряется 2 раза в сутки, бывает нормальной. При ее повышении необходимо исключить патологию лактации, задержку лохий или развитие воспалительных осложнений.
- Цвет кожных покровов и слизистых обычно не изменяется. Их бледность может указывать на патологическую невосполненную кровопотерю или продолжающееся кровотечение.
- Оценка качества пульса и измерение АД имеют важное значение для ранней диагностики осложнений (кровотечение, инфекция, заболевания сердечно-сосудистой системы). При правильном течении

послеродового периода у здоровых рожениц пульс находится в пределах 60-80 уд/мин, артериальное давление составляет 115-120/70-75 мм рт.ст.

- Особое внимание обращают на молочные железы: их форму, наличие или отсутствие нагрубания, состояние сосков, появление трещин после кормления ребенка. Нагрубание молочных желез возможно на 3-и сутки после родов, когда начинается усиление лактации.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение понятию роды?
2. На какие периоды делятся роды?
3. Какие факторы способствуют раскрытию шейки матки?
4. Перечислите признаки отделения последа?
5. Какой объем кровопотери в родах считается физиологичным?
6. Какие показания существуют для проведения ИВЛ новорожденному?
7. Расскажите тактику ухода за роженицей в физиологическом отделении?

Лекция 2

### **Лечение раннего токсикоза. Лечение гестозов.**

План:

1. Понятие о токсикозе степени тяжести заболевания;
2. Редкие формы токсикоза;
3. Гестоз. Формы, степени тяжести;
4. HELLP – синдром;
5. Лечение токсикоза;
6. Лечение гестоза.

Токсикозы и гестоз - патологические состояния беременности, которые проявляются только во время беременности и, как правило, исчезают после ее окончания или в раннем послеродовом периоде.

Осложнения, связанные с беременностью, могут проявляться в ее ранние сроки, чаще в первые 3 мес, тогда их называют токсикозами. Если клинические симптомы наиболее выражены во II и III триместрах, то чаще это гестоз.

Большинство форм токсикозов сопровождаются диспепсическими расстройствами и нарушениям всех видов обмена, гестоз - изменениями сосудистой системы и кровотока. К токсикозам относятся рвота беременных (легкая форма, умеренная, чрезмерная) и слюнотечение (птиализм), к гестозу - водянка беременных, гестоз различной тяжести, преэклампсия, эклампсия. Реже встречаются такие формы токсикоза, как дермопатия (дерматоз), тетания, бронхиальная астма, гепатоз, остеомалация беременных и др.

*Токсикозы беременных* - осложнения беременности, возникающие в связи с развитием плодного яйца и характеризуются множественностью симптомов. При удалении плодного яйца заболевание, как правило, прекращается.

Существенную роль в возникновении токсикоза играют нейроэндокринные и обменные нарушения, в связи с этим при прогрессировании заболевания постепенно развиваются изменения водно-солевого, углеводного и жирового, а затем и белкового метаболизма на фоне нарастающего истощения и снижения массы тела.

Нарушение гормонального состояния может вызывать извращение рефлекторных реакций. При рвоте беременных отмечают временное совпадение начало рвоты с пиком содержания хорионического гонадотропина, нередко снижается глюкокортикоидная функция надпочечников.

К токсикозам беременных относят *часто встречаемые формы* (тошнота и рвота беременных, слюнотечение) и *редко встречаемые формы* (хорея беременных, дерматозы, остеомалация, бронхиальная астма, тетания, острая желтая дистрофия печени и др.).

Таблица 2.1. Степени тяжести рвоты беременных

| Симптом                    | Степень тяжести |                    |                               |
|----------------------------|-----------------|--------------------|-------------------------------|
|                            | Легкая          | Средняя            | Тяжелая                       |
| Аппетит                    | Умеренно снижен | Значительно снижен | Отсутствует                   |
| Тошнота                    | Умеренная       | Значительная       | Постоянная, мучительная       |
| Саливация                  | Умеренная       | Выраженная         | Густая, вязкая                |
| Частота рвоты, раз в сутки | 3-5             | 6-10               | 11-15 и чаще (до непрерывной) |
| Частота пульса, в минуту   | 80-90           | 90-100             | Выше 100                      |
| Систолическое              | 120-110         | 110-100            | Ниже 100                      |

|   |                               |   |   |
|---|-------------------------------|---|---|
| <b>артериальное давление, мм рт.ст.</b> |                               |   |   |
| <b>Удержание пищи</b>                   | Удерживает                    | Частично удерживает                         | Не удерживает                                     |
| <b>Снижение массы тела</b>              | 1-3 кг (до 5% исходной массы) | 3-5 кг (1-1,5 кг/нед, 6-10% исходной массы) | Более 5 кг (2-3 кг/нед, более 10% исходной массы) |
| <b>Головокружение</b>                   | Редко                         | Выражено умеренно                           | Выражено значительно                              |
| <b>Субфебрилитет</b>                    | Нет                           | Редко                                       | Часто   |
| <b>Желтушность склер и кожи</b>         | Нет                           | Умеренная                                   | Выраженная  |
| <b>Гипербилирубинемия, мкмоль/л</b>     | Нет                           | 21-40                                       | 41-60   |
| <b>Сухость кожи</b>                     | +                             | ++  | +++   |
| <b>Стул</b>                             | Ежедневно                     | 1 раз в 2-3 дня                             | Задержка стула                                    |
| <b>Диурез, мл</b>                       | 900-800                       | 800-700                                     | Менее 700   |
| <b>Кетонурия</b>                        | +, ++                         | ++, +++                                     | +++, ++++   |

*Слюнотечение (ptyalismus)* может сопровождать рвоту беременных, реже возникает как самостоятельная форма раннего токсикоза. При выраженном слюнотечении за сутки беременная может терять 1 л жидкости. Обильное слюнотечение приводит к обезвоживанию организма, гипопроотеинемии, мацерации кожи лица, отрицательно влияет на психику, снижает массу тела.

*Дерматозы беременных* - редкие формы раннего токсикоза. Это группа кожных заболеваний, возникающих при беременности и проходящих после ее окончания. Дерматозы появляются в виде зуда, крапивницы, герпетических высыпаний.

Наиболее частая форма дерматоза - зуд беременных (*pruritus gravidarum*). Зуд может появляться впервые месяцы и в конце беременности, ограничиваться областью наружных половых органов или распространяться по всему телу. Зуд нередко бывает мучительным, вызывает бессонницу, раздражительность или подавление настроения.

Зуд при беременности необходимо дифференцировать с заболеваниями, которые сопровождаются зудом (сахарный диабет, грибковые заболевания кожи, трихомониаз, аллергические реакции).

*Тетания беременных (tetani gravidarum)* проявляется судорогами мышц верхних конечностей («рука акушера»), реже нижних конечностей («нога балерины»), лица («рыбий рот»). В основе заболевания лежит понижение или выпадение функции паращитовидных желез, а следовательно, нарушение обмена кальция. При тяжелом течении заболевания или обострении во время беременности латентно протекающей тетании следует прервать беременность.



Рис. 2.1. а – «рука акушера», б – «нога балерины»

*Остеомаляция беременных (osteomalacia gravidarum)* в выраженной форме встречается крайне редко. Беременность в этом случае абсолютно противопоказана.

Чаще наблюдается стертая форма остеомаляции - *симфизиопатия*. Заболевание связано с нарушением фосфорно-кальциевого обмена, декальцинацией и размягчением костей скелета. Основные проявления симфизиопатии - боли в ногах, костях таза, мышцах. Появляются общая слабость, утомляемость, парестезии; изменяется походка («утиная»), повышается выраженность сухожильных рефлексов. Пальпация лобкового сочленения болезненна. Иногда обнаруживают расхождение костей лобкового сочленения, однако, в отличие от истинной остеомаляции, в костях отсутствуют деструктивные изменения.

*Острая желтая атрофия печени (atrophia hepatis flava acuta)* наблюдается чрезвычайно редко и может быть исходом чрезмерной рвоты беременных или возникнуть независимо от нее. В результате жирового и белкового перерождения печеночных клеток размеры печени уменьшаются, в ее ткани возникают некрозы и атрофии. Это крайне тяжелое

заболевание, сопровождаемое интенсивной желтухой, зудом, рвотой, судорожными припадками и комой и обычно приводящее к гибели больной.

*Бронхиальная астма беременных (asthma bronchiale gravidarum)* наблюдается очень редко. Причины возникновения заболевания - гипофункция паращитовидных желез и нарушение кальциевого обмена.

*Гестоз* - одна из ведущих причин материнской смертности в мире. При гестозе уровень перинатальной заболеваемости варьирует от 64 до 78%, а перинатальная смертность в 3-4 раза превышает средний показатель.

Гестоз - осложнение беременности, которое проявляется триадой основных симптомов (триада Цангемейстера - отеки, артериальная гипертензия, протеинурия) и характеризуется полиорганной функциональной недостаточностью с нарушением функций печени и почек, сосудистой и нервной системы, фетоплацентарного комплекса.

Как правило, клинические проявления гестоза возникают во второй половине беременности, после родоразрешения симптомы заболевания уменьшаются, а у большинства женщин полностью исчезают.

В современном акушерстве наряду с термином «гестоз» используют термины «ОПГ-гестоз» (отеки, протеинурия, гипертензия), «поздний токсикоз», «нефропатия», а за рубежом - «токсемия беременных», «преэклампсия».

*Исторический аспект.* Наиболее тяжелая форма гестоза - эклампсия, была описана Гиппократом еще в IV в. до н.э. как судорожный синдром, похожий на эпилепсию. До начала XVIII столетия эклампсию считали особой формой эпилепсии.

В 1843 г. английский врач Левер показал, что развитию эклампсии предшествуют отеки, протеинурия и головная боль.

В начале XX в. появилась возможность измерения артериального давления с помощью аппарата, созданного русским военным врачом Н.С. Коротковым.

В 1913 г. немецкий акушер Цангемейстер описал классическую триаду симптомов гестоза - артериальную гипертензию, протеинурию, отеки.

Основными компонентами лечения гестоза в то время были кровопускание, мочегонные средства, морфин и хлороформ.



В начале XX столетия русский акушер В.В. Строганов сформулировал концепцию лечебно-охранительного режима при гестозе.

Раствор магния сульфата стали использовать для лечения гестоза с 1906 г., а в 1925 г. в России Д.П. Бровкин предложил свою схему использования раствора магния сульфата.

Предложенные русскими акушерами методы терапии гестоза используют в акушерской мировой практике до настоящего времени в качестве золотого стандарта

Согласно современным представлениям, гестоз рассматривают как *генетически детерминированную* недостаточность процессов адаптации материнского организма к новым условиям существования, возникающим с развитием беременности.

Ведущую роль в развитии гестоза отводят нарушениям процессов, связанных с гестационной перестройкой спиральных артерий матки. По мере прогрессирования беременности в процесс адаптации в той или иной степени вовлекаются все органы и системы материнского организма, однако изменения в них носят вторичный характер и обусловлены первичными нарушениями, происходящими в маточно-плодово-плацентарном комплексе.

Изменения в фетоплацентарной системе заключаются в резком нарушении функции плаценты и маточно-плацентарного кровотока.

В результате в маточно-плацентарном комплексе образуются вещества, повышающие артериальное давление у матери.

Основные звенья патогенеза гестоза - нарушение микроциркуляции, дисфункция эндотелия, гиповолемия.



Рис.2.2 Нарушение микроциркуляции при гестозе

Нарушение микроциркуляции обусловлено спазмом артериол, изменением внутрисосудистого объема крови (уменьшение объема плазмы, повышение гематокрита и концентрации гемоглобина).

При тяжелом течении гестоза изменяется свертывание крови: формируется хронический синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС).

Кризис микроциркуляции нарушает функции печени.

На фоне ишемии, задержки жидкости в интерстициальном пространстве развивается почечная недостаточность.

Ишемию органов сопровождает метаболический ацидоз.

В конечном итоге происходят отек мозга, спазм его сосудов, кровоизлияния.

В процесс вовлекается матка: нарушается маточно-плодово-плацентарный кровоток, вследствие чего развиваются гипоксия плода и его гипотрофия.

Гестоз имеет четыре клинические формы, что нашло свое отражение в классификации данного заболевания по клиническим признакам.

Выделяют гестоз:

- *легкий,*
- *средней тяжести,*
- *тяжелый (что в старой классификации соответствует нефропатии I, II и III степени),*
- *преэклампсию*
- *эклампсию.*

Различные формы гестоза рассматривают как этапы единого патологического процесса, однако каждая из них требует определенных диагностических и лечебных мероприятий.

Гестоз характеризуется триадой симптомов: артериальной гипертензией, протеинурией и отеками (триада Цангемейстера).

Различают четыре степени распространения отеков:

- I - отеки ног;
- II - отеки ног и живота;
- III - отеки ног, живота и лица;
- IV - анасарка (общие отеки).

Динамика прироста массы тела беременной вследствие отеков увеличивается и превышает 350 г/нед. Снижается суточный диурез. Дефицит выделения воды может достигнуть 30-60% и более.

Для оценки степени тяжести гестоза целесообразно использовать *шкалу Виттлингера*, которая позволяет более объективно оценить состояние беременности

Таблица 2.2. Определение степени тяжести гестоза

| Симптом   | Степень тяжести гестоза      |                            |                                |
|---|------------------------------|----------------------------|--------------------------------|
|   | 1 (легкая)                   | 2 (средняя)                | 3 (тяжелая)                    |
| Относительное повышение артериального давления по | 25-30%<br>(135/95 мм рт.ст.) | 40%<br>(160/100 мм рт.ст.) | Более 40% (>160/100 мм рт.ст.) |

|                             |           |                                      |  |
|-----------------------------|-----------|--------------------------------------|--|
| <b>сравнению с исходным</b> |           |                                      |  |
| <b>Отеки</b>                | Отеки ног | Выраженные отеки ног, брюшной стенки | Выраженные отеки, ног, брюшной стенки, лица (анасарка) |
| <b>Протеинурия</b>          | До 1 г/л  | От 1 до 3 г/л                        | Более 3 г/л  |

В практическом отношении полезно определять среднее артериальное давление по формуле:

$$АД_{\text{среднее}} = (АД_{\text{систолическое}} + 2 \times АД_{\text{диастолическое}}) / 3.$$

В норме среднее артериальное давление должно быть не более 100 мм рт.ст., увеличение показателя на 15 мм рт.ст. свидетельствует о начале заболевания.

С целью диагностики гестоза необходимо взвешивать беременных (физиологическая прибавка массы тела составляет 300-350 г/нед), измерять артериальное давление на обеих руках, исследовать мочу на белок еженедельно в III триместре беременности, осуществлять тщательное акушерское исследование. При необходимости следует привлекать других специалистов (окулиста, терапевта, невропатолога и др.).

Очень важно обучить беременную самой контролировать отеки. Для этого традиционно используют оценку симптома «кольца», измерение водного баланса и еженедельное взвешивание.



Рис.2.3. Отеки нижних конечностей у беременной

Следующая стадия развития гестоза - преэклампсия.

Кроме признаков, свойственных нефропатии, появляются симптомы нарушения мозгового кровообращения, повышения внутричерепного давления и отека мозга.

Характерны жалобы на головную боль, нарушение зрения (мелькание «мушек» перед глазами), боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту, сонливость.

Снижается реакция на внешние раздражители или, наоборот, возникают возбуждение и эйфория.

Длительность преэклампсии может составлять от нескольких минут до нескольких часов.

Тяжелейшая форма гестоза - эклампсия, основным симптом которой заключается в появлении судорог с потерей сознания на фоне спазма сосудов, кровоизлияний и отека головного мозга.

Припадки могут возникать внезапно, но чаще происходят на фоне симптомов преэклампсии.

Клинические проявления эклампсии развиваются в определенной последовательности.

Различают четыре этапа судорожного припадка, каждый из которых продолжается от нескольких секунд до нескольких минут:

- фибриллярные сокращения мышц лица;
- тонические судороги с нарушением дыхания и потерей сознания;
- клонические судороги (на высоте припадка резко повышается артериальное давление, появляются кровоизлияния, прогрессирует отек мозга, такие же изменения происходят в легких и других паренхиматозных органах);
- разрешение (при благоприятном исходе) или летальный исход (при несвоевременном оказании медицинской помощи).

Осложнения эклампсии:

- ✓ сердечная недостаточность,
- ✓ отек легких,

- ✓ мозговая кома,
- ✓ кровоизлияния в мозг,
- ✓ в сетчатку глаза,
- ✓ печеночная и почечная недостаточность,
- ✓ ДВС-синдром,
- ✓ преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты,
- ✓ гипоксия и гибель плода.

Кроме типичных осложнений гестоза, к которым относят эклампсию, различают атипичные осложнения - HELLP-синдром и острый жировой гепатоз. Материнская смертность при этих осложнениях достигает 25-75%.

HELLP-синдром получил свое название от первых букв клинических проявлений:

H - *Hemolysis* (гемолиз),

EL - *ELevated liver enzymes* (повышение активности ферментов печени),

LP - *Low Platelets* (низкое число тромбоцитов - менее 150 тыс.).

HELLP-синдром обычно возникает в III триместре беременности. Клиническая картина заболевания характеризуется быстрым нарастанием симптомов гестоза.

Острый жировой гепатоз первоначально проявляется неспецифичными симптомами, такими как головная боль, утомление, недомогание, тошнота, рвота, боли в животе, особенно в области правого подреберья. Заключительный период болезни характеризуется появлением желтухи, рвоты с кровью, кровоизлияний в местах инъекций, нарастающей печеночной недостаточностью, судорогами, комой.

Для острой жировой атрофии печени характерно уменьшение размеров органа, в то время как при HELLP-синдроме размеры печени обычно не изменены.

При атипичных осложнениях гестоза показано быстрое досрочное родоразрешение.

Лечение рвоты беременных должно быть комплексным и дифференцированным, с одновременным и многосторонним воздействием на различные стороны патогенеза заболевания:

- воздействие на центральную нервную систему;
- устранение обезвоживания организма;
- десенсибилизирующая терапия;
- дезинтоксикационная терапия;
- устранение последствий длительного голодания.

При *легкой форме* рвоты беременных лечение проводят амбулаторно под контролем динамики массы тела и анализов мочи на содержание кетоновых тел.

В связи со снижением аппетита рекомендуют разнообразную пищу по желанию: продукты, богатые углеводами (сухое печенье, гренки) и белками (яйца, творог). Пищу следует принимать в охлажденном виде небольшими порциями каждые 2-3 ч в положении лежа.

Показана минеральная щелочная вода без газа в небольшом объеме 5-6 раз в день. Существует доказательная база включения в диету натурального имбиря.

Для нормализации функционального состояния коры головного мозга и устранения вегетативной дисфункции показаны центральная электроаналгезия, электроилифонофорез тиамин бромид, иглоукалывание, психо-и гипнотерапия.

При отсутствии эффекта лечение проводят в дневном стационаре.

При *средней и тяжелой степени* рвоты беременных следует госпитализировать в отделение патологии беременных. Беременной необходимо соблюдать лечебно-охранительный режим.

Нельзя помещать в палату двух подобных больных, так как у выздоравливающей женщины может возникнуть рецидив заболевания под влиянием больной с продолжающейся рвотой.

Хороший эффект дают различные варианты рефлексотерапии.

При отсутствии эффекта используют средства, непосредственно блокирующие рвотный рефлекс: М-холинолитики (атропин), блокаторы дофаминовых рецепторов (нейролептики - галоперидол, дроперидол,

производные фенотиазина - тиэтилперазина дималеат), а также прямые антагонисты дофамина (метоклопрамид).

При внутримышечном введении хорошо подавляют возбуждение рвотного центра метоклопрамид, тиэтилперазин, дималеат.

Дроперидол действует и подавляет вазомоторные рефлексy, улучшает периферический кровоток за счет вазодилатации.

Его рекомендуют назначать по следующей схеме: первая инъекция внутривенно в дозе 0,5-0,75 мл, затем через 2-3 дня дозу препарата уменьшают до 0,5 мл.

При повторном введении дроперидол может давать побочные реакции - чувство страха, беспокойства, тремор рук, ригидность мышц. Эти явления снимаются введением 0,5 мл 0,1% раствора атропина или приемом внутрь 0,002 г (1 таблетка) тригексифенидила.

Для лечения рвоты беременных используют внутривенное введение раствора фосфолипидов как биоантиоксиданта и гепатопротектора.

Основное правило медикаментозной терапии тяжелой и средней степени тяжести рвоты - парентеральное введение препаратов в течение 5-7 дней (до достижения стойкого эффекта).

С целью коррекции обезвоживания, детоксикации и восстановления кислотно-основного состояния применяют инфузионную терапию в объеме 2,0- 2,5 л/сут.

Ежедневно в течение 5-7 дней вводят раствор Рингера-Локка (1000-1500 мл), 5% раствор глюкозы (500-1000 мл) с аскорбиновой кислотой (5% раствор 3-5 мл) и инсулином (из расчета 1 ЕД инсулина на 4,0 г сухого вещества глюкозы), калия и магния аспарагинат 500 мл в/в капельно.

Для коррекции тяжелой гипопроотеинемии (общий белок менее 55 г/л) используют растворы аминокислот для парентерального питания в дозе 500-1000 мл, альбумин (100-150 мл 10 или 20% раствора), в особо тяжелых случаях - свежзамороженную плазму.

При нарушении кислотно-основного состояния рекомендовано внутривенное введение натрия гидрокарбоната (5% раствор) или лактасола<sup>♦</sup> и др.



*Лечение ранних токсикозов целесообразно проводить до получения выраженного эффекта или полного излечения.*

Критерии достаточности инфузионной терапии - уменьшение обезвоживания и повышение тургора кожи, нормализация гематокрита, увеличение диуреза, улучшение самочувствия.

Комплексную терапию продолжают до стойкого прекращения рвоты, нормализации общего состояния, постепенного нарастания массы тела.

После отмены всех назначений за состоянием беременной необходимо проследить в течение 3-5 дней. Если полученный эффект стойкий, беременную можно выписать домой.

Нарастание кетонурии и протеинурии, появление желтушной окраски кожи и склер, субфебрилитета - прогностически неблагоприятные признаки, свидетельствующие о неэффективности проводимой терапии.

Показания для прерывания беременности:

- непрекращающаяся рвота;
- нарастающее обезвоживание организма;
- прогрессирующее снижение массы тела;
- прогрессирующая кетонурия в течение 3-4 дней;
- выраженная тахикардия;
- нарушение функций нервной системы (адинамия, апатия, бред, эйфория);
- билирубинемия до 40-80 мкмоль/л (гипербилирубинемия, т.е. повышение концентрации билирубина до 100 мкмоль/л, - критическое состояние);
- желтушное окрашивание склер и кожи.

*Лечение выраженного слюнотечения* следует проводить в стационаре. Назначают полоскание полости рта настоем шалфея, ромашки, коры дуба, раствором ментола. Используют средства, снижающие слюноотделение (метоклопрамид, дроперидол ).

При большой потере жидкости назначают внутривенно капельно раствор Рингера-Локка, 5% раствор глюкозы.

При значительной гипопроотеинемии показано вливание растворов аминокислот, альбумина, плазмы. Хороший эффект дают гипноз и иглорефлексотерапия.

Для предупреждения и устранения мацерации слюной кожи лица ее смазывают цинковой пастой, цинково-салициловой пастой (пастой Лассара) или вазелином.

*Дерматозы беременных.* Лечение заключается в назначении седативных средств, десенсибилизирующих (дифенгидрамин, прометазин), витаминов С и Е, общего ультрафиолетового облучения. При отсутствии эффекта в некоторых случаях в комплекс терапии добавляют глюкокортикоиды.

*Тетания беременных.* В основе заболевания лежит понижение или выпадение функции паращитовидных желез, а следовательно, нарушение обмена кальция. При тяжелом течении заболевания или обострении во время беременности латентно протекающей тетании следует прервать беременность. Для лечения применяют паратиреоидин, кальций, дигидротахистерол, витамин D.

*Остеомаляция у беременных.* Причина стертой формы остеомалации - гиповитаминоз D, поэтому хороший эффект при лечении заболевания дает применение витамина D, рыбьего жира, общего и местного ультрафиолетового облучения, прогестерона .

*Острая желтая атрофия печени.* Лечение заключается в немедленном прерывании беременности, хотя данная мера редко улучшает прогноз.

*Бронхиальная астма беременных.* Лечение включает назначение препаратов кальция, витаминов С и Е, седативных средств.

*Лечение гестоза.* До настоящего времени патогенетически обоснованного лечения, кроме родоразрешения беременной, не существует, поэтому терапия остается в большей степени симптоматической и зависит от степени тяжести гестоза.

Беременной рекомендуют белковую диету. Употребление жидкости ограничивать не следует. Оно должно составлять около 2 л/сут.

Терапию гестоза любой степени тяжести проводят только в стационаре, при утяжелении гестоза беременную госпитализируют в стационар следующего уровня (родильное отделение областной или республиканской

клинической больницы, перинатальный центр), где терапию целесообразно осуществлять совместно с анестезиологом-реаниматологом.

Терапия включает прежде всего воздействие на центральную нервную систему. Понятие лечебно-охранительного режима, сформулированное русским акушером В.В. Строгановым еще в начале прошлого века, актуально и в настоящее время.

В современном акушерстве психоэмоциональный покой обеспечивается медикаментозно.

При тяжелых формах гестоза эмоциональный покой создают введением транквилизаторов (диазепам), нейролептиков (дроперидол) или наркотических препаратов, таких как тримеперидин (промедол<sup>®</sup>). Терапию беременных с гестозом проводят только в условиях стационара.

Базисная терапия гестоза - осмотерапия, включающая внутривенное введение магния сульфата.

Дополняют терапию гипотензивными препаратами (спазмолитики центрального и периферического действия, ганглиоблокаторы и др.).

Проводят терапию, направленную на устранение сосудистых расстройств, гиповолемии, хронического ДВС-синдрома, нормализацию водно-электролитного, белкового, углеводного баланса, кислотно-основного состояния крови, маточно-плацентарного кровотока и др.

Ведение беременных с тяжелыми формами гестоза осуществляют совместно с анестезиологом.

Необходимо:

- воздействовать на центральную нервную систему с целью создания лечебно-охранительного режима;
- снять генерализованный спазм сосудов (терапия сульфатом магния);
- устранить гиповолемию (введение гидроксиэтилкрахмала, растворов кристаллоидов);
- улучшить кровоток в почках и стимулировать их мочевыделительную функцию;
- регулировать водно-солевой обмен;

- нормализовать реологические и коагуляционные свойства крови (введение свежезамороженной плазмы при снижении коагуляционных свойств крови);
- проводить профилактику и лечение нарушений фетоплацентарного комплекса;
- не допускать утяжеления гестоза путем своевременного щадящего родо-разрешения;
- роды проводить с адекватным обезболиванием, ранней амниотомией, применением управляемой нормотонии (введение ганглиоблокаторов короткого действия, таких как триметафана камзилат<sup>р</sup>, или арфонад<sup>а</sup>, трепирия йодид<sup>р</sup>, или гигроний<sup>а</sup>, азаметония бромид, или пентамин<sup>а</sup>) или наложением акушерских щипцов во втором периоде родов;
- проводить профилактику кровопотери и коагуляционных расстройств в родах и раннем послеродовом периоде;
- обратить внимание на ведение послеродового периода (контроль артериального давления, продолжение введения сульфата магния в первые 3 сут после родов).

#### Магнезиальная терапия

Магния сульфат в настоящее время получил большое распространение в терапии гестоза. Помимо легкого наркотического действия, сульфат магния обладает мочегонным, гипотензивным, противосудорожным, спазмолитическим эффектами и снижает внутричерепное давление. Предпочтительно внутривенное введение сульфата магния с помощью инфузомата, что приводит к более быстрому наступлению эффектов магнезиальной терапии и отсутствию осложнений, связанных с его внутримышечным применением. Доза сульфата магния зависит от исходного уровня артериального давления и массы тела беременной.

В практическом отношении можно придерживаться следующих суточных доз (в пересчете на сухое вещество):

- при гестозе I степени - до 24 г;
- при II степени - до 28 г;
- при III степени и преэклампсии - до 30 г;
- при эклампсии - 50 г.

Из них 2-4 г вводят в течение первых 20 мин. Поддерживающая доза составляет 1-2 г/ч в зависимости от степени тяжести течения гестоза.

Точности дозирования и необходимого ритма введения достигают использованием инфузомата.

При инфузии магния сульфата акушерка следит за состоянием беременной. Скорость введения не должна превышать 1-2 г/ч.

При отсутствии инфузомата выполняют внутривенное капельное введение препарата в 200-400 мл 5% раствора глюкозы.

Передозировка магния сульфатом может сопровождаться дыхательной и/или сердечной недостаточностью, снижением выделительной функции почек и сухожильных рефлексов.

В качестве антидота используют кальций, который следует вводить при появлении симптомов передозировки: внутривенно вводят 10 мл 10% раствора глюконата кальция и дают кислород. Если функция легких не восстанавливается, переходят к искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

#### Гипотензивная терапия

При артериальной гипертензии применяют следующие препараты.

- Метилдопа (допегит) снижает артериальное давление, замедляет сердечные сокращения, снижает периферическое сосудистое сопротивление. Препарат противопоказан при острых заболеваниях печени. Назначают метилдопу в суточной дозе от 0,25 до 1 г в 2-3 приема.
- Нифедипин - блокатор кальциевых каналов, снижает артериальное давление, расширяет периферические артерии. Препарат используют в дозе 10-20 мг 3 раза в сутки сублингвально. Нифедипин не применяют при тахикардии.
- Клонидин (клофелин<sup>®</sup>) снижает артериальное давление, уменьшает периферическое сосудистое сопротивление, оказывает седативный эффект; назначают препарат в дозе 0,075 мг 2-4 раза в день сублингвально. Клонидин не следует сочетать с другими гипотензивными средствами. При тяжелом гестозе препарат вводят внутривенно медленно (1 мл 0,01% раствора) в изотоническом растворе натрия хлорида.
- Азаметония бромид (пентамин<sup>®</sup>) - ганглиоблокатор. Препарат вводят в форме 5% раствора в количестве 1,0 мл в/в в изотоническом растворе натрия хлорида. Ганглиоблокаторы применяют в случае недостаточного эффекта от другой гипотензивной терапии. При

использовании ганглио-блокаторов необходим тщательный контроль артериального давления. Повторное введение препарата допустимо через 1-2 ч. Во избежание ортостатического коллапса в течение 2 ч после введения ганглиобло-каторов беременная должна находиться в горизонтальном положении. В первом периоде родов азаметония бромид вводят в/м или в/в.

Дополнительная терапия. Для устранения судорожной готовности одновременно с введением раствора магния сульфата вводят малые транквилизаторы, например диазепам (реланиум<sup>▲</sup>, сибазон<sup>▲</sup>) в дозе 1-2 мл 0,5% раствора в/м или в/в.

При гиперкоагуляции с большой осторожностью используют антикоагулянты прямого действия, гепарин натрия или надропарин кальция, в дозе 0,2-0,3 мл 1-2 раза в сутки. Препарат вводят в подкожную клетчатку живота. Терапию прямыми антикоагулянтами осуществляют только под контролем состояния системы гемостаза.

#### Инфузионная терапия

Инфузионная терапия позволяет увеличить ОЦК, улучшить микроциркуляцию, корригировать метаболические расстройства. Объем вводимых растворов не должен превышать 40-80 мл/ч. Показаниями к инфузионной терапии служат тяжелая форма гестоза, преэклампсия, эклампсия.

С целью устранения гиповолемии и нормализации осмотического давления вводят раствор сульфата магния, раствор гидроксипропилированного крахмала или кристаллоидные растворы (в/в капельно в количестве 200-500 мл).

Длительность терапии зависит от ее эффективности. При тяжелом гестозе инфузионную терапию проводят ежедневно до родоразрешения и несколько дней после родов.

При выраженном снижении концентрации белка в плазме крови терапию дополняют раствором аминокислот или альбумина. Количественный и качественный состав инфузионного раствора нужно корригировать в зависимости от клинических и лабораторных показателей.

Общее количество жидкости, потребляемой беременными с гестозом, не должно превышать 2000 мл/сут при условии достаточного диуреза.

Инфузионную терапию проводят до стойкого улучшения общего состояния, снижения артериального давления, восстановления диуреза. В родах количество вводимых растворов ограничивают до 300-500 мл.

При недоношенной беременности (менее 34 нед) и тяжелой степени гестоза показана профилактика респираторного дистресс-синдрома плода.

После родоразрешения при лечении тяжелых форм гестоза применяют экстракорпоральные методы детоксикации и дегидратации - гемодиализацию, ультрафильтрацию.

Применение адекватной магниальной терапии, оказание неотложной помощи и правильный выбор срока и методов родоразрешения позволяют избежать перехода гестоза в более тяжелые формы - преэклампсию и эклампсию.

#### Выбор времени и метода родоразрешения

Степень тяжести гестоза определяет сроки родоразрешения.

*Показаниями к досрочному родоразрешению служат:*

- гестоз II степени тяжести при отсутствии эффекта от лечения в течение 1-2 нед;
- гестоз, сопровождаемый выраженной задержкой роста плода и плацентарной недостаточностью;
- тяжелая форма гестоза при безуспешной терапии в течение 1-2 дней;
- преэклампсия, при которой родоразрешение производят в течение 12-24 ч на фоне интенсивной терапии.

*Экстренное родоразрешение в течение 1-2 ч показано при возникновении эклампсии.*

Родоразрешение через естественные родовые пути проводят при подготовленной шейке матки с амниотомией и последующим введением утеротонических средств.

Ведение родов осуществляют с постоянным аппаратным контролем показателей гемодинамики роженицы, кардиомониторным контролем состояния плода и сократительной деятельностью матки.

Беременных с гестозом родоразрешают путем *операции кесарева сечения* по следующим показаниям: эклампсия, преэклампсия, тяжелая форма гестоза, безуспешность интенсивной терапии, коматозное состояние,

анурия, амавроз, отслойка сетчатки, кровоизлияние в сетчатку и/или головной мозг, отсутствие эффекта от родовозбуждающих мероприятий, сочетание гестоза с осложнениями беременности и родов.

Принципы оказания экстренной помощи при преэклампсии и эклампсии, ведение родов

При возникновении предвестников приступа эклампсии внутривенно вводят раствор магния сульфата (до 6 г в течение 20 мин) в сочетании с 5-10 мг диазепама.

Если судорожная готовность не купируется, дополнительно вводят 20 мг тримеперидина и/или 25-50 мг прометазина.

При возникновении приступа акушерка вызывает врача и оказывает первую неотложную помощь:

- укладывает пациентку на ровную поверхность,
- поворачивает голову беременной в сторону,
- быстро освобождает дыхательные пути,
- вводит роторасширитель,
- язык захватывает языкодержателем,
- очищает полость рта.

При преэклампсии все манипуляции (влагалищное исследование, венепункция и др.) производят под масочным или внутривенным наркозом.

Анестезиолог начинает вспомогательную вентиляцию маской или переводит беременную (роженицу, родильницу) на искусственную вентиляцию легких. На фоне медикаментозного лечебно-охранительного режима начинают магниальную и гипотензивную терапию. Строго контролируют частоту дыхания и сердцебиения пациентки. Параллельно проводят инфузионную терапию с целью восполнения ОЦК.

Помимо вышеуказанной терапии в родах показано раннее и тщательное обезболивание. Оптимальный метод обезболивания при гестозе - перидуральная (эпидуральная) аналгезия, которая, кроме обезболивающего, оказывает и гипотензивный эффект.

В первом периоде родов производят раннюю амниотомию, т.е. вскрытие плодного пузыря в латентную фазу родов, до открытия маточного



зев в 3-4 см. Это способствует снижению внутриматочного давления и ускорению родоразрешения.

Во втором периоде родов при высоком артериальном давлении показано родоразрешение с помощью акушерских щипцов с целью быстрого окончания родов. Избежать операции наложения акушерских щипцов можно, если удастся снизить артериальное давление путем управляемой нормотонии (гипотонии) с использованием внутривенного капельного введения ганглиоблокаторов (азаметония бромид).

Роды ведут с постоянным мониторингом наблюдением за состоянием матери, плода и сократительной деятельностью матки. Ведение партограммы обязательно.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение понятию токсикоз?
2. В какой период беременности развивается гестоз?
3. Перечислите степени тяжести токсикоза?
4. Перечислите редкие формы токсикоза?
5. Расскажите о механизме развития гестоза?
6. Перечислите методы лечения гестоза?
7. Какие препараты применяют для гипотензивной терапии при гестозе?
8. Расскажите тактику оказания неотложной помощи при приступе эклампсии?

Лекция 3.

### **Влияние различных заболеваний на течение беременности и родов**

В случае наступления беременности у женщин с соматическими или инфекционными заболеваниями задача врача акушера-гинеколога и профильного специалиста заключается в том, чтобы решить вопрос о возможности вынашивания данной беременности или пути прерывания непоказанной беременности, а также о средствах профилактики плацентарной недостаточности на фоне экстрагенитального заболевания, особенно предшествующего беременности.

При наличии акушерских осложнений беременную направляют в *акушерский стационар*. При сочетании осложнений беременности и

экстрагенитального заболевания беременную направляют в *стационар медицинской организации по профилю заболевания*, определяющего тяжесть состояния.

При отсутствии противопоказаний для вынашивания беременности у женщины с экстрагенитальным заболеванием необходимо выработать индивидуальный план ее оздоровления для профилактики материнской и перинатальной заболеваемости, а главное - для снижения репродуктивных потерь.

### Заболевания крови

*Анемия беременных* - анемия, развившаяся во время беременности (преимущественно во II или III триместре) вследствие недостаточного удовлетворения повышенной потребности организма матери и плода в веществах, необходимых для кроветворения.

Факторы риска развития анемии у беременных:

- плохие бытовые условия жизни;
- вредные факторы производства, экологическое неблагополучие;
- несбалансированное питание и недостаточное поступление с пищей железа, белков, витаминов, фолиевой кислоты, микроэлементов;
- наличие анемии в анамнезе;
- короткие интергенетические промежутки;
- указания на кровопотерю;
- многоплодная беременность;
- хронические инфекции;
- хронические интоксикации, в том числе солями тяжелых металлов;
- неблагоприятная наследственность.

У большинства женщин во время беременности развивается анемия, связанная с неравномерным увеличением объема циркулирующей плазмы крови и объема эритроцитов.

Анемии беременных - следствие многих причин, в том числе и вызванных беременностью: высокая концентрация эстрогенов в плазме крови, токсикозы, препятствующие всасыванию в желудочно-кишечном тракте железа, магния и фосфора, необходимых для кроветворения.

Анемии беременных разделяют на приобретенные (дефицит железа, белка, фолиевой кислоты) и врожденные (серповидноклеточные).

По степени тяжести анемии делят:

1. на умеренные (концентрация гемоглобина от 109 до 70 г/л, содержание эритроцитов от 3,9 до  $2,5 \times 10^{12}/л$ , показатель гематокрита от 37 до 24%);
2. тяжелые (концентрация гемоглобина от 69 до 40 г/л, число эритроцитов от 2,5 до  $1,5 \times 10^{12}/л$ , показатель гематокрита от 23 до 13%);
3. очень тяжелые (концентрация гемоглобина менее 40 г/л, число эритроцитов менее  $1,5 \times 10^{12}/л$ , гематокрит менее 13%).



Рис.3.1 Наиболее частые осложнения беременности на фоне анемии

*Анемия у беременных, особенно существовавшая до беременности, значительно увеличивает перинатальные потери и заболеваемость новорожденных:*

- повышение перинатальной смертности (14-15%);

- повышение перинатальной заболеваемости (100%);
- задержка роста плода (32%);
- гипоксия (63%);
- гипоксическая травма мозга (40%);
- инфекционно-воспалительные заболевания (37%).

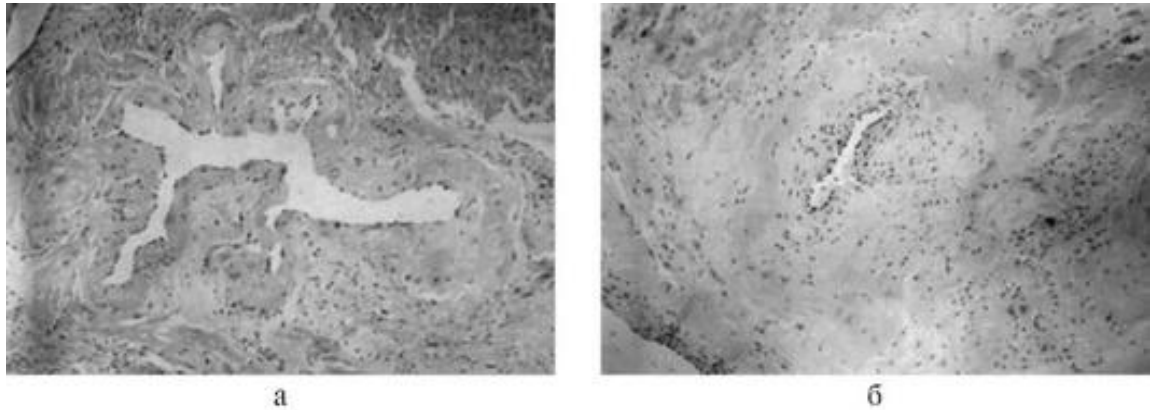


Рис.3.2. Морфологические особенности плацентарного ложа: а - маточно-плацентарная (бывшая спиральная) артерия при нормальной беременности; б - то же при железобелководефицитной анемии

Характерные признаки анемии во время беременности:

- вялость, общая слабость;
- бледность кожного покрова и слизистых оболочек;
- субиктеричность склер, области носогубного треугольника, ладоней;
- отечность;
- ломкость волос и ногтей;
- патологическая пигментация кожи;
- увеличение печени и селезенки;
- шумы при аускультации сердца;
- хейлит (заеды);
- вздутие живота, болезненность при пальпации желудка, тонкой и толстой кишки;
- жидкий стул;
- жжение и зуд вульвы.

*Клинические анализы крови следует проводить ежемесячно, биохимические исследования назначают 1 раз в триместр, а также при динамическом лабораторном наблюдении.*

Лечение анемии беременных проводит терапевт (гематолог) по направлению акушера-гинеколога, коррекцию осложнений беременности - акушер-гинеколог.

Цели лечения:

- коррекция дефицита железа, белка, микроэлементов, витаминов;
- ликвидация гипоксии;
- нормализация гемодинамики, системных, обменных и органных нарушений;
- профилактика осложнений беременности и родов, коррекция биоценоза;
- ранняя реабилитация в послеродовом периоде.

*Немедикаментозное* лечение включает диету, богатую железом и белком. Однако достичь нормализации содержания гемоглобина в крови с помощью одной лишь диеты невозможно, так как из пищи всасывается небольшая доля железа (из мяса - 20%; из растительных продуктов - 0,2%). Рекомендовано использовать лечебное питание для восполнения дефицита белка.

Медикаментозное лечение проводят в два этапа:

1. купирование анемии (восстановление нормальной концентрации гемоглобина);
2. терапия насыщения (восстановление запасов железа в организме).

Профилактика материнских и перинатальных осложнений при анемии включает сбалансированное по количеству и качеству питание беременной. Необходим прием препаратов железа всем женщинам с концентрацией гемоглобина в крови 115 г/л и менее с самых ранних сроков беременности, практически с момента взятия на учет. Именно поэтому так необходимы ранняя явка беременной и быстрое ее обследование.

Профилактика железодефицитной анемии препаратами железа в дозе 40-60 мг/сут показана беременным:

- проживающим в местах, где дефицит железа является региональной проблемой;
- с обильными и длительными менструациями до беременности;
- при коротком интергенетическом интервале;
- при многоплодной беременности;

- при длительной лактации.

*Родоразрешение* беременных с анемией проводят по общепринятым протоколам в зависимости от состояния матери и плода.

### Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (болезнь Верльгофа)

Идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура - тромбоцитопения с геморрагическим синдромом, характеризуемая снижением количества тромбоцитов в периферической крови ниже 150-160 тыс. в 1 мкл. Чаще всего разрушение тромбоцитов обусловлено аутоиммунным процессом, спровоцированным каким-либо инфекционным агентом или приемом лекарственных средств.

По течению тромбоцитопеническую пурпуру классифицируют на следующие формы:

- острые (продолжающиеся менее 6 мес);
- хронические;
- с редкими рецидивами;
- с частыми рецидивами;
- с непрерывно-рецидивирующим течением.

Болезнь протекает в несколько периодов:

1. обострение (криз);
2. клиническая компенсация (отсутствие проявлений геморрагического синдрома при сохраняющейся тромбоцитопении);
3. клинико-гематологическая ремиссия.

Тромбоцитопеническая пурпура может вызывать следующие осложнения беременности:

- гестоз;
- угроза досрочного прерывания беременности;
- самопроизвольные выкидыши;
- угроза преждевременных родов;
- плацентарная недостаточность;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты и кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах;
- неонатальная тромбоцитопения.

Основной симптом заболевания - внезапное появление геморрагического синдрома по микроциркуляторному типу на фоне полного здоровья.

Геморрагический синдром представлен:

- кожными геморрагиями (петехии, пурпура, экхимозы);
- кровоизлияниями в слизистые оболочки;
- кровотечениями из слизистых оболочек (носовые, десневые, из лунки удаленного зуба, маточные кровотечения, реже - мелена, гематурия).

Беременность в большинстве случаев заканчивается рождением здоровых детей. При заболевании новорожденного выявляют признаки внутриутробной гипоксии плода и задержку внутриутробного роста, инфицирование, недоношенность, синдром нарушения ранней адаптации.

