

Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
КУРГАНСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

СБОРНИК ЛЕКЦИЙ

По патологическому акушерству

Специальность: Акушерское дело



Курган 2022

Сборник лекций «Патологическое акушерство», 2022г.

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

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

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
РАЗДЕЛ 1. УЧАСТИЕ В ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ БЕРЕМЕННОЙ С АКУШЕРСКОЙ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ	6
Токсикозы беременных. Редкие формы токсикозов беременных	6
Гестозы беременных. Прегестоз. Отеки беременных	12
Ведение беременности и родов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и мочевыделительной системы.	22
Ведение беременности и родов при заболеваниях эндокринной системы и репродуктивной системы.	37
Аномалии развития и заболевания плода, плодных оболочек и плаценты .	51
Преждевременное прерывание беременности	65
Переношенная беременность	76
РАЗДЕЛ 2. УЧАСТИЕ В ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ РОЖЕНИЦЕ С АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ.....	80
Аномалии сократительной деятельности матки	80
Роды при узком тазе.....	88
Роды при неправильных вставлениях, предлежании и положении плода.	101
Роды при многоплодии.....	122
Родовой травматизм матери.....	129
РАЗДЕЛ 3. УЧАСТИЕ В ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ БЕРЕМЕННОЙ, РОЖЕНИЦЕ, РОДИЛЬНИЦЕ С АКУШЕРСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ	145
Кровотечения в первой половине беременности не связанные с патологией плодного яйца. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.	145
Кровотечение в третьем периоде родов. Кровотечение в раннем и позднем послеродовых периодах. Геморрагический шок и ДВС-синдром в акушерстве.	155
РАЗДЕЛ 4. УЧАСТИЕ В ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ РОДИЛЬНИЦЕ С ПОСЛЕРОДОВЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ	174

Формы первого этапа послеродовой инфекции.....	174
Формы второго этапа послеродовой инфекции.....	178
Формы третьего и четвертого этапов послеродовой инфекции. Генерализованная септическая инфекция.....	182
Послеродовой лактационный мастит.....	186
РАЗДЕЛ 5. УЧАСТИЕ В ПРОВЕДЕНИИ АКУШЕРСКИХ ОПЕРАЦИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, В РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ...	190
Акушерские операции во время беременности. Операции по сохранению беременности. Операции искусственного прерывания беременности.	190
Акушерские операции в родах, послеродовом периоде. Операции по исправлению положения плода в родах.	196
Операции в последовом и послеродовом периоде	207
Плодоразрушающие операции. Родоразрешающие операции.....	211
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	219

ВВЕДЕНИЕ

Пособие включает в себя лекционный материал по дисциплине «Патологическое акушерство», состоит из пяти разделов.

- Раздел 1. Участие в проведении лечебно-диагностических, профилактических мероприятий беременной с акушерской и экстрагенитальной патологией – 7 лекций;
- Раздел 2. Участие в проведении лечебно-диагностических, профилактических мероприятий роженице с акушерской патологией – 5 лекций;
- Раздел 3. Участие в проведении лечебно-диагностических, профилактических мероприятий беременной, роженице, родильнице с акушерскими кровотечениями – 3 лекции;
- Раздел 4. Участие в проведении лечебно-диагностических, профилактических мероприятий родильнице с послеродовыми инфекционными заболеваниями – 4 лекции;
- Раздел 5. Участие в проведении акушерских операций во время беременности, в родах и послеродовом периоде – 4 лекции.

Пособие соответствует тематическому плану рабочей программы ПМ. 04 «Медицинская и медико-социальная помощь женщине, новорожденному, семье при патологическом течении беременности, родов, послеродового периода». МДК 04.01. «Патологическое акушерство».

Для лучшего понимания материала лекциях имеются рисунки, схему, 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.

РАЗДЕЛ 1. УЧАСТИЕ В ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ БЕРЕМЕННОЙ С АКУШЕРСКОЙ И ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Токсикозы беременных. Редкие формы токсикозов беременных

План:

1. Этиология и патогенез токсикоза;
2. Классификация токсикоза;
3. Лечение рвоты беременных;
4. Редкие формы токсикозов.