### Диагностика

В клиническом анализе крови выявляют тромбоцитопению различной степени тяжести.

Содержание тромбоцитов в период обострения варьирует в пределах  $10-30 \times 10^9/\text{л}$ ; в 40% случаев определяют единичные тромбоциты.

### Лечение

Всем беременным с выраженными изменениями показателей крови показано наблюдение и лечение у гематолога. В амбулаторных условиях можно проводить только профилактические мероприятия и поддерживающую терапию глюкокортикоидами, остальное лечение осуществляют в профильных стационарах.

Родоразрешение беременных с идиопатической тромбоцитопенической пурпурой проводят по общепринятым протоколам в зависимости от состояния матери и плода.

### Заболевания сердечно-сосудистой системы

Самые тяжелые заболевания у беременных - заболевания сердечно-сосудистой системы. Основное место среди них занимает гипертоническая болезнь.

Физиологические изменения показателей гемодинамики во время беременности:

1. увеличение ОЦК на 40-60% (максимальное увеличение происходит в начале III триместра);
2. увеличение сердечного выброса на 40-50% (максимальное увеличение
3. в 20-24 нед);
4. снижение диастолического, а потом и систолического артериального давления;
5. физиологическая гиперволемия;
6. гипертрофия левого желудочка;
7. увеличение потребления кислорода до 30%.

Для вынашивания беременности и родоразрешения значение имеют следующие заболевания сердечно-сосудистой системы:

- артериальная гипертензия;
- артериальная гипотензия;
- ревматизм и ревматические пороки сердца;
- врожденные пороки сердца;
- заболевания миокарда, эндокарда и перикарда;
- системная красная волчанка;
- состояния после операций на сердце («оперированное» сердце).

Артериальную гипертензию (АГ) диагностируют, если систолическое артериальное давление (АД) составляет 140 мм рт.ст. и более, диастолическое - 90 мм рт.ст. и более у лиц, не принимающих антигипертензивные препараты.

### Патогенез

В основе патогенеза гипертонической болезни лежит увеличение объема минутного сердечного выброса и сопротивления периферического сосудистого русла.

По классификации ВОЗ принято различать следующие степени АГ:

I степень - АД от 140/90 до 159/99 мм рт.ст.;

II степень - АД от 160/100 до 179/109 мм рт.ст.;

III степень - АД 180/110 мм рт.ст. и выше.

*Выделяют первичную и симптоматическую АГ.*



## Влияние артериальной гипертензии на беременность

АГ вызывает функциональные и морфологические изменения в сосудах, связанные с сужением их просвета. При этом в ранние сроки беременности возникают нарушения в плацентарном ложе, что впоследствии может приводить к прерыванию беременности, плацентарной недостаточности, гипоксии, гипотрофии и гибели плода либо к длительно текущему тяжелому гестозу с характерными осложнениями для плода и матери (кровоизлияние в мозг и отслойка сетчатки). АГ повышает опасность преждевременной отслойки плаценты.

Клиническая картина разнообразна и включает периодические головные боли, головокружение, сердцебиение, одышку, боли в грудной клетке, нарушение зрения, похолодание конечностей, парестезии, иногда жажду, никтурию, гематурию, немотивированное чувство тревоги.

### Диагностика

Проводят следующие лабораторно-инструментальные исследования:

- общий анализ крови;
- анализы мочи (общий и по Нечипоренко);
- определение концентрации глюкозы в плазме крови натощак;
- содержание в сыворотке крови калия, мочево́й кислоты, креатинина, общего холестерина, липопротеидов высокой плотности;
- электрокардиография (ЭКГ);
- исследование глазного дна;
- эхокардиография;
- амбулаторное суточное мониторирование АД.

### Лечение АГ проводит терапевт.

Немедикаментозное лечение включает следующие мероприятия:

- рациональная психотерапия;
- снижение потребления поваренной соли до 5 г/сут;
- изменение режима питания с уменьшением потребления растительных и животных жиров, увеличением в рационе овощей, фруктов, зерновых и молочных продуктов;
- физиотерапевтические процедуры (электросон, индуктотермия области стоп и голеней, диатермия околопочечной области);
- гипербарическая оксигенация.

*Медикаментозное лечение проводят с использованием комплекса препаратов, действующих на различные звенья патогенеза заболевания.*

### Профилактика

Для скрининга АГ во время беременности на каждом приеме измеряют АД.

Родоразрешение беременных с АГ должно проходить в стационаре II-III уровня оказания помощи в составе многопрофильной больницы.

В первом периоде необходимы адекватное обезболивание (эпидуральная аналгезия), гипотензивная терапия, ранняя амниотомия.

Роды при АГ часто приобретают быстрое, стремительное или, наоборот, затяжное течение.

### Артериальная гипотония

Артериальная гипотония характеризуется уменьшением АД ниже 100/60 мм рт.ст. и соответствующей симптоматикой. Называют это заболевание также артериальной гипотензией, гипотонической болезнью и др.

Пониженное АД может быть результатом:

- уменьшения ударного и минутного объема сердца;
- снижения периферического сопротивления сосудов;
- дефицита ОЦК;
- уменьшения венозного возврата к сердцу.

В основе первичной артериальной гипотензии лежит повышение тонуса парасимпатического отдела вегетативной нервной системы и нарушение функций высших центров вазомоторной регуляции, что приводит к уменьшению общего периферического сосудистого сопротивления. При этом компенсаторное увеличение сердечного выброса оказывается недостаточным для нормализации АД.

Основное осложнение беременности при артериальной гипотензии - самопроизвольное ее прерывание. Артериальная гипотензия способствует задержке роста плода из-за уменьшения маточно-плацентарного кровотока.

Клиническая картина артериальной гипотензии весьма многообразна, жалобы полиморфны и многочисленны: вялость, апатия, слабость,

утомляемость по утрам, ослабление памяти, головная боль, сердцебиение, боли в области сердца. Наблюдаются ортостатические явления: головокружение, потемнение в глазах, особенно при вставании, обмороки на фоне хорошего самочувствия. Отмечаются тошнота, рвота, холодный пот, бледность кожного покрова. Раздражительность, эмоциональная неустойчивость и плохое настроение характеризуют неврологические нарушения. Проявления со стороны сердечно-сосудистой системы: лабильность пульса, брадикардия, систолический шум на верхушке сердца с увеличением систолического и минутного объемов сердца при отсутствии изменений на ЭКГ.

Гипотоническая болезнь, впервые возникшая во время беременности, протекает тяжелее, чаще встречается декомпенсированная форма с частыми гипотоническими кризами.

Диагностика включает:

- измерение АД 2-3 раза в сутки;
- ЭКГ;
- консультацию терапевта.

Если симптомы отсутствуют, в лечении нет необходимости.

При декомпенсированных формах проводят стационарное лечение в профильном отделении.

Лечение артериальной гипотензии у беременных начинают с применения нелекарственных методов:

- ✓ регулирование труда и отдыха, соблюдение режима дня (ночной сон не менее 6 ч и обязательный дневной сон продолжительностью 2-3 ч),
- ✓ сеансы лечебной физкультуры с тонизирующими водными процедурами,
- ✓ устранение действия вредных факторов, чрезмерных психоэмоциональных и физических нагрузок;
- ✓ полноценное и разнообразное четырехразовое питание с употреблением по утрам и днем чая или кофе (не на ночь!);
- ✓ аэротерапия, физиотерапия (ультрафиолетовое облучение, электрофорез кальция на воротниковую зону),

- ✓ психотерапия,
- ✓ массаж и самомассаж,
- ✓ электросон.

Лекарственную терапию проводит терапевт, подбирая ее индивидуально с учетом выраженности симптомов болезни.

Гипотоническая болезнь не служит противопоказанием для беременности и родов: как правило, при должных лечебных и профилактических мероприятиях они заканчиваются благоприятно.

Родоразрешение. При ведении родов необходимы тщательное обезболивание и профилактика кровотечений.

### Ревматизм

Ревматизм - системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией процесса в органах кровообращения.

Ревматизм относят к токсико-иммунным заболеваниям. Возбудителем служит  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А. Заболевание начинается в большинстве случаев в возрасте 7-15 лет, когда особенно часто возникают стрептококковые поражения (ангина, скарлатина).

Ревматизм у большинства беременных неактивен или протекает мягко, в подострой или латентной форме, поддается лечению.

Затруднение выявления активного ревматизма во время беременности связано не только с преобладанием стертых, вялых форм его течения, но и с общностью ряда симптомов ревматизма и физиологического состояния организма при беременности (субфебрилитет, одышка при физической нагрузке, тахикардия, аритмии, слабость, утомляемость, лейкоцитоз и повышение скорости оседания эритроцитов).

Патогномоничные для ревматизма клинические и лабораторные симптомы отсутствуют.

*Обострение ревматизма у беременных встречается столь же редко, как и вне беременности.*

*Беременные, страдающие ревматизмом, подлежат диспансерному наблюдению у терапевта в женской консультации.*

При подозрении на активность ревматического процесса для уточнения диагноза и лечения женщины должны быть госпитализированы в терапевтический стационар.

*Активный ревматический процесс служит противопоказанием для сохранения беременности.*

Лечение ревматизма у беременных проводит терапевт и/или кардиолог, ревматолог.

Родоразрешение. При недостаточности кровообращения I и IIА стадии родоразрешение при активном ревматическом процессе производят через естественные родовые пути с исключением потуг (эпидуральная аналгезия, вакуум-экстракция, акушерские щипцы).

При тяжелой декомпенсации кровообращения, вызванной пороком сердца и обострением ревмокардита, может возникнуть необходимость в кесаревом сечении.

#### Приобретенные пороки сердца

Приобретенные пороки сердца - приобретенные аномалии строения клапанов сердца, отверстий или перегородок между камерами сердца и или отходящих от него крупных сосудов. Для приобретенных пороков сердца, как правило, характерны нарушения сердечной функции.

По этиологии поражения клапанного аппарата выделяют ревматические пороки сердца, когда причиной формирования служит ревматизм, и неревматические пороки сердца, развивающиеся вследствие инфекционного эндокардита, атеросклероза, сифилиса, системной красной волчанки, склеродермии (встречаются значительно реже).

*Воспалительный процесс в створках клапана нередко заканчивается их склерозом, деформацией и укорочением. Такой клапан не прикрывает полностью отверстия, т.е. развивается недостаточность клапана. Если же в результате воспаления створки клапана срастаются по краям, сужается отверстие, которое они прикрывают. Такое состояние называют *стенозом отверстия*.*

По характеру поражения клапанного аппарата и направленности внутрисердечных гемодинамических нарушений различают *стеноз и недостаточность*.

*В зависимости от места поражения клапанного аппарата выделяют приобретенные пороки митрального клапана, аортального клапана, клапана легочной артерии, трехстворчатого клапана.*

Предложена следующая схема оценки риска беременности и родов при сочетании беременности с пороками сердца (степени риска).

I степень риска - беременность при пороке сердца без выраженных признаков сердечной недостаточности и обострения ревматического процесса.

II степень - беременность при пороке сердца с начальными симптомами сердечной недостаточности (одышка, тахикардия) или признаками активной фазы ревматизма.

III степень - беременность при декомпенсированном пороке сердца с преобладанием правожелудочковой недостаточности, в активной фазе ревматизма с недавно возникшей мерцательной аритмией, легочной гипертензией.

IV степень - беременность при декомпенсированном пороке сердца с признаками левожелудочковой или тотальной сердечной недостаточности, в активной фазе ревматизма, с атриомегалией, кардиомегалией, длительно существующей мерцательной аритмией с тромбоэмболическими проявлениями, легочной гипертензией.

Беременность возможна при I и II степени риска, противопоказана при III и IV степени.

Роды проводят в специализированном родильном доме с участием акушера-гинеколога, кардиолога, анестезиолога-реаниматолога, неонатолога.

Диспансерное наблюдение за беременными осуществляют акушер-гинеколог, терапевт и кардиолог с участием акушерки. Проводят тщательное обследование состояния сердечно-сосудистой системы и всех важнейших органов и систем каждые 2 нед, а при необходимости и чаще.

Беременную с сердечно-сосудистыми заболеваниями планово госпитализируют в стационар трижды за беременность.

➤ *Первую госпитализацию осуществляют до 12 нед беременности в терапевтический (кардиологический) стационар для уточнения*

диагноза и решения вопроса о пролонгировании или прерывании беременности.

- *Вторая госпитализация* показана в 28-32 нед, т.е. в период наибольшей нагрузки на сердечно-сосудистую систему. В эти сроки тщательно обследуют беременную, корригируют проводимую терапию в профильном отделении.
- *Третья госпитализация* должна быть осуществлена за 2 нед до предполагаемых родов в родильный стационар соответствующего уровня оказания помощи в составе многопрофильной больницы для подготовки к родоразрешению.

Вопрос о прерывании беременности на более поздних сроках достаточно сложен. При появлении признаков недостаточности кровообращения беременную необходимо госпитализировать в профильный стационар и беременность сроком свыше 26 недель следует прервать абдоминальным кесаревым сечением.

#### *Заболевания почек и беременность*

Среди экстрагенитальных заболеваний беременных болезни почек и мочевыводящих путей занимают одно из ведущих мест и представляют опасность как для матери, так и для плода.

*Гестационный пиелонефрит* - неспецифический инфекционно-воспалительный процесс, возникающий во время беременности, с первоначальным и преимущественным поражением интерстициальной ткани, чашечно-лоханочной системы и канальцев почек; в последующем в процесс вовлекаются клубочки и сосуды почек.

Во время беременности в почках происходит ряд физиологических анатомических и функциональных изменений:

- почки незначительно увеличиваются;
- почечные лоханки, чашечки и мочеточники расширяются, особенно справа;
- снижаются перистальтика мочеточников и тонус мочевого пузыря;
- почечный кровоток возрастает на 50-80%;
- скорость клубочковой фильтрации увеличивается на 50%.

*Перечисленные изменения создают благоприятные условия для возникновения инфекционного процесса в мочевыводящих путях.*

## Классификация

По патогенезу различают следующие формы пиелонефрита:

- ✓ первичный;
- ✓ вторичный.

По течению выделяют:

- ✓ острый пиелонефрит;
- ✓ хронический пиелонефрит.

По нарушению функций почек:

- ✓ без нарушения;
- ✓ с нарушением.

Акушерские осложнения пиелонефрита у беременных:

- угроза прерывания беременности;
- самопроизвольный аборт;
- преждевременные роды;
- гестоз;
- плацентарная недостаточность;
- септицемия и септикопиемия;
- инфекционно-токсический шок.

*Критические сроки возникновения пиелонефрита - 32-34 нед беременности, когда матка достигает максимальных размеров, и 39-40 нед, когда головка плода прижата ко входу в малый таз.*

Диагностика острого пиелонефрита базируется на результатах общеклинических, лабораторных и других исследований:

- общий анализ мочи;
- анализ мочи по Нечипоренко;
- клинический анализ крови;
- биохимический анализ крови;
- проба Реберга;



- микробиологическое исследование;
- УЗИ почек.

Лечение пиелонефрита в профильном отделении проводит терапевт, уролог или нефролог. Принципы лечения заключаются в увеличении пассажа мочи, ликвидации ее застоя, интенсивном выведении микробов и их токсинов, санации мочевыводящих путей.

Если терапия не дает результатов, производят катетеризацию мочеточников с целью восстановления нарушенного пассажа мочи или при развитии гнойно-деструктивного воспаления.

Критерием излеченности служит отсутствие лейкоцитурии при трехкратном исследовании мочи.

Сахарный диабет (СД) - заболевание, характеризующееся недостаточностью в организме инсулина. Недостаточность инсулина может быть абсолютной, когда поджелудочная железа вырабатывает малое количество гормона, или относительной, когда ткани больного человека невосприимчивы к инсулину, хотя секреторная функция поджелудочной железы не нарушена.

В клинической практике различают три основных типа СД:

I - инсулинзависимый;

II - инсулиннезависимый;

III - гестационный СД, который развивается после 28 нед беременности и представляет собой транзиторное нарушение утилизации глюкозы у женщин во время беременности.

В возникновении осложнений беременности основную роль играют нарушения микроциркуляции вследствие спазма периферических сосудов у больных СД. Развиваются гипоксия и локальное повреждение эндотелия сосудов (в плаценте, почках, печени), ведущие к нарушению гемостаза с развитием хронического ДВС-синдрома. Избыток свободной глюкозы в крови матери попадает в кровь плода (инсулин через плацентарный барьер не проникает), приводя к формированию характерных для СД макросомии (крупный плод) и диабетической фетопатии, неонатальной гипогликемии и ингибированию синтеза сурфактанта в легких плода с развитием респираторного дистресс-синдрома.

Клинические проявления СД: сухость во рту, жажда (полидипсия), потребление увеличенного количества жидкости (более 2 л/сут), полиурия, зуд кожи, особенно в области ануса, половых органов, преходящее нарушение зрения, нарушение сна. Выражена склонность к гнойничковым заболеваниям кожи (пиодермия, фурункулез) и слизистых оболочек (вагиниты).

Диагностика включает следующие исследования:

- определение концентрации глюкозы в плазме крови;
- биохимический анализ крови;
- определение концентрации глюкозы в моче;
- глюкозотолерантный тест - исследование содержания глюкозы в плазме крови после сахарной нагрузки (через каждые 3 ч в течение 24 ч), т.е. определение сахарного профиля (сахарной кривой).

Лечение СД осуществляют терапевт и/или эндокринолог.

Немедикаментозное лечение включает:

- исключение легкоусвояемых углеводов;
- дробный равномерный прием сложных углеводов в течение дня (три основных и три промежуточных приема пищи);
- прием пищи, богатой белками;
- ограничение жиров, особенно молочных;
- употребление не более двух распространенных фруктов.

Медикаментозная терапия

При беременности рекомендуют использовать только генно-инженерные человеческие инсулины. Для лечения СД, особенно у беременных, лучше использовать инсулиновую помпу - медицинское устройство для введения инсулина (терапия с непрерывным подкожным введением инсулина).

При диагностировании беременности женщину необходимо неоднократно госпитализировать.

*Первая госпитализация* - на ранних стадиях беременности (желательно в 4-6 нед беременности).

*Вторая госпитализация* - в 12-14 нед, когда понижается потребность в инсулине и возрастает частота гипогликемических состояний.

*Третья госпитализация - в 23-24 нед беременности.*

*Четвертая госпитализация - в 30-32 нед беременности.*

Противопоказания к беременности при сахарном диабете - быстро прогрессирующие сосудистые нарушения, которые обычно встречаются при тяжело протекающем заболевании (ретинопатия, нефропатия), осложняют течение беременности и значительно ухудшают прогноз для матери и плода.

Вопрос о возможности беременности, ее сохранении или необходимости прерывания решают консультативно при участии акушеров-гинекологов, терапевта и эндокринолога до срока 12 нед.

### Заболевания щитовидной железы

Во время нормальной беременности функция щитовидной железы активизируется вследствие повышения секреции тиреотропного гормона (ТТГ), выработки гормонов плацентой (плацентарный тиреотропин-рилизинг гормон) и хорионом (хорионический гонадотропин и хорионический тиреотропный гормон).

Значение щитовидной железы во время беременности очень велико: ее гормоны отвечают за формирование структур головного мозга (коры, подкорковых ядер и некоторых других образований), улитки слухового анализатора, глаз.

Другой фактор, способствующий увеличению функциональной активности щитовидной железы во время беременности, - относительный дефицит йода, возникающий в результате трансплацентарного его перехода к плоду, а также в результате увеличения клубочковой фильтрации и почечного клиренса йода.

Беременная с заболеваниями щитовидной железы должна находиться под наблюдением эндокринолога.

Диффузный токсический зоб - аутоиммунное заболевание, сопровождаемое увеличением щитовидной железы вследствие гипертрофии и гиперплазии, ее гиперфункцией (гипертиреозом) и реакцией тканей и органов на избыток тиреоидных гормонов (тиреотоксикозом).

Заболевание развивается вследствие выработки антител к рецептору ТТГ, клинически проявляется поражением щитовидной железы с развитием

синдрома тиреотоксикоза в сочетании с экстратиреоидной симптоматикой (эндокринная офтальмопатия, претибиальная микседема, акропатия).

У большинства женщин, страдающих токсическим зобом, беременность имеет осложненное течение. Наиболее частое и характерное осложнение - невынашивание.

Клинические проявления легкого тиреотоксикоза во многом напоминают проявления самой беременности. У беременных часто наблюдается одышка, связанная с легким компенсированным алкалозом. ОЦК и ЧСС у них возрастают, нередко возникают тахикардия и ощущения усиленного сердцебиения.

Аппетит повышается по сравнению с небеременными, учащаются жалобы на утомляемость, слабость, нарушение сна и эмоциональную лабильность, раздражительность, потливость.

Среди разнообразных проявлений болезни выделяют четыре основных симптома: зоб, тремор, экзофтальм, тахикардия (мерцательная аритмия).

Лечение. Необходимо соблюдение режима работы и отдыха, по возможности исключение психических травм. Больным рекомендована диета, богатая витаминами.

Операция во время беременности показана при отсутствии эффекта от консервативного лечения диффузного токсического зоба средней тяжести, а также при узловом зобе. Хирургическое лечение в более ранние сроки может привести к спонтанному аборту.

Родоразрешение большинства больных диффузным токсическим зобом протекает без осложнений.

Гипотиреоз - симптомокомплекс, возникающий при значительном ограничении выработки тиреоидных гормонов щитовидной железой.

#### Клиническая картина и диагностика

При недостаточной компенсации гипотиреоза беременные жалуются на вялость, снижение работоспособности, медлительность, сонливость, зябкость, прибавку веса, упорный запор, апатию, снижение памяти, внимания, ухудшение слуха, сухость кожи, ломкость ногтей, выпадение волос.

При осмотре можно обнаружить бледность и отечность кожного покрова и подкожной жировой клетчатки. Кожа сухая, шелушащаяся, холодная. Характерны одутловатость лица, пастозность конечностей. Речь замедленная, голос хриплый, движения медлительные. Определяется брадикардия (50-60 в минуту), артериальная гипотензия; ОЦК уменьшен, скорость кровотока замедлена.

Лечение. Основным принципом лечения беременных с гипотиреозом - замещение недостаточной функции щитовидной железы. В течение всей беременности женщина должна принимать препараты гормонов щитовидной железы. В III триместре дозу гормонов уменьшают.

Беременным с врожденной формой гипотиреоза необходима медико-генетическая консультация, так как риск рождения неполноценного потомства достаточно высок.

Эутиреоидный зоб - увеличение щитовидной железы, не сопровождаемое нарушением ее функциональной активности. Данное нарушение встречается в некоторых географических районах с недостаточным содержанием йода в окружающей среде.

Клиническая картина определяется величиной зоба, его формой и функциональным состоянием. Больных беспокоят общая слабость, повышенная утомляемость, головная боль, неприятные ощущения в области сердца.

Немедикаментозное лечение включает массовую йодную профилактику (употребление йодированной соли), медикаментозное лечение - монотерапию препаратами йода или комбинированную терапию препаратами йода и гормонами щитовидной железы.

Родоразрешение беременных с эутиреоидным зобом проводят по общепринятым протоколам в зависимости от состояния матери и плода.

### Заболевания органов пищеварения

Во время беременности многочисленные изменения обмена веществ, нейроэндокринной и иммунной систем приводят к изменению функций органов пищеварительной системы: снижаются двигательная и секреторная активность желудка, кишечника. В связи с этим повышается риск обострения многих хронических болезней органов ЖКТ или возникновения новых заболеваний.

Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь - невоспалительное и/или воспалительное поражения дистальной части пищевода вследствие повторяющегося заброса желудочного и/или дуоденального содержимого с развитием характерных симптомов.

Немедикаментозное лечение. Обязательное условие успешного лечения - соблюдение рекомендаций по изменению образа жизни и питания.

- Следует избегать положений, способствующих возникновению изжоги (показан сон с приподнятым головным концом кровати).
- Необходима профилактика запора, так как любое натуживание приводит к повышению внутрибрюшного давления, забросу кислого желудочного содержимого в пищевод и появлению изжоги.
- Нужно соблюдать строгую диету, питаться дробно, малыми порциями, без переедания.

Медикаментозное лечение. Хороший результат дает назначение вяжущих препаратов в комбинации с антацидами.

Язвенная болезнь - хроническое, циклически протекающее заболевание с разнообразной клинической картиной, характеризующееся изъязвлением слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения.

Клиническая картина включает болевой синдром (ранние боли - через 30-60 мин после еды, поздние боли - через 1-1,5 ч после еды), рвоту, тошноту, изжогу, отрыжку.

Обострение заболевания чаще происходит в I, III триместрах и в раннем послеродовом периоде. Осложнения язвенной болезни, перфорация и кровотечение чрезвычайно опасны для жизни матери и будущего ребенка, если вовремя не диагностированы.

Диагностика. Диагноз ставят на основании клинических данных и анамнеза, в неясных случаях, независимо от срока беременности, показано эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки для исключения кровотечения и перфорации. Кроме этого показаны клинический и биохимический анализ крови, исследование кала на скрытую кровь, биопсия слизистой оболочки желудка и исследование на наличие *Helicobacter pylori*.

Немедикаментозное лечение: режим, диета № 1а, употребление минеральных вод («Миргородская», «Ессентуки» № 4, 17, «Арзни»).

Медикаментозное лечение включает обволакивающие и вяжущие средства (отвары ромашки, тысячелистника), спазмолитики (папаверин, дротаверин), ферментные препараты.

### Заболевания печени

Функции печени даже при физиологической беременности находятся в состоянии высокого напряжения. Это связано с обезвреживанием продуктов жизнедеятельности не только матери, но и плода.

Дискинезия желчных путей - нарушение моторики желчного пузыря и желчевыводящих путей, обусловленное расстройством нейроэндокринной регуляции.

Классифицируют дискинезию желчных путей на гиперкинетическую и гипокинетическую формы.

*Гиперкинетическая форма* характеризуется кратковременными повторяющимися приступами болей в правом подреберье, которые иррадиируют в правую лопатку, ключицу, плечо и нередко сочетаются с нейровегетативными симптомами (тахикардия, гипотония, потливость, слабость, головная боль, раздражительность и др.).

*При гипокинетической форме* беременных беспокоят тупые ноющие боли и чувство тяжести в правом подреберье, снижение аппетита, тошнота, отрыжка желчью, запор, горечь во рту, вздутие живота, слабость, незначительная болезненность в области желчного пузыря.

Дискинезия желчных путей способствует развитию холецистита, холелитиаза, холестатического гепатоза, рвоты, слюнотечения, анемии беременных.

Диагностика. Диагноз устанавливается на основании клинической картины, результатов УЗИ, общего клинического обследования, дуоденального зондирования (выполняют в первой половине беременности).

Лечение беременных с дискинезией желчных путей можно проводить амбулаторно или в гастроэнтерологическом отделении стационара.

Диспансеризацию беременных с дискинезией желчных путей осуществляет терапевт женской консультации. Профилактика состоит в выполнении гигиенических и диетических рекомендаций.

Острый холецистит - острое воспаление стенки желчного пузыря.

Клиническая картина включает боли в правом подреберье, тошноту, рвоту.

Течение беременности после острого холецистита отягощается невынашиванием, анемией, хориоамнионитом, гестозом, хронической гипоксией плода.

Диагностика. Диагностический перечень включает клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, УЗИ печени и желчного пузыря.

Лечение. Беременная подлежит госпитализации в хирургический стационар.

Вирусные гепатиты - группа заболеваний человека, которые вызваны различными гепатотропными вирусами с множественными механизмами передачи и проявляются преимущественным поражением печени с нарушением ее функций, развитием интоксикационного и диспепсического синдромов, зачастую с гепатомегалией и желтухой.

Гепатит А - острая циклическая вирусная инфекция с фекально-оральной передачей возбудителя, характеризуемая нарушениями функций печени.

При редких тяжелых и затяжных формах гепатита А возможны преждевременные роды, в единичных случаях - самопроизвольные выкидыши.

Специфическая серологическая диагностика острого гепатита А включает определение антител класса IgM, которые можно выявить уже через 14 дней после инфицирования, максимально через 2-12 мес.

Лечение. Терапия гепатита А симптоматическая.

Гепатит В - вирусная инфекция, протекающая с преимущественным поражением печени и полиморфизмом клинических проявлений от вирусоносительства и острого гепатита до прогрессирующих хронических



форм с исходом в цирроз печени и гепатокарциному. Это гепатит с гемоконтактной передачей возбудителя.

Влияние вирусного гепатита В на беременность. Выраженные метаболические расстройства при тяжелом течении гепатита В - главная причина осложнений гестации.

Лечение. При развитии острого гепатита В во время беременности терапия состоит из поддерживающего лечения (диета, коррекция водно-электролитного баланса, постельный режим).

Основные мероприятия профилактики вертикальной передачи HBV:

- скрининг на HBV во время беременности (при первой явке и в III триместре);
- при контакте серонегативной беременной с HBV проводят пассивную профилактику иммуноглобулином человека против гепатита В в первые 7 сут после контакта и через 25-30 суток.

Гепатит С - вирусная антропонозная инфекция с преимущественным поражением печени, склонностью к длительному хроническому малосимптомному течению и исходом в цирроз печени и/или первичную гепатоцеллюлярную карциному. Это гепатит с гемоконтактным механизмом передачи возбудителя.

В большинстве случаев гепатит С протекает как у небеременных, осложнения очень редки. Ведение беременной, больной гепатитом С, включает тщательное наблюдение для своевременного определения возможной угрозы прерывания беременности и гипоксии плода.

Диагностика. Инкубационный период длится от 2 до 27 недель, составляя в среднем 7-8 недель. Через 1 нед после инфицирования возможно выявление HCV с помощью ПЦР.

Лечение. Вакцины от гепатита С пока не существует в связи с мутагенностью вируса и недостаточными знаниями о взаимодействии HCV и иммунной системы.

Бронхиальная астма (БА) - хроническое рецидивирующее заболевание с преимущественным поражением бронхов. Основной признак - приступы удушья и/или развитие астматического статуса вследствие спазма гладких мышц бронхов, гиперсекреции и отека слизистой оболочки дыхательных путей.

При неконтролируемом течении заболевания частые приступы удушья, вызывающие гипоксию, могут привести к угрозе прерывания беременности, преждевременным родам, гипоксии и задержке роста плода, гестозу.

При легком течении БА жалобы и объективные данные вне обострения у беременных могут отсутствовать. При обострении у беременной возникают одышка по типу приступа удушья, постоянный или прерывающийся сухой кашель, нарушающий сон, затруднения при разговоре из-за прерывистой речи, ощущение стеснения в груди и нехватки воздуха, участие в дыхании вспомогательной дыхательной мускулатуры, тахикардия, цианоз. Приступ удушья завершается отхождением вязкой мокроты, приносящим беременной облегчение. Аускультативно выслушиваются сухие хрипы, усиливающиеся на выдохе. В ряде случаев в период обострения заболевания хрипы могут не выслушиваться вследствие обструкции мелких бронхов.

Лечение. Планируя беременность, пациентки с БА должны пройти обучение в «Школе для больных бронхиальной астмой». Беременная должна придерживаться гипоаллергенной диеты, санировать очаги инфекции, максимально уменьшить контакт с аллергенами, прекратить активное и исключить пассивное курение.

ВИЧ-инфекция - инфекция вирусом иммунодефицита человека - стадийно развивающееся ретровирусное заболевание человека с парентеральным путем передачи возбудителя, характеризующееся хроническим течением и неуклонно прогрессирующим поражением иммунной, нервной и других систем с постепенным развитием СПИДа.

Спектр, характер, тяжесть, распространенность и патогенез осложнений гестации у ВИЧ-инфицированных практически такие же, как в популяции в целом. Особенностью можно назвать риск вертикальной передачи возбудителя плоду, связанный с вирусемией на всех стадиях заболевания.

Продолжительность инкубационного периода составляет от 2 нед до 2 мес (иногда до 6 мес). Клинические проявления полностью отсутствуют, но из-за высокой вирусемии инфицированные лица выступают активными источниками инфекции.

Лечение. ВИЧ-инфицированных беременных включает профилактику вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, антиретровирусную профилактику. Специфическая профилактика, к сожалению, пока не разработана. С целью

сокращения случаев перинатального инфицирования в РФ принято обязательное обследование всех беременных на ВИЧ-инфекцию трижды за беременность: при постановке на учет, при сроке 24-28 недель и перед родами.

Консультации, обследование и лечение ВИЧ-инфицированных беременных проводит специалист Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Основа современного лечения больных ВИЧ/СПИДом - высокоактивная антиретровирусная терапия для предотвращения инфицирования плода и новорожденного.

Профилактика вертикальной передачи ВИЧ-инфекции включает несколько групп мероприятий.

#### Акушерские мероприятия

- Тестирование на ВИЧ.
- Исключение инвазивной пренатальной диагностики у беременных с ВИЧ.
- Плановое кесарево сечение до начала родовой деятельности.

Во время естественных родов:

- исключение ранней амниотомии;
- дезинфекция родовых путей;
- предупреждение рассечения и разрывов промежности.

#### Терапевтические мероприятия

1. Лечение беременной и новорожденного зидовудином.
2. Педиатрические мероприятия
3. Адекватная первичная обработка в родильном блоке.
4. Отказ от кормления грудью.

Вопросы для самоконтроля:

1. Опишите диагностику беременных женщин при заболеваниях сердечнососудистой системы?
2. Опишите лечение ревматизма?
3. Дайте определение понятию гипотиреоз?
4. Перечислите три типа сахарного диабета?

5. Какие заболевания пищеварения особо опасны для развития беременности?
6. Какие осложнения наиболее характерны при пиелонефрите?

Лекция 4.

### **Аномалии развития и заболевания элементов плодного яйца**

*Гаметопатии* включают обширный круг состояний, возникающих в результате мутаций в половых клетках родителей (спорадические мутации), либо у отдаленных предков (унаследованные мутации), а также вследствие повреждения гамет во время закладки, формирования и созревания.

*Бластопатии* - более широкое понятие, включающее нарушения гаметогенеза, а также все патологические процессы в свободной или фиксированной бластоцисте и при ее имплантации в эндометрий, т.е. в течение первых 12-15 суток после оплодотворения. Развиваются под воздействием повреждающих факторов (алкоголь, химические вещества, радиация, экстрагенитальные и инфекционные заболевания матери).

*Фетопатии* - заболевания и функциональные расстройства, возникающие у плода под влиянием экзогенных воздействий в период с 13 недель беременности до рождения. В зависимости от патогенеза и этиологического фактора различают инфекционные и неинфекционные фетопатии.

К факторам, способным оказывать вредное влияние на плод, относятся следующие:

- гипоксия;
- перегревание;
- переохлаждение;
- ионизирующие излучения;
- органические и неорганические тератогены;
- инфекционные факторы;
- лекарственные вещества.

*Плодным яйцом* называются зародыш и зародышевые оболочки (амнион и хорион) на ранних этапах развития беременности.

В норме плодное яйцо определяется вне матки с 2-3 недель, а плодное яйцо с 4 недель можно видеть в матке и эмбрион в 5 недель (величина 1мм).

Рост и размеры плодного яйца и эмбриона должны соответствовать сроку беременности.

Если эмбрион имеет величину менее 2 мм в 5 недель можно утверждать об отклонении в развитии.

#### Аномалия плодного яйца

- Пустое плодное яйцо(анэмбриония)- в нем нет эмбриона( содержит только жидкость). Тест на беременность положителен (следствие генетических нарушений или токсического действия ряда медикаментозных препаратов )
- Деформированное (неровное) плодное яйцо. Это угроза прерывания беременности из-за повышенного тонуса матки. При соответствующем лечении полностью проходит
- Овальное плодное яйцо. Признак замершей беременности. Нет сердцебиения.
- Низкое прикрепление плодного яйца (шеечная беременность), предлежание плаценты.
- Пузырный занос
- Маловодие
- Многоводие

Пузырный занос. Так называется заболевание плода, или плодного яйца, характеризующееся тем, что ворсинки хориона превращаются в пузырьки, заполненные светлой жидкостью.

Пузырьки располагаются на шнуровидных стебельках, величина их — от просяного зерна до вишни.

Конгломераты пузырьков по внешнему виду напоминают грозди винограда.

При превращении хориона в пузырный занос происходит разрастание эпителия ворсин (синцития и цитотрофобласта) и отек их стромы.

Пузырьки вырастают в децидуальную оболочку, которая истончается; вокруг пузырьков нередко образуются кровоизлияния из разрушенных сосудов децидуальной оболочки.

Иногда пузырьки прорастают сквозь децидуальную оболочку, внедряются в мускулатуру матки, разрушают стенку матки и проникают в брюшную полость.

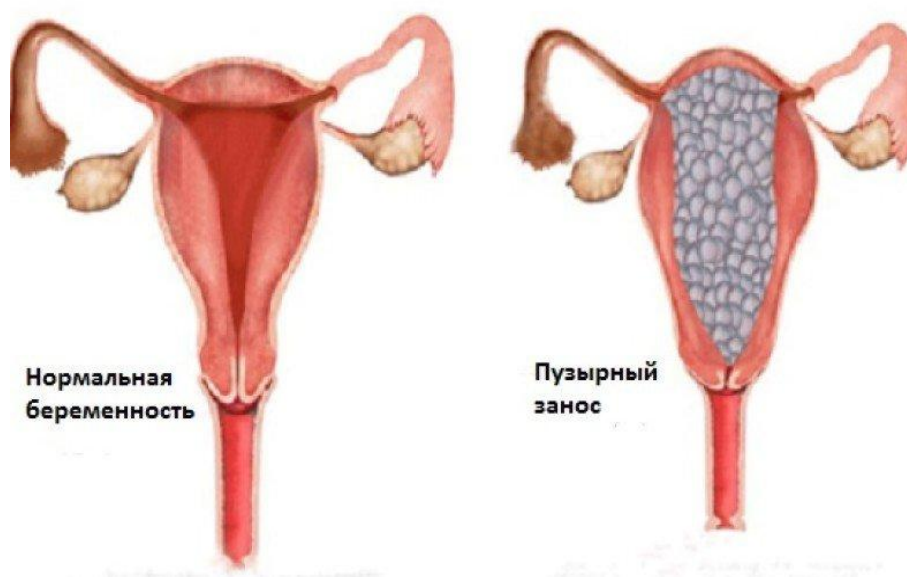


Рис. 4.1 Пузырный занос

Пузырный занос бывает полным и частичным.

Полный пузырный занос характеризуется тем, что перерождаются все ворсины хориона. Эта форма пузырного заноса наблюдается при заболевании хориона в первые месяцы беременности, когда плацента полностью не сформирована.

Частичный пузырный занос возникает в более поздние сроки беременности и характеризуется тем, что пузырчатому превращению подвергается большая или меньшая часть ворсин плаценты.

При полном пузырном заносе плод всегда погибает, распадается и рассасывается. При частичном пузырном заносе плод тоже чаще погибает; развитие плода возможно только при перерождении небольшого участка плаценты, но такие случаи бывают редко.

После гибели плода пузырный занос продолжает расти, и размеры матки быстро увеличиваются. В яичниках нередко образуются кисты, происходящие из желтых тел; эти кисты после удаления пузырного заноса обычно подвергаются обратному развитию.

Клиническая картина пузырного заноса характеризуется следующими основными признаками.

1. Несоответствие между сроком беременности и величиной матки. Размеры матки значительно больше, чем при нормальной беременности соответствующего срока (при сроке 3 месяца величина матки соответствует 16-20 неделям беременности и т. д.). Консистенция матки тугоэластическая.
2. Отсутствуют достоверные признаки беременности: части плода не прощупываются, сердечные тоны и движение плода не определяются.
3. Важнейшим симптомом пузырного заноса является кровотечение из матки. Кровотечение начинается в первые месяцы и продолжается, то ослабевая, то усиливаясь, до рождения заноса. Кровь жидкая, темная, иногда с ней выделяются пузырьки. Кровотечение обычно необильное, усиливается, как правило, во время рождения пузырного заноса.
4. Течение пузырного заноса часто осложняется возникновением токсикозов беременности (рвота, отеки, нефропатия).

При установлении пузырного заноса и даже в случае подозрения на это заболевание женщина направляется в стационар. Производится удаление содержимого путем вакуумэксхолеации или кюретажа матки. Удаление пузырного заноса должно быть очень осторожным, так как легко перфорировать истонченную стенку матки. Обязательно вводят средства, сокращающие матку (метилэргометрин, окситоцин и т. д.).

После удаления пузырного заноса женщина находится под наблюдением, так как на этом фоне имеется высокий риск возникновения хорионэпителиомы.



#### Рис.4.2. Плацента при пузырьном заносе

Хорионэпителиома представляет собой злокачественную опухоль, развивающуюся из клеток хориона.

Макроскопически хорионэпителиома имеет вид сине-багровых узлов или диффузного разрастания в стенке матки.

Опухоль располагается на сосудах, и поэтому частицы опухоли разносятся гематогенным путем в разные органы.

Метастазы хорионэпителиомы наблюдаются в легких, во влагалище, в мозгу, в печени, кишечнике и других органах



Рис.4.3. Хорионэпителиома

Клиническая картина характеризуется наличием ациклических кровянистых (или кровянисто-гнойных) выделений, которые появляются непосредственно после опорожнения матки или позднее.

1. Происходит увеличение матки, форма ее становится узловатой.
2. Позднее развивается малокровие, повышается температура, появляются кашель, кровохарканье (метастазы в легких) и другие нарушения, связанные с возникновением метастазов в том или ином органе.
3. Метастазы во влагалище имеют вид сине-багрового узла.

Для своевременного выявления хорионэпителиомы необходимо систематически определять наличие хорионического гонадотропина.



*Лечение:* у врача онколога. Лучевая терапия. Экстерпация матки с маточными трубами

Многоводие (hydramnyon) - характеризуется избыточным накоплением в амниотической полости околоплодных вод.

Нормальное количество околоплодных вод в конце беременности составляет 1 л (от 0,5 до 1,5 л). При многоводии количество вод достигает 3-5, иногда 10-12 л и даже больше.

Причины возникновения многоводия еще недостаточно выяснены; предполагают, что эта аномалия связана с нарушением функции амниотического эпителия.

Наблюдается острое и хроническое многоводие. Острое многоводие развивается быстро, хроническое — постепенно.

Чрезмерное накопление околоплодных вод ведет к резкому увеличению матки, которая стесняет соседние органы и поднимает кверху диафрагму. У беременной возникают одышка, недомогание, отеки нижних конечностей, ощущение тяжести и боли в животе; нередко наблюдаются токсикозы беременности.

Большая подвижность плода при многоводии способствует созданию тазовых предлежаний, поперечных и косых положений плода.

Беременность при многоводии довольно часто заканчивается преждевременными родами. Роды при этом затяжные, обычно бывает слабость родовой деятельности. Во время излития околоплодных вод легко выпадают мелкие части плода, особенно пуповины.

В последовом и послеродовом периодах нередко возникает кровотечение.

Распознавание многоводия основывается на следующих признаках:

- Матка чрезмерно велика и напряжена, консистенция ее тугоэластическая.
- Объем живота на уровне пупка больше 100 см, достигает 110-120 см и даже больше.
- В связи с чрезмерным накоплением вод части плода прощупываются с трудом, сердечные тоны плода кажутся глухими или не выслушиваются.

- При влагалищном исследовании во время родов выявляется, что плодный пузырь сильно напряжен не только во время схваток, но и в паузы между ними.

При многоводии беременная должна быть направлена в родильный дом.

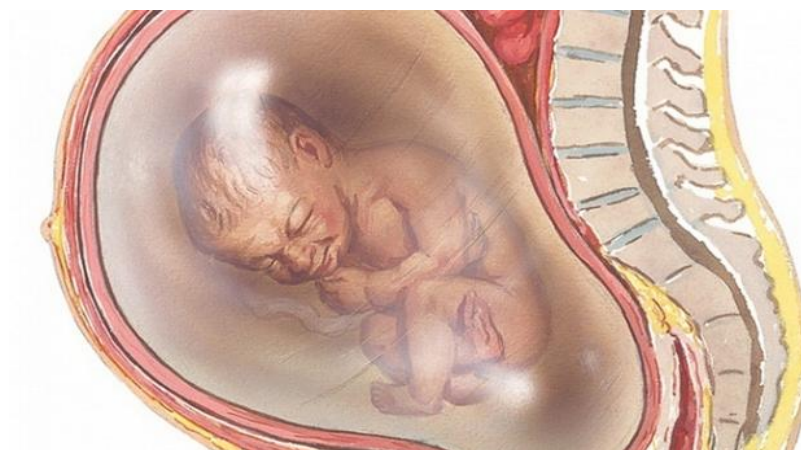


Рис.4.4. Многоводие

Маловодие (oligohydramnion)- встречается реже многоводия. Причиной его возникновения считают понижение секреторной функции эпителия водной оболочки, величина полости матки небольшая, растущий плод тесно прилегает к водной оболочке и стенкам матки.

В связи с этим возникают препятствия для правильного роста плода.

При выраженном маловодий нередко возникает искривление позвоночника и конечностей, косолапость, сращение участков кожи плода с водной оболочкой.

Эти сращения иногда вытягиваются, образуя тяжи и нити (симонартовы связки), которые могут обвиваться вокруг конечностей, пуповины и других частей тела плода.

Длительное обвитие и нарушение питания могут привести к ампутации ручек, ножек, пальцев плода.

При стягивании сосудов пуповины происходит внутриутробная гибель плода.

Роды при маловодии затяжные, схватки болезненные.

Для ускорения родов приходится вскрывать плодный пузырь, не дожидаясь полного раскрытия зева.