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

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

Исторический аспект. Термин «токсикоз беременных», введенный в начале прошлого века, не отражает всей сущности процессов, характерных для заболеваний данной группы, и не соответствует современным представлениям о причинах их возникновения. В современном акушерстве термин «токсикоз» применяют при ранних сроках беременности (до 12-16 нед), а термин «гестоз» используют для обозначения осложнений второй половины беременности (после 20 нед).

Этиология и патогенез

Причины возникновения токсикоза беременных до настоящего времени неизвестны. Существовало множество теорий, объясняющих механизм развития раннего токсикоза: рефлекторная, неврогенная, гормональная, аллергическая, иммунная, кортико-висцеральная. В патогенезе раннего токсикоза ведущую роль играет нарушение функционального состояния центральной нервной системы.

В ранние сроки беременности симптомы токсикоза проявляются расстройством функции ЖКТ. Пищевые рефлексы связаны с вегетативными центрами диэнцефальной области. Поступающие сюда с периферии афферентные сигналы могут носить извращенный характер (из-за изменений в рецепторах матки или в проводящих путях), возможны изменения и в самих центрах диэнцефальной области, что приводит к извращению характера ответных эфферентных импульсов. При нарушенной чувствительности системы быстро наступает изменение рефлекторных реакций, нарушение пищевых функций: потеря аппетита, тошнота, слюнотечение (саливация), рвота.

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.

Классификация

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

Рвота беременных возникает примерно у 50-60% беременных, но в лечении нуждаются не более 8-10% из них. Чем раньше появляется рвота, тем тяжелее она протекает.

Классифицируют рвоту беременных в зависимости от ее выраженности на три степени тяжести: легкую, среднюю и тяжелую. Тяжелую рвоту беременных называют также неукротимой рвотой беременных. Клиническая картина зависит от степени тяжести.

Легкая степень (I) рвоты беременных. Общее состояние остается удовлетворительным. Рвота наблюдается до 3-5 раз в сутки, чаще после еды, иногда натощак. Это снижает аппетит и угнетает настроение беременной. Она не теряет в массе или отмечает незначительную потерю (не более 1-3 кг), температура тела остается в пределах нормы. Влажность кожного покрова и слизистых оболочек остается нормальной, частота пульса не превышает 80 в минуту. Артериальное давление не изменяется. Клинические анализы мочи и крови без патологических изменений.

Средняя степень тяжести (II). Беременная жалуется на слабость. Общее состояние женщины заметно нарушается: рвота наблюдается от 6 до 10 раз в сутки и уже не связана с приемом пищи, потеря массы тела составляет от 1 до 1,5 кг/нед. Возможна субфебрильная температура тела. Влажность кожного покрова и слизистых оболочек остается нормальной. Возникает тахикардия до 90-100 в минуту. Артериальное давление может быть незначительно снижено. Кетонурия наблюдается у 20-50% больных. Выраженных изменений кислотно-основного состояния крови еще нет. При исследовании электролитов находят незначительное снижение концентрации натрия при нормальном содержании калия, реакция на ацетон положительная («+», «++», реже «+++»).

Тяжелая степень (чрезмерная, неукротимая) рвота беременных (III). Общее состояние женщины резко ухудшается. Рвота бывает до 20-25 раз в сутки, иногда при любом движении больной. Нарушен сон, характерна адинамия. Потеря массы тела составляет до 8-10 кг. Кожный покров и слизистые оболочки становятся сухими, язык обложен. Появляется запах ацетона изо рта. Повышается температура тела (37,2-37,5 °C). Частота

сердечных сокращений повышается до 110-120 в минуту, артериальное давление снижается. Беременные не удерживают ни пищу, ни воду, что приводит к обезвоживанию организма и метаболическим расстройствам. Нарушаются все виды обмена веществ. Суточный диурез снижен, наблюдается кетонурия, нередко обнаруживают белок и цилиндры в моче. Иногда в связи с обезвоживанием организма повышается содержание гемоглобина в крови. В анализе крови - гипо- и диспротеинемия, гипербилирубинемия, повышение концентрации креатинина, сдвиг кислотно-щелочного равновесия в сторону ацидоза. При исследовании электролитов находят снижение концентрации натрия, калия и кальция. Общее состояние больной становится тяжелым. При исследовании мочи обнаруживают положительную реакцию на ацетон («+++», «++++»).

Таблица 1.1. Определение 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 артериальное давление, мм рт.ст.	120-110	110-100	Ниже 100
Удержание пищи	Удерживает	Частично удерживает	Не удерживает
Снижение массы тела	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)
Головокружение	Редко	Выражено умеренно	Выражено значительно
Субфебрилитет	Нет	Редко	Часто
Желтушность склер и кожи	Нет	Умеренная	Выраженная
Гипербилирубинемия, мкмоль/л	Нет	21-40	41-60
Сухость кожи	+	++	+++
Стул	Ежедневно	1 раз в 2-3 дня	Задержка стула
Диурез, мл	900-800	800-700	Менее 700
Кетонурия	+, ++	++, +++	+++, ++++

Диагностика этих состояний не представляет трудностей. Хорошо собранный анамнез и наблюдение за больной позволяют достаточно точно

установить диагноз и оценить степень тяжести. Для диагностики важны показатели анализов крови и мочи. При исследовании крови наблюдают высокий гематокрит, что указывает на ее сгущение, увеличенное содержание остаточного азота, билирубина, уменьшение концентрации хлоридов и признаки ацидоза. При исследовании мочи обнаруживают кетоновые тела. Исследование мочи на ацетон (кетоновые тела) - наиболее доступный и информативный метод диагностики и оценки степени тяжести раннего токсикоза. Помимо кетоновых тел, в моче появляются белок и цилиндры.

Проявления раннего токсикоза беременных необходимо дифференцировать от ряда заболеваний, при которых также отмечается рвота (пищевая токсико-инфекция, гастрит, панкреатит, желчнокаменная болезнь, рак желудка, тиреотоксикоз, нейроинфекция и др.).

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.

Для нормализации функционального состояния коры головного мозга и устранения вегетативной дисфункции показаны центральная электроаналгезия, электро- или фонофорез тиамина бромидом, 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.

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

Неэффективность проводимой терапии служит показанием для прерывания беременности.

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.

Слюнотечение 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.

Лечение выраженного слюнотечения следует проводить в стационаре. Назначают полоскание полости рта, средства снижающие слюноотделение.

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. 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 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. 1.1. Клинические проявления тетании беременных: а - «рука акушера»; б - «нога балерины»

Остеомаляция беременных 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. Причина стертой формы остеомаляции - гиповитаминоз D.

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

Бронхиальная астма беременных наблюдается очень редко. Причины возникновения заболевания - гипофункция паращитовидных желез и нарушение кальциевого обмена. Бронхиальную астму беременных необходимо дифференцировать с обострением бронхиальной астмы, существовавшей до беременности.

Осложнения

Осложнения ранних токсикозов наблюдаются редко. Исходом неукротимой рвоты беременных может быть жировое и белковое перерождение печеночных клеток с уменьшением ее размеров, возникновением некроза и острой желтой атрофии печени, что приводит к гибели больных.

Профилактика

Профилактика ранних токсикозов заключается в своевременном лечении хронических заболеваний печени, ЖКТ и других болезней до наступления беременности, устранении психических нагрузок, неблагоприятных воздействий внешней среды. Большое значение имеют ранняя диагностика и лечение начальных (легких) проявлений токсикоза, а следовательно, предупреждение развития тяжелых форм заболеваний.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите причины возникновения токсикоза у беременных?
2. В каком сроке чаще всего появляются симптомы токсикоза?
3. Назовите степени тяжести рвоты беременных?
4. Какие редкие формы токсикоза вы знаете, перечислите?