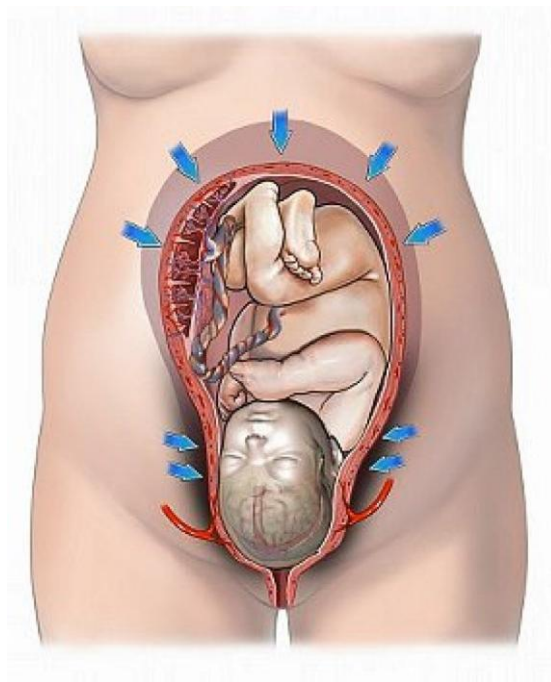


Рис 4.5. Маловодие

*Встречаются аномалии размера (гипо- и гиперплазия) и строения плаценты, опухоли, а также аномалии ее локализации и прикрепления (placenta accreta).*

Гипоплазия плаценты - нарушение, при котором ее вес составляет менее 1/10 веса плода (в норме он равен 1/6-1/7), а толщина - менее 2 см. Гипоплазия плаценты наблюдается у женщин с многоводием, гестозом, гипертонической болезнью, при плацентарной недостаточности, ювенильной форме сахарного диабета с васкулопатией. Гипоплазия плаценты в большинстве случаев сочетается с задержкой развития плода.

Гиперплазия плаценты - нарушение, при котором ее вес составляет 1/3-1/2 веса плода. Гиперплазия плаценты встречается при тех же состояниях, что и многоводие.

Аномалии формы могут быть различными.

1. Кольцевидная плацента - центральная часть плаценты склерозирована.
2. Двудольчатая плацента - чаще встречается в варианте добавочной дольки плаценты; задержка добавочной дольки в матке после рождения последа может вызвать кровотечение

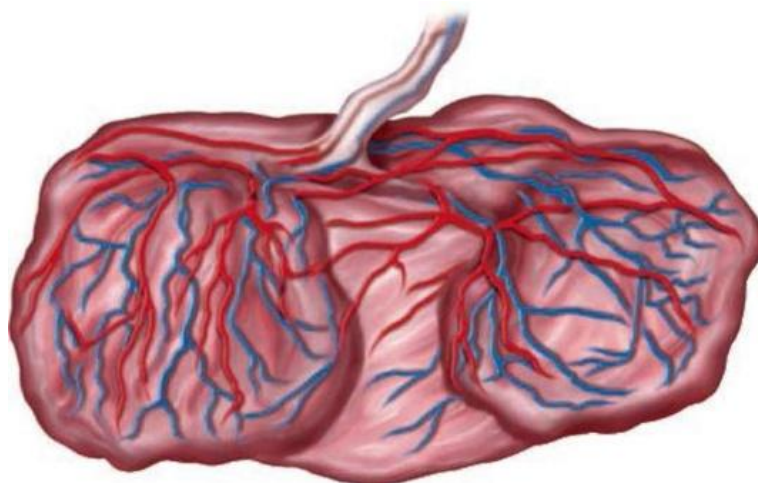


Рис.4.6. Двудольчатая плаценты

Хорионангиома - доброкачественная опухоль, которая развивается из капилляров плода, составляющих ворсины хориона. Размеры опухоли диаметром от нескольких миллиметров до 7-8 см.

При хорионангиоме, особенно больших размеров, возможны многоводие, преэклампсия, преждевременная отслойка плаценты и сердечная недостаточность у матери.

Могут встречаться пороки развития плода. В большинстве случаев хорионангиома протекает бессимптомно. Ее обнаруживают случайно при осмотре последа.

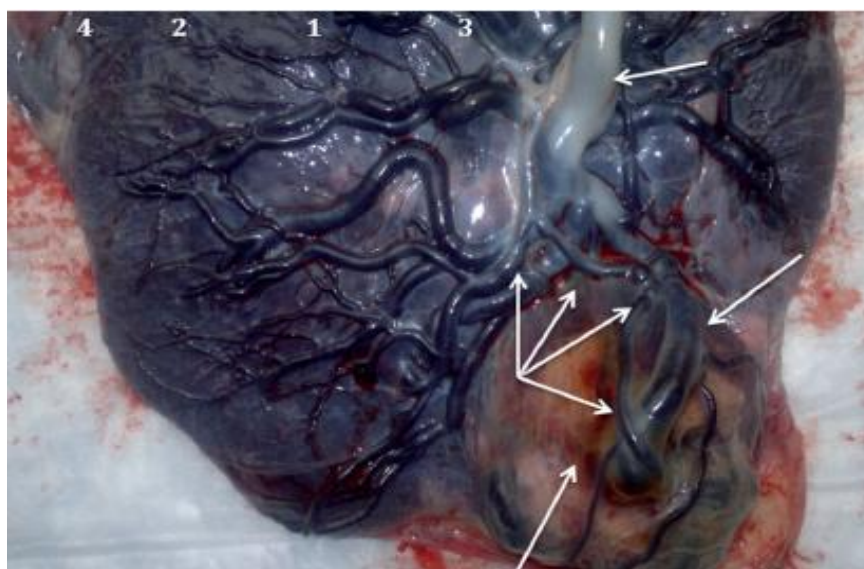


Рис.4.7. Хорионангиома

Пупочный канатик содержит две крупные артерии и вену, обеспечивающие плацентарно-плодовое кровообращение. Аномалии

пуповины, однако, не исчерпываются гемодинамическими нарушениями. В акушерстве существенное значение имеют аномалии длины пуповины, кисты, различные формы сдавления, аномалии прикрепления и аплазии одной из пупочных артерий.

Аномалии пуповины:

- Короткая пуповина
- Длинная пуповина
- Истинные и ложные узлы пуповины
- Гематома пуповины
- Тератома пуповины



Рис.4.8. Длинная пуповина

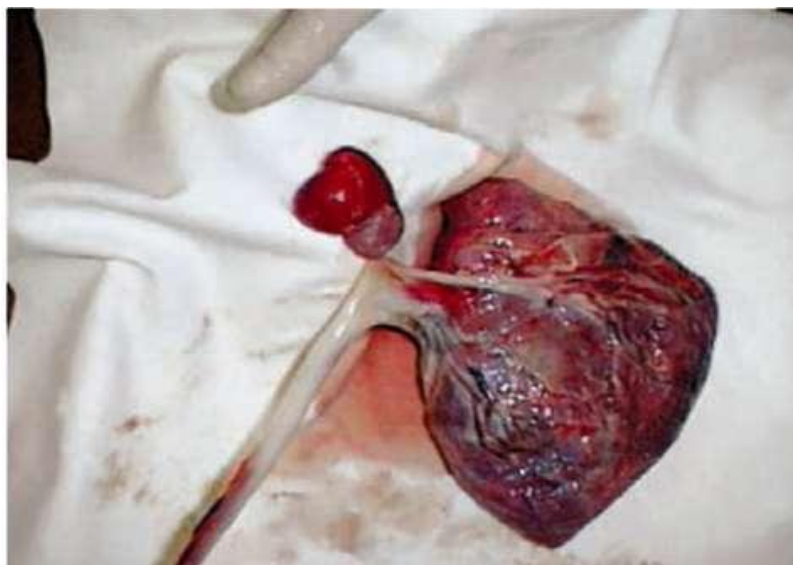


Рис.4.9. Тератома пуповины



Рис.4.10. Истинный узел пуповины

Патологическое прикрепление пуповины бывает краевым и оболочечным (плевистое прикрепление пуповины).

Краевым называется прикрепление пуповины к периферии плаценты. Беременность и роды при краевом прикреплении пуповины протекают без осложнений.

При оболочечном прикреплении пуповина прикрепляется не к самой плаценте, а к плодным оболочкам на некотором расстоянии от края плаценты. Оболочечное прикрепление пуповины при одноплодной беременности наблюдается в 1%, при многоплодной беременности - значительно чаще.

Причиной оболочечного прикрепления пуповины считают первичный дефект имплантации пуповины, когда она прикрепляется не к участку трофобласта, который формирует плаценту, а в зону трофобласта перед decidua capsularis. Сосуды пуповины при этом направляются к плаценте по оболочкам. Если участок оболочек с проходящими по нему сосудами располагается над внутренним зевом шейки матки ниже предлежащей части плода, говорят о предлежании сосудов.

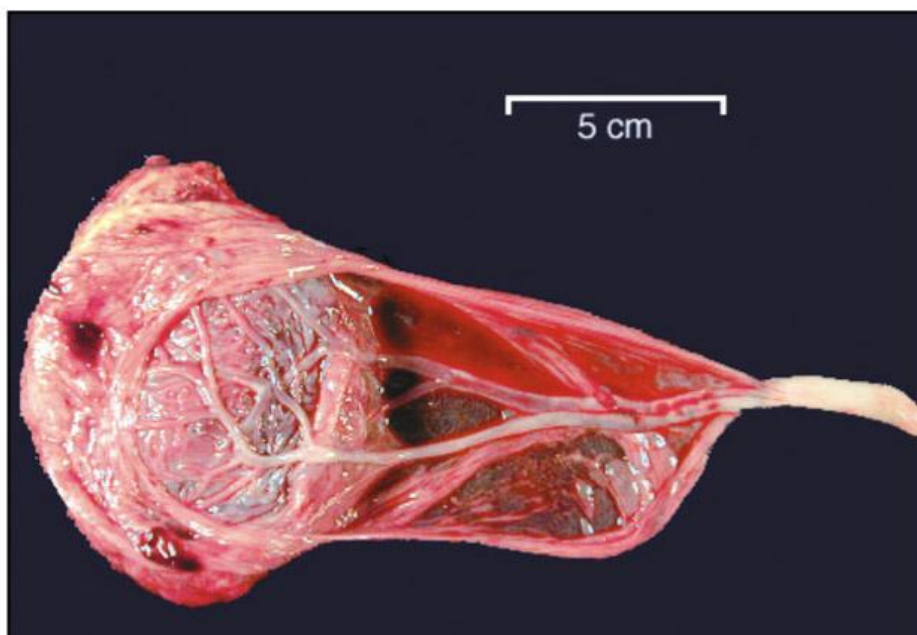


Рис.4.11. Оболочечное прикрепление пуповины к плаценте

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение понятию фетопатии?
2. Расскажите клиническую картину хорионэпителиомы?
3. Перечислите аномалии прикрепления пуповины к плаценте?
4. Чем опасно многоводие при беременности?
5. Какое лечение назначают женщине при выявлении пузырного заноса?
6. Перечислите факторы, которые могут оказать вредное влияние на плод?

Лекция 5.

### **Оказание помощи при невынашивании и перенашивании беременности**

Невынашиванием беременности называется прерывание её в сроки от момента зачатия до 37 недель беременности (259 дней)

- Ранние выкидыши - от 0 до 14 недель
- Поздние выкидыши - от 15 до 21 недель
- Преждевременные роды - с 22 недель (154 дней) до 37 недель (259 дней).

Недонашивание беременности - это прерывание её в сроки от 28 недель (196 дней) до 37 недель (259 дней);

*В репродуктивные потери включаются:*

- 1) искусственные аборты;
- 2) выкидыши;
- 3) внематочная беременность.

*Привычное невынашивание* - при прерывании беременности подряд 2 раза и более.

Причины невынашивания крайне разнообразны, и их можно подразделить на 6 больших групп.

#### I. Медико-биологические факторы (материнские):

- генетический;
- эндокринный;
- инфекционные заболевания;
- иммунологические;
- аномалии развития гениталий, ИЦН, травмы физические или психические, опухоли;
- гестозы, патология беременности, неправильные положения и прикрепления плаценты.

#### II. Плодовый фактор:

- генетические причины;
- эндокринные;
- инфекционные заболевания;
- неинфекционные заболевания (ЗВРП, гипотрофия);
- многоплодие.

#### III. Мужской фактор:

- генетические причины;
- нейроэндокринные причины;
- психогенная патология спермы;
- инфекционные заболевания.

#### IV. Средовые факторы:

- Климат;
- окружающая среда;
- особенности почвы, воды, радиация, работа на ЭВМ.



#### V. Этнографические факторы:

- национальность;
- возраст.

#### VI. Социально-экономические факторы:

- *условия жизни;*
- *профессиональные вредности;*
- *интоксикация (алкоголь, табак).*

#### Различают 5 стадий течения раннего аборта:

- 1) угрожающий;
- 2) начавшийся;
- 3) аборт в ходу;
- 4) неполный;
- 5) полный аборт.

Правильный режим и лечение при первых двух стадиях аборта позволяют сохранить беременность.

При последующих стадиях требуется удаление плодного яйца или его задержавшихся частей.

Симптомы угрожающего и начавшегося аборта различают по состоянию шейки матки (неизменная или несколько укороченная с закрытым или приоткрытым каналом) и интенсивности болевого синдрома, напряжению матки или наличие кровянистых выделений.

#### *Диагностика*

1. объективные данные;
2. изменение базальной температуры;
3. изменение кольпоцитогрaмм >15%;
4. изменение уровня гормонов в крови и их экскреция с мочой прогестерон, эстрадиол и эстриол, прогнадиол, ХГ;
5. изменение тонуса при тонусметрии и гистерографии.

*УЗИ признаки угрозы* - низкое расположение эмбриона или предлежащей части, изменение формы плодного яйца, сокращение миометрия, отслойка хориона.

Лечение при угрозе прерывания в I триместре должно быть комплексным. Медикаментозные препараты, особенно гормональные, следует назначать по строгим показаниям и в минимальных дозах, сочетая их с немедикаментозными средствами (иглорефлексотерапия, эндоназальная гальванизация, электроаналгезия):

- постельный режим;
- психотерапия и седативные средства (н-ка пустырника, валериана, тазепам, седуксен);
- спазмолитики (папаверин, но-шпа, баралгин);
- гормонотерапия под контролем гормонов крови: эстрогены с 5-6 недель; прогестерон; при надпочечниковой гиперандрогении показан дексаметазон в дозе 0,5-0,125 мг.

Во II триместре беременности клиническая картина характеризуется болями, повышением тонуса матки, появляются признаки истмико-цервикальной недостаточности (далее ИЦН).

*Причины возникновения ИЦН:*

- повреждение мышечной системы (своего рода сфинктер шейки);
- изменение пропорционального соотношения между соединительной и мышечной тканью;
- нарушение нейро-гуморальных воздействий на шейку матки.

Механизм прерывания беременности при ИЦН состоит в том, что в связи с укорочением и размягчением шейки матки, зияния внутреннего зева и канала шейки матки плодное яйцо не имеет физиологической опоры в нижнем сегменте матки.

При увеличении внутриматочного давления по мере развития беременности плодные оболочки выпячиваются в расширенный канал шейки матки, инфицируются и вскрываются.



Рис.5.1. Сглаживание шейки матки

*Лечение* - гормональная терапия не используется. Назначаются постельный режим, спазмолитики, седативные средства.

Начиная с 18-20 недель назначают токолитическую терапию. Токолиз самый эффективный с использованием  $\beta$ -миметиков: партусистин, бриканил, алуpent, гинипрал.

Методы и модификация хирургического лечения ИЦН во время беременности можно разделить на 3 группы.

- I. Механическое сужение функционально неполноценного внутреннего зева шейки матки.
- II. Зашивание наружного зева шейки матки.
- III. Сужение шейки матки путем создания мышечной дубликатуры по боковым стенкам матки.

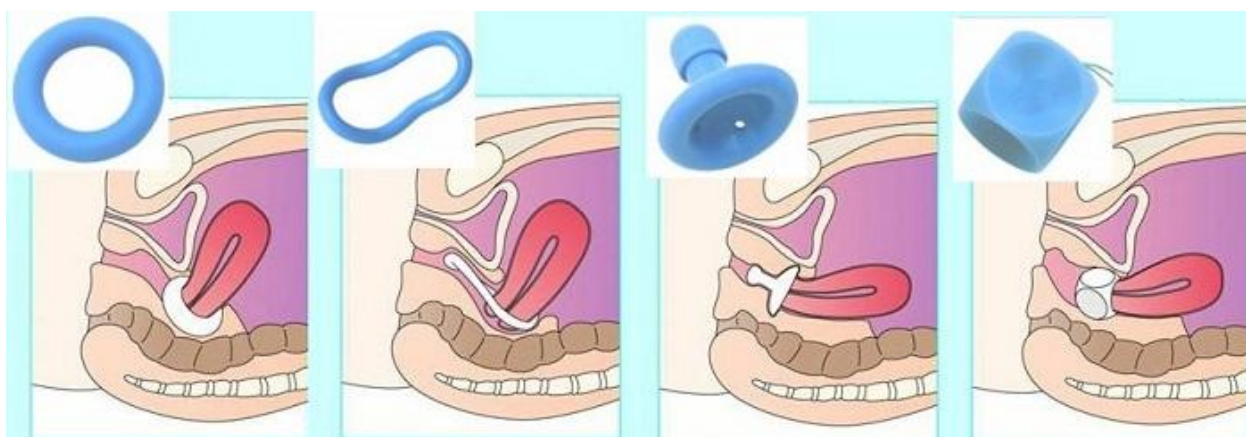


Рис. 5.2. Акушерский пессарий

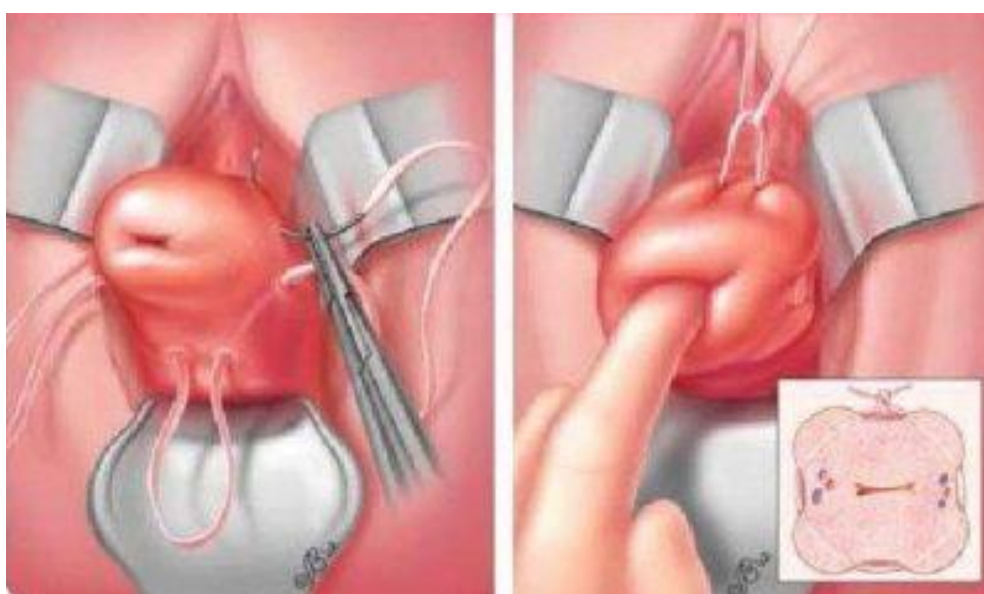


Рис.5.3. Наложение хирургического шва на шейку матки

### Преждевременные роды

ПР в 22-27 недель (500-1000 гр.) чаще всего обусловлены ИЦН, инфицированием нижнего полюса плодного пузыря и преждевременным его разрывом. Наличие инфекции в половом тракте исключает возможность пролонгирования беременности. Легкие плода незрелы и добиться ускорения их созревания назначением медикаментозных средств матери за короткий период времени не удастся. Поэтому исход для плода в этой группе наиболее неблагоприятный.

ПР в 28-33 недели (1000-1800 гр.) обусловлены более разнообразными причинами. Возможна выжидательная тактика и пролонгирование беременности. Несмотря на то, что легкие плода еще незрелы, удаётся назначением глюкокортикоидов добиться их ускоренного созревания через 2-3 суток. Поэтому исход родов для плода данного срока гестации более благоприятен, чем в предыдущей группе.

ПР в 34-37 недель (1900-2500 гр.) обусловлены еще более разнообразными причинами, процент инфицированных женщин гораздо меньше, чем в предшествующих группах. У большинства женщин этой группы возможна выжидательная тактика ведения родов. Легкие плода практически зрелы и не требуется введение средств для стимуляции созревания сурфактанта.

Лечение угрожающих ПР:

1. Постельный режим.
2. Психотерапия, седативные средства (н-ка пустырника, валерианы, триоксазин 0,3 х 3 раза, нозепам 0,01 х 3 раза, сибазон 0,015 х 2 раза.
3. Спазмолитики: метацин 0,1% - 1,0 в/м, баралгин 2,0 в/м, но-шпа 2,0 в/м 2-4 раза в сутки, папаверина гидрохлорид 2% - 2,0 в/м 2-3 раза.
4. MgSO<sub>4</sub> 25% - 10,0 + новокаин 0,25% - 0,5 в/м 2-4 раза в сутки.
5. β-миметики.
6. Электрорелаксация матки, иглорефлексотерапия, электроанальгезия.
7. Физиотерапия: электрофорез Mg синусоидальными модулированными токами.

### Профилактика Синдрома Дыхательных Растройств у плода.

СДР развивается из-за недостатка сурфактанта в незрелых легких. Под влиянием глюкокортикоидов наблюдается более быстрое созревание легких.

Дексаметазон 4 мг - 2раза в/м 2-3 дня или таблетки 2 мг – 4 раза в первый день; во второй день 2 мг - 3 раза; в третий день 2 мг - 2 раза;

- преднизолон 60 мг в сутки 2 дня;
- дексазон 4 мг в 1,0 в/м - 2 раза 2 дня.

*Противопоказания для назначения глюкокортикоидов:*

- язвенная болезнь;
- недостаточность кровообращения 3 ст.;
- эндокардит;
- нефрит;
- тяжелые формы диабета;
- остеопороз;
- тяжёлая нефропатия.

*Особенности ведения ПР:*

1. Обезболивание.
2. Спазмолитики.
3. Без защиты промежности.
4. Эпизиотомия у первородящих.
5. Пудендальная анестезия 75 мл 0,25% р-ра новокаина с обеих сторон.
6. Введение лидазы 64-128 ЕД.

### *Переношенная беременность*

Переношенная беременность, продолжительность, которой превышает физиологический срок на 10-14 дней после ожидаемого срока родов (290-294 дня).

Различают *истинное* (биологическое) перенашивание и *мнимое* (хронологическое), или пролонгированную беременность.

При истинно переношенной беременности ребенок рождается с признаками переносности, имеются изменения со стороны плаценты (жировое перерождение).

*Пролонгированная беременность* продолжается более 294 дней и заканчивается рождением доношенного, функционально зрелого ребенка без признаков перезрелости и опасности для его жизни.

Перенашивание беременности означает несвоевременное (запоздалое) возникновение родовой деятельности часто сопровождается:

- нарушениями маточно-плацентарного кровообращения;
- дистрофическими изменениями в плаценте;
- возникновением у плода выраженного ацидоза и гипоксии;
- перезреванием ЦНС, что делает её очень чувствительной к кислородному голоданию.

Переношенную беременность следует рассматривать как патологию беременности, обусловленную состоянием матери и плода.

*Перенашиванию способствуют:*

- инфантилизм;
- перенесенные аборт;
- воспалительные заболевания внутренних половых органов, которые вызывают изменения в нервно-мышечном аппарате матки;
- эндокринные заболевания;
- нарушение жирового обмена;
- психические травмы;
- токсикозы 2-й половины беременности;
- возрастные первобеременные.

Клиническая картина выражена неярко, диагностика вызывает трудности:

1. Отсутствие нарастания массы беременной или её снижение более чем на 1 кг.
2. Уменьшение окружности живота на 5-10 см.
3. Уменьшение количества вод.
4. Снижение тургора кожи.
5. Маловодие и зеленое окрашивание околоплодных вод.
6. Отсутствие болезненности при надавливании на матку (признак Дольфа).
7. Более высокое стояние дна матки.
8. Усиление или ослабление движений плода.
9. Изменение частоты, ритма и тембра сердечных тонов плода.
10. Незрелость шейки матки.
11. Крупные размеры плода.
12. Увеличение плотности костей черепа, узость швов и родничков.

Диагноз ПБ обычно ставят на основании анамнеза и данных, полученных при клинических, лабораторных и инструментальных методах исследования. Окончательно диагноз истинного перенашивания ставится после родов.

*Перезрелость новорожденного 3 степени:*

- Новорожденный с сухой, но нормального цвета кожей, сыровидная смазка почти отсутствует, околоплодные воды почти светлые, общее состояние удовлетворительное.
- Сухость кожных покровов выражена больше, есть явления гипотрофии плода, воды, пуповина, кожа окрашены меконием в зеленый цвет.
- Воды, кожа, ногти новорожденного имеют желтую окраску, что указывает на более длительную гипоксию плода.
- Плацента - петрификаты, жировое перерождение, оболочки зеленого цвета, «тощая» пуповина, увеличение массы и размеров плаценты, уменьшение её толщины, особенно выражены склеротические изменения.

Родоразрешение необходимо проводить при перенашивании две недели. При выборе метода родоразрешения большое значение имеет готовность (зрелость) шейки матки к родам. Для определения тактики ведения беременности и родов при перенашивании необходимо учитывать:

1. состояние плодного пузыря (цел или несвоевременно вскрылся);
2. акушерский анамнез;
3. возраст женщины;
4. вид предлежания;
5. экстрагенитальные заболевания.

Для родовозбуждения можно применять простагландины  $E_2$  и  $F_{2\alpha}$ , простинон, простенон, энзопрост. Они вводятся внутривенно капельно, медленно с постепенным увеличением количества капель в течение всего родового акта, включая и ранний послеродовый период.

*Плановое кесарево сечение показано:*

1. при «незрелой» шейке матки;
2. при отсутствии эффекта от родовозбуждения (при целом плодном пузыре);
3. у первородящих старше 30 лет;
4. при тазовом предлежании плода;

5. больших размерах плода и узком тазе;
6. у женщин с отягощённым акушерским и соматическим анамнезом (бесплодие, осложненное течение предыдущих родов, мертворождение);
7. при предлежании и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты;
8. при неправильном положении плода;
9. при наличии рубца на матке;
10. при внутриутробной гипоксии плода.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение понятию невынашивание беременности?
2. Перечислите факторы, способствующие невынашиванию беременности?
3. Перечислите методы лечения ИЦН?
4. Чем обусловлены преждевременные роды в сроке 34 недели?
5. Охарактеризуйте перезрелого новорожденного?
6. Перечислите показания к плановому кесареву сечению?

Лекция 6.

### **Оказание помощи при тазовых предлежаниях**

Частота тазового предлежания составляет 3-5% всех родов. Беременность и роды при тазовом предлежании относятся к патологическим, так как при данном виде предлежания чаще, чем при головном, наблюдаются осложнения как у матери (разрывы шейки, влагалища, промежности, повреждения подвздошно-крестцового и лобкового сочленений, послеродовые кровотечения и послеродовые инфекционные заболевания), так и у плода (травмы ЦНС, асфиксия, кровоизлияния в мышцы шеи, переломы конечностей, вывихи суставов, повреждения плечевого нервного сплетения, дисплазия или врожденные вывихи тазобедренных суставов).

В отдаленные сроки у детей, родившихся в тазовом предлежании, возможны парезы конечностей, отставание в психомоторном развитии, энцефалопатия, гидроцефалия.

Перинатальная смертность при тазовом предлежании плода в 2-3 раза выше, чем при головном.



Неблагоприятные перинатальные исходы обусловлены тем, что первой рождается менее объемная часть плода - тазовый конец, а за ним следует большая по размеру головка, в связи с чем могут возникать затруднения при ее рождении.

Классификация. Различают следующие варианты тазовых предлежаний: чистое ягодичное, ягодично-ножное, и ножное.

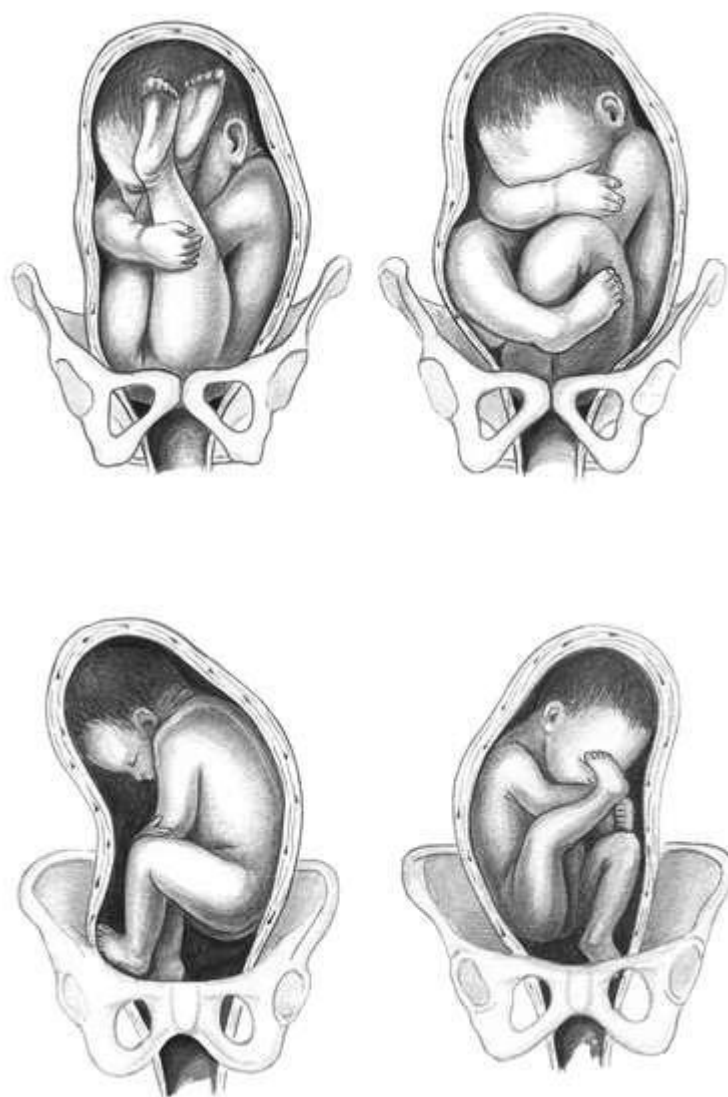


Рис. 6.1. Варианты тазовых предлежаний. А - чистое ягодичное предлежание; Б - смешанное ягодично-ножное предлежание; В - полное ножное предлежание; Г - неполное ножное предлежание

Чистое ягодичное предлежание называют еще неполным, а смешанное ягодично-ножное - полным.

При чисто ягодичных предлежаниях к плоскости входа в малый таз предлежат только ягодицы: ножки согнуты в тазобедренных и разогнуты в коленных суставах, в результате чего они вытянуты вдоль туловища. Стопы при этом расположены в области личика.

При смешанных ягодично-ножных предлежаниях ко входу в малый таз вместе с ягодицами предлежат ступни ножек. Ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разогнуты в голеностопных суставах - плод как бы сидит на корточках.

Ножные предлежания образуются только во время родов после излития околоплодных вод. При ножных полных предлежаниях ко входу в таз предлежат обе ножки, разогнутые в тазобедренных и коленных суставах. Неполное ножное предлежание означает предлежание одной ножки, разогнутой в тазобедренном и коленном суставах. Другая ножка, согнутая в тазобедренном суставе и разогнутая в коленном, расположена вдоль туловища плода. При коленных предлежаниях ножки, согнутые в коленных суставах, предлежат ко входу в малый таз.

Причины тазовых предлежаний можно разделить на материнские, плодовые и плацентарные. Эти причины могут препятствовать вставлению головки ко входу в малый таз, ограничивать или повышать подвижность плода в матке.

К материнским факторам, способствующим тазовым предлежаниям, относятся аномалии развития матки (двурогая, седловидная и т.д.); миома, особенно расположенная в нижнем сегменте матки; деформации и опухоли костей таза; узкий таз; снижение тонуса матки у многорожавших или его повышение при угрозе прерывания беременности; функциональная неполноценность мышц матки.

Плодовые факторы включают в себя многоплодие, задержку роста плода, недоношенность, врожденные аномалии плода (анэнцефалия, гидроцефалия), неправильные членорасположения плода, маловодие, многоводие, незрелость вестибулярного аппарата плода. При тазовом предлежании структуры мозга, в частности продолговатого, менее зрелые по сравнению с головным, даже при доношенной беременности.

К плацентарным факторам относятся предлежание плаценты и ее расположение в области дна или углов матки.

На ранних сроках гестации (24-26 недель) в силу незрелости вестибулярного аппарата у плода тазовые предлежания встречаются часто (в 33%). В последующем, по мере прогрессирования беременности, иногда даже в последние дни, тазовое предлежание переходит в головное. Предлежание плода, как правило, окончательно формируется к 35- 37 недель гестации.

Диагностика основывается на данных наружного акушерского, влагалищного, ультразвукового исследования.

Наружное акушерское исследование (четыре приема Леопольда) позволяет заподозрить тазовое предписание.

В процессе осуществления первого приема в дне матки определяют округлую, плотную, баллотирующую головку, нередко смещенную от средней линии живота вправо или влево. Дно матки при тазовых предлежаниях стоит выше, чем при головном предлежании, при одном и том же сроке беременности. Это обусловлено тем, что тазовый конец плода в отличие от головного обычно находится над входом в малый таз до конца беременности и начала родов.

При втором приеме наружного акушерского исследования по спинке плода определяют его позицию и вид.

При третьем приеме над входом или во входе в таз прощупывается крупная, неправильной формы предлежащая часть мягковатой консистенции, не способная к баллотированию.

Четвертый прием позволяет уточнить характер предлежащей части и ее отношение ко входу в малый таз. Тазовый конец плода, как правило, располагается высоко над входом в малый таз.

Сердцебиение плода при тазовых предлежаниях наиболее отчетливо прослушивается выше пупка, иногда на его уровне, справа или слева (в зависимости от позиции).

Во время наружного акушерского исследования при хорошо развитых мышцах брюшной стенки, повышенном тоне матки, нарушении жирового обмена, двойне, анэнцефалии диагностика тазового предлежания затруднена.

При влагалищном исследовании через передний свод прощупывается объемистая мягковатой консистенции предлежащая часть плода, которая более плотная и круглая по сравнению с головкой.

Тазовое предлежание без труда диагностируется при УЗИ, позволяющем определить не только тазовое предлежание, но и его вариант, массу плода, положение головки (согнута, разогнута), количество вод и др.

При УЗИ по величине угла между позвоночником и затылком выделяют четыре варианта положения головки плода: при размерах угла более  $110^\circ$  - головка согнута; от  $100$  до  $110^\circ$  - слабое разгибание (I степень, "поза военного"); от  $90$  до  $100^\circ$  - умеренное разгибание (II степень); менее  $90^\circ$  - чрезмерное разгибание (III степень, "смотрит на звезды").

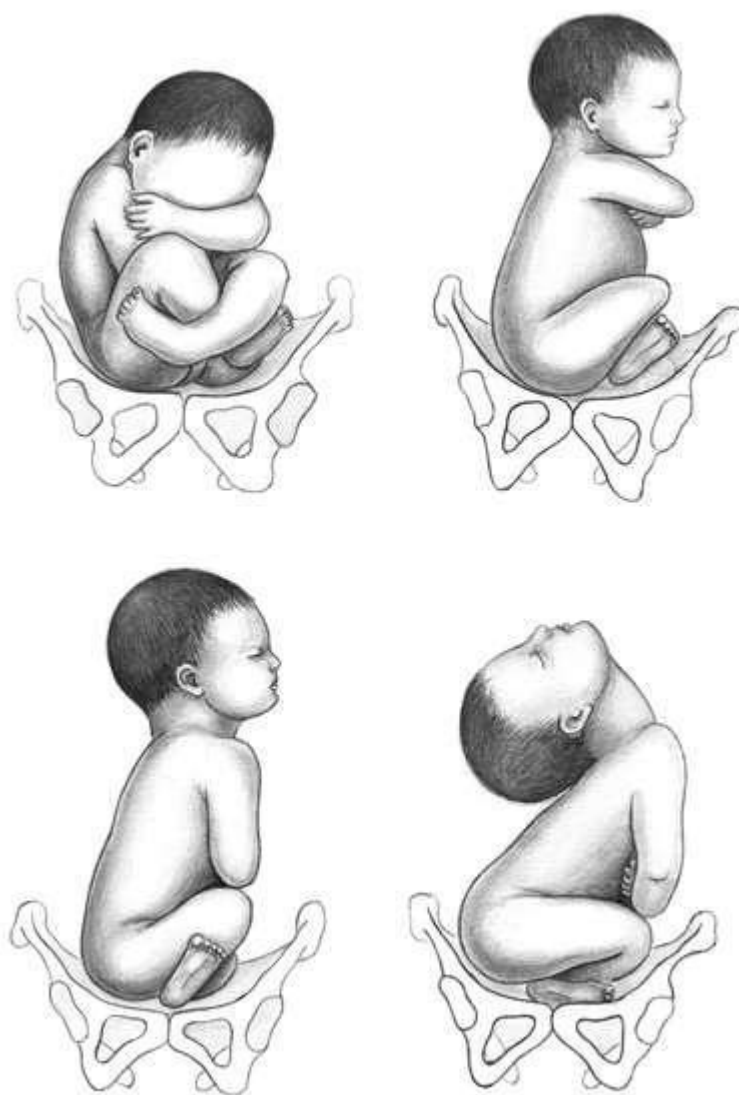


Рис. 6.2. Варианты положения головки плода при тазовом предлежании. А - головка согнута; Б - I степень разгибания (поза военного); В - II степень разгибания; Г - III степень разгибания ("смотрит на звезды")

При наружном акушерском исследовании заподозрить разгибание головки плода можно на основании несоответствия размеров определяемой в

дне матки головки плода и предполагаемой его массе, а также по выраженной шейно-затылочной борозде. Чрезмерное разгибание встречается крайне редко.

*Осложнения родов.* Наиболее частым осложнением при родах в чисто ягодичном, ягодично-ножном и особенно в ножном предлежании является несвоевременное (преждевременное или раннее) излитие околоплодных вод. Это осложнение обусловлено отсутствием плотного пояса соприкосновения между предлежащей частью и родовым каналом, вследствие чего нет деления вод на передние и задние. При каждой схватке околоплодные воды перемещаются в нижний отдел матки, оказывая большое давление на околоплодные оболочки, способствуя их разрыву. При длительном безводном промежутке возможно инфицирование оболочек, плаценты, матки и плода.

Выпадение петель пуповины и мелких частей плода может происходить в момент излития околоплодных вод. При не плотном поясе соприкосновения между тканями плода и матери выпадение петель пуповины -не столь грозная патология, как при головном предлежании. При наличии более плотного пояса соприкосновения, когда тазовый конец вставляется в таз, не исключено сдавливание выпавшей пуповины, приводящее к гипоксии и гибели плода.

Первичная и вторичная слабость родовой деятельности развивается при тазовом предлежании в 2-3 раза чаще, чем при головном, и обусловлена как функциональной неполноценностью матки, так и отсутствием давления на нижний сегмент матки плотной части. Слабость родовой деятельности, как правило, сочетается с несвоевременным излитием околоплодных вод. Раскрытие шейки матки происходит медленно. Тазовый конец долго остается над входом в таз.

В период изгнания имеются особенности, в результате которых роды в тазовом предлежании относятся к патологическим. Одна из них заключается в том, что наиболее крупная и плотная часть плода - головка - рождается последней. Первым по родовому каналу продвигается менее объемный тазовый конец, который не может расширить родовые пути до такой степени, которая необходима для благополучного прохождения плечевого пояса и головки. При вступлении в таз плечевого пояса могут возникнуть затруднения для продвижения головки.

При рождении плода в тазовом предлежании неизбежно происходит сдавление пуповины головкой. Прижатие пуповины к родовым путям начинается с того момента, когда плод рождается до пупка и головка вступает в таз. Если в течение 3-5 минут задерживается рождение туловища и головки, то возникает гипоксия плода, которая может привести к его гибели.

Одним из осложнений является вколачивание ягодиц в таз при ягодичном предлежании. Это зачастую становится следствием клинического несоответствия плода и таза матери.

*Ведение беременности и родов при тазовых предлежаниях:* Беременные с тазовым предлежанием до 28-30 нед нуждаются только в выжидательном наблюдении, поскольку у большинства (у 70% повторнородящих и у 30% первородящих) происходит спонтанный поворот плода на головку. С 30 нед беременности рекомендуют упражнения, направленные на изменение тазового предлежания в головное. Беременная, лежащая на кушетке, попеременно поворачивается на правый и левый бок и лежит на каждом из них по 10 мин. Процедуру повторяют 3-4 раза 3 раза в день. Поворот плода на головку может произойти в течение 1-й недели.

При использовании гимнастических упражнений повышается тонус мышц передней брюшной стенки и матки в результате раздражения барорецепторов матки. Одновременно происходит раздражение вестибулярного аппарата плода.

Метод родоразрешения при тазовом предлежании должен быть определен до родов. С учетом этого целесообразна госпитализация беременных с тазовым предлежанием в стационар при сроке 39 нед. Стационар должен быть обеспечен хорошо подготовленными кадрами, оснащен современным оборудованием, иметь круглосуточную анестезиологическую и реанимационную службы.

При тазовом предлежании родоразрешение возможно как с применением кесарева сечения, так и через естественные родовые пути.

Выбор метода родоразрешения при тазовом предлежании плода определяется возрастом, паритетом, соматическим и акушерским анамнезом, сроком беременности, готовностью женского организма к родам, размерами таза, целостью плодного пузыря, разновидностью тазового предлежания плода, положением его головки, состоянием и массой плода.

Показаниями к кесареву сечению во время беременности у первородящих являются:

- возраст старше 30 лет;
- экстрагенитальные заболевания, требующие исключения потуг;
- выраженное нарушение жирового обмена;
- пороки развития внутренних половых органов;
- беременность после ЭКО, особенно неоднократного;
- сужение размеров таза;
- рубец на матке после кесарева сечения и консервативной миомэктомии;
- предполагаемая масса плода менее 2000 г или более 3600-3800 г;
- задержка роста плода III степени;
- перенашивание беременности;
- признаки гипоксии плода по данным кардиотокографии;
- нарушение кровотока в системе мать-плацента-плод при доплерометрии;
- гемолитическая болезнь плода;
- разгибание головки III степени по данным УЗИ;
- тазовое предлежание первого плода при многоплодной беременности;
- дополнительные показания к срочному прерыванию беременности;
- настойчивое требование пациентки.

Показаниями к кесареву сечению во время беременности у повторнородящих являются:

- неблагоприятный перинатальный исход предыдущих родов;
- предполагаемая масса плода 3800 г и более;
- гипоксия, задержка роста плода III степени, их сочетание;
- беременность после ЭКО и дополнительные осложнения;
- неподготовленность родовых путей при перенесенной беременности;
- рубец на матке;
- сужение таза;
- разгибание головки III степени;
- тяжелая форма гемолитической болезни плода;
- экстрагенитальные заболевания, требующие исключения потуг.

Особенности биомеханизма родов при тазовых предлежаниях:

*Первый момент* - внутренний поворот ягодиц. Он начинается при переходе ягодиц из широкой части полости малого таза в узкую. Ведущая точка расположена на передней ягодице. Поворот завершается тем, что *linea intertrochanterica* устанавливается в прямом размере выхода малого таза.

*Второй момент* - боковое сгибание поясничной части позвоночника плода.

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



Рис.6.3. Второй момент биомеханизма родов

*Третий момент* - внутренний поворот плечиков и связанный с этим наружный поворот туловища. Этот поворот происходит в узкой части полости малого таза и завершается установлением плечиков в прямом размере выхода малого таза. При этом спинка поворачивается в сторону позиции, переднее плечико плода проходит под лонную дугу, а заднее устанавливается над промежностью.





Рис.6.4. Третий момент биомеханизма

*Четвертый момент* - боковое сгибание шейно-грудной части позвоночника.

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

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

*Шестой момент* - сгибание головки. Следствие сгибания головки - ее прорезывание: последовательно над промежностью появляются подбородок, рот, нос, лоб и темя плода. Прорезывается головка малым косым размером, как и при затылочном предлежании.



Рис.6.5. Шестой момент биомеханизма

При чисто ягодичном предлежании в нашей стране наибольшее распространение получило пособие по методу Н.А. Цовьянова (1929) и метод Морисо-Левре-Лашапелль для выведения последующей головки плода.

Ручное пособие при чисто ягодичном предлежании по методу Цовьянова. Цель этого пособия - сохранить нормальное членорасположение плода. В период изгнания необходимо удерживать ножки вытянутыми и прижатыми к туловищу плода. Ножки прижимают скрещенные ручки к грудной клетке и препятствуют их запрокидыванию, а стопы, располагаясь на уровне личика, сохраняют сгибание головки. Ножки, вытянутые вдоль туловища, превращают тело плода в конус, постепенно расширяющийся кверху. На уровне плечевого пояса он достигает максимального объема (в среднем 42 см), который складывается из объема грудной клетки, обеих скрещенных на груди ручек и прижатых к ним ножек. Все это превышает объем последующей головки (32-34 см), поэтому ее рождение происходит без затруднения.

Техника ручного пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании. Пособие начинают оказывать после прорезывания ягодич в прямом размере выхода таза, когда они переходят или уже перешли в один из косых его размеров. Большие пальцы охватывают бедра плода, располагаясь на задней их поверхности и осторожно прижимая их к туловищу, остальные четыре пальца помещают на поверхности крестца. По мере рождения тазового конца плода руки, перемещаясь по туловищу плода, постоянно

находятся на промежности роженицы. При этом категорически не следует потягивать плод, так как это способствует запрокидыванию ручек и разгибанию головки.

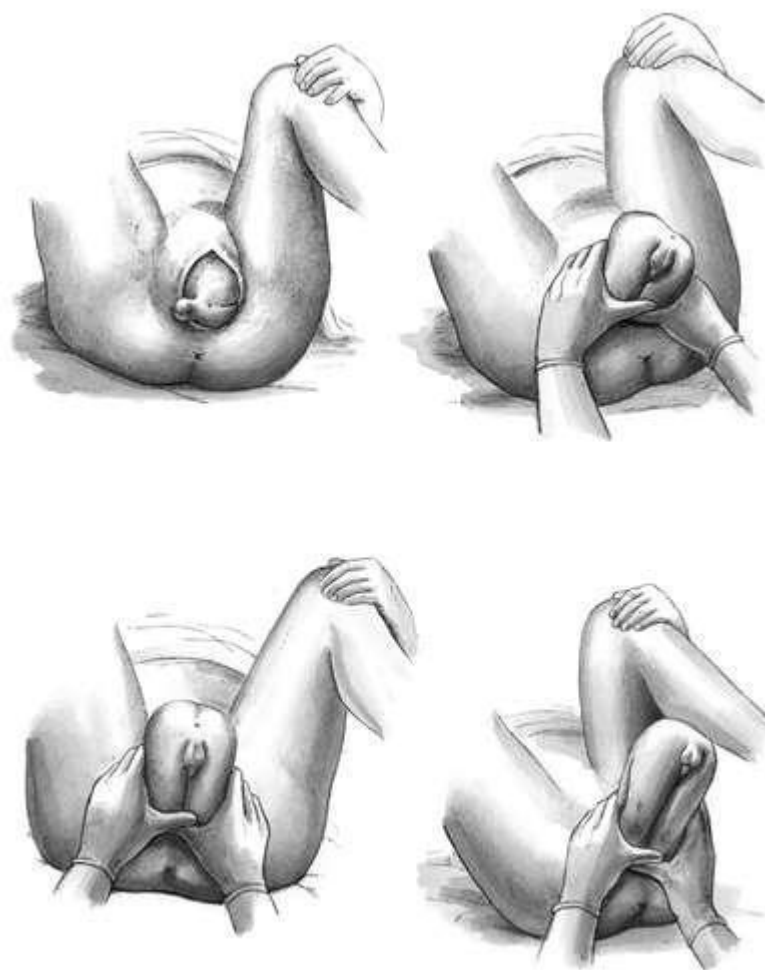


Рис.6.6. Ручное пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании плода. А - после рождения передней ягодицы уточняется позиция плода; Б - туловище плода переходит в левый косой размер таза; В - туловище плода переходит в поперечный размер таза спинкой кпереди; Г - большие пальцы акушера по мере рождения плода передвигаются по задней поверхности бедер по направлению к задней стенке влагалища

Ручное пособие по методу Цовьянова при ножных предлежаниях. При ножных предлежаниях осложнения у плода наблюдаются чаще, чем при ягодичных. Осложнения связаны с тем, что рождающиеся ножки не способны подготовить родовые пути для последующего прохождения плечевого пояса и головки. При ножных предлежаниях, кроме классических осложнений (запрокидывание ручек, разгибание головки), возможно ущемление головки при неполном раскрытии шейки или при ее судорожном

сокращении. Эти осложнения можно предотвратить, если к моменту изгнания крупных частей плода шейка матки будет раскрыта полностью. С этой целью ножки удерживают во влагалище до полного раскрытия шейки. При диагностике ножного предлежания и решении вести роды через естественные родовые пути устанавливают тщательное наблюдение за состоянием роженицы и плода. При появлении в вульварном кольце пяток плода их прикрывают стерильной пленкой и ладонью, приложенной к наружным половым органам, препятствуют преждевременному выпадению ножек из влагалища



Рис.6.7. Создание препятствия рождающимся ножками при ножном предлежании По мере продвижения и опускания ягодиц во влагалище вместе с находящимися там ножками образуется смешанное ягодично-ножное предлежание.

Противодействие рождающимся ножкам следует оказывать до тех пор, пока не наступило полное раскрытие маточного зева, на что указывают сильное выпячивание промежности предлежащей частью плода и зияние заднепроходного отверстия. Когда ягодицы спускаются до преддверия влагалища, ножки плода, несмотря на оказываемое им противодействие, начинают выступать из-под боковых сторон ладони акушера. После этого противодействие ножкам больше не оказывают, и они, а вслед за ними ягодицы и туловище плода, рождаются без затруднений до угла лопаток.

Если при оказании пособий при тазовом предлежании задерживается рождение плечевого пояса, ручек и головки, то применяют классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях.

Классическое ручное пособие при тазовом предлежании плода заключается в выведении ручек и головки во втором периоде родов.

Показанием к ручному пособию является задержка рождения ручек и головки, которая находится в полости малого таза. Если после рождения туловища до нижних углов лопатки не произошло рождение ребенка, в течении 2-3 мин, то приступают к ручному пособию.

Методика. Сначала освобождают ручки, а затем головку плода. Ручки начинают освобождать после рождения туловища плода до угла лопатки обращенной кзади. Первой освобождают ручку, обращенную кзади (к промежности), так как только в этом отделе родовых путей акушер может ввести руку и достичь локтевого сгиба ручки плода

- Каждая ручка плода выводится одноименной рукой акушера - правая ручка - правой, левая ручка - левой.
- Первой всегда освобождается ручка, обращенная кзади.
- Для освобождения обращенной кпереди ручки туловище плода поворачивают так, чтобы вторая ручка находилась со стороны промежности.

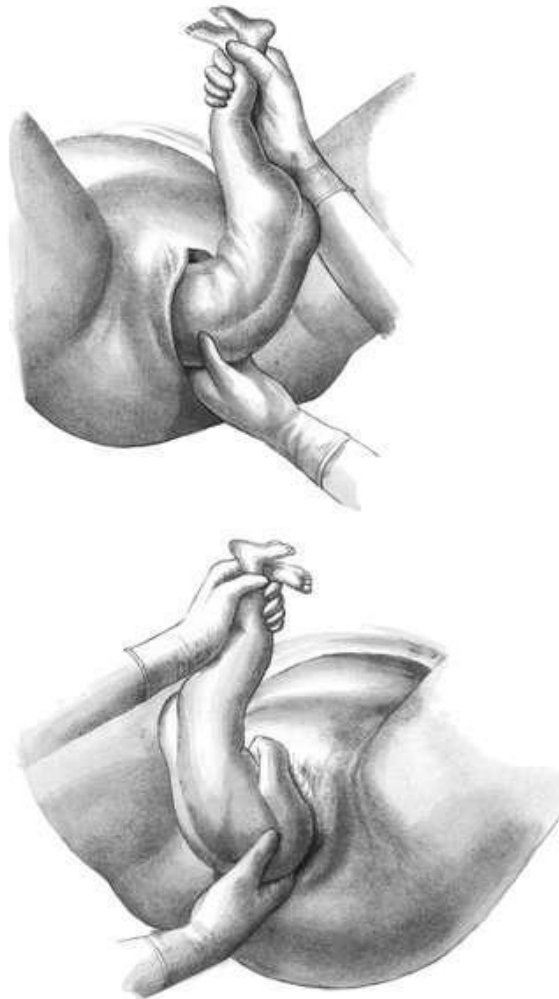


Рис.6.8. Ручное пособие при тазовом предлежании. А - освобождение нижней левой ручки. Туловище плода отведено к противоположному паху матери; Б - Освобождение второй (правой) ручки после поворота туловища на 180°

Освобождение ручек проводят при расположении туловища плода в прямом размере. При первой позиции левой рукой берут за голеностопные суставы ножек и туловище плода размещают параллельно правому паховому сгибу матери. Правой рукой входят со стороны промежности в родовые пути и доходят до локтевого сгиба ручки плода. Умывательным движением (перед личиком) извлекают ручку. При этом следует избегать сильного давления на плечевую кость и предплечье из-за опасности их повреждения. Ручка, обращенная кпереди, иногда рождается сама. Если этого не происходит, то плод следует повернуть на 180° так, чтобы оставшаяся ручка была бы обращена к промежности. Для этого двумя руками обхватывают грудку плода (большие пальцы расположены на спинке) и осторожно поворачивают плод так, чтобы спинка прошла под лоном. С целью облегчения такого сложного движения плод следует слегка подтолкнуть вверх, внутрь матки.

Для освобождения второй ручки туловищу плода вновь придается положение, параллельное паховому сгибу матери, и ручка извлекается за локтевой сгиб перед личиком плода (умывательное движение).

После освобождения ручек приступают к освобождению головки. При извлечении головка должна совершить такие же движения в полости малого таза, как и при самопроизвольных родах: сгибание, внутренний поворот и затем фиксироваться подзатылочной ямкой под лоном с тем, чтобы во время сгибания родился сначала подбородок, а затем личико с волосистой частью головки. В процессе извлечения головки важно правильно ее захватить и делать влекущие движения строго в соответствии с направлением проводной оси таза

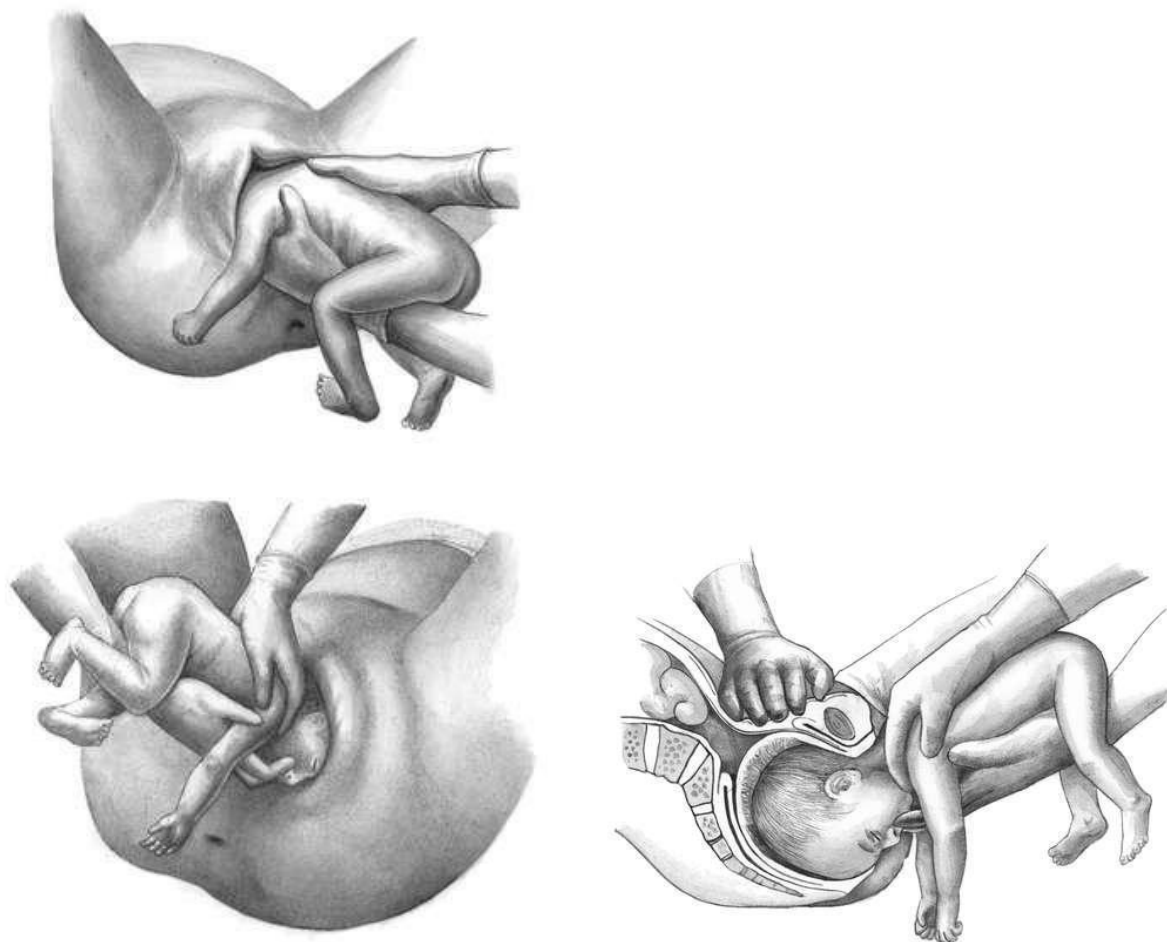


Рис.6.9. Выведение последующей головки по методу Мориса-Левре Лашапелль. А - туловище плода кладут верхом на предплечье акушера, вторую руку располагают на плечиках плода; Б - II или III палец руки вводят в ротик плода; головку выводят соответственно механизму родов. В -

ассистент помогает извлечению головки, оказывая на нее давление сверху через брюшную стенку

Головку захватывают чаще всего приемом Морисо-Левре-Лашапель. При этом туловище плода располагается на предплечье левой руки акушера, II и III пальцы этой руки располагаются на верхней челюсти плода, способствуя сгибанию головки. Иногда II палец вводят в рот, чтобы, нажав на нижнюю челюсть, согнуть головку. II и IV пальцы правой руки располагают на плечиках плода, а III - на затылке, помогает сгибанию головки.

Тракции проводятся по направлению проводной оси таза, следуя за поворотом головки, которая к концу изгнания располагается в прямом размере таза. Если головка находится в широкой части полости малого таза, то влечение осуществляют косо кзади, книзу и кпереди, при нахождении головки в узкой части полости малого таза - книзу и кпереди.

Во время извлечения головки ассистент придерживает дно матки, препятствуя разгибанию головки. Во время оказания ручных пособий при тазовых предлежаниях необходимо обращать внимание на то, чтобы спинка плода поворачивалась кпереди, так как образование заднего вида чревато осложнениями, связанными с рождением головки.

Вопросы для самоконтроля:

1. Перечислите причины способствующие образованию тазовых предлежаний плода?
2. Сколько видов тазовых предлежаний существует?
3. Перечислите осложнения родов при тазовых предлежаниях?
4. Какова цель пособия по Цовьянову?
5. Перечислите показания для абдоминального родоразрешения при тазовых предлежаниях?

Лекция 7.

### **Оказание помощи при многоплодной беременности**

Многоплодной называется беременность, при которой в организме женщины развиваются два плода и более. В зависимости от числа плодов при многоплодной беременности говорят о двойне, тройне, четверне и т.д. Роды двумя плодами и более называются многоплодными.



### **Факторы, способствующие развитию многоплодной беременности:**

- ✓ наследственность - чаще встречается в семьях, где мать, отец или оба родителя - из двойни.
- ✓ возраст и количество родов - вероятность повышается с увеличением возраста и количества родов.
- ✓ стимуляция овуляции.
- ✓ прием оральных контрацептивов в течение длительного времени (более 6 мес) и зачатии в пределах одного месяца после их отмены

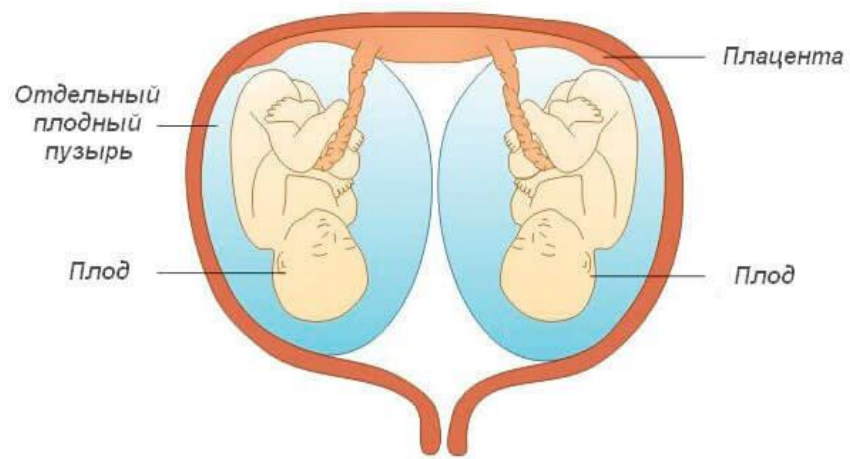
Предположить многоплодную беременность можно тогда, когда размеры матки превышают гестационную норму как при влагалищном исследовании (на ранних сроках), так и при наружном акушерском исследовании (на поздних сроках). Во второй половине беременности иногда удается пальпировать много мелких частей плода и две (или более) крупные баллотирующие части (головки плодов). Аускультативными признаками многоплодия могут служить выслушиваемые в разных отделах матки сердечные тоны плодов. Сердечную деятельность плодов при многоплодии можно регистрировать одновременно при использовании специальных кардиомониторов для двойни (снабженных двумя датчиками).

Основой диагностики многоплодной беременности в современном акушерстве является УЗИ. Ультразвуковая диагностика многоплодия возможна начиная с ранних сроков беременности (4-5 нед), и основывается она на визуализации в полости матки нескольких плодных яиц и эмбрионов.

Для ведения беременности и родов при многоплодии решающее значение имеет раннее (в I триместре) определение хориальности (числа плацент).

Именно хориальность, а не зиготность определяет течение беременности, ее исходы, перинатальную заболеваемость и смертность. Наиболее неблагоприятна в плане перинатальных осложнений монохориальная многоплодная беременность, которая наблюдается в 65% случаев однойяцевой двойни. Перинатальная смертность при монохориальной двойне, независимо от зиготности, в 3-4 раза превышает таковую при бихориальной.

*Монохориальная диамниотическая двойня*



*Дихориальная диамниотическая двойня*

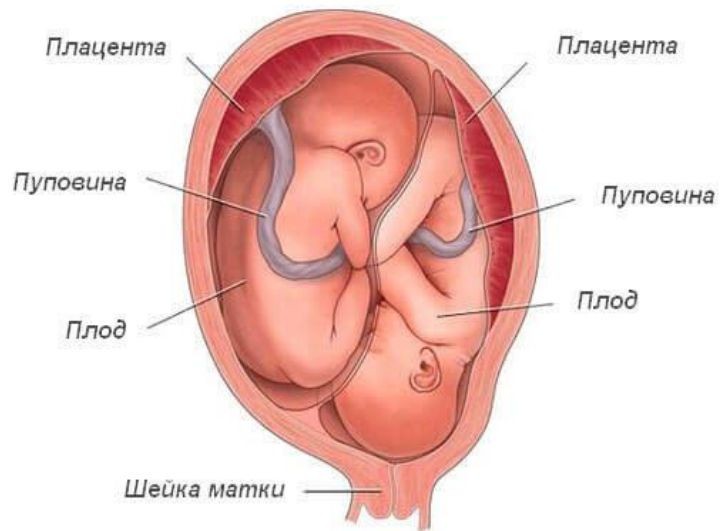


Рис.7.1. Виды хориальности двоен

На более поздних сроках беременности (II-III триместры) точная диагностика хориальности возможна только при двух отдельно расположенных плацентах.



Рис.7.2. Двуйцовые близнецы



Рис.7.3. Однояйцовые близнецы

*Диагностика.* Начиная с ранних сроков необходимо проводить сравнительную ультразвуковую фетометрию для прогнозирования задержки роста плода/плодов в более поздние сроки беременности. По данным ультразвуковой фетометрии при многоплодной беременности выделяют физиологическое развитие обоих плодов; диссоциированное (дискордантное) развитие плодов (разница в массе 20% и более); задержку роста обоих плодов.

Как и при одноплодной беременности, уделяют внимание структуре, зрелости плаценты/плацент, количеству околоплодных вод в обоих амнионах, месту выхода пуповин с плодовой поверхности плаценты/плацент. При многоплодной беременности часто наблюдаются оболочечное прикрепление пуповины и другие аномалии ее развития.

Оценивают анатомию плодов для исключения врожденных аномалий, а при моноамниотической двойне - для исключения сросшихся близнецов. Особое значение имеет выявление ультразвуковых маркеров врожденных аномалий развития, включая исследование воротникового пространства у плодов.

Биохимический пренатальный скрининг при многоплодии неэффективен, что объясняется более высокими показателями а-фетопротеина, в-ХГ, плацентарного лактогена, эстриола по сравнению с одноплодной беременностью.

При многоплодной беременности нужно определить положение и предлежание плодов к концу беременности. Чаще всего оба плода находятся в продольном положении (80%): головное-головное, тазовое-тазовое, головное-тазовое, тазовое-головное. Реже бывает один плод в продольном положении, второй - в поперечном или оба - в поперечном положении.

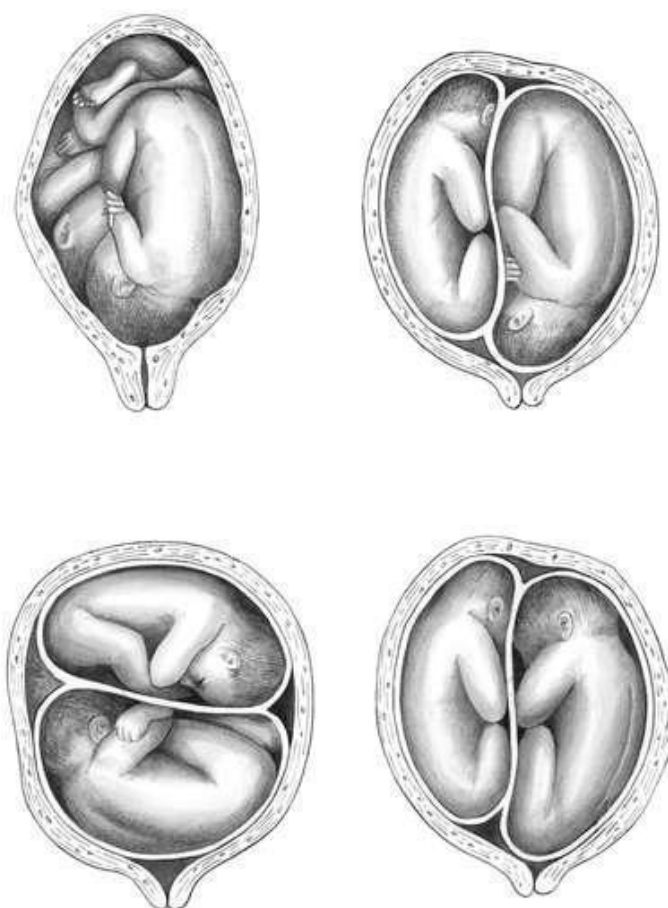


Рис.7.4. Варианты положения плодов при двойне (А - головное-головное, Б - головное- тазовое, В - поперечное-поперечное, Г - тазовое-тазовое)

*Течение беременности.* При многоплодной беременности к организму женщины предъявляются повышенные требования: сердечно-сосудистая система, легкие, печень, почки и другие органы функционируют с большим напряжением. Материнская заболеваемость и смертность при многоплодной беременности возрастают в 3-7 раз по сравнению с одноплодной; при этом, чем выше порядок многоплодия, тем выше риск материнских осложнений. Соматические заболевания у женщин обостряются практически всегда.

Частота развития гестоза у женщин при многоплодии достигает 45%. При многоплодной беременности гестоз, как правило, возникает раньше и протекает тяжелее, чем при одноплодной, что объясняется увеличением объема плацентарной массы ("гиперплацентоз").

У значительного числа беременных двойней гипертензия и отеки развиваются вследствие избыточного увеличения внутрисосудистого объема и у них ошибочно диагностируют гестоз. В таких случаях скорость клубочковой фильтрации повышена, протеинурия незначительна или отсутствует, а снижение величины гематокрита в динамике указывает на увеличенный объем плазмы. У этих беременных наступает значительное улучшение при соблюдении постельного режима.

Анимию, частота которой у беременных двойней достигает 50-100%, считают "обычным" осложнением и связывают с увеличением внутрисосудистого объема. В результате повышения объема плазмы (в большей степени, чем при одноплодной беременности) снижаются величина гематокрита и уровень гемоглобина, особенно во II триместре беременности; физиологическая анемия при многоплодии более выражена. Значительное увеличение эритропоэза во время беременности двойней может привести у некоторых пациенток к истощению ограниченных запасов железа и сыграть роль пускового механизма в развитии железодефицитной анемии. Физиологическую гидремию можно отличить от истинной железодефицитной анемии у беременных с многоплодием при исследовании мазков крови.

Многоплодная беременность нередко осложняется задержкой роста одного из плодов, частота которой в 10 раз выше таковой при одноплодной беременности и составляет 34 и 23% соответственно при моно- и

бихориальной двойне. Более выражена зависимость частоты задержки роста обоих плодов от типа плацентации; при монохориальной 7,5%, при бихориальной двойне 1,7%.

Одним из наиболее частых осложнений многоплодной беременности являются преждевременные роды вследствие перерастяжения матки. Чем больше вынашиваемых плодов, тем чаще наблюдаются преждевременные роды. Так, при двойне роды, как правило, наступают в 36-37 недель, при тройне - в 33,5 недель, при четверне - в 31 недель.

*Ведение беременности.* Пациентки с многоплодием должны посещать женскую консультацию два раза в месяц до 28 недель (когда выдается листок нетрудоспособности по беременности и родам) и один раз в 7-10 дней после 28 недель. Терапевт должен осматривать женщину три раза в течение беременности.

Потребность в энергетических субстратах, белках, минералах, витаминах при многоплодной беременности повышена. В связи с этим беременную инструктируют о необходимости полноценного сбалансированного питания. При многоплодии масса тела увеличивается на 20-22 кг.

Беременным с многоплодием с 16-20 недель назначают противонаемическую терапию (железосодержащие препараты 60-100 мг/сут и фолиевую кислоту 1 мг/сут в течение 3 месяцев).

Для профилактики преждевременных родов беременным с многоплодием рекомендуют ограничение физической активности, увеличение продолжительности дневного отдыха (трижды по 1-2 ч). Показания к выдаче больничного листа расширяются.

*Течение и ведение родов.* Роды при многоплодии часто сопровождаются осложнениями. Это первичная и вторичная слабость родовой деятельности, преждевременное излитие околоплодных вод, выпадение петель пуповины, мелких частей плода. Одним из серьезных осложнений интранатального периода является преждевременная отслойка плаценты первого или второго плода. Причиной отслойки плаценты после рождения первого плода является быстрое уменьшение объема матки и понижение внутриматочного давления, что представляет особую опасность при монохориальной двойне.

Редким (1 на 800 беременностей двойней), но тяжелым интранатальным осложнением является коллизия плодов при тазовом предлежании первого плода и головном предлежании второго. При этом головка второго одного плода цепляется за головку второго, и они одновременно вступают во вход малого таза. При коллизии близнецов методом выбора является экстренное кесарево сечение.



Рис.7.5. Коллизия плодов при двойне

В послеродовом и раннем послеродовом периоде из-за перерастянутости матки возможно гипотоническое кровотечение.

Метод родоразрешения при двойне зависит от предлежания плодов. Оптимальным методом родоразрешения при головном/головном предлежании обоих плодов являются роды через естественные родовые пути, при поперечном положении первого плода - кесарево сечение. Тазовое предлежание первого плода у первородящих также является показанием к кесареву сечению.

При головном предлежании первого и тазовом предлежании второго плода методом выбора являются роды через естественные родовые пути. В родах возможен наружный поворот второго плода с переводом его в головное предлежание под контролем УЗИ. Поперечное положение второго плода в настоящее время многие акушеры считают показанием к кесареву сечению на втором плоде, хотя при достаточной квалификации врача комбинированный поворот второго плода на ножку с последующим его извлечением не представляет трудности.

Важное значение для определения тактики ведения родов имеет четкое знание типа плацентации, так как при монохориальной двойне наряду с высокой частотой антенатальной фето-фетальной гемотрансфузии существует высокий риск острой интранатальной трансфузии, которая может оказаться фатальной для второго плода (выраженная острая гиповолемия с последующим повреждением головного мозга, анемия, интранатальная гибель). В связи с этим не исключается возможность родоразрешения пациенток с монохориальной двойней путем кесарева сечения.

Наибольший риск в отношении перинатальной гибели плода представляют роды при монохориальной моноамниотической двойне, которая требует особенно тщательного ультразвукового мониторинга за ростом и состоянием плодов и при которой, помимо специфических осложнений, присущих монохориальным двойням, часто наблюдается перекрут пуповин. Оптимальным методом родоразрешения при этом типе многоплодия считается кесарево сечение в 33-34 недель беременности. Путем кесарева сечения проводится также родоразрешение при сросшихся близнецах при поздней диагностике этого осложнения.

Показанием к плановому кесареву сечению при двойне является также выраженное перерастяжение матки крупными плодами (суммарная масса плодов 6 кг и более) или в результате многоводия. При беременности тремя плодами и более также показано родоразрешение путем кесарева сечения в 34-35 недель.

При ведении родов через естественные родовые пути необходимы тщательное наблюдение за состоянием пациентки и постоянный контроль сердечной деятельности обоих плодов. Роды при многоплодии предпочтительно вести в положении роженицы на боку во избежание сдавления нижней полой вены.

После рождения первого плода производят наружное акушерское и влагалищное обследование для уточнения акушерской ситуации и положения второго плода. Целесообразно также использование УЗИ.

При продольном положении плода вскрывают плодный пузырь, медленно выпуская околоплодные воды; в дальнейшем роды ведут, как обычно.

Вопрос о кесаревом сечении во время родов при многоплодной беременности может встать и по другим причинам: стойкая слабость родовой



деятельности, выпадение мелких частей плода, петель пуповины при головном предлежании, симптомы острой гипоксии одного из плодов, отслойка плаценты и др.

Во время многоплодных родов обязательно проводится профилактика кровотечения в последовом и послеродовом периодах.

*Механизм родов при тазовых предлежаниях.* Продвижение плода по родовому каналу начинается в конце первого периода родов, после излития околоплодных вод. В начале родов ягодицы, как правило, располагаются поперечным размером (*linea intertrochanterica*) над одним из косых или поперечных размеров плоскостей входа в малый таз.

При тазовых предлежаниях различают шесть моментов механизма родов:

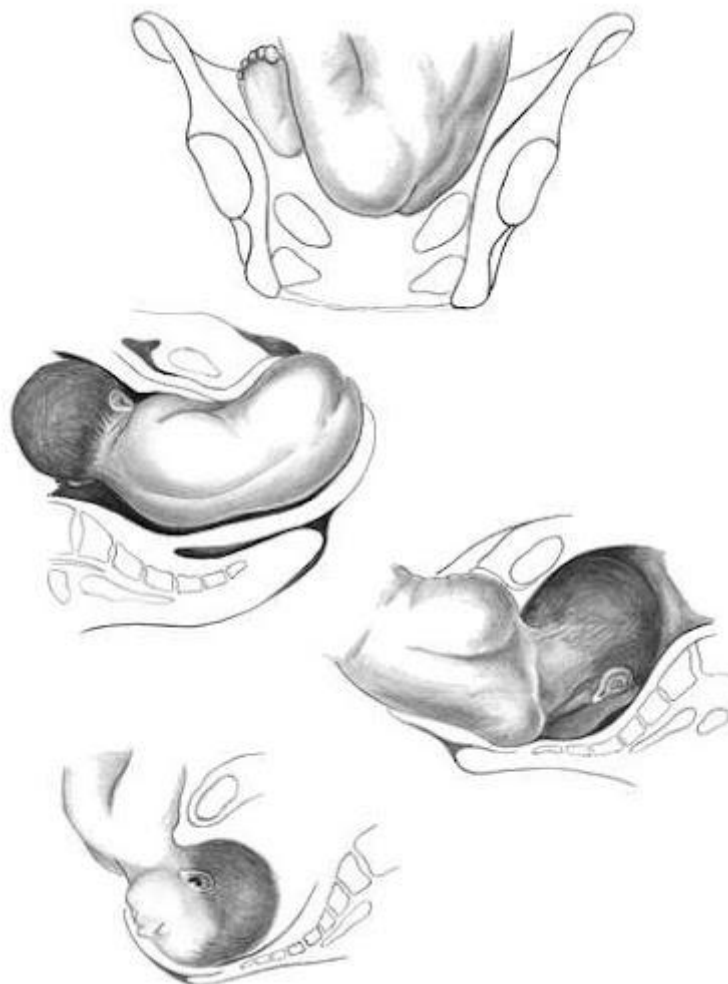


Рис.7.6. Механизм родов при тазовом предлежании. А - внутренний поворот ягодиц (первый момент); Б - боковое сгибание поясничного отдела позвоночника (второй момент; В - внутренний поворот плечиков и наружный

поворот туловища (третий момент); Г - сгибание и рождение головки  
(шестой момент)

Первый момент - внутренний поворот ягодиц. Он начинается при переходе ягодиц из широкой в узкую часть полости малого таза. Поворот совершается таким образом, что в выходе таза поперечный размер ягодиц оказывается в прямом размере таза.

Первой опускается ягодица плода, обращенная кпереди. Она подходит под лобковую дугу, образуется точка фиксации между нижним краем лонного сочленения таза матери и подвздошной костью плода, обращенной кпереди.

Второй момент - боковое сгибание поясничной части позвоночника плода. Дальнейшее поступательное движение приводит к боковому сгибанию позвоночника плода. При этом ягодица, обращенная кзади, выкатывается над промежностью и вслед за ней из-под лобкового сочленения окончательно рождается ягодица, обращенная кпереди. В это время плечики вступают своим поперечным размером в тот же косой размер входа в таз, через который прошли ягодицы, так, что спинка плода поворачивается кпереди.

Третий момент - внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища. Поворот завершается установлением плечиков в прямом размере выхода. Спинка плода поворачивается к бедру роженицы в соответствии с позицией (при первой позиции - к левому бедру, при второй позиции - к правому). Плечико плода, обращенное кпереди (граница верхней и средней трети плечевой кости), подходит под лобковую дугу, образуя точку фиксации. Плечико, обращенное кзади, располагается впереди копчика над промежностью. После образования точки фиксации в результате бокового сгибания шейно-грудной части позвоночника (четвертый момент) рождаются плечевой пояс и ручки.

Пятый момент - внутренний поворот головки (в норме затылком кпереди). После рождения плечевого пояса головка вступает в косой размер плоскости входа в малый таз косым размером, противоположным тому, в котором проходили плечики. При переходе из широкой в узкую часть таза головка совершает внутренний поворот, в результате которого сагиттальный (стреловидный) шов оказывается в прямом размере выхода, а подзатылочная ямка - под лобковым сочленением, где образуется точка фиксации.

После образования точки фиксации происходит сгибание головки (шестой момент). Следствием сгибания является рождение головки. Над промежностью последовательно рождаются подбородок, рот, нос, темя и затылок. Чаще головка прорезывается малым косым размером. Вследствие быстрого рождения конфигурации головки не происходит, и она имеет округлую форму.

*Особенности родов при ножных предлежаниях.* При полном ножном предлежании первыми из половой щели показываются ножки, при неполном предлежании, как правило, ножка, обращенная к симфизу. Когда ножки или одна ножка родились до подколенной ямки, ягодицы вступают во вход в таз в одном из косых размеров, и в дальнейшем механизм родов не отличается от такового при ягодичном предлежании.

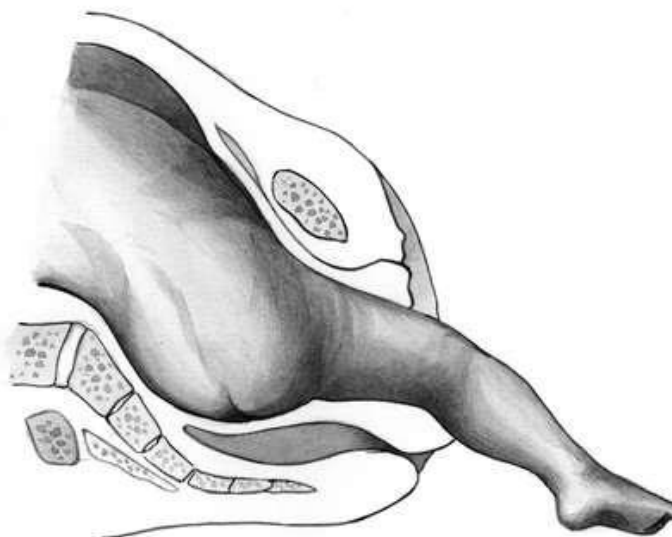


Рис.7.7. Рождение ножки при неполном ножном предлежании

В норме ножки появляются из половой щели при полном раскрытии шейки матки. Однако выпадение ножки может произойти и при неполном раскрытии шейки, что неблагоприятно для плода.

Родовая опухоль при ягодичных предлежаниях располагается на одной из ягодиц: при первой позиции - на левой, при второй - на правой. Отек тканей может переходить на наружные половые органы - мошонку или половые губы. При ножных предлежаниях родовая опухоль располагается на ножках, в результате чего они становятся сине- багровыми. Отклонения от нормального механизма родов. При продвижении по родовым путям плод

может повернуться спинкой кзади с образованием заднего вида. При согнутой головке в момент ее рождения область переносицы упирается в симфиз, и над промежностью выкатывается затылок. Продвижение головки при заднем виде замедляется.



Рис.7.8. Рождение последующей головки в заднем виде

При заднем виде может произойти тяжелое осложнение - чрезмерное разгибание (запрокидывание) головки. При этом подбородок задерживается над симфизом. Без оказания пособия рождение головки невозможно.



Рис.7.9. Запрокидывание головки при заднем виде тазового предлежания

Запрокидывание ручек. При продвижении плода ручки могут терять типичное расположение, отходить от грудки и задерживаться в матке. Ручки могут располагаться впереди личика, по бокам головки, запрокинуться за затылок (I, II и III степени запрокидывания). Запрокидывание ручек чаще всего возникает при неправильном оказании пособия и преждевременных попытках извлечения плода.

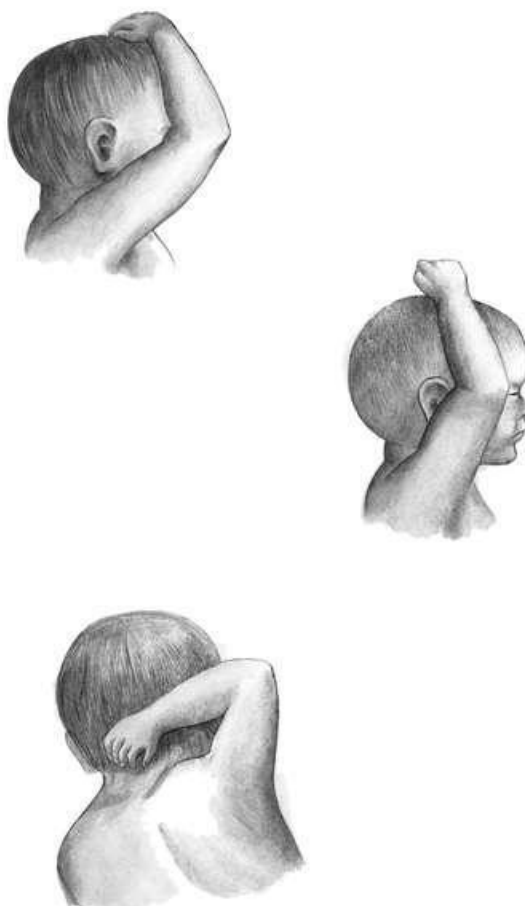


Рис.7.10. Запрокидывание ручек. А - I степень; Б - II степень; В - III степень

Для того чтобы роды в тазовом предлежании закончились благоприятно для матери и плода, во втором периоде необходимо оказать ручное пособие в зависимости от вида тазового предлежания.

При чисто ягодичном предлежании в нашей стране наибольшее распространение получило пособие по методу Н.А. Цовьянова (1929) и метод Морисо-Левре-Лашапелль для выведения последующей головки плода.

Ручное пособие при чисто ягодичном предлежании по методу Цовьянова. Цель этого пособия - сохранить нормальное членорасположение плода. В период изгнания необходимо удерживать ножки вытянутыми и

прижатыми к туловищу плода. Ножки прижимают скрещенные ручки к грудной клетке и препятствуют их запрокидыванию, а стопы, располагаясь на уровне личика, сохраняют сгибание головки. Ножки, вытянутые вдоль туловища, превращают тело плода в конус, постепенно расширяющийся кверху. На уровне плечевого пояса он достигает максимального объема (в среднем 42 см), который складывается из объема грудной клетки, обеих скрещенных на груди ручек и прижатых к ним ножек. Все это превышает объем последующей головки (32-34 см), поэтому ее рождение происходит без затруднения.

Техника ручного пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании. Пособие начинают оказывать после прорезывания ягодиц в прямом размере выхода таза, когда они переходят или уже перешли в один из косых его размеров. Большие пальцы охватывают бедра плода, располагаясь на задней их поверхности и осторожно прижимая их к туловищу, остальные четыре пальца помещают на поверхности крестца. По мере рождения тазового конца плода руки, перемещаясь по туловищу плода, постоянно находятся на промежности роженицы. При этом категорически не следует потягивать плод, так как это способствует запрокидыванию ручек и разгибанию головки.



Рис.7.11. Ручное пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании плода. А - после рождения передней ягодицы уточняется позиция плода; Б - туловище плода переходит в левый косой размер таза; В - туловище плода переходит в поперечный размер таза спинкой кпереди; Г - большие пальцы акушера по мере рождения плода передвигаются по задней поверхности бедер по направлению к задней стенке влагалища

При оказании пособия по Цовьянову с целью профилактики образования заднего вида туловище удерживают спинкой кпереди.

При хорошей родовой деятельности плод быстро рождается до пупка, затем туловище постепенно переходит в косой размер и к моменту рождения плода до нижнего угла лопаток туловище вновь устанавливается в прямом размере выхода таза. Плечико, обращенное кпереди, подходит под лонную дугу.

Для рождения ручки, обращенной кзади, плод поднимают кпереди (к животу матери). При этом из крестцовой впадины рождается задняя ручка и обычно выпадают ножки плода. После этого в глубине зияющей половой

щели появляются подбородок, рот, нос плода. Для освобождения головки достаточно направить ягодицы плода на себя и впереди. При этом головка рождается без какого-либо дополнительного вмешательства.

Во время оказания пособия для удержания головки в согнутом состоянии ассистент осторожно надавливает на нее через переднюю брюшную стенку таким образом, чтобы рука постоянно находилась в соприкосновении с опускающейся головкой. Пособие при смешанном ягодичном предлежании. При рождении до нижнего угла лопатки проводится выжидательная тактика. Плод удерживают руками, не сдавливая его и отклоняя в сторону симфиза. После рождения до нижнего угла лопатки все манипуляции производят так же, как при чисто ягодичном предлежании, начиная с рождения нижних углов лопаток. Если плод не рождается быстро и без затруднений, оказывают классическое ручное пособие.

Ручное пособие по методу Цовьянова при ножных предлежаниях. При ножных предлежаниях осложнения у плода наблюдаются чаще, чем при ягодичных. Осложнения связаны с тем, что рождающиеся ножки не способны подготовить родовые пути для последующего прохождения плечевого пояса и головки. При ножных предлежаниях, кроме классических осложнений (запрокидывание ручек, разгибание головки), возможно ущемление головки при неполном раскрытии шейки или при ее судорожном сокращении. Эти осложнения можно предотвратить, если к моменту изгнания крупных частей плода шейка матки будет раскрыта полностью. С этой целью ножки удерживают во влагалище до полного раскрытия шейки.

При диагностике ножного предлежания и решении вести роды через естественные родовые пути устанавливают тщательное наблюдение за состоянием роженицы и плода. При появлении в вульварном кольце пяток плода их прикрывают стерильной пленкой и ладонью, приложенной к наружным половым органам, препятствуют преждевременному выпадению ножек из влагалища.





Рис.7.12. Создание препятствия рождающимся ножками при ножном предлежании По мере продвижения и опускания ягодиц во влагалище вместе с находящимися там ножками образуется смешенное ягодично-ножное предлежание.

Противодействие рождающимся ножкам следует оказывать до тех пор, пока не наступило полное раскрытие маточного зева, на что указывают сильное выпячивание промежности предлежащей частью плода и зияние заднепроходного отверстия. Когда ягодицы спускаются до преддверия влагалища, ножки плода, несмотря на оказываемое им противодействие, начинают выступать из-под боковых сторон ладони акушера. После этого противодействие ножкам больше не оказывают, и они, а вслед за ними ягодицы и туловище плода, рождаются без затруднений до угла лопаток.

Если при оказании пособий при тазовом предлежании задерживается рождение плечевого пояса, ручек и головки, то применяют классическое ручное пособие при тазовых предлежаниях.

Указанные манипуляции производят также при запрокидывании ручек и затруднениях при их выведении, а также при разгибании головки.

В момент оказания пособий по Цовьянову при отсутствии показаний к быстрому извлечению плода все манипуляции следует производить медленно, не спеша, без потягивания плода за туловище и несвоевременного отклонения его кпереди, что особенно актуально при рождении головки. Отклонение туловища резко кпереди до образования точки фиксации между нижним краем лобкового сочленения и подзатылочной ямкой может

привести не только к ее разгибанию, но и к повреждению мышц шеи, позвоночных артерий, шейного отдела позвоночника, спинного мозга.

В процессе родов при тазовом предлежании может возникать необходимость оказания классического ручного пособия.

Классическое ручное пособие при тазовом предлежании плода. Заключается в выведении ручек и головки во втором периоде родов.