Гестозы беременных. Прегестоз. Отеки беременных

План:

1. Определение понятия гестоз, исторический аспект;
2. Этиология и патогенез гестоза;
3. Классификация гестоза;
4. Клиническая картина и диагностика;
5. Лечение гестоза;
6. Выбор метода родоразрешения при гестозе;
7. Оказание экстренной помощи при преэклампсии, эклампсии ведение родов;
8. Профилактика гестоза.

Гестоз - осложнение беременности, которое проявляется триадой основных симптомов (*триада Цангемайстера* - 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. Таким образом, возникновение гестоза всегда связано с беременностью.

В современном акушерстве наряду с термином «гестоз» используют термины «ОПГ-гестоз» (отеки, протеинурия, гипертензия), «поздний токсикоз», «нефропатия», а за рубежом - «токсемия беременных», «преэклампсия». В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) используют термины «вызванные беременностью отеки с протеинурией», «вызванная беременностью гипертензия с протеинурией». Многообразие терминов, обозначающих данное осложнение беременности, вызвано тем, что этиология заболевания до настоящего времени продолжает оставаться невыясненной.

Этиология

Существующее представление об этиологии гестоза включает более 20 теорий, в том числе инфекционную, интоксикационную, почечную, гемодинамическую, повреждения эндотелия, эндокринологическую (нарушение продукции гормонов) и плацентарную (морфологические изменения в плаценте). Часть из этих теорий (инфекционная и др.) представляют в настоящее время лишь исторический интерес.

Из известных современных теорий возникновения гестоза заслуживают внимания наследственная, плацентарная, нейрогенная, иммунологическая. Большинство исследователей склоняются к мнению о полиэтиологичности возникновения гестоза.

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.

Генетическая обусловленность гестоза не вызывает сомнений. Частота этого осложнения намного выше у женщин, матери и родные сестры которых страдали гестозом во время беременности. Уже известно, что мутации некоторых генов в 1, 4, 7, 9, 18 хромосомах могут быть связаны с развитием гестоза.

Патогенез

Во второй половине беременности в организме беременных происходит ряд физиологических изменений, предрасполагающих к

развитию гестоза. После 20 недель беременности значительно увеличивается ОЦК (до 150% от исходного уровня), умеренно повышается периферическое сопротивление, формируется маточно-плацентарный кровоток, увеличивается легочный кровоток, появляется склонность к артериальной гипертензии. Происходит частичная окклюзия в системе нижней полой вены, развивается умеренная гиперкоагуляция, нарастает скорость клубочковой фильтрации, обнаруживается умеренная протеинурия (более 300 мг/сут), под влиянием прогестерона снижается канальцевая реабсорбция натрия, концентрация альдостерона в крови повышается в 20 раз.

Гестоз - сложный патологический симптомокомплекс, проявляющийся нарушением функций центральной и вегетативной нервной системы, эндокринной, иммунной систем, системы гемостаза, сердечно-сосудистой системы, а также расстройствами функций печени, почек и системы «мать-плацента-плод».

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

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.

Классификация

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

В современных условиях выделяют *«стертые»* и *моносимптомные формы* гестоза: артериальная гипертензия беременных, протеинурия беременных. Почти все акушеры признают необходимость деления гестозов на *«чистые»*, возникающие у соматически здоровых женщин, и *«сочетанные»*, развившиеся на фоне предшествующих беременности экстрагенитальных заболеваний.

Клиническая картина и диагностика

Чаще всего гестозу предшествует появление «стойких» отеков, которые у большинства беременных не приводят к нарушению общего состояния.

Гестоз характеризуется триадой симптомов: артериальной гипертензией, протеинурией и отеками (триада Цангемейстера). Клиническая картина гестоза и его диагностика основаны на определении любого из симптомов триады.