Показанием к ручному пособию является задержка рождения ручек и головки, которая находится в полости малого таза. Если после рождения туловища до нижних углов лопатки не произошло рождение ребенка, в течении 2-3 мин, то приступают к ручному пособию.

Методика. Сначала освобождают ручки, а затем головку плода. Ручки начинают освобождать после рождения туловища плода до угла лопатки обращенной кзади. Первой освобождают ручку, обращенную кзади (к промежности), так как только в этом отделе родовых путей акушер может ввести руку и достичь локтевого сгиба ручки плода.

- Каждая ручка плода выводится одноименной рукой акушера - правая ручка - правой, левая ручка - левой.
- Первой всегда освобождается ручка, обращенная кзади.
- Для освобождения обращенной кпереди ручки туловище плода поворачивают так, чтобы вторая ручка находилась со стороны промежности.



Рис.7.13. Ручное пособие при тазовом предлежании. А - освобождение нижней левой ручки. Туловище плода отведено к противоположному паху матери; Б - Освобождение второй (правой) ручки после поворота туловища на 180°

Освобождение ручек проводят при расположении туловища плода в прямом размере. При первой позиции левой рукой берут за голеностопные суставы ножек и туловище плода размещают параллельно правому паховому сгибу матери. Правой рукой входят со стороны промежности в родовые пути и доходят до локтевого сгиба ручки плода. Умывательным движением (перед личиком) извлекают ручку. При этом следует избегать сильного давления на плечевую кость и предплечье из-за опасности их повреждения. Ручка, обращенная кпереди, иногда рождается сама. Если этого не происходит, то плод следует повернуть на 180° так, чтобы оставшаяся ручка была бы обращена к промежности. Для этого двумя руками обхватывают грудку плода (большие пальцы расположены на спинке) и осторожно поворачивают плод так, чтобы спинка прошла под лоном. С целью облегчения такого сложного движения плод следует слегка подтолкнуть вверх, внутрь матки.

Для освобождения второй ручки туловищу плода вновь придается положение, параллельное паховому сгибу матери, и ручка извлекается за локтевой сгиб перед личиком плода (умывательное движение).

После освобождения ручек приступают к освобождению головки. При извлечении головка должна совершить такие же движения в полости малого таза, как и при самопроизвольных родах: сгибание, внутренний поворот и затем фиксироваться подзатылочной ямкой под лоном с тем, чтобы во время сгибания родился сначала подбородок, а затем личико с волосистой частью головки. В процессе извлечения головки важно правильно ее захватить и делать влекущие движения строго в соответствии с направлением проводной оси таза.

Головку захватывают чаще всего приемом Морисо-Левре-Лашапель. При этом туловище плода располагается на предплечье левой руки акушера, II и III пальцы этой руки располагаются на верхней челюсти плода, способствуя сгибанию головки. Иногда II палец вводят в рот, чтобы, нажав на нижнюю челюсть, согнуть головку. II и IV пальцы правой руки располагают на плечиках плода, а III - на затылке, помогает сгибанию головки.

Тракции проводятся по направлению проводной оси таза, следуя за поворотом головки, которая к концу изгнания располагается в прямом размере таза. Если головка находится в широкой части полости малого таза, то влечение осуществляют косо кзади, книзу и кпереди, при нахождении головки в узкой части полости малого таза - книзу и кпереди. Во время извлечения головки ассистент придерживает дно матки, препятствуя разгибанию головки.

Во время оказания ручных пособий при тазовых предлежаниях необходимо обращать внимание на то, чтобы спинка плода поворачивалась кпереди, так как образование заднего вида чревато осложнениями, связанными с рождением головки.

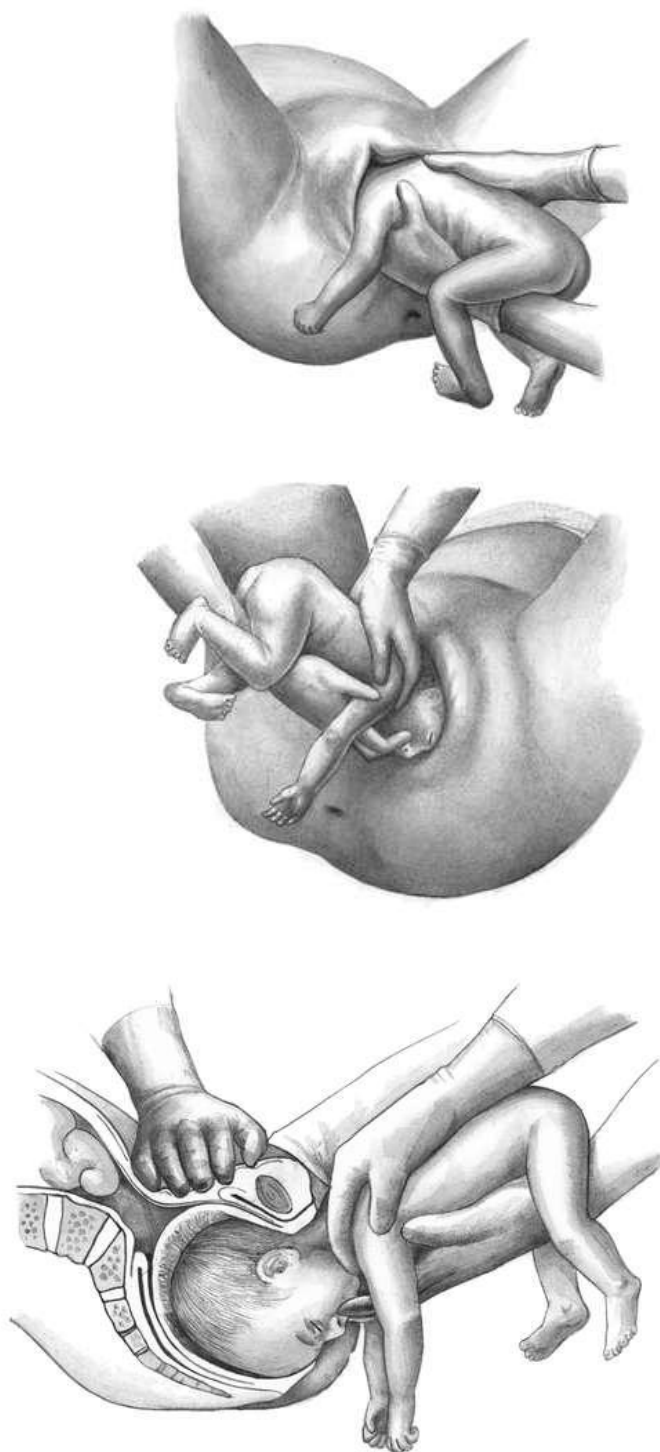


Рис.7.14. Выведение последующей головки по методу Мориса-Левре Лашапелль. А - туловище плода кладут верхом на предплечье акушера, вторую руку располагают на плечиках плода; Б - II или III палец руки вводят в ротик плода; головку выводят соответственно механизму родов. В - ассистент помогает извлечению головки, оказывая на нее давление сверху через брюшную стенку

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение понятию многоплодная беременность?
2. Перечислите факторы способствующие развитию многоплодной беременности?
3. Перечислите виды хориальности? Какая хориальность является наиболее безопасной для плода и матери?
4. Расскажите тактику ведения многоплодной беременности?
5. Расскажите особенности биомеханизма родов при тазовом предлежании?
6. Расскажите пособие при чисто ягодичном предлежании по методу Цовьянова?
7. Перечислите показания для абдоминального родоразрешения при тазовых предлежаниях?

## Лекция 8

### **Оказание помощи при аномалиях родовой деятельности**

Аномалии родových сил - наиболее частое осложнение родов, распространенность которого составляет 10-15%. Примерно каждое 4-5-е кесарево сечение производят в родах по поводу аномалий родовой деятельности.

До сих пор нет надежных и в то же время абсолютно безвредных способов профилактики и лечения разнообразных форм этого осложнения. Последствия аномалий сократительной деятельности матки в родах могут оказаться весьма опасными как для матери, так и для плода.

Своевременная диагностика и правильный выбор акушерской тактики могут значительно улучшить исход родов.

#### Классификация:

1. Патологический прелиминарный период.
2. Слабость родовой деятельности (гипоактивность или инертность матки): - первичная; - вторичная; - слабость потуг (первичная, вторичная).
3. Чрезмерно сильная родовая деятельность.
4. Дiskoординированная родовая деятельность: - дискоординация; - гипертонус нижнего сегмента; - судорожные схватки (тетания матки); - циркулярная дистоция (контракционное кольцо).

### Патологический прелиминарный период

Перед родами в организме женщины формируется родовая доминанта, идет подготовка беременной к родам, появляются предвестники родов.

Диагноз «патологический прелиминарный период» ставят на основании обнаружения нерегулярных по частоте, длительности и интенсивности болей внизу живота и в поясничной области, длящихся более 6 ч, но не приводящих к укорочению и сглаживанию шейки матки.

Патологический прелиминарный период нарушает психоэмоциональный статус беременной, расстраивает суточный режим, приводит к утомлению, отсутствию сна. Для лечения патологического прелиминарного периода применяют сочетание различных наркотических анальгетиков, седативных средств, простагландинов (при «незрелой» шейке матки),  $\beta$ -адреномиметиков, блокаторов кальциевых каналов.

Одна из главных целей лечения заключается в прекращении аномальной сократительной деятельности матки и снятии болей.

В редких случаях (при сильных болях) может быть применена регионарная аналгезия.

### Первичная слабость родовой деятельности

Первичной слабостью родовой деятельности называют такую клиническую ситуацию, когда схватки с самого начала родов слабые и неэффективные и остаются такими в течение латентной фазы родов периода раскрытия (до 3-4 см открытия маточного зева) или вплоть до окончания родов. Частота слабости родových сил составляет 10% от общего числа родов, причем у первородящих слабость родовой деятельности наблюдается в 2 раза чаще, чем у повторнородящих.

Часто первичная слабость родовой деятельности сопровождается ранним, а нередко и дородовым излитием околоплодных вод, что может вести к развитию инфекции в родах (хориоамниониту), к гипоксии и гибели плода.

Из-за нарушения сократительной способности матки в послеродовом периоде могут возникнуть аномалии отслойки плаценты с развитием кровотечения. Возможны гипотонические кровотечения в раннем послеродовом периоде.

Диагностика первичной слабости основана на характерной клинической картине, выявляемой при динамическом наблюдении за роженицей (слабые короткие и редкие схватки, а главное, недостаточная динамика родов).

При графическом изображении динамики раскрытия маточного зева на партограмме выявляют удлинение латентной фазы родов (более чем на 1 ч для повторнородящих и на 2 ч для первородящих).

Средняя продолжительность родов у первородящих составляет 12-14 ч, при этом продолжительность латентной фазы первого периода равна примерно 8 ч, активной фазы - 5 ч, а второго периода родов - 60 мин.

Средняя продолжительность родов у повторнородящих составляет 7-8 ч, из них латентная фаза - около 6 ч; активная - примерно 2 ч, а второй период родов - около 30 мин.

*Лечение.* При установлении диагноза первичной слабости родовых сил следует сразу же приступить к лечению.

Существует два основных способа усилить родовую деятельность - амниотомия и введение медикаментозных средств. С этой целью используют утеротонические препараты – окситоцин и простагландин Е (динопростон).

Одновременно необходимо решить вопрос об адекватном обезболивании. Если роженица утомлена, к стимуляции родовой деятельности приступают на фоне эпидуральной аналгезии. Родостимуляцию продолжают на фоне регионарного обезболивания.

Необходимо отметить, что психологическая поддержка в родах (партнер, акушерка) и свободное положение роженицы снижают частоту развития слабости родовой деятельности.

#### Вторичная слабость родовой деятельности

Вторичная слабость родовой деятельности - аномалия, при которой хорошая в начале родов (в латентную фазу) сократительная деятельность матки частично или полностью истощается в активную фазу родов.

Слабость потуг - ослабление родовой деятельности во втором периоде родов, возникающее в результате слабости мышц передней брюшной стенки или общего утомления роженицы.



При вторичной слабости родовой деятельности схватки, в начале родов достаточно сильные, продолжительные и частые, становятся слабее и короче, а паузы между схватками удлиняются. В некоторых случаях схватки могут совсем прекратиться. Продвижение предлежащей части плода по родовому каналу замедляется или же прекращается. Длительное течение родов, особенно после излития околоплодных вод, приводит к выраженному утомлению роженицы, а продолжительный безводный промежуток ведет к развитию инфекции в родах и гипоксии плода.

Головка плода не должна стоять в одной плоскости более 1 ч у первородящей и более 30 мин у повторнородящей.

Задержавшаяся на длительное время в одной плоскости малого таза головка плода, сдавливая родовые пути, и сама подвергается неблагоприятному воздействию: у плода возможны нарушения мозгового кровообращения и кровоизлияния в мозг с развитием в последующем у новорожденного парезов и параличей. В особенно тяжелых случаях может произойти гибель плода.

Прежде чем выработать тактику ведения родов при вторичной слабости родовой деятельности, необходимо выяснить причину ее развития.

При вторичной слабости родовой деятельности, развившейся в первом периоде родов на фоне утомления роженицы, методом выбора служит регионарная аналгезия.

В тех случаях, когда родовая деятельность не нормализуется, показана стимуляция родов.

Иногда вторичная слабость родových сил наступает в тот момент родов, когда головка плода находится в полости или в выходе из малого таза. В этих случаях роды заканчивают наложением вакуум-экстрактора или акушерских щипцов.

Противопоказания к родостимуляции:

- клинически узкий таз;
- рубец на матке;
- неправильное положение или предлежание плода;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- неполное предлежание плаценты;
- угрожающий разрыв матки;

– гипоксия плода.

**ВАЖНО!** На практике, особенно при вторичной слабости родовой деятельности и слабости потуг, а также при гипоксии плода в конце второго периода родов, вы будете встречаться с методом «выдавливания» плода, необоснованно называемым методом *Кристеллера*.

Метод запрещен к применению, а в некоторых странах его использование карается увольнением с последующим лишением лицензии на профессиональную деятельность. Тем не менее, он имеет весьма широкое распространение.



Рис.8.1. Метод Кристеллера

### Сильная (чрезмерная) родовая деятельность

Сильная родовая деятельность характеризуется сильными, длительными (более 1 мин) и частыми (более четырех за 10 мин), с короткими интервалами (1-2 мин) схватками.

Клиническая картина родов при сильной (чрезмерной) родовой деятельности характеризуется внезапным бурным началом. Сильные схватки с короткими паузами приводят к быстрому раскрытию маточного зева. Роженица, как правило, находится в состоянии возбуждения. Второй период родов протекает с бурными потугами, в результате чего плод рождается за 1-2 потуги.

При сильной (чрезмерной) родовой деятельности роды протекают быстро - менее 6 ч у первородящих и 4 ч у повторнородящих. Это быстрые

роды. Если роды продолжаются менее 4 ч у первородящих и 2 ч у повторнородящих, их называют стремительными.

Во время сильной (чрезмерной) родовой деятельности нарушается маточно-плацентарное кровообращение, развивается гипоксия плода. При быстром продвижении через естественные родовые пути головка плода подвергается сильному сдавлению, так как не успевает совершиться конфигурация, что часто приводит к травме плода (внутричерепное кровоизлияние). В результате бурной родовой деятельности возможны преждевременная отслойка плаценты и даже разрыв матки.

Во втором периоде родов быстрое опорожнение матки нередко приводит к развитию тяжелого осложнения - гипотонии матки.

Зачастую стремительные и быстрые роды сопровождаются травмой мягких родовых путей.

*Лечение.* Роженицу необходимо уложить на бок, противоположный позиции плода. Если роженица получает утеротоник, его введение следует немедленно прекратить.

Проводят тщательное медикаментозное обезболивание (регионарная аналгезия в сочетании с применением транквилизаторов).

Можно использовать средства, расслабляющие мышцу матки, -  $\beta$ -адреномиметики, которые вводят внутривенно через инфузомат или внутривенно капельно в 5% растворе глюкозы со скоростью 0,05-0,1 мг/мин (острый токолиз).

Роды проходят в положение на боку; акушерскую защиту промежности осуществляют, не перекидывая женщину на спину.

В конце второго периода родов и после рождения плода необходима профилактика кровотечения: вводят 5 ЕД окситоцина или 1,0 мл метилэргометрина внутривенно капельно.

#### Дискоординированная родовая деятельность

Дискоординация - это аномалия родовой деятельности, при которой отсутствует последовательность сокращений отдельных мышечных волокон матки, в некоторых случаях начинается фибрилляция мышц. Реже может развиваться тетания матки.

Клиническое течение родов при дискоординированной родовой деятельности характеризуется болезненными схватками, постоянной болью в поясничной области или в области нижнего сегмента. Матка в интервале между схватками не всегда расслабляется полностью. Отмечено отсутствие или замедление раскрытия маточного зева на фоне, казалось бы, активной родовой деятельности.

Процесс родов замедляется или останавливается. Нередко происходит несвоевременное излитие околоплодных вод. Диагноз дискоординированной родовой деятельности ставят на основании характерной клинической картины и данных кардиотокографии, а уточняют при влагалищном исследовании.

*Лечение* заключается в прекращении аномальной родовой деятельности. Хороший эффект дает применение эпидуральной аналгезии.

Один из основных методов лечения дискоординации родовой деятельности - регионарная аналгезия.

При отсутствии эффекта от лечения аномалии родовой деятельности роды заканчивают экстренной операцией кесарева сечения.

#### Несвоевременное излитие околоплодных вод

Излитие околоплодных вод считают несвоевременным, если разрыв плодных оболочек происходит при открытии маточного зева менее 7 см.

Несвоевременное излитие вод подразделяют на *преждевременное*, или *дородовое* (если оно произошло до начала родовой деятельности), и *раннее* (если воды излились в родах, но до раскрытия маточного зева в 7 см).

Время между излитием околоплодных вод и рождением плода - *безводный промежуток*.

Длительным безводным промежутком считают 12 ч и более (по некоторым данным - 18 ч), при этом возрастает риск хориоамнионита (воспаления плодных оболочек) и послеродового эндометрита.

Амниотическая жидкость обычно бесцветная, может содержать примесь белых хлопьев первородной смазки плода (сыровидная смазка). Иногда околоплодные воды могут быть окрашены в зеленоватый цвет из-за примеси первородного кала плода (мекония).

Примесь мекония в околоплодных водах - признак гипоксии плода.

Окрашивание вод кровью - серьезный симптом, требующий прежде всего исключения преждевременной отслойки плаценты.

В настоящее время более точным и удобным методом обнаружения околоплодных вод служит использование тест-полосок, специфичных для определенного белка околоплодной жидкости.

При подозрении на подтекание околоплодных вод до начала родовой деятельности акушерка дает беременной стерильную белую пленку (подкладную) и в течение 1-3 ч следит за цветом и количеством выделений из половых путей. Обильное промокание пленки подтверждает диагноз преждевременного излития вод.

Тактика ведения беременных с преждевременным излитием вод зависит от срока беременности, зрелости шейки матки, положения плода и его состояния.

Преждевременное излитие околоплодных вод при поперечном или косом положении плода служит показанием к экстренному кесареву сечению.

В случаях головного предлежания плода при доношенной беременности и зрелой шейке матки в течение 4-6 ч акушерка совместно с врачом следит за состоянием беременной и плода и развитием сократительной деятельности матки, используя наружные методы исследования или кардиомониторинг. Если за это время родовая деятельность не началась, приступают к родовозбуждению окситоцином. Способ и скорость введения такие же, как при родостимуляции в случае слабости родовой деятельности.

При преждевременном излитии околоплодных вод при доношенном плоде и незрелой шейке матки за беременной наблюдают 4-6 ч.

Если за это время родовая деятельность не началась, беременную родоразрешают операцией кесарева сечения.

#### Предлежание и выпадение петель пуповины

Предлежание петель пуповины - расположение пуповины перед предлежащей частью плода при целом плодном пузыре.

Выпадение петель пуповины - расположение пуповины перед предлежащей частью плода (в матке, в цервикальном канале, во влагалище) при отсутствии плодных оболочек.



Рис.8.2. Предлежание пуповины

Предлежание петель пуповины служит показанием к плановому кесареву сечению. Подозрение на выпадение петель пуповины требует немедленного уточнения диагноза при влагалищном исследовании и экстренного родоразрешения.

В дальнейшем тактика зависит от предлежания плода.

- При головном предлежании показано до начала операции придерживать предлежащую часть рукой, беременную перевести в положение Тренделенбурга (с приподнятым тазовым концом).
- При тазовом предлежании придерживать тазовый конец не обязательно.
- Попытка заправить петли пуповины за предлежащую часть, как правило, безуспешна и приводит к усугублению гипоксии плода.

#### Дистоция плечиков

Дистоция плечиков - невозможность рождения плечевого пояса после рождения головки плода в течение 1 мин без применения специальных пособий, т.е. клиническое несоответствие плечевого пояса и таза матери

Дистоция плечиков выходит на первое место в качестве причины родового травматизма новорожденного из-за снижения частоты родов через естественные родовые пути при тазовом предлежании, почти полного отказа от применения полостных акушерских щипцов и увеличения числа крупных плодов (макросомии).

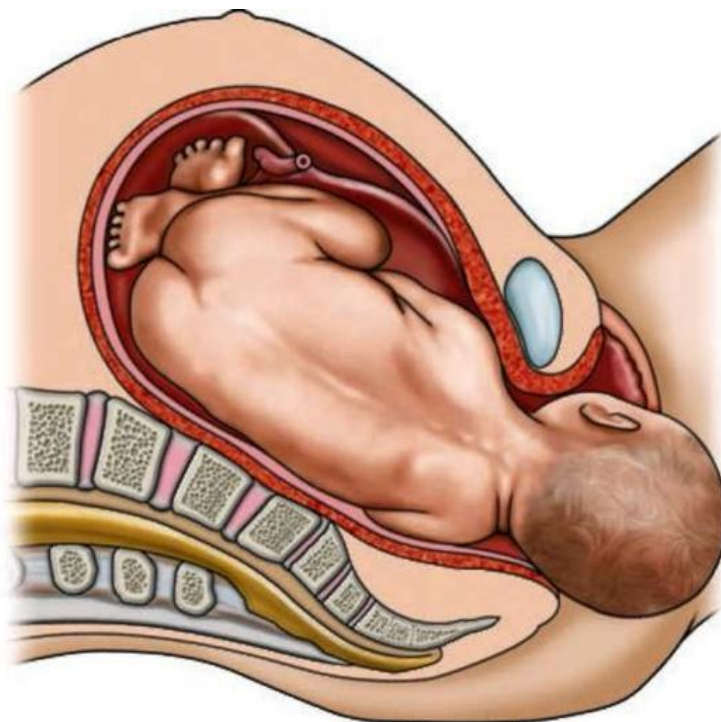


Рис.8.3. Дистоция плечиков плода

Выделяют следующие разновидности дистоции плечиков:

- высокая дистоция плечиков - задержка рождения обоих плечиков (двусторонняя дистоция);
- низкая дистоция плечиков - задержка рождения одного плечика (переднего). Существует также классификация, основанная на степени выраженности дистоции.

Клиническая картина развивается после рождения головки и включает следующие *симптомы*:

- задержка рождения плечиков более 1 мин после рождения головки плода;
- головка плода родилась, но остается плотно охваченной вульвой;
- подбородок втягивается и опускает промежность («симптом черепахи»);
- потягивание за головку не сопровождается рождением плечика.

Действовать следует быстро, избегая трех действий:

- нельзя тянуть (не следует производить чрезмерных тракций за головку);
- нельзя толкать (не нужно стараться выдавить плод);
- нельзя сгибать (не следует совершать чрезмерных латеральных сгибаний головки).

В англоязычном акушерстве существует мнемоническая аббревиатура HELPERR:

H - *help* - позвать на помощь;

E - *episiotomy* - оценить возможность эпизиотомии;

L - *legs* - максимально согнуть ноги в тазобедренных суставах;

P - *pressure* - давление над лобком (L+P - прием МакРобертса);

E - *enter* - ввести руку для внутреннего поворота плечевого пояса (приемы Вудса и Рубина);

R - *remove* - удалить, извлечь заднюю ручку;

R - *roll* - перекатиться «на все четыре», на четвереньки (прием Гаскин).

*Аббревиатура HELPERR позволяет довольно легко вспомнить в экстренной ситуации последовательность действий при дистоции плечиков*

Таблица 8.1. Степени дистоции плечиков и экстренные мероприятия

| Степень | Мероприятия   | Описание   |
|---------|---|--|
| Легкая  | H - <i>help</i> - позвать на помощь   | Отработанный сценарий действий всех участников   |
|         | E- <i>episiotomy</i> -оценить возможность эпизиотомии                                     | По усмотрению врача, ведущего роды   |
|         | L - <i>legs</i> - максимально согнуть ноги в тазобедренных суставах;<br>прием МакРобертса | Максимальное сгибание ног роженицы в тазобедренных суставах, при этом помощник рукой давит над лобком дорсально или косо дорсально |



|                   |  |  |
|-------------------|--|--|
| <b>Умеренная</b>  | Е - enter - ввести руку для внутреннего поворота плечевого пояса (приемы Вудса и Рубина) | Совокупность приемов, смысл которых заключается в переводе переднего (заднего) плечика в заднее (переднее), путем давления на плечико и поворота плечевого пояса по часовой стрелке или против нее. Ротация плечевого пояса способствует его вхождению (ввинчиванию) в полость малого таза |
|                   | R - remove - удалить, извлечь заднюю ручку   | Умывательным движением в направлении от спинки к груди заднюю ручку плода извлекают из крестцовой впадины  |
|                   | R - roll - перекатиться «на все четыре», на четвереньки (прием Гаскин)                   | Роженицу поворачивают в коленно-локтевое положение   |
| <b>Выраженная</b> | Перелом ключицы  | С помощью двух пальцев, введенных за головку плода, предпринимают попытку перелома ключицы   |
|                   | Гистеротомия   | Экстренно производят небольшие разрезы на передней брюшной стенке и на матке в области нижнего сегмента. Хирург своей рукой непосредственно исправляет положение переднего плечика, направляя его в малый таз, после чего акушерка извлекает ребенка через естественные родовые пути       |
|                   | Симфизиотомия  | Рассечение лонного сочленения скальпелем или специальной пилкой  |
|                   | Метод Заванелли  | Вправление (сгибание) головки обратно в полость малого таза с последующим экстренным кесаревым сечением  |

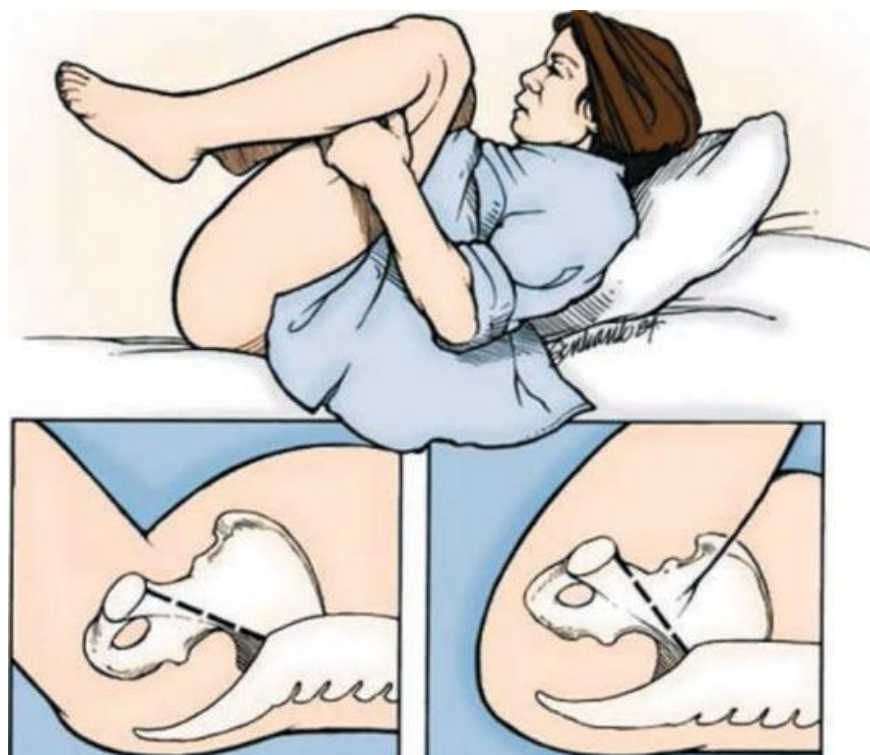


Рис.8.4. Прием МакРобертса (максимальное сгибание тазобедренных суставов с одновременным давлением на надлобковую область)

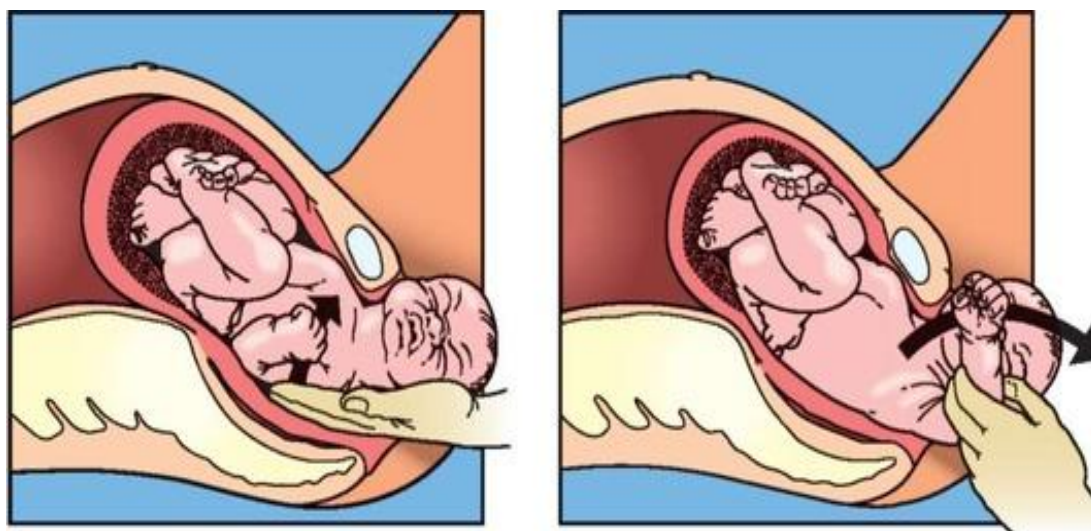


Рис.8.5. Извлечение задней ручки плода

Вопросы для самоконтроля:

1. Перечислите виды аномалий родовой деятельности?
2. Дайте характеристику патологического прелиминарного периода?
3. К какой аномалии относится слабость потуг?
4. Опишите тактику оказания помощи при предлежании пуповины?
5. Перечислите симптомы дистоции плечиков плода?

### Особенности ведения родов при аномалиях таза

К аномалиям костного таза относят узкий, широкий и деформированный таз. При неправильном ведении роды у беременных с аномалиями костного таза сопряжены с материнским и детским травматизмом. У рожениц могут наблюдаться разрывы мягких родовых путей, матки, травмы костей таза (разрыв лонного сочленения). У плода в родах возможны кровоизлияния в мозг, надрывы мозжечкового намета и т.д.

В настоящее время гораздо реже отмечают выраженную деформацию и сужение таза у женщин. Встречаются смешанные формы аномалий таза.

#### *Варианты аномалий таза*

**Широкий таз.** Различают анатомически и клинически широкий таз.

Таз считают анатомически широким при увеличении всех размеров на 2 см и более.

*Широкий таз* чаще наблюдается у высоких, крупных женщин. Предполагаемые размеры таза: *distantia spinarum* - 28-29 см, *distantia cristarum* 30-32 см, *distantia trochanterica* - 33-34 см, *conjugataexterna* 22-23 см.

При влагалищном исследовании определяют удлинение диагональной конъюгаты и увеличение расстояния между седалищными буграми, лонным сочленением и крестцом.

*Клинически широкий таз* - таз, просторный для плода. Он может наблюдаться при анатомически широком тазе; при нормальных размерах таза и небольших - плода (преждевременные роды);

Роды при широком тазе в большинстве заканчиваются благополучно для матери и плода.

Осложнения при широком тазе могут быть связаны с быстрым продвижением головки в полости таза.

В родах при широком тазе могут наблюдаться следующие осложнения:

- разгибательные вставления головки плода;
- быстрые или стремительные роды;
- разрывы мягких родовых путей;

– внутричерепные кровоизлияния у плода.

Для профилактики быстрых и стремительных родов применяют обезболивание, включая эпидуральную анестезию, продолжающуюся до рождения плода, ведение второго периода родов на боку.

*Узкий таз.* Различают анатомически и клинически узкий таз.

В анатомически узком тазе все размеры, или хотя бы один из них, укорочены по сравнению с нормальным на 2 см и более.

Основным показателем наличия и степени сужения таза служит истинная конъюгата: если она меньше 11 см, то таз считается узким.

Причины анатомически узкого таза многочисленны.

Отклонения в формировании костей таза во внутриутробном периоде наблюдаются при нарушении минерального обмена и гиповитаминозах у беременных.

В детстве причинами узких тазов и тазов с деформациями могут быть недостаточное питание, рахит, туберкулез, переломы, врожденные вывихи тазобедренных суставов, атрофия и отсутствие ноги.

В период полового созревания к вышперечисленным причинам присоединяются гормональные нарушения, в частности гиперандрогения, гипоэстрогения с быстрым ростом тела в длину и замедлением увеличения поперечных размеров таза. Такие же изменения могут происходить при приеме гормонов с целью задержки менструации во время занятий спортом.

Классификация. В нашей стране общепринята классификация по форме и степени сужения таза. По форме различают часто и редко встречающиеся узкие тазы.

Часто встречающиеся формы узкого таза.

1. Поперечносуженный таз.
2. Общеравномерносуженный таз.
3. Плоский таз: а) простой плоский таз; б) плоскоррахитический таз; в) таз с уменьшением прямого размера широкой части полости.

Редко встречающиеся формы узкого таза.

1. Кососмещенный и кососуженный таз.

2. Таз, сопровождающийся экзостозами, костными опухолями или переломами его в анамнезе.
3. Кифотический таз.

В результате изменений условий жизни в настоящее время снизилось число женщин с общеравномерносуженным и плоским тазом, которые ранее преобладали в России. Чаще встречаются тазы как результат акселерации - поперечносуженные, тазы с уменьшением размеров широкой части полости малого таза, стертые формы сужения таза, диагностика которых затруднена.

Степень сужения таза определяется по истинной конъюгате. В зависимости от ее размера выделяют четыре степени сужения таза:

I - истинная конъюгата менее 11 см и более 9 см;

II - истинная конъюгата от 9 см до 7,5 см;

III - истинная конъюгата от 7,5 см до 5,5 см;

IV - истинная конъюгата 5,5 см и меньше.

Сужения таза III и IV степени в практике обычно не встречаются.

По этой классификации вход в таз считается суженным, если прямой размер менее 10 см, поперечный - менее 12 см. Частота осложнений возрастает, если уменьшены оба размера.

*Поперечносуженный таз* имеет сужение поперечных размеров. Суженным считается таз, в котором поперечные размеры малого таза уменьшены хотя бы на 0,6-1,0 см и более. Прямые размеры плоскости входа и узкой части полости малого таза могут быть уменьшены или, наоборот, увеличены. В зависимости от этого вход в малый таз может иметь округлую или продольно-овальную форму. Из других особенностей поперечносуженного таза обращают на себя внимание малая развернутость крыльев подвздошной кости и узкая лонная дуга.

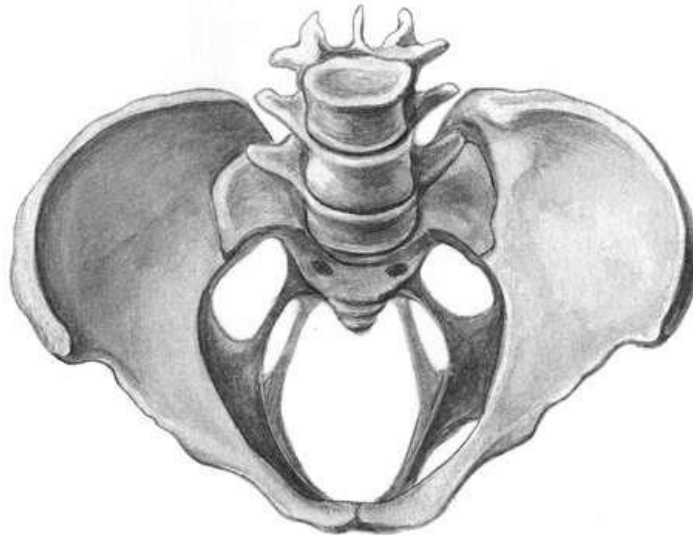


Рис.9.1. Поперечносуженный таз

По данным рентгенопельвиметрии различают три степени сужения в зависимости от поперечного размера плоскости входа в малый таз.

- I степень - 12,4 см - 11,5 см.
- II степень - 11,4 см - 10,5 см.
- III степень - менее 10,5 см.

Диагностика. При наружном измерении таза: уменьшение наружных поперечных размеров, поперечного размера ромба Михаэлиса (менее 10 см), поперечного размера плоскости выхода таза.

При влагалищном исследовании определяются острый лонный угол, сближение седалищных остей.

Диагноз подтверждается рентгенопельвиметрией, магнитно-резонансной томографией.

*Общеравномерносуженный таз* имеет укорочение всех размеров на 1,5-2 см. Общеравномерносуженный таз сохраняет форму нормального таза, встречается у женщин правильного миниатюрного строения. Кости таза у них, как и кости всего скелета, обычно тонкие, в связи с чем полость таза может быть достаточной и не оказывать препятствий для прохождения плода.

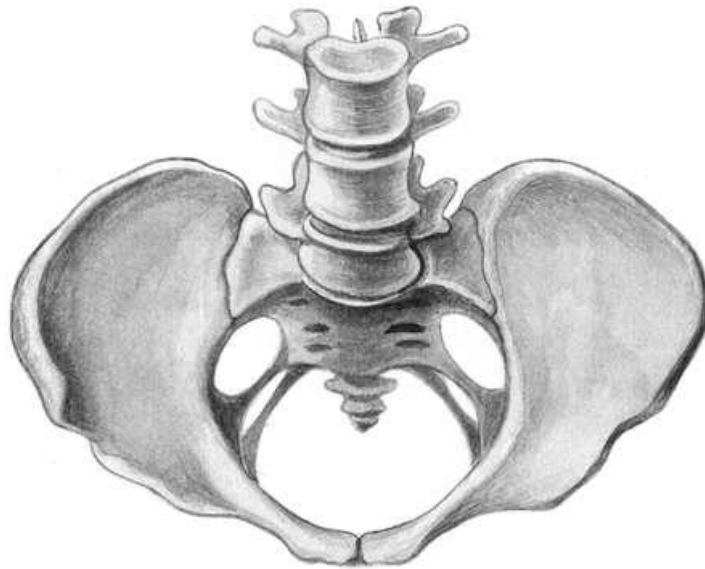


Рис.9.2. Общеравномерносуженный таз

Общеравномерносуженный таз является проявлением инфантилизма, возникшего в детстве, или в период полового развития.

Диагностика. При наружном измерении таза все размеры, включая наружную конъюгату, пропорционально уменьшены. Ромб Михаэлиса имеет обычную форму с пропорциональным уменьшением продольного и поперечного размеров. При влагалищном исследовании определяется укорочение диагональной конъюгаты.

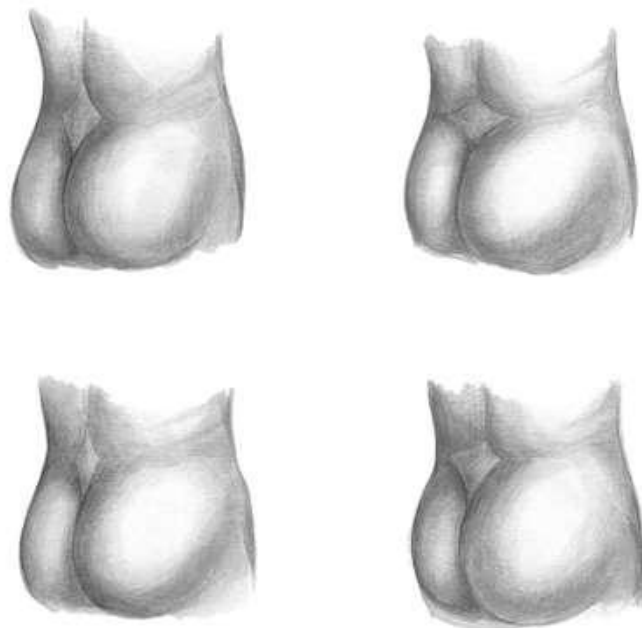


Рис.9.3. Пояснично-крестцовый ромб Михаэлиса при различных формах узкого таза (схема). А - нормальный таз; Б - плоскоррахитический; В - общеравномерносуженный; Г – кососуженный

Таблица 9.1. Основные наружные размеры узкого таза в сантиметрах

| Формы таза             | D. spinarum | D. cristarum | D. trochanterica | Conjugata externa | Conjugata diagonalis |
|------------------------|-------------|--------------|------------------|-------------------|----------------------|
| Нормальный             | 25-26       | 28-29        | 30-31            | 20                | 13                   |
| Общеравномерносуженный | 24          | 26           | 28               | 18                | 13                   |
| Поперечносуженный      | 24-25       | 25-26        | 28-29            | 20                | 11                   |
| Простой плоский        | 26          | 29           | 30               | 18                | 11                   |
| Плоскоррахитический    | 26          | 26           | 31               | 17                | 11                   |

*Плоский таз* - укорочение только прямых размеров малого таза.

Различают две разновидности плоского таза: простой плоский таз и плоскоррахитический таз.

Простой плоский таз - смещение крестцовой кости к лонному сочленению. В результате уменьшены прямые размеры плоскости входа, широкой, узкой части малого таза и плоскости выхода. Поперечные и косые размеры сохраняют нормальную величину.

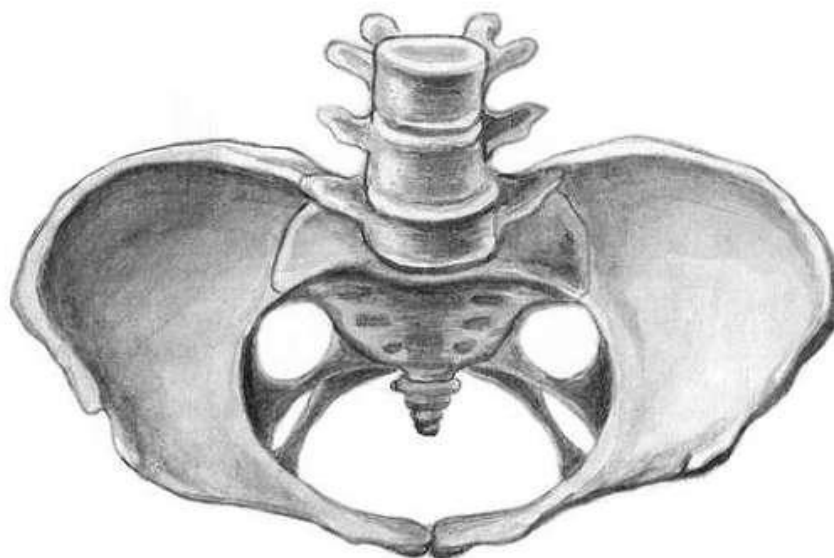


Рис.9.4. Простой плоский таз

Форма и кривизна крестца остаются обычными. Иногда между I и II крестцовым позвонком определяется добавочный мыс, который



располагается ближе к лонному сочленению, чем истинный. При простом плоском тазе угол лонной дуги достаточно широкий.

Диагностика основывается на результатах наружного и влагалищного исследований. При наружном измерении выявляется уменьшение наружной конъюгаты и прямого размера выхода при нормальных поперечных размерах таза. Форма ромба Михаэлиса изменяется из-за уменьшения прямого размера. В редких случаях при выраженном сужении таза вместо ромба определяется треугольник. При влагалищном исследовании можно выявить уменьшение диагональной конъюгаты.

*Плоскоррахитический таз* является следствием перенесенного в детстве рахита. Дистрофические изменения в костной ткани, свойственные рахиту, снижают ее плотность, в результате чего натяжение мышечно-связочного аппарата и давление позвоночника способствуют деформации и изменению расположения костей. Крестец поворачивается вокруг сагиттальной оси так, что мыс приближается к лонному сочленению, уменьшая прямой размер входа, а крестцово-копчиковое сочленение вместе с копчиком отодвигается кзади, увеличивая прямой размер выхода. Крестец при этом уплощен (вогнутость отсутствует) и укорочен в длину. Последний крестцовый позвонок вместе с копчиком в результате натяжения седалищно-крестцовых связок крючкообразно загнут вперед, но это не сказывается на увеличенном прямом размере выхода.





Рис.9.5 Плоскоррахитический таз. А - форма плоскоррахитического таза;  
Б - форма крестца при плоскоррахитическом тазе

Иногда на крестце имеется добавочный мыс, образовавшийся в результате окостенения хряща между I и II крестцовыми позвонками. Добавочный мыс может препятствовать продвижению головки.

Наряду с крестцом изменениям подвержены и подвздошные кости, особенно их крылья, которые уплощены. Гребни седалищных костей развернуты из-за смещения крестца в таз. В результате разница между *distantia spinarum* и *distantia cristarum* или меньше нормы, или оба эти размера равны; при выраженных деформациях расстояние между наружно-верхними остями больше, чем между гребнями подвздошной кости. Из-за развертывания крыльев седалищных костей их бугры значительно отклонены кнаружи и лонная дуга более широкая по сравнению с нормальным тазом. Проводная ось таза представляет собой ломаную линию. Мыс выступает в полость таза, поэтому плоскость входа имеет форму "сердца", ее прямой размер укорочен.

Прямые и поперечные размеры полости малого таза нормальные или даже увеличены. Размеры выхода увеличены.

Диагностика основывается на особенностях плоскоррахитического таза:

- уменьшение разницы между d. cristarum и d. spinarum;
- уменьшение conjugata diagonalis;
- уплощение крестца и отклонение его кзади;
- ложный мыс (в полость таза выступает II крестцовый позвонок);
- копчик подвернут внутрь в виде крючка;
- уменьшение вертикального размера ромба Михаэлиса.

*Плоскоррахитический таз* можно заподозрить по признакам перенесенного в детстве рахита: "квадратная" голова, искривление ног, позвоночника, грудины.

К стертой форме плоскоррахитического таза относится таз с уменьшением прямого размера широкой части полости малого таза. Уменьшен только прямой размер широкой части полости малого таза до 12,4 см и менее.

Выделяют две степени сужения таза. При I степени прямой размер широкой части составляет 12,4-11,5 см, при II - менее 11,5 см. Другие размеры таза не изменены. Эти размеры определяют при рентгенопельвиметрии.

При наружном акушерском исследовании уменьшение лонно-крестцового размера (расстояние от середины симфиза до сочленения между II и III крестцовыми позвонками) до 20,5 см и менее (в норме 21,8 см) свидетельствует о сужении таза. Размер менее 19,3 см указывает на выраженное сужение прямого размера широкой части полости малого таза (менее 11,5 см).

*Редко встречающиеся формы узкого таза.* Среди редко встречающихся форм узкого таза наибольшее значение имеют кососмещенный, кифотический таз и таз, суженный экзостозами и костными опухолями.

Кососмещенный (асимметричный) и кососуженный таз образуется в результате сколиоза, коксита, одностороннего вывиха бедра, укорочения одной из нижних конечностей, плохо сросшихся переломов таза и ноги, функциональных расстройств одной ноги в детстве. Тяжесть тела неравномерно распределяется на таз и конечности. Туловище находит опору в тазобедренном суставе со здоровой стороны. В результате этого вертлужная область здоровой стороны вдавливаются внутрь, половина таза на стороне больной ноги становится уже. Сужение одной стороны часто

компенсируется тем, что другая является сравнительно просторной. В связи с этим кососмещенный и кососуженный таз может не препятствовать продвижению головки.

Роженицы, имеющие такой таз, принимают во время родов положение, обычно наиболее выгодное в каждой конкретной ситуации.

*Кифотический таз.* Кифоз, как правило, образуется в детском возрасте при туберкулезном поражении позвоночника. Кифоз в шейном и грудном отделах позвоночника уравнивается лордозом поясничной части и на таз не влияет. Роды могут протекать без осложнений.

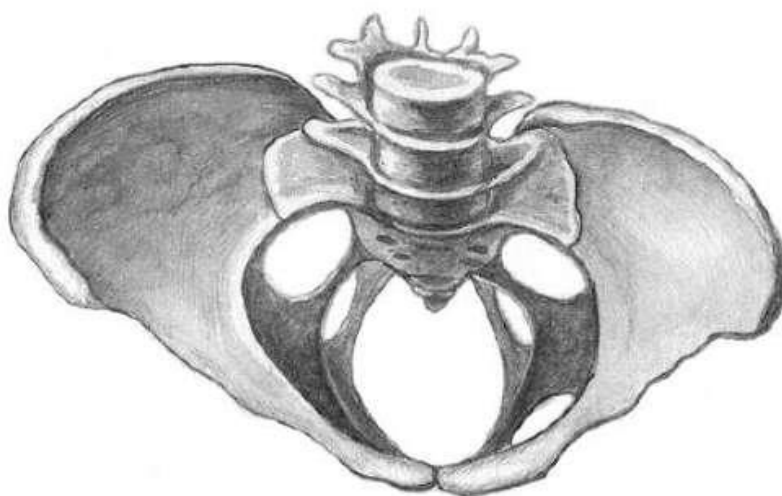


Рис.9.6. Кососуженный таз

При горбе в нижних отделах позвоночника крестец смещается кзади, поворачиваясь вокруг поперечной оси. Верхние отделы подвздошных костей расходятся, нижние вместе с седалищными буграми сближаются. Подобные деформации приводят к увеличению прямого размера плоскости входа в таз и выраженному уменьшению размеров выхода, особенно поперечных.

Таз приобретает воронкообразную форму с уменьшением размеров сверху вниз. Препятствия для прохождения головки возникает в узкой части полости малого таза и в полости выхода. Таз, суженный экзостозами и костными опухолями. Просвет таза может быть сужен расположенными на внутренней поверхности костей таза костными образованиями. Экзостозы образуются из экхондрозов после окостенения, поэтому располагаются обычно в местах нахождения хрящей: в области мыса, крест-цово-подвздошных сочленений и симфиза. Опухоли костной ткани - остеосаркомы

- могут быть большими и занимать всю полость таза. Диагностика костных образований осуществляется при влагалищном исследовании.

*Диагностика узкого таза.* Для выявления анатомически узкого таза используют данные анамнеза, результаты наружного осмотра, наружного акушерского исследования, пельвиметрии, влагалищного исследования. При необходимости выполняют рентгенопельвиметрию, компьютерную томографическую пельвиметрию, магнитно-резонансную томографию.

При сборе анамнеза обращают внимание на травматические повреждения костей таза и нижних конечностей, указания на перенесенные в детстве рахит или туберкулез. У повторнородящих для диагностики узкого таза имеют значение осложнения в предыдущих родах: затруднения прохождения головки, особенно при некрупном плоде; черепно-мозговая травма у плода; интра- и постнатальная гибель ребенка; оперативное родоразрешение (кесарево сечение). Указания на благополучные роды при средней массе тела ребенка свидетельствуют об отсутствии сужения малого таза при некотором уменьшении размеров, выявляемых при пельвиметрии.

Наружный осмотр первоначально проводят в вертикальном положении беременной. Измеряют рост беременной, и при значениях его в пределах 145-155 см можно предполагать анатомическое сужение таза. Продолжая осмотр туловища беременной, определяют конституцию: следы перенесенных заболеваний, при которых могут быть изменения костей и суставов (рахит, туберкулез и др.), форму черепа (выступающие лобные бугры, широкая переносица), позвоночника (сколиоз, кифоз, лордоз), конечностей (саблевидное искривление ног, укорочение одной ноги), суставов (анкилоз тазобедренных, коленных и других суставов), походку (переваливающаяся "утиная" походка может свидетельствовать о чрезмерной подвижности сочленений тазовых костей и о кососмещенном тазе).

При осмотре в профиль обращают внимание на форму живота. В конце беременности у первородящих женщин с узким тазом живот (заостренный кверху) остроконечный, у повторнородящих - отвислый. Особенности формы живота у беременных с узким тазом в положении стоя обусловлены тем, что головка перед родами не прижимается ко входу в малый таз. В результате высокого стояния живота дно матки не помещается под реберной дугой, и матка оказывает давление на переднюю брюшную стенку. Мышцы живота у первородящих способны удержать матку, у повторнородящих при перерастянутых мышцах она значительно перемещается кпереди.

Для оценки формы и размеров таза имеет значение ромб Михаэлиса, который хорошо просматривается на задней поверхности крестца. Чем совершеннее таз, тем более отчетливо просматривается ромб. Его поперечный размер отражает поперечные размеры таза, вертикальный – прямые. В связи с этим при уменьшении прямых размеров плоскостей таза меньшим бывает вертикальный, а поперечных размеров – поперечный размер ромба. При резких деформациях таза ромб имеет неправильные очертания, которые зависят от особенностей строения таза и его размеров

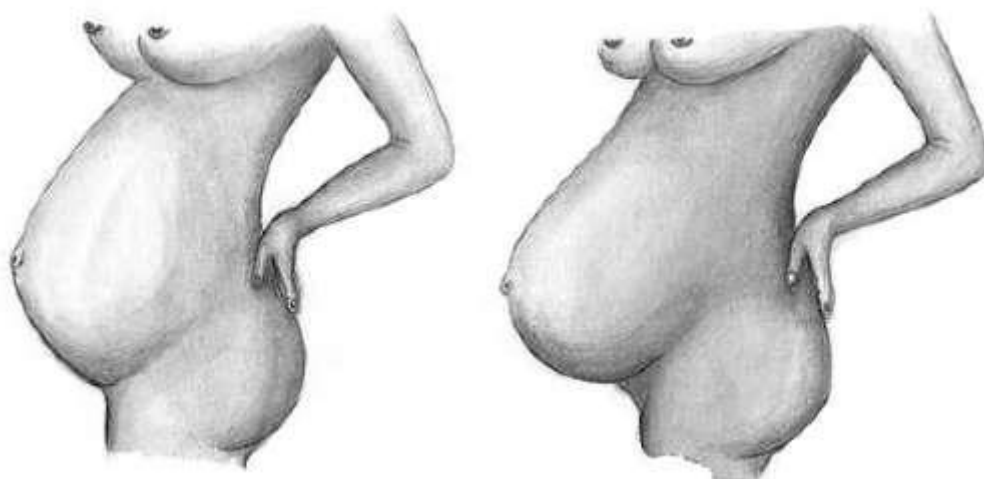


Рис.9.7. Формы живота при узком тазе. А – у первородящей; Б – у повторнородящей

У женщины с узким тазом в горизонтальном положении обращает на себя внимание выпячивание брюшной стенки над лоном, так как головка не может прижаться ко входу в малый таз и располагается над ним.

Важную информацию о размерах таза получают при наружной пельвиметрии. При этом обращают внимание не только на абсолютные значения наружных размеров таза, но и на их взаимоотношения.

Наряду с такими классическими размерами таза, как *d. spinarum*, *d. cristarum*, *d. cristarum*, *d. externa*, для уточнения диагноза можно измерять боковые и косые конъюгаты. О сужении таза свидетельствует уменьшение боковых конъюгатов до 13 см (в норме расстояние между передне- и задневерхними остями подвздошной кости равны 14-15 см).

Разница между следующими косыми размерами указывает на асимметрию таза:

- от передневерхней ости одной стороны до задневерхней ости другой (в норме они равны 22,5 см);
- от середины симфиза до задневерхних остей правой и левой подвздошных костей;
- от надкрестцовой ямки до передневерхних остей справа и слева.

Для подтверждения сужения таза и определения его формы важное значение имеют прямой и поперечный размеры выхода из малого таза.

Уменьшение наружных размеров таза не всегда свидетельствует о сужении емкости малого таза, которая определяется толщиной костей. О толщине костей косвенно судят по объему руки в области лучезапястного сустава - индексу Соловьева. Индекс Соловьева 16 см и более указывает на большую толщину костей и уменьшение вместимости малого таза даже при нормальных наружных размерах. Наоборот, величина индекса 14 см и менее может свидетельствовать о емком тазе при уменьшенных размерах большого таза.

Наиболее точно форму и степень сужения таза определяют при сопоставлении наружных размеров таза с данными влагалищного исследования.

Если размер диагональный, а следовательно, и истинной конъюгаты меньше нормы на 2 см и более, то следует думать о сужении таза.

Кроме измерения диагональной конъюгаты, определяют емкость таза (широкий, суженный таз), состояние крестца (вогнутый в нормальном тазу; плоский и отогнутый назад по оси), наличие двойного мыса, состояние копчика (нет ли крючкообразного загибания его вперед), состояние лонной дуги (выпячивания, шипы и наросты на внутренней поверхности лонных костей, высота и изогнутость лонной дуги, лонный угол), состояние лонного сочленения (плотность примыкания друг к другу лонных костей, ширина лонного сочленения, наличие на нем плотного нароста) и т.д.

Для диагностики стертых форм сужения таза применяют рентгенопельвиметрию. Современная рентгенологическая аппаратура с использованием цифровой сканирующей рентгенографической установки снижает лучевую нагрузку в 20-40 раз по сравнению с пленочной рентгенопельвиметрией.

При рентгенопельвиметрии определяют уменьшение размеров малого таза в зависимости от формы и степени сужения, размеры головки плода,

особенности ее строения (гидроцефалия), конфигурацию, положение головки по отношению к плоскости таза и др.

Точность измерения таза повышается при проведении магнитно-резонансной томографии, к которой должны быть обоснованные показания.

Течение беременности до середины III триместра, как правило, какими-либо особенностями не отличается.

Перед родами у беременных с узким тазом возможны:

- высокое стояние головки над входом в малый таз как у повторно-, так и у первородящих;
- неправильные положения плода (косое, поперечное, тазовое);
- разгибательные предлежания головки (переднеголовное, лобное, лицевое);
- преждевременное излитие околоплодных вод.

Эти осложнения обусловлены несоответствием между размерами таза и головки, что препятствует вставлению предлежащей части в плоскость входа в малый таз. В связи с этим головка остается подвижной над входом в таз до начала родовой деятельности. В результате высота стояния дна матки при узком тазе в конце III триместра больше, чем при нормальных размерах таза. Вследствие высокого стояния диафрагмы значительно ограничивается экскурсия легких и нарушается деятельность сердца. При сужении таза одышка в конце беременности появляется раньше, держится дольше и более выражена, чем при беременности у женщин с нормальным тазом.

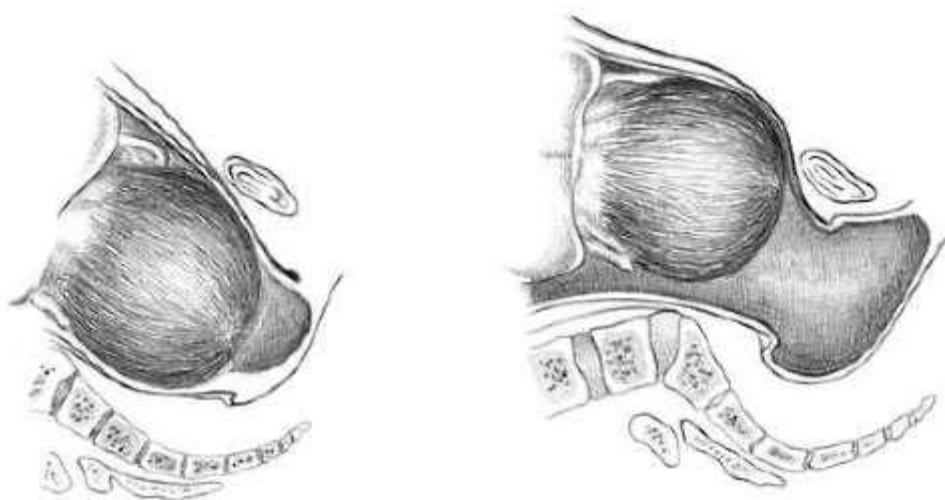




Рис.9.8. Вставление головки во вход в малый таз при нормальном (А) и анатомически узком (Б) тазе. Головка стоит над входом в малый таз.

Передние и задние воды не разграничены

Отсутствие плотного пояса прилегания между подвижной головкой и костями таза может стать причиной неправильных положений и разгибательных предлежаний, преждевременного излития околоплодных вод и выпадения петель пуповины.



Рис.9.9. Выпадение петли пуповины

Важно определить срок родов, чтобы предупредить перенашивание беременности, которое при узком тазе особенно неблагоприятно. В 39-40 недель беременных следует госпитализировать в отделение патологии для уточнения диагноза и выбора рационального метода родоразрешения.

*Течение родов при узком тазе.* Роды при узком тазе (несоразмерность таза и головки) имеют особенности и нередко сопровождаются осложнениями для матери и плода.

В периоде раскрытия шейки матки часто отмечается несвоевременное излитие околоплодных вод; первичная и вторичная слабость, дискоординация родовой деятельности, затяжные роды, хориоамнионит.

Преждевременное и раннее излитие околоплодных вод, обусловленное высоким стоянием головки над входом в таз, отсутствием деления вод на передние и задние.

Несвоевременное излитие околоплодных вод, длительный безводный промежуток способствуют распространению инфекции, особенно при патогенной микрофлоре во влагалище. Возможно развитие хориоамнионита, плацентита, а также инфицирование плода.

При узком тазе относительно часто диагностируются аномалии родовой деятельности. При головке, расположенной высоко, отсутствует ее давление на шейку матки и нижний сегмент. В результате наблюдается как первичная и вторичная слабость родовой деятельности, так и ее дискоординация. Раскрытие шейки матки замедляется.

В периоде изгнания продвижение головки по плоскостям малого таза может быть длительным.

При неправильном ведении родов возможны следующие осложнения:

- длительное (более 2 ч) стояние головки в одной плоскости таза;
- сдавление мягких тканей родовых путей между костями таза и головкой плода;
- образование мочеполовых и кишечно-половых свищей;
- травмы костей таза;
- разрывы матки;
- травматические повреждения и гипоксия плода.

При уменьшении размеров таза для продвижения головки по плоскостям таза во втором периоде родов необходима хорошая родовая деятельность. Даже при этих условиях головка может длительно находиться в одной плоскости, прижимая мягкие ткани к костям таза. Спереди могут сдавливаться мочевого пузырь, мочеиспускательный канал, сзади - прямая кишка. Пребывание головки в одной плоскости более 2 ч: нарушает кровообращение с развитием гипоксии, ишемии и некроза в тканях. На 5-7-е сутки после отторжения некротических тканей образуются мочеполовые и прямокишечно-влагалищные свищи. Одновременно с тканями могут сдавливаться нервы с последующим развитием пареза мышц нижних конечностей.

При значительном несоответствии между размерами таза и головки и ведении родов через естественные родовые пути, особенно при использовании утеротоников, возможно перерастяжение нижнего сегмента матки и в конечном итоге ее разрыв. Кроме нарушения целостности матки, могут наблюдаться разрывы лонного сочленения, особенно при

использовании дополнительной силы, направленной на рождение плода (прием Кристеллера, акушерские щипцы, вакуум-экстракция).

В последовом периоде относительно часто наблюдается кровотечение, обусловленное нарушением отделения плаценты и выделения последа в результате гипотонии матки. Нарушение сократительной деятельности матки в III периоде родов обусловлено длительными и затяжными родами со снижением энергетического потенциала матки, неспособного обеспечить оптимально последовые схватки.

В раннем послеродовом периоде гипотония матки проявляется кровотечением. Кровотечение может также обуславливаться разрывами мягких родовых путей. В послеродовом периоде часто развивается эндометрит. При неправильном ведении родов могут проявиться мочеполовые или кишечно-половые свищи, повреждения сочленений таза.

При узком тазе и ведении родов через естественные родовые пути перинатальная смертность и заболеваемость повышены. Причинами осложнений у детей при узком тазе являются:

- значительная конфигурация головки и образование большой родовой опухоли;
- травматическое поражение костей головки, кровоизлияние в мозг;
- нарушение маточно-плацентарного кровообращения.

Механизм родов при узких тазах определяется формой таза и степенью его сужения. Механизм родов при поперечносуженном тазе зависит от степени сужения. При нормальном прямом размере плоскости входа головка вставляется в таз асинклинически передней теменной костью, в результате чего стреловидный шов смещается кзади. Если головка опускается в полость таза, то в дальнейшем механизм родов не отличается от такового при нормальном тазе: внутренний поворот головки, ее разгибание и наружный поворот.

При сочетании уменьшенных поперечных размеров таза с увеличением прямых размеров, в частности истинной конъюгаты, головка устанавливается во входе в таз стреловидным швом в прямом размере, чаще затылком кпереди. Сгибаясь и не производя внутреннего поворота, головка опускается на тазовое дно до плоскости выхода, после чего разгибается и рождается с последующим изгнанием туловища из матки. При несоответствии размеров

таза и головки может образоваться высокое прямое стояние головки. Это осложнение чаще появляется при заднем виде плода. Высокое прямое стояние головки осложняет ее продвижение по родовому каналу.

Показания к кесареву сечению:

- анатомически узкий таз при сужении III-IV степени (встречается крайне редко);
- сужении таза I-II степени и средних размерах плода (до 3500 г и более);
- экзостозы или костные опухоли в малом тазу, препятствующие прохождению плода;
- резкие деформации таза в результате перенесенной травмы;
- разрывы лонного сочленения, формирование мочеполовых и киечно-половых свищей, обусловленных сужением таза, в предыдущих родах.
- аномалии развития половых органов;
- возраст первородящих 30 лет и более;
- рубец на матке после операции;
- отягощенный акушерский анамнез (длительное бесплодие, беременность после ЭКО и т.д.), отсутствие живых детей;
- перенашивание беременности;
- крупный плод (3800-4000 г и более);
- тазовое предлежание;
- хроническая гипоксия плода;
- разгибательные предлежания головки плода.

Кесарево сечение при указанных показаниях исключает осложнения, возможные при родах у женщин с узким тазом.

Роды через естественные родовые пути ведут при сужении таза I степени, небольших размерах плода (до 2800-3000 г) и затылочном предлежании плода.

При данных условиях исход родов через естественные родовые пути определяется способностью головки к конфигурации и силой родовой деятельности.

При ведении родов необходимо контролировать:

- функцию жизненно важных органов;

- характер родовой деятельности;
- конфигурацию и механизм рождения головки;
- скорость продвижения головки по родовым путям;
- сердечную деятельность плода;
- состояние родовых путей, матки и в первую очередь ее нижнего сегмента, расположение контракционного кольца.

*Симптом Вастена* дает истинную картину при регулярной родовой деятельности; излитии околоплодных вод; полном или почти полном раскрытии шейки матки; головке, прижатой ко входу в таз или малым сегментом в плоскости входа в таз.

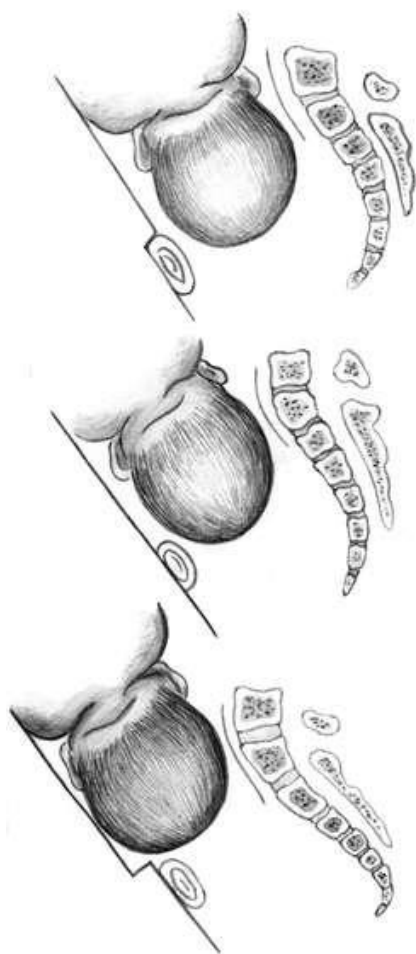


Рис.9.10. Признак Вастена (схема). А - отрицательный; Б - вровень; В – положительный

Акушер кладет ладонь на наружную поверхность симфиза и перемещает ее на предлежащую головку. При этом:

- симптом Вастена отрицательный - передняя поверхность головки находится ниже плоскости симфиза. Возможны роды через естественные родовые пути;

- симптом Вастена вровень - передняя стенка головки находится на одном уровне с симфизом - незначительное несоответствие. Возможность родов через естественные родовые пути определяется способностью головки к конфигурации и силой родовой деятельности. При слабости родовой деятельности, неправильных вставлениях головки, плотных костях черепа, узких швах и родничках прогноз родов через естественные родовые пути сомнителен;

- симптом Вастена положительный. Если передняя поверхность головки находится над плоскостью симфиза, то это является однозначным признаком несоответствия размеров головки и таза. Роды через естественные родовые пути невозможным - необходимо кесарево сечение.

При оценке признака Вастена необходимо учитывать характер вставления головки. При переднем асинклитизме или заднем виде затылочного предлежания он может быть вровень или даже отрицательным при наличии несоответствия размеров головки и таза.

*Размер Цангемейстера* является цифровым выражением соответствия размеров таза и головки. Для определения соразмерности таза и головки сопоставляют величину наружной конъюгаты с расстоянием от надкрестцовой ямки до передней поверхности головки, измеренный тазомером. При соответствии размеров головки и таза наружная конъюгата должна быть больше на 2-3 см, чем размер от надкрестцовой ямки до головки. При их одинаковых значениях или превышении размера Цангемейстера над размером наружной конъюгаты можно предполагать несоразмерность таза и головки.

*Клинически узкий таз.* Клинически узкий таз подразумевает несоразмерность таза и головки плода.

Причины клинически узкого таза:

- анатомически узкий таз;
- крупный плод;
- неспособность головки к конфигурации;
- неправильные вставления головки: разгибательные предлежания (лобное, передний вид лицевого предлежания, переднеголовное

при массе плода 3800 г и более); асинклитические вставления (заднетеменное, высокое прямое стояние стреловидного шва).

Несоответствие между размерами таза и головки можно заподозрить в начале родовой деятельности. О возможности развития клинически узкого таза свидетельствует подвижная головка над входом в малый таз, особенно у первородящих.

Окончательно клинически узкий таз формируется в конце первого и во втором периоде родов. Симптомы клинически узкого таза:

- положительные симптом Вастена и данные измерения по Цангемейстеру;
- выраженная конфигурация головки;
- большая родовая опухоль;
- замедление или отсутствие продвижения головки при хорошей родовой деятельности.

Несоответствие размеров таза и головки в родах нередко сопровождается вторичной слабостью или дискоординацией родовой деятельности.

При запоздалой диагностике клинически узкого таза и продолжении родов через естественные родовые пути появляются симптомы угрожающего разрыва матки, связанные с перерастяжением нижнего сегмента матки.

Появление симптомов клинически узкого таза является показанием для кесарева сечения.

При ведении родов нередко приходится проводить дифференциальную диагностику клинически узкого таза и вторичной слабости родовой деятельности. Они имеют общий симптом - медленное продвижение головки по плоскостям малого таза. Использование окситоцина в данной ситуации возможно только при отсутствии признаков несоответствия размеров таза и головки.

При несвоевременном родоразрешении рожениц с функционально узким тазом могут появиться симптомы угрожающего разрыва матки, а в последующем может произойти разрыв матки. Его вероятность особенно высока при использовании окситоцина у многорожавших.

Запоздалое оперативное родоразрешение при вколоченной в таз головке чревато затруднением ее извлечения во время кесарева сечения и риском травмы матки и внутричерепных кровоизлияний у ребенка.

В настоящее время выжидательная тактика при затрудненном продвижении головки считается нецелесообразной.

Вопросы для самоконтроля

1. Перечислите классификацию аномалий женского таза?
2. Перечислите диагностику клинически узкого таза?
3. Расскажите об особенностях ведения беременности женщин с аномалиями таза?
4. Охарактеризуйте размеры плоского таза?
5. Перечислите показания к операции кесарево сечения при аномалиях костного таза?
6. Что можно определить симптомом Вастена?

Лекция 10.

### **Особенности ведения родов при поперечных и косых положениях плода**

К неправильным положениям плода относят косое и поперечное. К неправильным предлежаниям головки плода - ее разгибательные предлежания, асинклитические вставления, высокое прямое и низкое поперечное стояние стреловидного шва.

Неправильные положения плода и неправильные предлежания головки плода чаще возникают у повторнородящих и многорожавших женщин.

*Причины* их возникновения многочисленны. Среди них можно выделить общие - изменение формы матки (пороки развития, миома матки и др.), снижение тонуса мышцы матки, особенно ее нижнего сегмента, различные формы сужения таза, нарушение тонуса мышц плода, наличие у него опухоли шеи и др.

Роды при неправильных положениях плода и неправильных предлежаниях головки плода рассматривают как патологические.



*Поперечное положение плода* - клиническая ситуация, при которой ось плода пересекает ось матки под прямым углом, а крупные части плода (головка и тазовый конец) находятся выше гребней подвздошных костей.

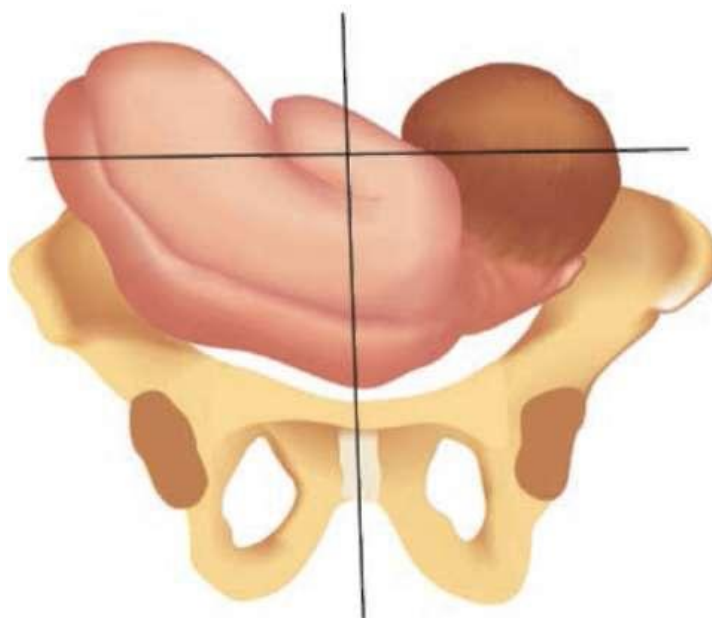


Рис.10.1. Поперечное положение плода

*Косое положение плода* - клиническая ситуация, при которой ось плода пересекает ось матки под острым углом, а одна из крупных частей плода находится в одной из подвздошных впадин большого таза. Косое положение - переходное состояние: во время родов оно превращается либо в продольное, либо в поперечное.

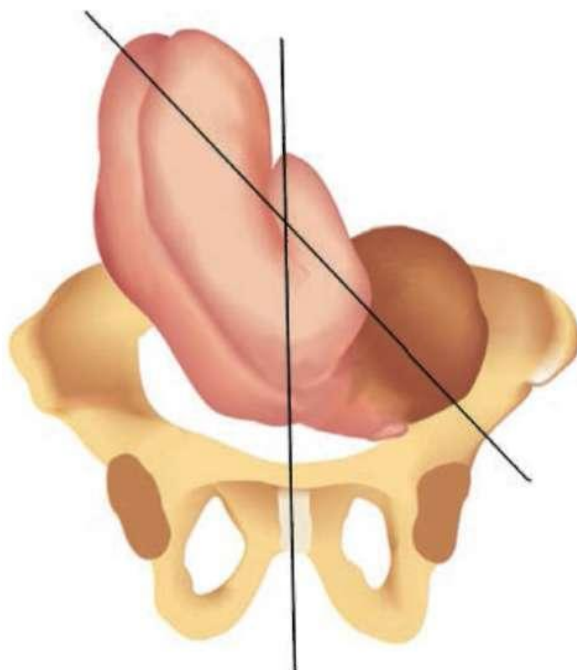


Рис.10.2. Косое положение плода

Распознавание поперечного или косого положения плода вполне возможно на основании одного лишь наружного акушерского исследования. Диагноз уточняют при влагалищном исследовании, когда предлежащая часть не определяется над входом в малый таз. Наиболее информативно в диагностике неправильного положения плода УЗИ.

Во время беременности возможны следующие осложнения: преждевременные роды (25-30%), дородовое излитие околоплодных вод и выпадение петли пуповины и мелких частей плода (ручки, ножки).

Несвоевременное излитие околоплодных вод происходит из-за отсутствия внутреннего пояса прилегания и деления вод на передние и задние. Ранний разрыв оболочек и выпадение петли пуповины могут привести к гипоксии плода и инфицированию матки.

Задача женской консультации заключается в предупреждении подобных осложнений.

Показано ограничение физических нагрузок, ношение бандажа. При косом положении рекомендуют чаще лежать на боку, соответствующем расположению крупной части в подвздошной области.

Беременную госпитализируют в акушерский стационар после 37 недель для обследования, выбора метода родоразрешения и рассмотрения вопроса о профилактическом повороте плода на головку

Очень редко при доношенной беременности с началом родов может произойти самоповорот плода в продольное положение, обычно из косого или неустойчивого, и тогда роды происходят через естественные родовые пути.

При самопроизвольном развитии родовой деятельности и позднем обращении первое осложнение неправильного положения плода заключается в раннем излитии околоплодных вод, что нередко приводит к выпадению ручки плода или петли пуповины.

При выпадении мелких частей плода и пуповины не надо пытаться их заправить, так как это неэффективно и приводит к инфицированию матки.

При продолжающейся родовой деятельности матка плотно охватывает плод, ограничивая его подвижность, плечико плода вколачивается во вход в таз, выпавшая ручка отекает, приобретает цианотичный цвет. Вследствие родовой деятельности нарушается маточно-плацентарное кровообращение, плод страдает от гипоксии, а затем погибает.

Из-за несоответствия размеров плода и таза матери при длительных родах возможны развитие вторичной слабости родовой деятельности и запущенного поперечного положения плода, появление симптомов угрожающего разрыва матки, признаков ее инфицирования (хориоамнионит, эндометрит).

Запущенное поперечное положение плода - акушерская ситуация, сопровождаемая следующими клиническими признаками: плотное охватывание плода стенками матки и отсутствие его подвижности, вколачивание плечика плода во вход таза, длительный безводный промежуток, хориоамнионит или эндометрит в родах, мертвый плод, выпадение ручки.



Рис.10.3. Запущенное поперечное положение плода, выпадение ручки из половых путей

При продолжающихся сильных и частых сокращениях матки возникает картина клинически узкого таза с перерастяжением нижнего сегмента, и происходит разрыв матки.

При запущенном поперечном положении необходимо немедленно дать наркоз для прекращения родовой деятельности и закончить роды плодоразрушающей операцией - произвести декапитацию.

При неоказании помощи возникают симптомы угрожающего разрыва матки, а в дальнейшем происходит и ее разрыв.

Если плод жив, показано экстренное кесарево сечение.

Поперечное и косое положения плода служат показанием к плановому кесареву сечению.

Классический комбинированный поворот жизнеспособного плода на ножку с последующим извлечением его за тазовый конец в настоящее время почти не применяют, так как прогноз для плода неблагоприятный.

Разгибательными предлежаниями и вставлениями головки плода называют такие акушерские ситуации, при которых нарушается членорасположение плода, головка плода не прижимается подбородком к его грудной клетке и находится в разогнутом состоянии.

### Причины образования разгибательных предлежаний:

- аномалии развития матки (двурогая, с перегородкой и др.),
- миома матки, снижение тонуса и некоординированные сокращения матки, особенно нижнего сегмента,
- узкий таз,
- предлежание плаценты,
- маловодие,
- многоводие,
- многоплодие,
- кифоз позвоночника у матери,
- недостаточность передней брюшной стенки (дряблый и отвислый живот) и тазового дна,
- опухоли в области шеи плода,
- очень большая или очень маленькая головка плода,
- потеря плодом тонуса (мертвый плод).

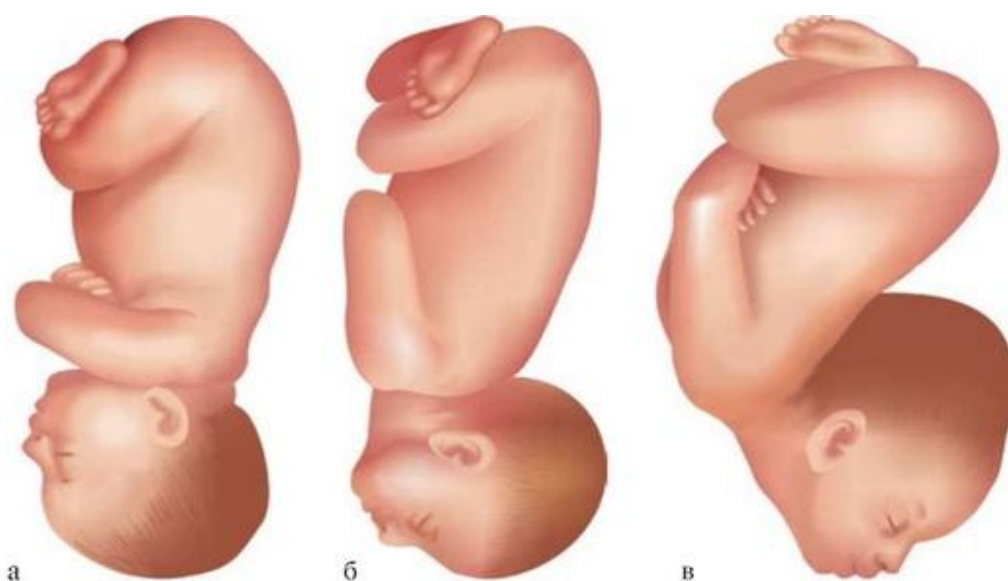


Рис.10.4. Разгибательное положение головки. А – первая степень, Б – вторая степень, В – третья степень.

*Асинклитизм или внеосевое* вставление - аномалии положения головки плода во входе или в полости малого таза, при которых стреловидный шов отклонен кпереди или кзади (к лону или к крестцу). В этих случаях одна из теменных костей находится ниже другой.

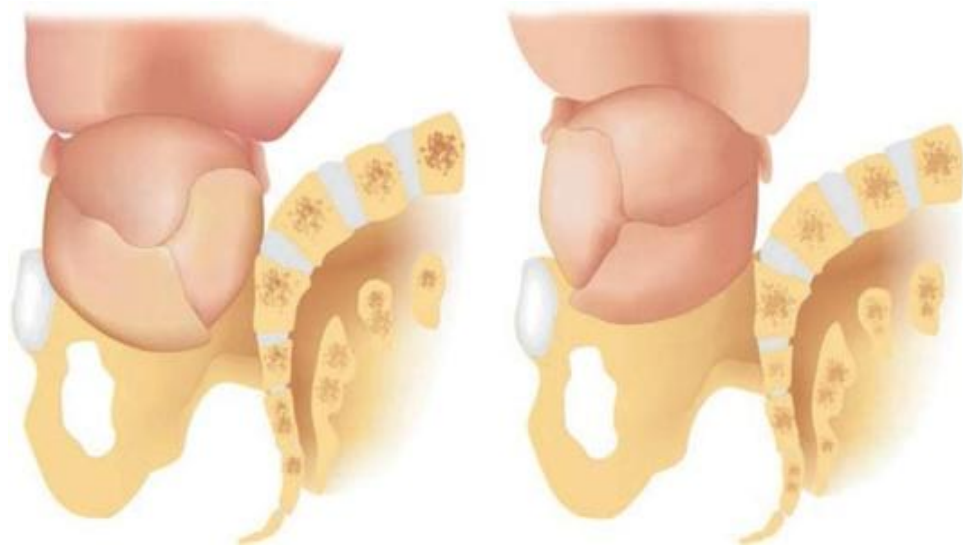


Рис.10.5. Асинклитическое вставление головки. Слева - передний асинклитизм (Негеле), справа - задний асинклитизм (Литцмана)

К неправильным стояниям головки плода относят высокое (во входе) прямое и низкое (в выходе) поперечное стояние стреловидного шва. Каждое из этих отклонений от физиологического течения механизма родов может привести к серьезным осложнениям.

*Высокое прямое стояние стреловидного шва* - такое положение, при котором головка плода находится во входе в малый таз стреловидным швом в прямом размере. В дальнейшем после отхождения вод оно может перейти в высокое прямое вставление. Такое вставление приводит обычно к серьезным осложнениям родов, так как головка плода, фиксированная прямым своим размером (12 см) в прямом размере входа в таз (11 см), встречает со стороны лонного сочленения и мыса труднопреодолимое препятствие. Головка подвергается во входе в таз давлению в переднезаднем направлении - ото лба к затылку.

В зависимости от того, куда обращен малый родничок, кпереди к лону или кзади к мысу, различают передний и задний виды высокого стояния стреловидного шва

Роды через естественные родовые пути при высоком прямом стоянии стреловидного шва невозможны. Высокое прямое стояние стреловидного шва головки - абсолютное показание к кесареву сечению.

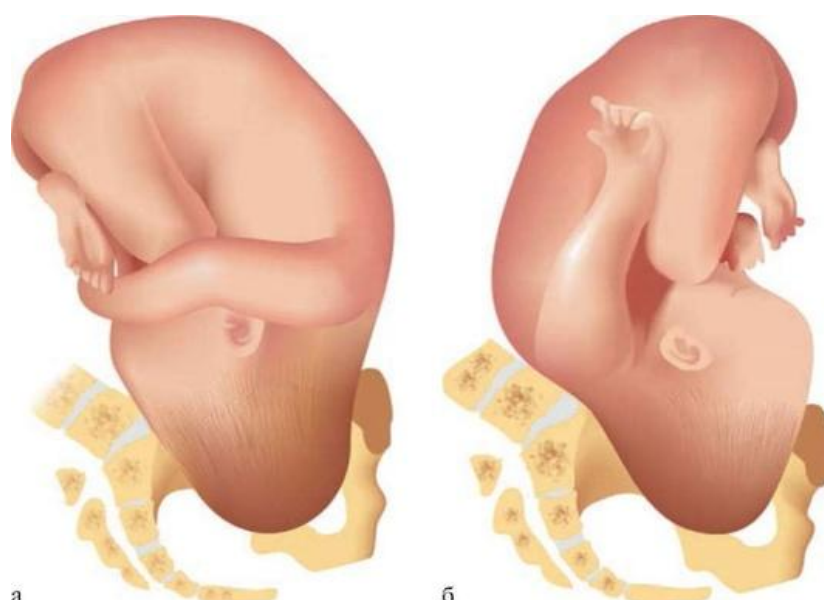


Рис.10.6. Высокое прямое стояние стреловидного шва: а - передний вид; б - задний вид

*Низкое поперечное стояние стреловидного шва* - патологическое изменение механизма родов, при котором головка плода не совершает внутренний поворот, и ее стреловидный шов остается в поперечном размере выхода таза.

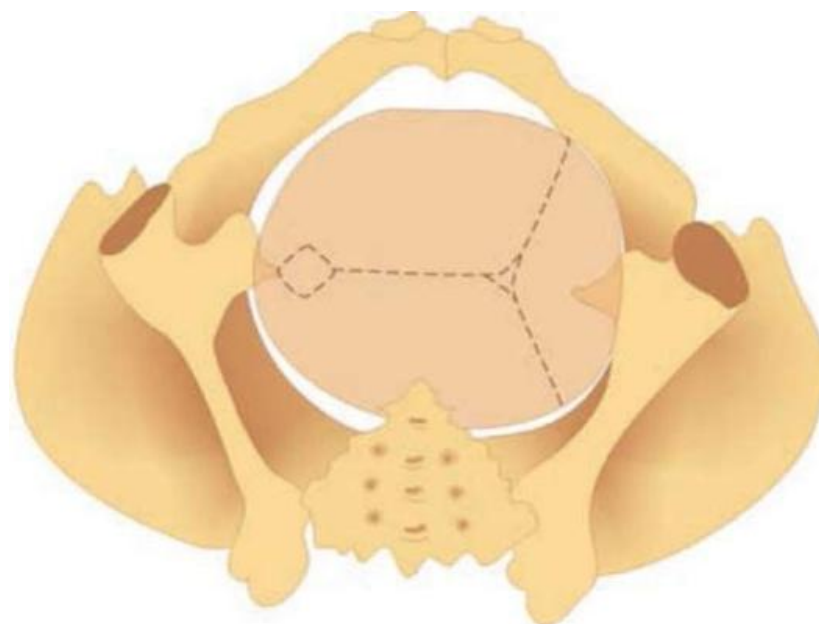


Рис.10.7. Низкое стояние стреловидного шва

При активной родовой деятельности головка совершает внутренний поворот на тазовом дне, и роды заканчиваются самопроизвольно. Ведение родов должно быть выжидательным (до 1 ч). При появлении осложнений со стороны матери (слабость родовой деятельности, хориоамнионит) или плода

(гипоксия) при живом плоде показано наложение атипичных акушерских щипцов, при гибели плода - плодоразрушающая операция (перфорация головки).

Вопросы для самоконтроля:

1. Перечислите причины возникновения неправильного положения плода?
2. Какие виды неправильного положения плода бывают?
3. Диагностика неправильного положения плода?
4. Какие виды разгибательного положения головки вы знаете?
5. Расскажите план родоразрешения у женщин с неправильным положением плода и неправильным вставлением головки?

Лекция 11.

### **Акушерский травматизм**

Родовые пути женщины во время родов подвергаются значительному растяжению. В результате этого в ряде случаев возникают повреждения тканей влагалища, промежности и шейки матки, в основном носящие характер поверхностных ссадин и трещин, которые бессимптомны и самостоятельно заживают в первые дни послеродового периода.

*К родовому травматизму матери относят:*

1. повреждения наружных половых органов;
2. разрывы промежности;
3. разрывы стенок влагалища;
4. разрывы шейки матки;
5. разрывы тела матки;
6. вывороты матки;
7. разрывы сочленений таза;
8. кишечно-половые и мочеполовые свищи.

Наиболее распространенными причинами разрывов промежности являются следующие:



- ригидность тканей у первородящих старше 30 лет, рубцы, оставшиеся после предыдущих родов, а также высокая промежность;
- прорезывание головки большим размером при разгибательных предлежаниях: переднеголовном, лобном, лицевом;
- оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум экстракция);
- анатомически узкий таз, особенно плоскорихитический, при котором происходит быстрое прорезывание головки, и инфантильный, при котором наблюдается узкий лонный угол;
- крупный плод;
- быстрые и стремительные роды;
- неправильное оказание акушерского пособия - преждевременное разгибание и прорезывание головки.

#### Классификация разрывов:

Разрыв 1 степени – нарушается целостность задней стенки влагалища и задней спайки, а также кожа промежности. До мышечной ткани разрыв не доходит.