Большинство беременных отмечают отекаание ног к вечеру. Такие отеки, как правило, возникают у беременных, образ жизни которых связан с длительным пребыванием на ногах или в сидячем положении на фоне физиологического снижения тонуса венозных сосудов. После ночного сна такие отеки исчезают, и их не относят к патологическим.

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.

Лечение этого осложнения можно проводить амбулаторно, но при нарастании отеков или присоединении артериальной гипертензии и/или протеинурии беременную госпитализируют в стационар.

В настоящее время клиническое течение гестоза характеризуется стертой и увеличением числа малосимптомных и атипичных форм заболевания. К более редким формам относят моносимптомные гестозы: артериальная гипертензия беременных и протеинурия. Однако эти формы гестозов не менее опасны.

Самый информативный прогностический и диагностический метод - определение концентрации белка в суточной моче, содержание которого более 0,3 г/л расценивают как патологическое.

Для оценки степени тяжести гестоза целесообразно использовать шкалу Виттлингера, которая позволяет более объективно оценить состояние беременности (табл. 1.3).

Принято различать три степени тяжести гестоза.

Таблица 1.2. Определение степени тяжести гестоза

Симптом	Степень тяжести гестоза		
	I (легкая)	II (средняя)	III (тяжелая)
Относительное повышение артериального давления по сравнению с исходным	25-30% (135/95 мм рт.ст.)	40% (160/100 мм рт.ст.)	Более 40% (>160/100 мм рт.ст.)

Отеки	Отеки ног	Выраженные отеки ног, брюшной стенки	Выраженные отеки, ног, брюшной стенки, лица (анасарка)
Протеинурия	До 1 г/л	От 1 до 3 г/л	Более 3 г/л

Таблица 1.3. Шкала Виттлингера

Симптом	Баллы
Отеки:	
отсутствуют	0
локальные	2
генерализованные	4
Прибавка массы тела, кг:	
до 12	0
от 13 до 15	2
16 и выше	4
Протеинурия, г/сут:	
отсутствует	0
до 1	2
от 2 до 3	4
4 и выше	6
Артериальное давление, мм рт.ст.:	
120/80	0
140/90	2
160/100	4
180/110	8
Диурез, мл/сут:	
более 1000	0
900-600	4
менее 500	6
анурия более 6 ч	8
Субъективные симптомы:	
Нет	0
есть	4

Примечание. От 2 до 10 баллов - легкая степень гестоза; от 11 до 20 баллов - средняя степень тяжести; 21 и более - тяжелый гестоз.

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. 1.2. Отеки голеней и стоп

Особого внимания заслуживает диагностика нарушений функций почек. С этой целью определяют степень протеинурии и цилиндрурии в однократной и суточной пробах мочи, относительную плотность мочи и суточный диурез в пробе мочи по Зимницкому (для гестоза характерны изостенурия и никтурия). Диагностическое значение имеют и показатели биохимического исследования крови: гипопроteinемия, снижение коэффициента «альбумин/глобулин» ниже единицы, нарастание активности аланиновой и аспарагиновой трансаминаз печени и концентрации мочевины и креатинина и др.

Важную роль играет исследование свертывающей системы крови. Возможны тромбоцитопения (снижение количества тромбоцитов до 150 тыс. и ниже), увеличение концентрации продуктов деградации фибрина. Офтальмоскопия - информативный метод оценки состояния сосудов глазного дна, при котором выявляют ангиопатию, кровоизлияния, отек и отслойку сетчатки.

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:

1. фибриллярные сокращения мышц лица;
2. тонические судороги с нарушением дыхания и потерей сознания;
3. клонические судороги (на высоте припадка резко повышается артериальное давление, появляются кровоизлияния, прогрессирует отек мозга, такие же изменения происходят в легких и других паренхиматозных органах);
4. 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.

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

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.