Разрыв 2 степени – кроме кожи рвутся фасции и мышцы, которые сходятся в области сухожильного центра: *m. constrictor cunni*, *m. transverses perinea superficialis*, *m. transverses perinea profundus*, *m. sphincter urethra-vaginalis* и ножка леватора - *M. Pubococcygeus*.

Разрыв 3 степени – кроме кожи, фасций и упомянутых мышц, надывается или полностью разрывается *m. sphincter ani externus* и слизистая передней стенки прямой кишки. При этом если повреждается только сфинктер, разрыв называют неполным. При вовлечении в разрыв стенки прямой кишки говорят о полном разрыве 3 степени.

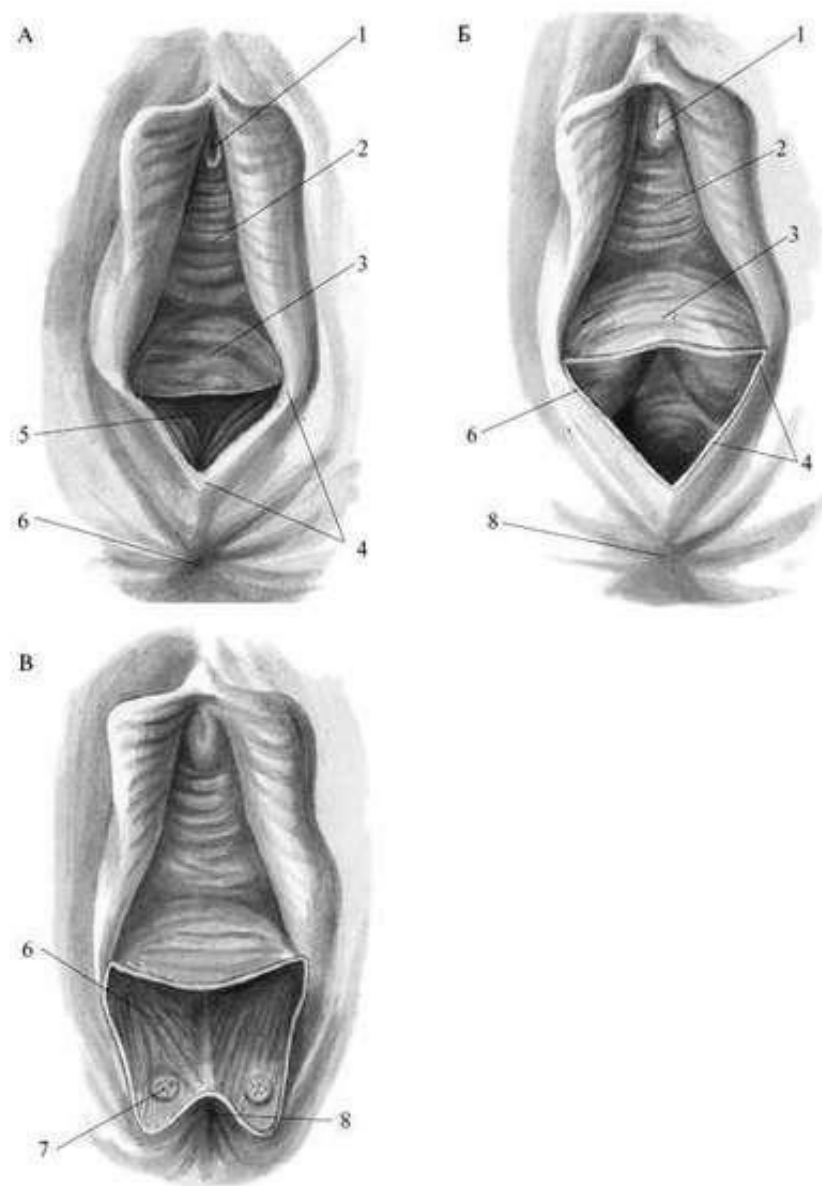


Рис.11.1. Разрыв промежности I (А), II (Б), III (В) степени. 1 - мочеиспускательный канал; 2 - передняя стенка влагалища; 3 - задняя стенка влагалища; 4 - кожа промежности; 5 - разрыв слизистой задней стенки влагалища; 6 - m. levator ani; 7 - наружный сфинктер прямой кишки; 8 - задний проход

*Диагностика.* Разрывы промежности выявляются при визуальном осмотре в послеродовом периоде. Лечение разрывов промежности заключается в восстановлении анатомических взаимоотношений тканей путем наложения швов.

Ушивание разрывов промежности 1 и 2 степени проводится под внутривенной или местной инфильтрационной анестезией, начиная с верхнего угла раны, ушивая дефект послойно.

При разрыве III степени показано общее обезболивание (для полного расслабления сфинктера прямой кишки). Для ушивания слизистой влагалища используется рассасывающийся шовный материал (кетгут, викрил, дексон), на кожу шелковые швы.

Применяют методику послойного зашивания раны промежности путем наложения непрерывного кетгутового шва (косметический шов).

Угрожающий разрыв промежности. Признаки: угрозы разрыва выражаются в значительном выпячивании промежности, ее цианозе, отеке, а затем и побледнении. Кожа промежности становится блестящей, на ней появляются незначительные трещины, и происходит разрыв промежности.

Виды рассечений промежности:

- Перинеотомия
- Средино-латеральная эпизиотомия
- Латеральная эпизиотомия.

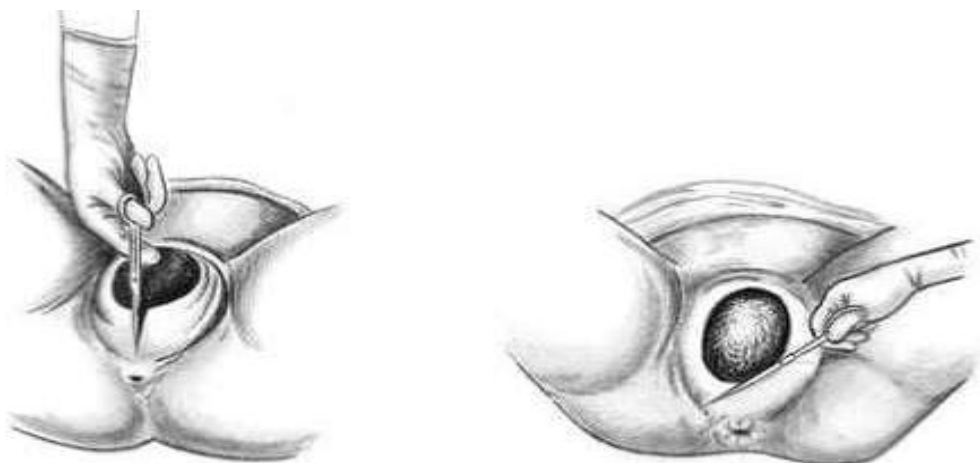


Рис.11.2. Рассечение промежности. Слева – перинеотомия, справа – средино-латеральная эпизиотомия

*Гематомы наружных половых органов* и влагалища возникают во время родов вследствие длительного или быстрого периода изгнания плода или при извлечении головки плода с помощью акушерских щипцов. Под воздействием травмы происходит разрыв сосудов в глубине мягких тканей, поверхность которых остается неповрежденной. Изливающаяся кровь скапливается в тканях и рыхлой клетчатке, образуется гематома, по размерам нередко превышающая головку новорожденного.

*Клиническая картина* характеризуется появлением сине-багровой опухоли в области наружных половых органов или влагалища, вход во влагалище расположен эксцентрично.

Гематомы вызывают ощущение дискомфорта (чувство давления, распираия) резкую боль. При больших или прогрессирующих гематомах развивается картина геморрагического шока. Гематомы способны распространяться вверх на клетчатку малого таза (околовагалищная и околоматочная).

Небольшие гематомы не вскрывают. Прогрессирующие гематомы и более 4-5 см в диаметре подлежат вскрытию с целью найти кровоточащий сосуд, чтобы наложить на него лигатуру, удалить сгустки крови, зашить рану наглухо. Возможно нагноение гематом. При признаках инфекции зашивание раны противопоказано.

### *Разрывы шейки матки*

#### Причины разрывов шейки матки

1. Изменения шейки матки воспалительного характера, рубцовые изменения.
2. Ригидность шейки матки у первородящих старше 30 лет.
3. Чрезмерное растяжение шейки матки при крупном плоде, разгибательных предлежаниях.
4. Быстрые и стремительные роды.
5. Длительные роды при преждевременном излитии вод.
6. Длительное ущемление шейки матки между головкой и костями таза.
7. Оперативные роды - акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, поворот плода на ножку, извлечение плода за тазовый конец, плодоразрушающие операции.
8. Нерациональное ведение II периода родов, ранняя потужная деятельность.

Разрывы шейки матки могут быть самопроизвольные и насильственные. Самопроизвольные возникают при родах без оперативных пособий, насильственные - при оперативных вмешательствах, вызванных патологическими родами.

Разрывы шейки матки делятся на три степени.

- Разрыв шейки матки I степени с одной или двух сторон не более 2 см от наружного зева;
- Разрыв шейки матки II степени - разрывы более 2 см, не достигающие до сводов влагалища с одной или двух сторон;
- Разрыв шейки матки III степени - разрывы, достигающие до свода или переходящие на него.

Симптомом разрывов шейки матки является кровотечение из родовых путей, которое возникает после рождения плода и последа при хорошо сократившейся матке. Кровотечение может быть от незначительного до профузного, вытекающая кровь имеет алый цвет. Значение имеет калибр поврежденного кровеносного сосуда и наличие в нем тромбов.

Разрывы шейки матки после родов определяется при осмотре шейки матки с помощью зеркал. Этот осмотр обязателен для всех родильниц. Шейку матки обнажают при помощи зеркал, затем ее захватывают окончатными зажимами сначала за переднюю губу и, переключая их, растягивая края, осматривают ее на всем протяжении через каждые 2 см.

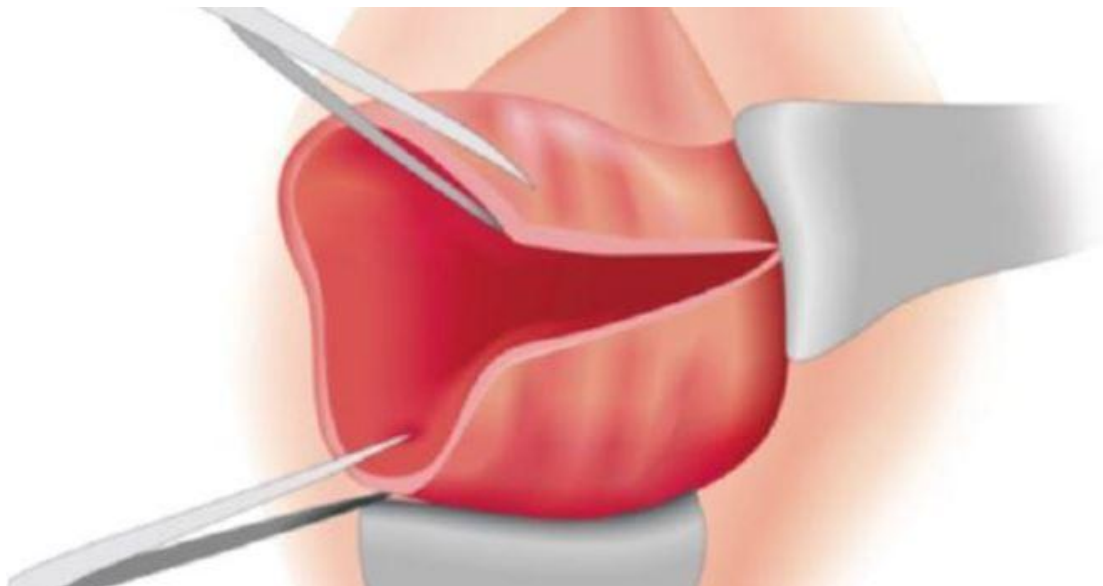


Рис.11.3. Разрыв шейки матки 2 степени

*В зависимости от патогенеза разрывы матки разделяют на:*

Самопроизвольные. Это разрывы, возникающие самостоятельно, на фоне анатомо-физиологических особенностей матери и/или ребенка (механическая преграда, гистологические изменения).

Насильственные. Такие разрывы матки являются результатом медицинских действий (использования вакуум-экстрактора, щипцов, слишком быстрого рождения ребенка), травмы живота и таза.

По степени повреждения стенки разрывы матки можно разделить на две группы:

Полные разрывы матки, при которых повреждаются эндо-, мио-, и периметрий. При этом формируется отверстие между маточной и брюшной полостью, через которое может выходить плод.

Неполные разрывы матки ограничиваются только эндометрием и/или миометрием. Основное проявление – образование гематомы под висцеральной брюшиной или между листками широкой связки.

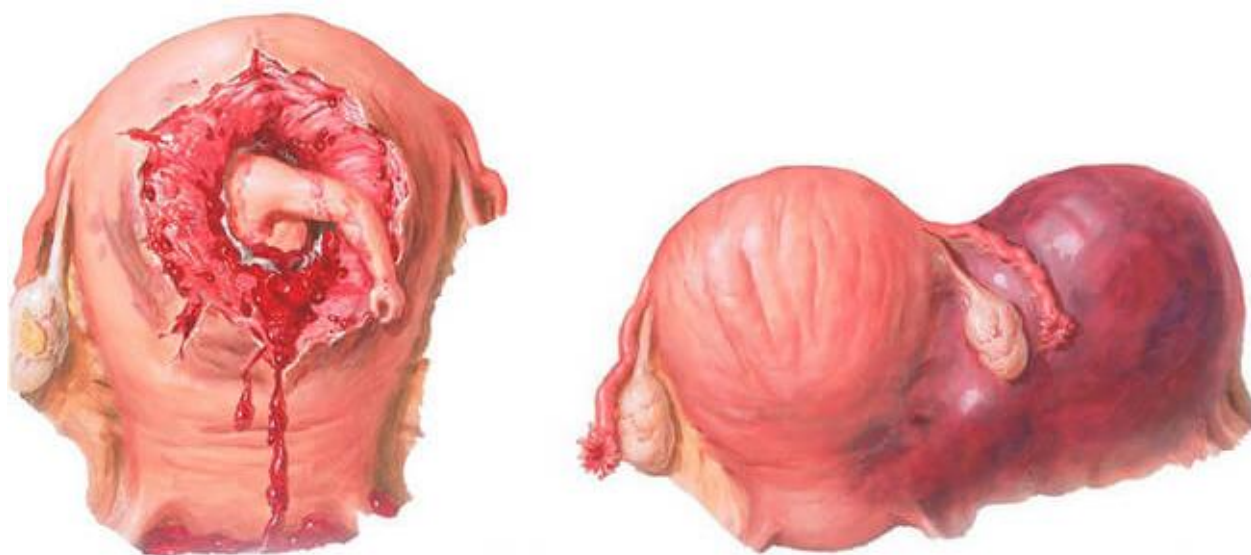


Рис.11.4. Разрыв матки. Слева-полный, справа-неполный

Угрожающий разрыв матки - при этом состоянии имеется перерастяжение нижнего сегмента матки или его дегенеративные изменения. Клиническая картина наиболее выражена при механическом препятствии к изгнанию плода, и меньше - при патологических изменениях стенки матки.

Клиническая картина характеризуется появлением следующих симптомов.

- ✓ Бурная родовая деятельность, схватки сильные, резко болезненные.
- ✓ Матка вытянута в длину, дно ее отклонено в сторону от средней линии, круглые связки напряжены и болезненны.

- ✓ Контракционное кольцо расположено высоко (на уровне пупка) и косо, матка приобретает форму песочных часов.
- ✓ Нижний сегмент матки перерастянут и истончен, при пальпации резко болезненный, не удается определить подлежащую часть.
- ✓ Выпячивание или припухлость над лоном вследствие отека предпузырной клетчатки.
- ✓ Признак Вастена положительный.
- ✓ Затруднение мочеиспускания вследствие сдавления мочевого пузыря или уретры между головкой и костями таза.
- ✓ Непроизвольная и безрезультатная потужная деятельность при высоко стоящей головке.
- ✓ Беспокойное поведение роженицы.

#### Свершившийся разрыв матки

В момент разрыва роженицы испытывают сильную режущую боль, некоторые ощущают: что-то лопнуло, разорвалось. Сразу же прекращается родовая деятельность. Роженица становится апатичной, перестает кричать. Одновременно с угнетением состояния бледнеют кожные покровы, нарастает учащение пульса, падает его наполнение и артериальное давление, появляется холодный пот, т. е. развивается типичная картина шока. Шок обусловлен сначала резким перитонеальным инсультом в связи с внезапным изменением внутрибрюшного давления, а в дальнейшем он усугубляется кровотечением.

При наступившем разрыве матки меняется форма живота, исчезают напряжение круглых связок брюшной стенки, контракционное кольцо. Плод полностью или частично выходит в брюшную полость, и поэтому при пальпации части плода отчетливо определяются непосредственно под брюшной стенкой. Сердцебиение плода исчезает. Наружное кровотечение обычно бывает несильным, так как кровь изливается в брюшную полость, а при неполном разрыве образуется гематома в околоматочной клетчатке.

Острый выворот матки. Острый выворот матки возникает при неправильном ведении последового или послеродового периода, вследствие слабости связочного аппарата матки, ее атонии. Выворот матки может быть

полным или частичным. Всегда сопровождается развитием болевого шока. Диагностика не представляет трудностей.

Лечение острого выворота матки заключается в немедленной противошоковой терапии и вправлении вывернутой матки на место под глубоким наркозом.

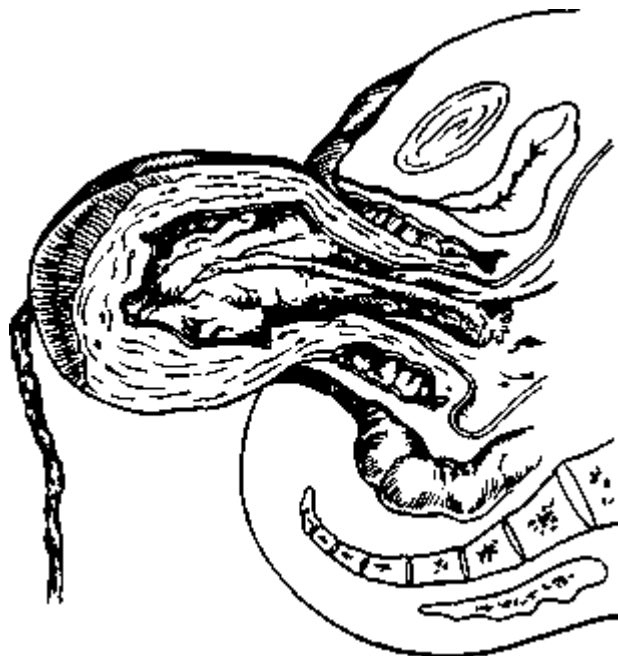
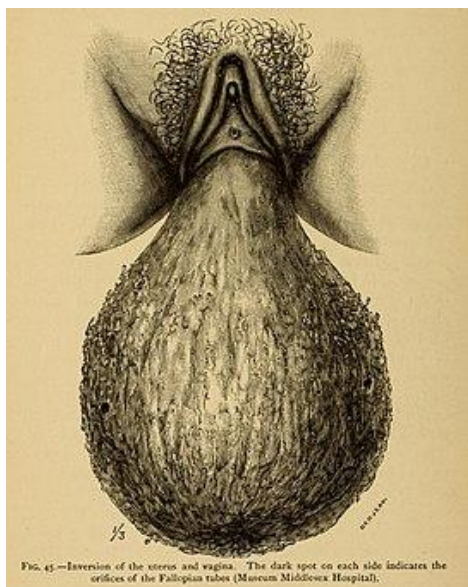


Рис.11.5. Острый выворот матки

#### Растяжение и разрывы сочленений таза.

У отдельных беременных встречается чрезмерное размягчение сочленений таза (симфизит, симфизиопатия). При родах крупным или переносным плодом, родоразрешающих операциях размягченные сочленения растягиваются, лонные кости отходят друг от друга на значительное расстояние (более 0,5 см). При разрыве лонного сочленения не исключены смещение лонных костей, повреждение мочеиспускательного канала, клитора, мочевого пузыря. При этом растягиваются и крестцово-подвздошные сочленения. В суставах образуются кровоизлияния, в последующем может начаться воспалительный процесс.

Клинически эти осложнения вызывают появление болей в области лонного сочленения, крестца, копчика на 2-3-й день после родов, которые усиливаются при разведении ног и ходьбе. Могут появиться признаки воспаления в области травмы - гиперемия кожи, отек окружающих тканей.

Распознают повреждения сочленений таза при осмотре и пальпации области лонного сочленения и с помощью рентгенографии.



Допустимо консервативное лечение (покой, тугое бинтование таза, корсеты). При разрыве лонного сочленения или значительном расхождении костей таза требуется хирургическое вмешательство.

Мочеполовые и кишечные свищи. Образование мочеполовых и кишечно-половых свищей связано с неправильным ведением родов, особенно при узком тазе. Свищи не опасны для жизни женщины, но являются тяжелым увечьем и приводят к инвалидизации женщины. Свищи образуются вследствие длительного стояния головки плода в одной плоскости (более 2 ч), в результате чего происходит нарушение кровообращения в окружающих тканях с последующим их некрозом. Образуются свищи на 6-7-й день после родов, т.е. после выписки из родильного дома. Свищи могут образоваться при заживлении зашитых травм промежности вторичным натяжением, при ранении мочевого пузыря и кишечника во время чревосечения.

По патогенетическому признаку:

- Самопроизвольные;
- Насильственные.

По локализации:

- Пузырно-вагинальные;
- Уретро-вагинальные;
- Мочеточниково-вагинальные;
- Кишечно-вагинальные.

Основное клиническое проявление свищей - это либо выделение мочи через влагалище вне акта мочеиспускания, либо выделение жидкого кала, всегда сопровождающиеся местной воспалительной реакцией во влагалище.

Диагностируют мочеполовые свищи путем осмотра влагалища шейки матки с помощью зеркал цистоскопии, кишечно-половые также при осмотре влагалища с помощью зеркал, пальцевого ректального исследования, при ректоскопии и ирригоскопии.

Мелкие вагинально-прямокишечные свищи могут закрыться сами при соблюдении соответствующей диеты и гигиены. При незакрывшихся мочеполовых и кишечно-половых свищах необходимы пластические операции, которые довольно сложны и могут быть выполнены не ранее чем через 4-6 мес. после родов.

## Родовой травматизм плода

Повреждения центральной и периферической нервной системы

### I. Экстракраниальные кровоизлияния

- Субапоневроticheкое
- Кефалогематома (2,5%)

### II Интракраниальные (внутричерепные) кровоизлияния

- Эпидуральное
- Субдуральное
- Субарахноидальное
- Внутрижелудочковое
- Внутримозжечковое
- Смешанные

### III. Повреждение спинного мозга

- Повреждение плечевого сплетения (1 на 500-1000)

### IV. Парез лицевого нерва

Повреждения скелета и мышц:

1. Перелом ключицы (9 на 1000)
2. Перелом плечевой кости
3. Перелом бедренной кости
4. Перелом костей черепа
  - a. Линейные
  - b. Вдавленные
  - c. Затылочный остеодиастаз
5. Мышечные повреждения

В понятие «родовая травма» входят повреждения плода, которые возникают исключительно во время родового акта в результате механической травмы.

Повреждения центральной и периферической нервной системы – это экстракраниальные и интракраниальные кровоизлияния, контузия мозга, контузия мозжечка, повреждения спинного мозга и периферической нервной системы.

Экстракраниальные кровоизлияния. Выделяют три главных варианта экстракраниальных кровоизлияний:

- родовая опухоль с геморрагическим пропитыванием или подкожной гематомой;
- Субапоневротическое кровоизлияние;
- кефалогематома.

*Субапоневротическое кровоизлияние* - кровоизлияние ниже апоневротического покрытия скальпа и соединения лобного и затылочного компонентов затылочно-лобной мышцы. Кровь может распространяться ниже апоневроза и проникать в анатомические подкожные пространства шеи. Кровоизлияние обусловлено комбинацией внешнего сдавления и тянущих сил при оказании акушерских инструментальных пособий.

Субапоневротическое кровоизлияние представляет собой относительно твердое, флюктуирующее образование, увеличивающееся после рождения и переходящее в подкожные ткани задней поверхности. При субапоневротическом кровоизлиянии могут наблюдаться признаки острой кровопотери и нарастающей гипербилирубинемии. По окончании острой стадии повреждение самопроизвольно разрешается в течение 2-3 недель.

Вопросы для самоконтроля:

1. Что относят к родовому травматизму матери?
2. Перечислите причины травматизма матери?
3. Охарактеризуйте степени разрыва промежности?
4. Перечислите признаки угрожающего разрыва матки?
5. Основные проявления мочеполовых и кишечных свищей?
6. Дайте определение понятию субапоневротическое кровоизлияние?

Лекция 12.

## **Акушерские операции**

### Классификация акушерских операций.

*Операции, сохраняющие беременность.* Операции, направленные на лечение органической, анатомической ИЦН, разделяют: на производимые во время беременности и производимые вне беременности

*Операции, исправляющие положение плода (акушерские повороты).*

Акушерским поворотом называют операцию, с помощью которой неблагоприятное положение (предлежание) плода ручными приемами переводят в другое, более благоприятное и всегда продольное положение.

Различают:

- наружный акушерский поворот плода;
- классический наружновнутренний (комбинированный) акушерский поворот плода при полном раскрытии маточного зева.

#### *Родоразрешающие операции*

*Кесарево сечение* - родоразрешающая операция, при которой плод и послед извлекают через искусственно сделанный разрез на матке.

#### *Влагалищные родоразрешающие операции:*

Операции наложения акушерских щипцов (в зависимости от места расположения головки в малом тазу различают выходные и полостные акушерские щипцы) и вакуум-экстракции плода

#### *Малые акушерские операции*

- амниотомия;
- перинео- и эпизиотомия;
- ручное отделение плаценты и выделение последа;
- контрольное ручное обследование стенок матки;
- управляемая баллонная тампонада матки;
- гистероскопия в пуэрперии.

#### *Плодоразрушающие операции*

Плодоразрушающей (эмбриотомия) называют операцию, имеющую целью разрушить части плода, уменьшить его объем и сделать возможным его извлечение через естественные родовые пути.

- Операции, уменьшающие объем тела плода (эвисцерация).
- Операции, расчленяющие тело плода для извлечения его по частям (спондилотомия).
- Операции, наносящие плоду исправимые повреждения: клейдотомия

Показания к хирургическому лечению ИЦН (истмико – цервикальная недостаточность):

- самопроизвольный аборт во II триместре и преждевременные роды в анамнезе;
- прогрессирующая ИЦН (по данным клинического исследования): изменение консистенции шейки матки, укорочение по данным УЗИ, постепенное раскрытие канала шейки матки и внутреннего зева.

Противопоказания к хирургическому лечению ИЦН:

1. заболевания и патологические состояния, препятствующие сохранению беременности;
2. кровотечения во время беременности;
3. повышенный тонус матки;
4. пороки развития плода;
5. острые воспалительные процессы нижних отделов мочеполовой системы.

Обезболивание. При отсутствии противопоказаний предпочтение отдают ЭДА или спинальной анестезии как более безопасным методам обезболивания. Реже применяют общее обезболивание – наркоз закисью азота с ИВЛ.

#### Наружный акушерский поворот плода на головку

Показания: поперечное, косое положение или тазовое предлежание плода.

Условия: срок беременности 37 недель (доношенная беременность), удовлетворительное состояние матери и плода, точно диагностированное положение, позиция, вид и предлежание плода, отсутствие напряжения брюшной стенки и матки, подвижность плода в матке (воды целы), соответствие размеров таза и головки плода, возможность проведения токолиза и КТГ, наличие свободной операционной, наличие подготовленного специалиста, пустой мочевой пузырь.

Противопоказания: преэклампсия, угроза прерывания беременности, многоплодие, многоводие, маловодие, предлежание плаценты, анатомически узкий таз, самопроизвольные выкидыши и преждевременные роды в анамнезе, пороки развития матки, рубец на матке, миома матки,

экстрагенитальные заболевания матери, крупный плод, кровотечение в последних 7 дней.



Рис12.1. Наружный акушерский поворот

*Классический наружно-внутренний (комбинированный) акушерский поворот при полном открытии маточного зева*

Показания: поперечное и косое положение плода при отсутствии условий для кесарева сечения.

Такая ситуация возможна при поперечном и косом положении второго плода из двойни. Следующая за поворотом операция извлечения за тазовый конец часто сопряжена с тяжелыми осложнениями для плода, поэтому при двойне расширяют показания для кесарева сечения для второго плода, особенно у первородящих.

Противопоказания:

- рубец на матке;
- анатомически узкий таз;
- запущенное поперечное положение плода.

Условия для операции:

1. полное раскрытие маточного зева;
2. подвижность плода;
3. точное знание положения плода;
4. состояние матки и малого таза;

5. возможность рождения плода через естественные родовые пути;
6. хорошее состояние плода, целый плодный пузырь или только что излившиеся околоплодные воды.

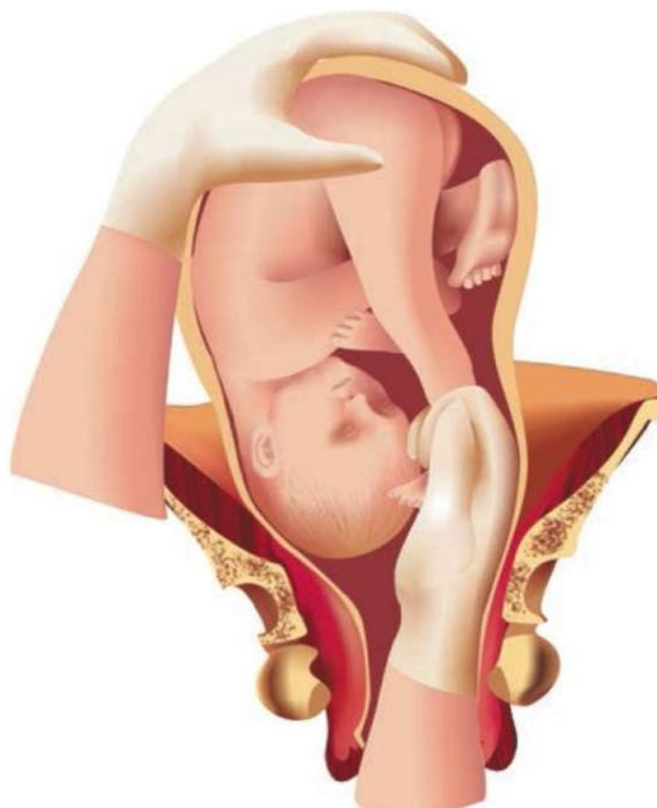


Рис.12.2. Классический наружно-внутренний акушерский поворот

### *Кесарево сечение*

Абсолютные показания - это ситуации, при которых кесарево сечение производят в целях спасения жизни матери и/или плода, а также для предупреждения инвалидизации матери.

К относительным относят показания, при которых кесарево сечение (по сравнению с вагинальными родами) улучшает исход беременности и родов для матери и плода. Одного из абсолютных показаний достаточно для родоразрешения путем кесарева сечения.

### *Абсолютные показания к кесареву сечению со стороны матери:*

1. анатомически узкий таз и III- IV степени;
2. полное предлежание плаценты;
3. неполное предлежание плаценты с выраженным кровотечением при отсутствии условий для немедленного родоразрешения;
4. ПОНРП при отсутствии условий для немедленного родоразрешения;
5. угрожающий и начинающийся разрыв матки;

6. два рубца и более на матке;
7. неполноценный рубец на матке;
8. расположение плаценты в области рубца после кесарева сечения;
9. рубец на матке после корпорального кесарева сечения;
10. опухоли органов малого таза, препятствующие рождению плода;
11. состояние после операций по поводу мочеполовых и кишечнополовых фистул;
12. рубцовые сужения влагалища и шейки матки;
13. выраженное варикозное расширение вен шейки матки, влагалища и вульвы;
14. экстрагенитальный рак и рак шейки матки.

*Абсолютные показания к кесареву сечению со стороны плода:*

1. острая гипоксия плода при отсутствии условий для немедленного родоразрешения;
2. поперечное положение после излития околоплодных вод;
3. разгибательные вставления головки - лобное, передний вид лицевого, переднеголозное, высокое прямое стояние стреловидного шва;
4. состояние агонии или смерть матери при живом плоде.

*Противопоказания к кесареву сечению:*

- острые инфекционные воспалительные заболевания любой локализации, в том числе за пределами половых органов;
- анте- или интранатальная гибель плода (кроме ПОНРП, разрыва матки).

Для выполнения кесарева сечения необходимы соответствующие *хирургические и акушерские условия.*

К хирургическим условиям относят наличие большой операционной с инструментарием и подготовленным персоналом. В крайних случаях при абсолютных показаниях и невозможности транспортировать больную в специально оборудованное учреждение можно организовать операционную на месте.

*Акушерские условия предполагают следующее:*

- отсутствие симптомов эндометрита в родах (повышение температуры тела, учащение пульса, выделения с запахом);



- плод должен быть жизнеспособным (это условие не всегда выполнимо).

В случае опасности, угрожающей роженице, например, при полном предлежании плаценты или острой ПОНРП, кесарево сечение производят и при нежизнеспособном плоде.

Обезболивание кесарева сечения. Если невозможно выполнить регионарную анестезию, для обезболивания применяют общую комбинированную анестезию (эндотрахеальный наркоз).

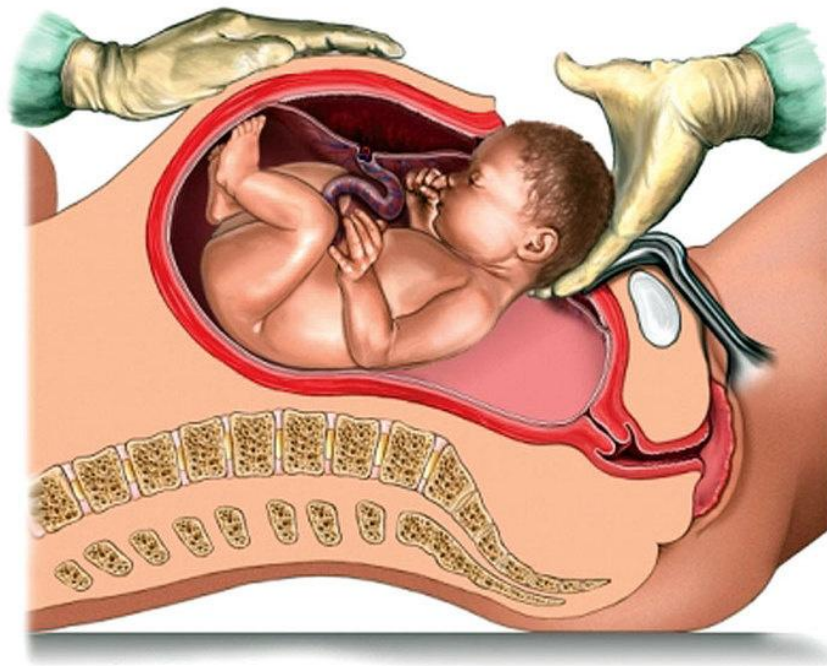


Рис.12.3. Кесарево сечение

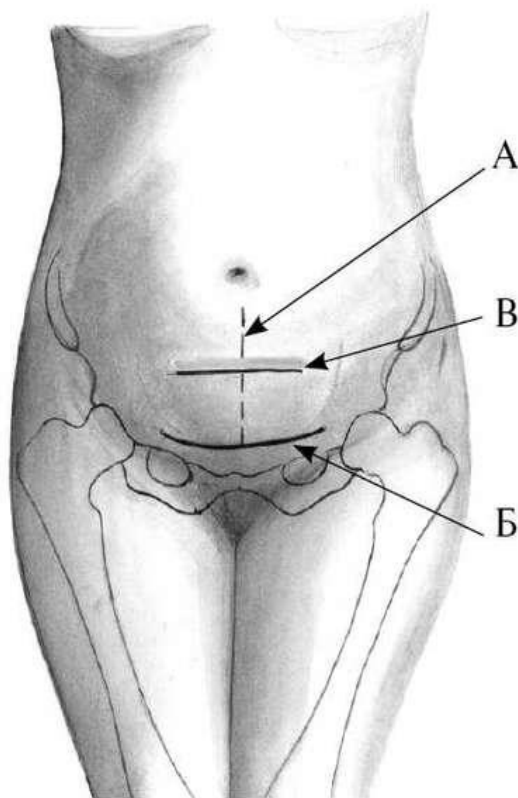


Рис.12.4. Способы рассечения передней брюшной стенки. А - продольный нижнесрединный разрез; Б – по Пфанненштилю; В - по Джоэл-Кохену

#### *Акушерские щипцы*

Показанием для операции наложения акушерских щипцов является возникшая опасность для матери или плода в период изгнания, которая может быть полностью или частично устранена быстрым родоразрешением. Показания для операции можно условно разделить на две группы: показания со стороны матери и показания со стороны плода.

Показания со стороны матери можно разделить:

- на связанные с беременностью и родами - акушерские показания (тяжелая преэклампсия, упорная слабость родовой деятельности и/или слабость потуг, кровотечение во втором периоде родов, эндометрит в родах)
- связанные с экстрагенитальными заболеваниями женщины, требующими устранения потуг - соматические показания (болезни сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, расстройства дыхания вследствие заболеваний легких, миопия высокой степени, острые инфекционные заболевания, тяжелые

формы нервно-психических расстройств, интоксикация или отравление).

Показания со стороны пода - острая гипоксия плода в период изгнания.

Для наложения акушерских щипцов необходимы следующие условия:

1. живой плод;
2. полное раскрытие маточного зева;
3. отсутствие плодного пузыря;
4. соответствие размеров таза матери и головки плода;
5. головка плода должна находиться в выходе из малого таза стреловидным швом в прямом размере или в полости малого таза стреловидным швом в одном из косых размеров.



Рис.12.5. Акушерские щипцы

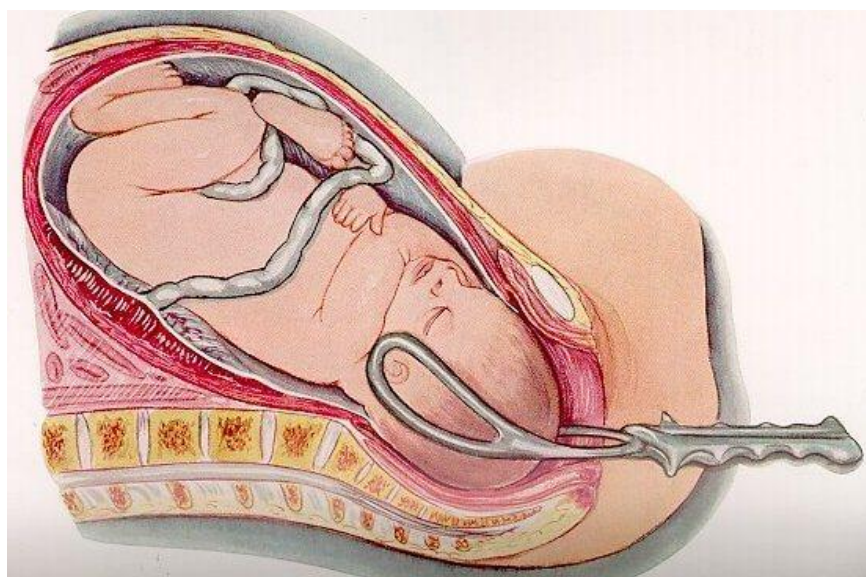


Рис.12.6. Наложение акушерских щипцов, вид сбоку

### *Вакуум-экстракция плода*

Вакуум-экстракцией плода называют родоразрешающую операцию, проводимую для извлечения плода за головку с помощью специального аппарата вакуум-экстрактора путем создания отрицательного давления между внутренней поверхностью чашечки аппарата и головкой плода.

#### *Показания:*

- слабость родовой деятельности, не поддающаяся консервативной терапии;
- острая гипоксия плода.

#### *Противопоказания:*

- несоответствие между размерами таза и головки плода;
- преэклампсия;
- заболевания, требующие исключения потуг (декомпенсированные пороки сердца, гипертоническая болезнь, заболевания легких, высокая степень миопии и др.);
- разгибательные предлежания головки;
- выраженная недоношенность плода (до 36 недель).

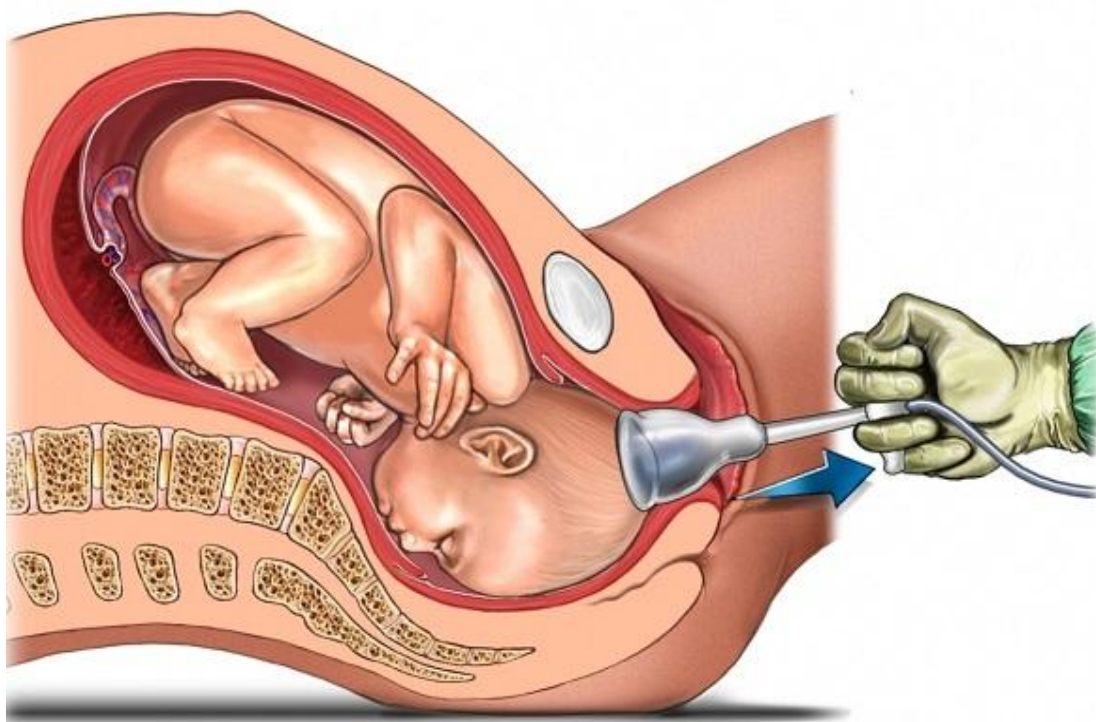


Рис.12.7. Вакуум-экстракция плода

## *Амниотомия*

Амниотомия - искусственный разрыв околоплодных оболочек. Амниотомию производят во время беременности и в родах для возбуждения родовой деятельности, ускорения родов, устранения неблагоприятного влияния на течение родов плодных оболочек или удерживаемых ими вод и создания условий для выполнения влагалищных родоразрешающих операций.

### Показания:

Во время беременности: возбуждение родовой деятельности при наличии акушерских показаний.

В родах: плоский плодный пузырь, маловодие, многоводие, чрезмерная прочность плодных оболочек при открытии маточного зева более 7 см, кровотечение при низком прикреплении плаценты, слабость родовой деятельности.

Противопоказания: неправильные положения и предлежания плода, предлежание пуповины и все противопоказания для вагинальных родов, обострение генитального герпеса, незрелая шейка матки.

Условия для разрыва плодных оболочек зависят от особенностей каждого отдельного родов и не поддаются обобщению. Вовремя беременности важна «зрелая» шейка матки (по шкале Бишопа более 6 баллов).

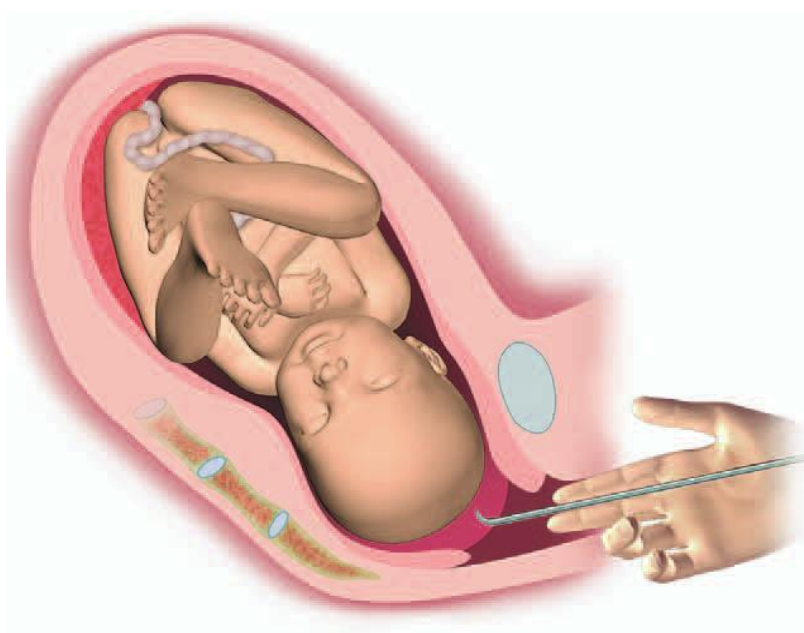


Рис.12.8. Амниотомия

### *Рассечение промежности в родах (перинео-, эпизиотомия)*

Показания: угроза разрыва промежности, высокая и ригидная или рубцовоизмененная промежность, родоразрешающие влагалищные операции.

Противопоказание для срединного разреза промежности: низкая промежность, поскольку при прорезывании головки возникает возможность перехода разреза в разрыв наружного сфинктера и передней стенки прямой кишки.

Условия для операции. Рассечение промежности производят в конце второго периода родов, во время прорезывания головки плода на высоте потуги.

Обезболивание. При разрезе промежности рекомендуют местную инфильтрационную или пудендальную анестезию, а также применение местных анестетиков в аэрозолях.



Рис.12.9. Срединно-латеральная эпизиотомия

### *Ручное отделение плаценты и выделение последа (или доли плаценты)*

Ручным отделением плаценты (или доли плаценты) называют операцию, при которой рукой, введенной в полость матки, производят насильственное отделение плаценты (доли плаценты) от стенки матки с последующим удалением последа (доли плаценты).

Показания:

- кровотечение в третьем периоде родов вследствие нарушения отделения плаценты;
- отсутствие признаков отделения плаценты в течение 30 мин после рождения плода (без кровотечения);
- задержка последа или его частей в матке.

Подготовка к операции. Положение роженицы на операционном кресле такое же, как и при других акушерских операциях. Катетером опорожняют мочевой пузырь. Операцию производят в асептических условиях, желательно с использованием длинной хирургической перчатки.

Обезболивание (anesthesia) - внутривенный, ингаляционный наркоз или ЭДА

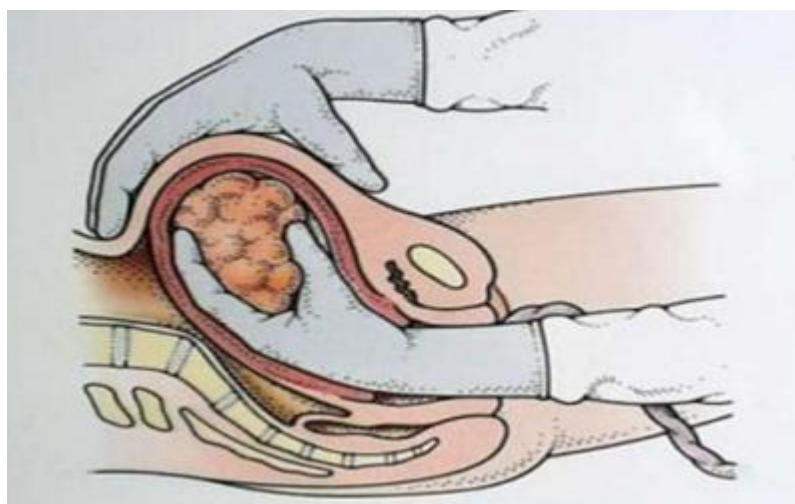


Рис.12.10. Ручное отделение плаценты

### *Плодоразрушающие операции*

Показания:

- несоответствие размеров таза беременной и головки плода, выявленное во втором периоде родов;
- смерть плода в родах при других патологических акушерских состояниях (слабость родовой деятельности во втором периоде родов);
- угрожающий разрыв матки;
- ущемление мягких тканей родового канала;
- невозможность извлечь последующую головку при родах в тазовомпредлежании;
- тяжелое состояние роженицы, требующее немедленного родоразрешения или ускорения родов.

Условия для операции:

1. смерть плода;
2. состояние родовых путей, допускающее рождение через них уменьшенного в объеме плода (истинная конъюгата более 6,5 см);
3. раскрытие маточного зева не менее чем на 6 см;
4. отсутствие плодного пузыря;
5. плотная фиксация головки к входу в малый таз

Обезболивание. Глубокий наркоз для обезболивания и расслабления брюшной стенки и матки, а также для исключения психологической травмы матери.

Краниотомия - операция нарушения целостности черепа плода. Она состоит из перфорации головки и удаления из нее головного мозга.

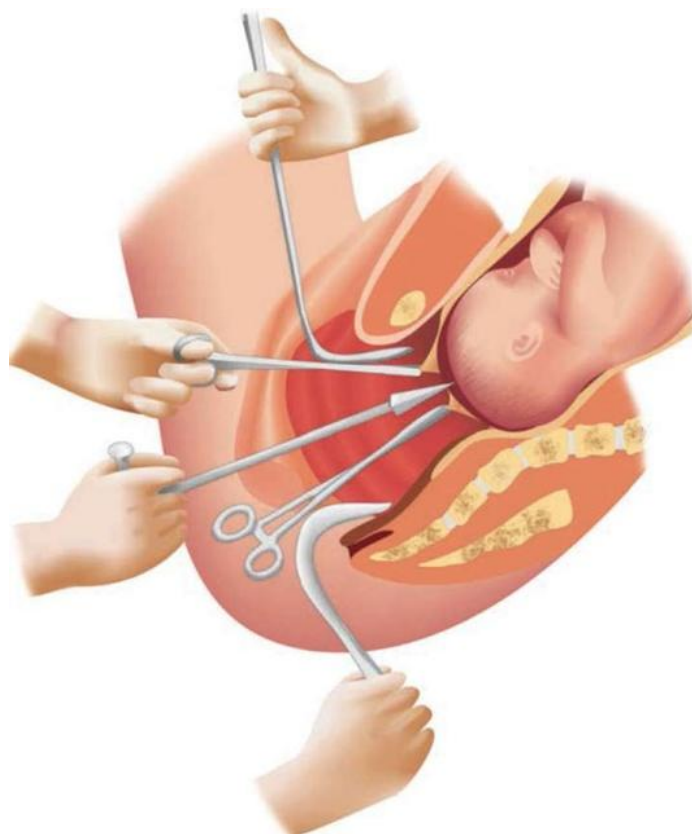


Рис.12.11. Краниотомия





Рис.12.12. Перфораторы: а - Феноменова; б - Бло

Краниоклазией называют операцию извлечения перфорированной и уменьшенной в объеме головки плода с помощью специального инструмента - краниокласта

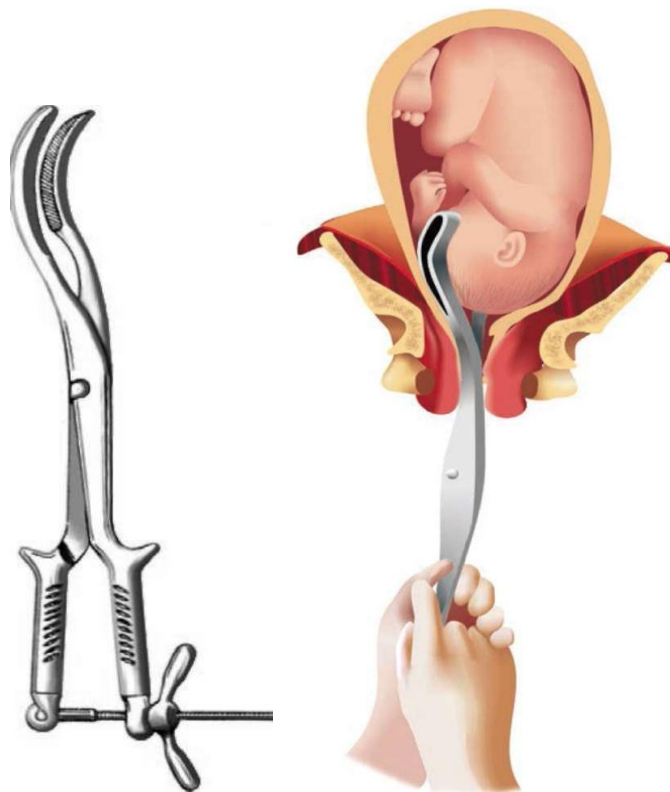


Рис.12.13. Краниоклазия. Инструмент - краниокласт

Эмбриотомия - общее название различных плодоразрушающих операций, производимых на туловище и шее плода с целью уменьшения его размеров или расчленения для более легкого и быстрого удаления через родовые пути.

К эмбриотомии относят следующие вмешательства:

- декапитацию – обезглавливание;
- экзентерацию (эвисцерация, эвентерация) – удаление внутренностей плода;
- спондилотомию – рассечение позвоночника;
- клейдотомию – операция рассечения ключицы плода.

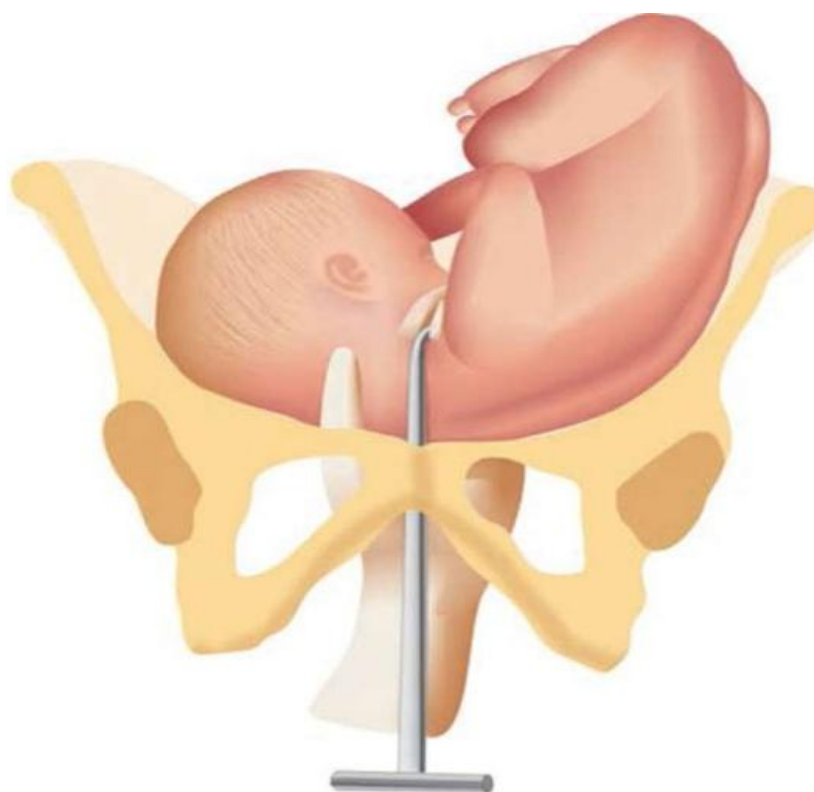


Рис.12.14. Декапитация крючком Брауна

Предоперационная подготовка и послеоперационный уход при операции кесарева сечения, организация психологической помощи

При выполнении кесарева сечения в плановом порядке накануне вечером беременной необходимо сделать очистительную клизму и принять гигиенический душ, на ночь дать снотворное. Утром в день операции очистительную клизму повторяют. За час до операции показана премедикация, а непосредственно перед операцией - катетеризация мочевого пузыря.

Если операцию производят в экстренном порядке, перед ней необходимо сделать гигиеническую обработку, опорожнение желудка, премедикацию и катетеризацию мочевого пузыря. Другие назначения выполняют по указанию анестезиолога и соответственно клинической ситуации.

После операции роженицу перевозят на каталке в палату интенсивной терапии и перекалывают на кровать (желательно — функциональную) в положение «на спине». На послеоперационный шов кладут груз (600-800 г) и холод (пузырь со льдом) и держат в течение 4-х часов. Учитывая активное ведение послеоперационных больных, через 6 часов женщине разрешают повернуться на бок. На 2-е сутки роженице разрешают ходить. В послеоперационном периоде вводятся обезболивающие средства по показаниям и назначению врача. При задержке мочеиспускания проводятся консервативные методы, направленные на позывы мочевого пузыря (открывают кран с водой или же орошение наружных тыловых органов струйкой теплой воды), а при отсутствии эффекта применяют катетеризацию мочевого пузыря.

Уход за послеоперационным швом и швами на промежности осуществляется по общим правилам обработки послеоперационных швов.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите классификацию акушерских операций?
2. Перечислите показания для операции кесарево сечения?
3. Какие противопоказания для выполнения операции вакуум-аспирации плода?
4. Какие операции относят к плодоразрушающим?
5. Опишите предоперационную подготовку к операции кесарево-сечение?

Лекция 13.

### **Лечение послеродовых гнойно-септических заболеваний**

Развитию инфекционного процесса в послеродовом периоде способствуют субинволюция матки, задержка частей последа, воспалительные заболевания половых органов в анамнезе, наличие экстрагенитальных очагов бактериальной инфекции, анемия, эндокринные

заболевания, оперативные вмешательства в родах, нарушение санитарно-эпидемиологического режима, а также нарушение (искажение) основных принципов современных перинатальных технологий (совместного пребывания и эксклюзивного грудного вскармливания, ранней выписки).

Решающую роль в возникновении инфекционного процесса в послеродовом периоде играют состояние родильницы, вирулентность микробного агента и массивность инфицирования.

*Послеродовая инфекция* - преимущественно раневая. Чаще всего в области раны, служащей входными воротами для инфекции, формируется первичный очаг. В большинстве случаев он локализован в матке (эндометрит).

Фактором защиты от распространения бактериальных агентов из полости матки в послеродовом периоде служит формирование в области плацентарной площадки лейкоцитарного вала.

Возможно инфицирование разрывов промежности, влагалища, шейки матки (особенно если они остаются нераспознанными и неушитыми), операционного шва после кесарева сечения.

Согласно классификации Сазонова-Бартельса, различные формы послеродовой инфекции рассматривают как отдельные этапы единого, динамически протекающего инфекционного процесса.

- *Первый этап* - инфекция ограничена областью родовой раны: послеродовой эндометрит, послеродовая язва (на промежности, стенке влагалища, шейке матки).
- *Второй этап* - инфекция распространилась за пределы родовой раны, но остается локализованной: параметрит, сальпингоофорит, пельвиоперитонит, ограниченный тромбофлебит (метротромбофлебит, тромбофлебит вен таза, тромбофлебит бедренных вен).
- *Третий этап* - инфекция по клиническим проявлениям сходна с генерализованной: разлитой перитонит, септический шок, анаэробная газовая инфекция, прогрессирующий тромбофлебит.
- *Четвертый этап* - генерализованная инфекция: сепсис (септицемия, септикопиемия).

- *Послеродовые* (лактационные) маститы (серозный, инфильтративный, гнойный).

Общие клинические проявления послеродовых инфекционных заболеваний весьма variabelны, что связано с полиэтиологичностью послеродовой инфекции, этапностью и различными путями ее распространения, неодинаковой ответной реакцией организма роженицы. При значительном разнообразии клинического течения как локализованных, так и генерализованных форм послеродовых заболеваний существует ряд характерных симптомов:

- тахикардия (иногда не соответствующая температуре тела),
- повышение температуры тела,
- озноб,
- усиленное потоотделение,
- нарушение сна,
- головная боль,
- адинамия или эйфория,
- снижение или отсутствие аппетита,
- дизурические и диспепсические явления, снижение артериального давления (при септическом шоке, сепсисе).

Важный доклинический признак послеродовых инфекционных заболеваний - тахикардия при нормальной или субфебрильной температуре тела.

Местные симптомы: боль внизу живота, задержка лохий или обильные гнойные выделения с неприятным запахом, субинволюция матки, нагноение ран (промежности, влагалища, передней брюшной стенки после кесарева сечения).

#### Первый этап. Послеродовая язва

Послеродовая язва - инфицированное травматическое повреждение кожи промежности, слизистой оболочки влагалища и шейки матки в результате оперативных родов через естественные родовые пути, затяжных родов крупным плодом. Способствуют возникновению послеродовой язвы такие факторы, как нарушение техники наложения швов, свойства шовного материала, изменения трофики тканей, дефекты ухода.

Клиническая картина характеризуется преимущественно местными симптомами: локальной болезненностью, нередко ощущением зуда, связанным с раздражением кожи отделяемым язвы. Границы язвы четкие, несколько отечны и гиперемированы, с воспалительной инфильтрацией окружающей ткани; дно язвы покрыто грязно-серым налетом с участками некроза; отделяемое слизисто-гнойное с неприятным запахом. Рана легко кровоточит.

Основные принципы лечения послеродовых язв заключаются в местном применении антисептических и противовоспалительных средств.

#### Нагноение швов промежности

При нагноении швов промежности происходит воспалительная реакция тканей, вызванная внедрением и развитием возбудителя по ходу шовного материала.

Клиническая картина. Кожа промежности отечна, гиперемирована, резко болезненна. При небольшом надавливании на кожу около швов просачивается серозно-гнойное отделяемое.

Лечение нагноившихся ран промежности заключается в снятии швов и лечении раны по принципам гнойной хирургии: удаление шовного материала, очищение от гнойного отделяемого и, если это возможно, удаление участков некротизированной ткани; далее лечение аналогично родовым язвам. После полного очищения раны от гноя при наличии хорошей грануляции можно наложить вторичные швы на промежность.

#### Нагноение гематомы наружных половых органов или влагалища

Характерно появление ощущения тяжести, давления и резкой боли. Боли принимают пульсирующий характер. Наружные половые органы деформируются. Поверхность кожи или слизистой оболочки влагалища над гематомой становится гладкой, блестящей и гиперемированной.

Лечение оперативное. Гематому вскрывают, полость очищают, дренируют, обеспечивая хороший отток. Полость опорожненной гематомы промывают растворами дезинфектантов.

#### Инфицирование послеоперационной раны после кесарева сечения

Клиническая картина представлена общими и местными проявлениями, изменениями со стороны крови. При нагноении послеоперационной раны

швы нужно снять для обеспечения оттока раневого отделяемого, а гнойные полости - дренировать.

### Послеродовой эндометрит (метроэндометрит)

Послеродовой эндометрит - воспаление слизистой оболочки матки, к которому, как правило, присоединяется и воспаление ее мышечного слоя (в основном в области лейкоцитарного вала). Послеродовой эндометрит - одно из наиболее часто встречаемых осложнений послеродового периода. Чаще всего эндометрит возникает на фоне хориоамнионита.

*Легкая форма* эндометрита начинается на 4-5-е сутки после родов с повышения температуры тела до 38,0 °С. Отмечается незначительная болезненность матки, ее субинволюция, изменение характера лохий (гноевидные с неприятным запахом). Симптомы общей интоксикации отсутствуют, картина периферической крови спокойная.

Эндометрит *средней тяжести* характеризуется более поздним началом (7-9-е сутки), более высокой температурой тела (до 38,5 °С); лохии обильные, кровянистые, с неприятным запахом. Симптомы общей интоксикации умеренно выражены, в клиническом анализе крови обнаруживают изменения, соответствующие воспалению.

*Тяжелая форма* эндометрита отличается ранним началом заболевания (2-3-и сутки послеродового периода), на первый план выходят симптомы общей интоксикации (повышение температуры тела до 39 °С и выше, озноб), матка болезненная, выражена ее субинволюция; лохии обильные, кровянисто-гнойные; биохимические и общеклинические показатели крови существенно изменены.

Диагностика эндометрита основана на клинической симптоматике (важный симптом - тахикардия роженицы), данных лабораторных и инструментальных методов исследования.

Влагалищное исследование. Обнаруживают пастозность и болезненность увеличенной матки, недостаточную инволюцию шейки матки, гноевидные с гнилостным запахом лохии. Высокий удельный вес стертых форм эндометрита повышает значимость дополнительных методов исследования.

Лабораторные исследования. В клиническом анализе крови выявляют лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Бактериологическое

исследование имеет значение для оценки динамики инфекционно-воспалительного процесса. Показатели бактериальной контаминации тканей или экссудата при благоприятном течении не превышают  $10^5$  КОЕ/мл. В рамках обследования необходимо определять иммунный статус родильниц.

Инструментальные исследования. УЗИ матки позволяет заподозрить эндометрит по ряду признаков (замедление темпов инволюции матки, расширение полости со значительным количеством лохий, гиперэхогенный контур полости матки). Гистероскопия - наиболее точный способ диагностики послеродового эндометрита, позволяющий проводить и лечебные мероприятия.

Лечение эндометрита заключается в санации полости матки (первичного очага) на фоне антибактериальной, иммунной и многокомпонентной инфузионной терапии.

#### Второй этап. Послеродовой сальпингоофорит

Это воспалительное заболевание, при котором инфекция распространяется из полости матки на маточные трубы и яичник. Процесс чаще возникает на фоне хронического воспаления придатков.

Клиническая картина послеродового сальпингоофорита развивается обычно на 7-10-й день после родов. Самочувствие родильницы резко ухудшается, отмечается тахикардия, повышение температуры тела до  $40\text{ }^{\circ}\text{C}$  с ознобом. Появляются боли в нижних отделах живота, симптомы раздражения брюшины, вздутие кишечника. Матка увеличена, пастозна, несколько отклонена в противоположную от очага воспаления сторону. При влагалищном исследовании определяют резко болезненный инфильтрат в области придатков без четких контуров.

Лечение сальпингоофорита в первые сутки консервативное (антиинфекционная, инфузионная и симптоматическая терапия). При локализации процесса с образованием пиосальпинкса или пиовара показана лапаротомия с удалением гнойника, а иногда и матки с придатками.



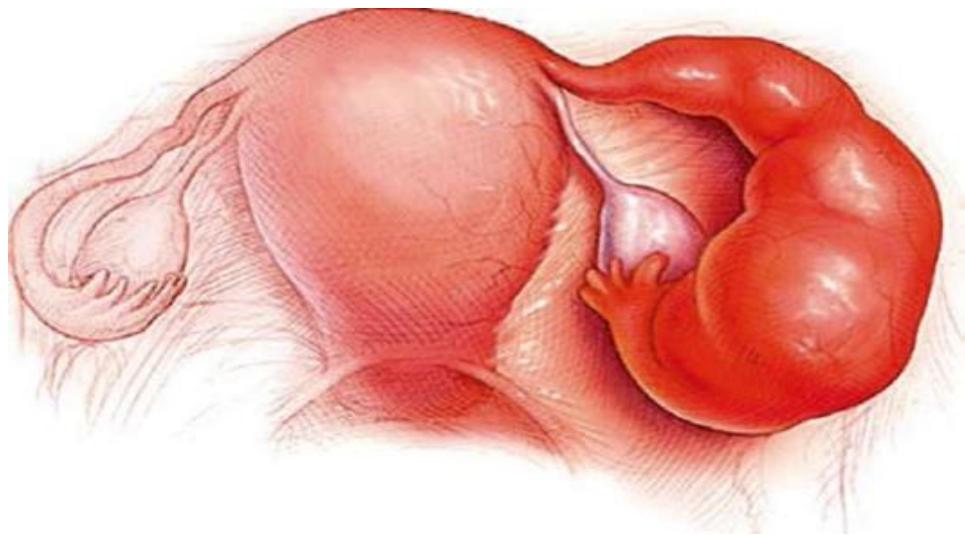


Рис.12.1. Сальпингоофарит

#### Послеродовой параметрит

Дальнейшее распространение инфекционного процесса приводит к поражению околоматочной клетчатки. Пути распространения традиционны, однако инфицирование может произойти в результате глубоких разрывов шейки матки или перфорации тела матки в области ее ребра.

Клиническая картина послеродового параметрита проявляется на 10-12-е сутки после родов. Процесс, как правило, начинается с озноба, повышения температуры тела до 39-40 °С; температура держится 8-10 дней. Общее состояние роженицы почти не меняется, отмечаются жалобы на тянущие боли внизу живота. При влагалищном исследовании в области широкой связки матки определяют умеренно болезненный без четких контуров инфильтрат, уплощение свода влагалища на стороне поражения. Появляется симптоматика со стороны подвздошно-поясничной мышцы (болезненность при сгибании ноги в тазобедренном суставе). Если не начато своевременное лечение, гной может распространяться над пупартовой связкой на область бедра, через седалищное отверстие на ягодицу, в околопочечную область. Вскрытие параметрита может произойти в мочевого пузырь, прямую кишку.

Лечение параметрита такое же, как сальпингоофорита. При возникновении абсцесса околоматочной клетчатки должно быть произведено его вскрытие через влагалище или после лапаротомии с последующим дренированием околоматочного пространства.

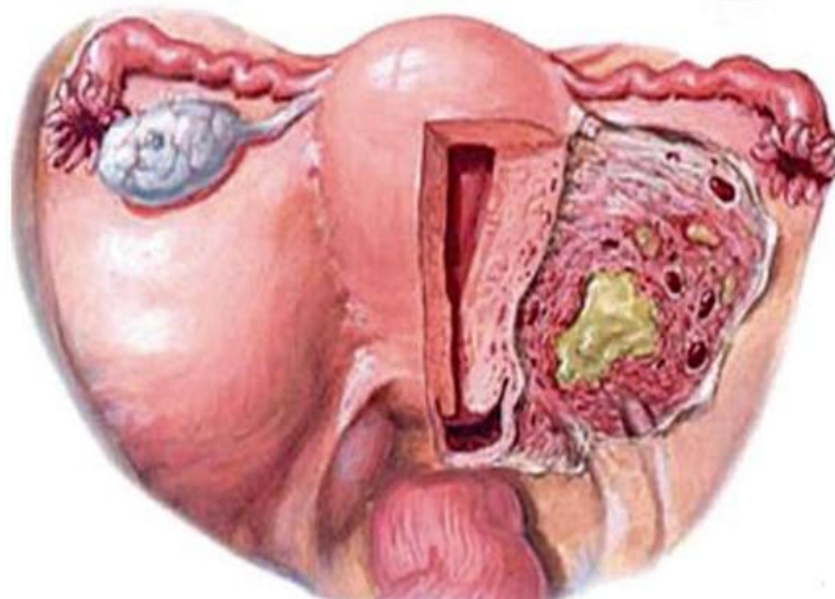


Рис.12.2. Параметрит

### Послеродовой пельвиоперитонит

Послеродовой пельвиоперитонит - воспаление брюшины, ограниченное полостью малого таза.

Клиническая картина послеродового пельвиоперитонита чаще всего развивается к 3-4-му дню после родов. Начало пельвиоперитонита напоминает клиническую картину разлитого перитонита. Заболевание, как правило, начинается остро, с повышения температуры тела до 39-40 °С. При этом возникают резкие боли внизу живота, метеоризм. Могут быть тошнота, рвота, болезненная дефекация, отмечаются положительные симптомы раздражения брюшины в нижних отделах живота. Матка, которая, как правило, служит источником инфекции, увеличена, болезненна, из-за напряжения передней брюшной стенки плохо контурируется, ее движения ограничены. Задний свод выбухает. Воспалительный процесс может завершиться образованием ограниченного абсцесса в позадиматочном пространстве или рассасыванием инфильтрата.

Лечение послеродового пельвиоперитонита комплексное. Оно состоит из массивной антибактериальной, иммунной и многокомпонентной инфузионной терапии. При рассасывании инфильтрата для ликвидации спаечного процесса рекомендованы физиотерапевтические процедуры. При образовании абсцесса последний вскрывают чаще всего через задний свод влагалища (кульдотомия).

### Послеродовые тромбофлебиты

Это одно из серьезных осложнений послеродового периода.

Тромбофлебит глубоких вен голени чаще развивается на 2-3-й неделе после родов. Клиническая картина скудна: повышение температуры тела, боль в икроножных мышцах, усиливающаяся при движениях в голеностопном суставе на стороне поражения, умеренный отек лодыжки на стороне поражения.

Тромбофлебит поверхностных вен голени характеризуется выраженной местной симптоматикой. Как правило, он развивается на фоне варикозного расширения вен нижней конечности. Симптомы: шнуровидный тяж по ходу вены, гиперемия, болезненность и инфильтрат в области поражения, отек лодыжки



Рис.12.3. Тромбофлебит вен нижних конечностей

Метротромбофлебит распознать трудно. Обращают на себя внимание учащение пульса, субинволюция матки, длительные и обильные кровянистые выделения из половых путей. При влагалищном исследовании определяют увеличенную и болезненную, особенно в области ребер, матку, а на ее поверхности - извитые тяжи.

Тромбофлебит вен таза выявляют обычно не ранее конца 2-й недели. Наиболее тяжело протекающая и опасная для жизни форма послеродового тромбофлебита - подвздошно-бедренный (илеофemorальный) венозный тромбоз, исходом которого нередко бывает эмболия легочных артерий.

Лечение послеродовых тромбофлебитов основано на применении антибактериальных средств. Поскольку воспалительный процесс возникает

на почве тромбоза вен, необходимо применение антикоагулянтов для предупреждения дальнейшего прогрессирования процесса. Во избежание возможных осложнений рекомендовано соблюдать строгий постельный режим.

### Третий этап

Наиболее характерно для этих заболеваний выраженное нарушение общего состояния больной с изменением функций жизненно важных органов как вследствие интоксикации, так и в результате образования метастатических очагов в паренхиматозных органах.

### Разлитой послеродовой перитонит

Это воспаление брюшины, связанное с прогрессирующим распространением инфекции в брюшной полости. Инфекция распространяется либо лимфатическим путем (как правило, из матки), либо вследствие непосредственного инфицирования брюшины (несостоятельность швов матки после кесарева сечения, перфорации гнойных образований и др.).

Клиническая картина послеродового разлитого перитонита характеризуется тяжелым состоянием больной. Отмечается резко выраженная тахикардия, пульс может быть аритмичным. Дыхание частое, поверхностное, температура тела повышена до 39-40 °С; обнаруживают выраженные признаки эксикоза (обезвоживания). Характерны тошнота (иногда рвота), вздутие живота вследствие задержки газов и отсутствия дефекации. В особо тяжелых случаях некоторые из описанных симптомов (повышение температуры тела, раздражение брюшины) могут отсутствовать.

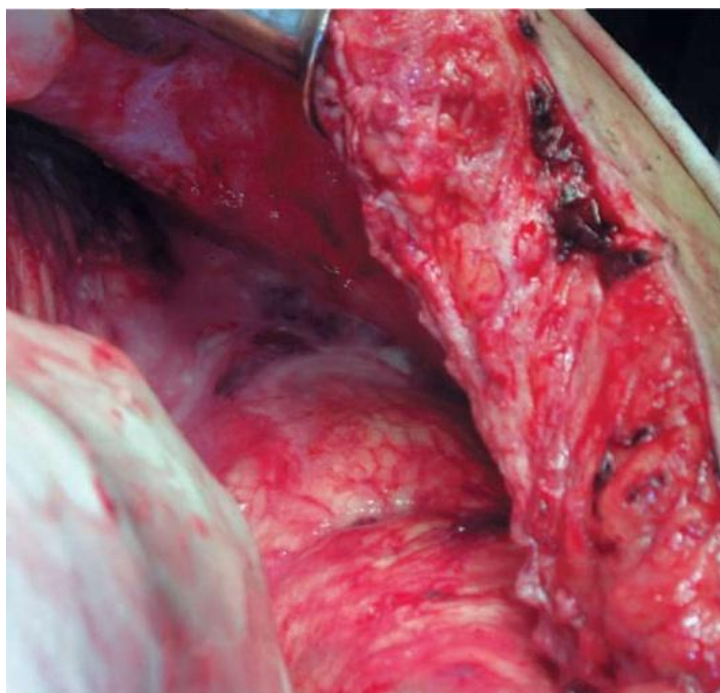


Рис.12.4. Перитонит

Лечение разлитого послеродового перитонита заключается в безотлагательном удалении очага инфекции (как правило, матки с трубами). Применяют меры для эвакуации содержимого брюшной полости, обеспечивают ее дренирование с промыванием дезинфицирующими растворами, вводят антибиотики. Важнейшее значение имеет коррекция нарушенного гомеостаза - восстановление водно-солевого баланса, применение сердечных средств, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия.

#### Бактериальный (септический) шок

Септический шок - коллапс, вызванный токсинами разрушающихся микроорганизмов и нарушением микроциркуляции в тканях и органах вследствие образования микротромбов. Нарушение сосудистого тонуса проявляется множеством вторичных изменений нейровегетативных, эндокринных и других функций организма. Эти процессы ведут к тяжелым поражениям жизненно важных органов и развитию полиорганной недостаточности.

Для возникновения шока, кроме инфекции, необходимо наличие еще двух факторов: снижение общей резистентности организма и наличие возможности для массивного проникновения возбудителя или его токсинов в кровь.

Клиническая картина бактериального шока включает две стадии - раннюю (продолжительность 6-8 ч) и позднюю (несколько дней и недель).

- Ранняя стадия бактериального шока характеризуется внезапным подъемом температуры до 39-40 °С, ознобом, интенсивным потоотделением. Затем на фоне снижения температуры тела развивается артериальная гипотензия. Характерны тахикардия и поверхностное частое дыхание; кожный покров бледный; больная предъявляет жалобы на мышечные боли, резкую слабость. Появляются петехиальные кровоизлияния, олигурия. В анализе крови выявляют лейкоцитоз, тромбоцитопению, повышение СОЭ.
- Поздняя стадия септического шока характеризуется дальнейшим снижением артериального давления при повышении центрального венозного, увеличением одышки, появлением умеренного цианоза, похолоданием конечностей. Появляются беспокойство, затемнение сознания, общий геморрагический диатез с выраженной кровоточивостью из ран и мест инъекций, геморрагические некрозы кожи. Прогрессивно уменьшается количество выделяемой мочи вплоть до развития полной анурии. Наличие почечной недостаточности служит одним из характерных симптомов бактериального шока.

В основе лечения бактериального шока лежат противошоковые мероприятия, направленные на поддержание основных функций организма (дыхания, кровообращения, водно-солевого баланса). Особое значение имеет борьба с внутрисосудистым свертыванием крови. Следует помнить, что этиологическая основа шока - инфекция, поэтому антибактериальная терапия обязательна. Ее результативность повышается в сочетании с иммунозаместительной терапией.

Возможна заместительная пассивная иммунотерапия: антистафилококковая плазма, иммуноглобулины для внутривенного введения (октагам, пентаглобин).

В комплексе лечения данного заболевания важное место занимает противошоковая терапия. При отсутствии эффекта от терапии в течение 8-10 ч показано удаление источника инфекции - матки.

#### Четвертый этап. Послеродовой сепсис

Послеродовой сепсис - проявление максимальной степени распространения инфекции в организме, при которой организм полностью исчерпал свои защитные возможности.

Классификация. Различают две основные формы послеродового сепсиса: без метастазов - септицемия, с метастазами (т.е. возникновением гнойных очагов в других органах) - септикопиемия.

При сепсисе поэтапно происходят следующие процессы:

- генерализованное поражение эндотелия;
- нарушение регуляции системы гемостаза;
- нарушение сосудистого тонуса;
- непосредственная супрессия жизненно важных функций;
- повреждение (некроз) тканей.

Клиническая картина послеродового сепсиса характеризуется крайне тяжелым общим состоянием больной. Температурная кривая носит гектический (изнуряющий) характер, отмечаются повторные потрясающие ознобы. Пульс резко учащен. Нередко частота пульса не соответствует температуре тела роженицы. Кожный покров землистого оттенка. Обнаруживаются признаки выраженного обезвоживания. Селезенка увеличена. Из крови и мочи, как правило, могут быть получены культуры возбудителя. Под влиянием эндотоксина могут развиваться синдром ДВС, кровотечение, тромбозы.

При возникновении метастазов в паренхиматозных органах (септикопиемия) наблюдают соответствующие симптомы со стороны пораженных органов. Развивается полиорганная недостаточность.

Летальность при наличии септического процесса, даже при соответствующем лечении, до настоящего времени остается высокой.

Принципы лечения послеродового сепсиса соответствуют принципам лечения бактериального шока. Ведущие мероприятия - антибактериальная и иммунозаместительная терапия. Значение имеет применение эфферентных методов лечения: гемосорбции, плазмафереза, ультрафиолетового и лазерного облучения крови.

Генерализация инфекции может наступить при любой стадии инфекционного процесса.

Лактационные маститы - воспаление молочной железы, связанное с внедрением в нее различных инфекционных возбудителей.

Классификация. Лактационные маститы делят на три формы, которые служат и последовательными стадиями острого воспалительного процесса:

- серозный (начинающийся);
- инфильтративный;
- гнойный (инфильтративно-гнойный, абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный).

#### Серозный и инфильтративный маститы

Характеризуются внезапным подъемом температуры тела до 38-40 °С, иногда с ознобом. Появляются головная боль, общая слабость, недомогание. Часто нарушается отток молока вследствие отека молочных ходов, появляется боль в молочной железе. При пальпации определяется уплотнение, иногда с гиперемией кожи над ним. При несвоевременном и неадекватном лечении серозный мастит переходит в инфильтративную форму, которая характеризуется более выраженными общими и местными проявлениями.



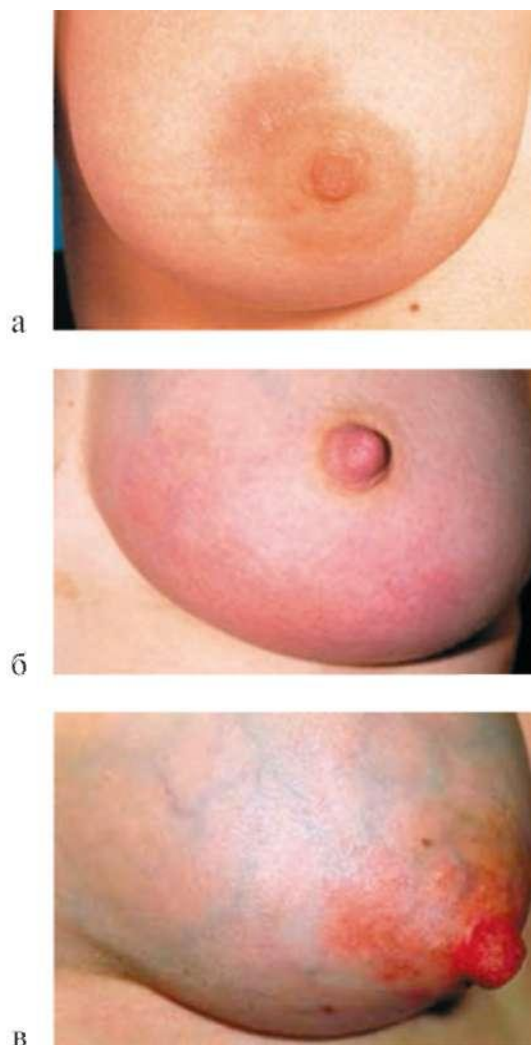


Рис.12.5. Послеродовой мастит: а - серозный; б - инфильтративный; в – гнойный.

*Инфильтративно-гнойный* и *абсцедирующий* маститы характеризуются повышением температуры тела до 38-39 °С с большими размахами, ознобами. Отмечено ухудшение самочувствия. Молочная железа увеличена, кожа ее гиперемирована, имеет синюшный оттенок. Хорошо выражена поверхностная венозная сеть. Пальпируется инфильтрат с четкими границами и болезненностью при пальпации, в глубине его определяется флюктуация. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. В анализе крови обнаруживают выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

*Флегмонозный мастит* представляет собой слияние нескольких очагов нагноения, возникших в одной молочной железе. Для клинической картины флегмонозного мастита характерно резкое ухудшение общего состояния с повышением температуры тела до 40-41 °С, с ознобами. Молочная железа значительно увеличена в объеме, резко болезненна и отечна. Кожа ее

гиперемирована, с синюшным оттенком. Характерно появление рисунка воспаленных лимфатических сосудов. В анализе крови обнаруживают лейкоцитоз на фоне резкого сдвига лейкоцитарной формулы влево, анэозинофилию, лимфопению.

Лечение. Общие принципы лечения маститов складываются из опорожнения молочной железы, адекватной антибактериальной терапии, применения дезинтоксикационных и симптоматических средств, а также местной терапии.

При нагноении показано хирургическое лечение. Вскрытие гнояника радиальным разрезом с последующим дренированием обязательно сочетают с применением антибиотиков и других средств.

Грудное вскармливание при маститах. При серозной и инфильтративной формах мастита разрешается прикладывание новорожденного к здоровой железе. Больную железу опорожняют путем сцеживания (обычно молокоотсосом). Сцеженное молоко может быть использовано для кормления после пастеризации.

При гнойной форме мастита обязательно полное медикаментозное подавление лактации. Новорожденного окончательно переводят на искусственное вскармливание

Лечение послеродовых инфекционных заболеваний проводят в послеродовом боксе или наблюдательном отделении родильного стационара. *Лечение должно быть этиотропным, комплексным, систематическим и активным.* Его следует начинать как можно раньше, при выявлении начальных проявлений послеродовой инфекции, что в значительной мере способствует предупреждению развития более тяжелых генерализованных форм.

Больной показан постельный режим. Пища должна быть легко усвояемой, разнообразной, достаточной по калорийности, но не избыточной. Принимая во внимание повышенную потребность организма родильниц в жидкости, больные должны получать (с учетом инфузионной терапии) до 2-2,5 л жидкости в сутки при отсутствии противопоказаний (заболевания сердечно-сосудистой системы и др.).

Основной компонент комплексного лечения гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний - *антиинфекционная терапия.*

При назначении антибиотиков необходимо соблюдение ряда общих положений: обязательное выделение возбудителя и его идентификация, своевременное начало и лечение до стойкого закрепления эффекта, использование достаточных доз и оптимальных методов введения препаратов, знание и предупреждение побочных реакций и осложнений, а также степени проникновения антибиотика в женское молоко.

При снижении иммунной защиты организма применение даже самых активных антибиотиков может оказаться безрезультатным, поэтому необходимо использование средств, повышающих специфическую иммунологическую реактивность и неспецифическую защиту организма родильниц (*иммунозаместительная терапия*). Для коррекции иммунодефицита показана иммунотерапия гетерогенным антистафилококковым глобулином, антистафилококковой гипериммунной плазмой, гипериммунным  $\gamma$ -глобулином, лейкоинтерфероном, лизоцимом. Активная иммунотерапия включает введение стимуляторов Т-клеток (препараты экстракта тимуса - тактивин, тималин), стимуляторов В-клеток (В-активин<sup>р</sup>, миелопид<sup>р</sup>). При участии этих препаратов реализуется влияние костного мозга на функциональную активность Т-и В-лимфоцитов, ответственных за образование антител в продуктивную фазу иммунного ответа.

Наряду с антибиотикотерапией важнейшим компонентом лечения выступает *санация первичного очага*. Задача - устранить воспалительный детрит и доставить в очаг лечебный препарат. При выявлении содержимого в полости матки (примерно у 70% родильниц) предпочтительнее произвести гистероскопию и вакуум-аспирацию. Хорошие клинические результаты получены при использовании длительного аспирационно-промывного дренирования полости матки охлажденными растворами (+4...+8 °С) антисептиков ежедневно в течение 3-5 дней.

Для нормализации сократительной способности матки и опорожнения ее полости от инфицированных лохий при эндометрите показано назначение утеротонических препаратов (мизопропростол). Их использование позволяет уменьшить всасывание в кровоток продуктов распада.

В случае неэффективности комплексной терапии в течение 3-4 дней при сохранении клинико-лабораторных признаков воспалительной реакции первичный очаг необходимо удалить (гистерэктомия) даже на фоне удовлетворительного самочувствия больной.

Противовоспалительная терапия включает стероидные (глюкокортикоиды и их аналоги) и нестероидные средства.

Инфузионная и детоксикационная терапия показана с целью устранения гиповолемии, детоксикации, коррекции сопутствующих нарушений коллоидно-осмотического состояния, нормализации микроциркуляции, реологических и коагулологических характеристик крови. Состав и объем инфузионной терапии зависит от тяжести заболевания и исходного состояния больной. В состав инфузионной терапии должны входить сбалансированные водно-электролитные растворы (дисоль, трисоль, лактасол), дезинтоксикационные препараты (растворы альбумина, протеина), раствор глюкозы. По показаниям используют эритроцитарную массу.

Профилактику гнойно-воспалительных послеродовых заболеваний следует начинать с первых недель беременности. В женской консультации необходимо выявлять беременных группы высокого риска развития инфекции и беременных с проявлениями инфекции и проводить превентивные и лечебные мероприятия.

В акушерском стационаре необходимо неукоснительно соблюдать правила асептики и антисептики, осваивать и грамотно использовать в своей работе современные технологии родовспоможения, такие как раннее прикладывание новорожденного к груди, совместное пребывание матери и ребенка с последующей ранней выпиской из родильного дома, исключительно грудное кормление по требованию ребенка без ночного перерыва, без использования бутылочек и сосок, ограничение использования у здоровых женщин средств и методов санитарной обработки, нарушающих биоценоз организма (поверхностные антисептики, бритье лобка и промежности).

Широкое внедрение в родильных стационарах современных перинатальных технологий - неотъемлемое условие снижения распространенности послеродовых инфекционных заболеваний.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение понятию послеродовая инфекция?
2. Охарактеризуйте этапы и формы послеродовой инфекции?
3. Опишите лечение послеродового тромбоза?
4. Какими симптомами проявляется флегмозный мастит?

5. Опишите клиническую картину и лечение послеродового сепсиса?

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Панина О.Б., Курцер М.А. Акушерство / Учебник для мед. вузов. - М., Медицина, 2015. – 656с.
2. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова. 2016, 1024 с.
3. Акушерство. Национальное руководство. Под ред. Г.М. Савельевой, Г.Т. Сухих, В.Н. Серова, В.Е Радзинского. ГЭОТАР-Медиа. 2015, 1088с.
4. Леваков С.А., Боровкова Е.И., Шеманаева Т.В. Клиническое акушерство. Учебное пособие. Медпресс-информ. 2016, 296с
5. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01 ноября 2012 г. № 572н.
6. Практические навыки по акушерству и гинекологии: учеб. пособие для студентов медицинских вузов, клинических интернов и ординаторов, врачей акушеров-гинекологов; 2-е изд., перераб. и доп., с элементами симуляционного обучения / Л. И. Трубникова [и др.] ; под ред. проф. Л. И. Трубниковой. – Ульяновск: УлГУ, 2016. – 222 с