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 гидроксипрохлорида, растворов кристаллоидов);
- улучшить кровоток в почках и стимулировать их мочевыделительную функцию;
- регулировать водно-солевой обмен;
- нормализовать реологические и коагуляционные свойства крови (введение свежзамороженной плазмы при снижении коагуляционных свойств крови);
- проводить профилактику и лечение нарушений фетоплацентарного комплекса;
- не допускать утяжеления гестоза путем своевременного щадящего родоразрешения;
- роды проводить с адекватным обезболиванием, ранней амниотомией, применением управляемой нормотонии (введение ганглиоблокаторов короткого действия) 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 суток после родов).

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 недель;
- 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 (Приложение 1).

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 (роженницу, 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 зева 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.

Профилактика

Необходимо выделить беременных группы высокого риска по развитию гестоза. Беременным рекомендуют полноценный сон, ограничение стрессовых ситуаций, употребление продуктов с высоким содержанием белка (мясо и рыба, творог и молоко).

В группе высокого риска реализации гестоза беременным с ранних сроков (до 16 нед) назначают кальций в форме пищевых добавок (1 г/сут), во II триместре - ацетилсалициловую кислоту (75-100 мг/сут).

Ранняя диагностика легких форм гестоза в женской консультации и своевременная госпитализация служат профилактикой утяжеления состояния беременных.

До настоящего времени гестоз остается наиболее загадочным осложнением беременности с неизвестной этиологией, не до конца изученным патогенезом, отсутствием радикальных методов лечения и профилактики. Вместе с тем раннее выявление гестоза и адекватная осмотерапия позволяют предотвратить утяжеление гестоза и на некоторое время пролонгировать беременность.

Вопросы для самоконтроля:

1. дайте определение понятию гестоз?
2. Назовите классификацию гестоза?
3. Какие методы диагностики гестоза вы знаете?
4. Кто принимает решение о проведении родоразрешения женщин с гестозом?
5. Опишите тактику оказания неотложной помощи при возникновении преэклампсии и эклампсии?
6. Какие меры профилактики используют в женской консультации?

Ведение беременности и родов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы и мочевыделительной системы.

План:

1. Физиологические изменения в сердечно-сосудистой системе при беременности;
2. Артериальная гипертензия, этиология, патогенез, клиническая картина, лечение;
3. Артериальная гипотония, этиология, патогенез, клиническая картина, лечение;
4. Ревматизм, этиология, патогенез, клиническая картина, лечение;
5. Приобретенные пороки сердца;
6. Врожденные пороки сердца;
7. Гестационный пиелонефрит, этиология, патогенез, клиническая картина, лечение.

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

В период беременности естественная повышенная нагрузка на сердечнососудистую систему вызывает физиологически обратимые, но достаточно выраженные изменения гемодинамики и функций сердца.

Физиологические изменения показателей гемодинамики во время беременности:

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

Повышение нагрузки связано с усилением обмена, направленным на обеспечение потребностей плода, увеличением ОЦК, появлением дополнительной плацентарной системы кровообращения, постоянно нарастающей массой тела беременной.

Физиологические изменения показателей гемодинамики во время родов:

- в момент схватки из маточного русла в общий кровоток выталкивается 500 мл крови (на 5-15% повышаются сердечный выброс и артериальное давление);
- в момент потуг уменьшается венозный возврат - сердечный выброс снижается, возрастает частота сердечных сокращений (ЧСС);
- потребление кислорода во время схваток увеличивается на 100%, во время потуг - на 150%.

Увеличение матки приводит к ограничению подвижности диафрагмы, повышению внутрибрюшного давления, изменению положения сердца в грудной клетке, что в конечном итоге приводит к изменениям условий работы сердца. У здоровых беременных эти изменения проходят без осложнений. У женщин с заболеваниями сердечно-сосудистой системы увеличение ОЦК и сердечного выброса могут оказаться неблагоприятными и даже опасными.

Для исхода беременности главный вопрос заключается в компенсированности или недостаточности кровообращения.

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).

Артериальная гипертензия

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.

Этиология

Первичная АГ развивается как самостоятельное хроническое заболевание и составляет до 90% АГ. При гипертонической болезни повышенное давление выступает следствием дисбаланса в регулирующей системе организма вследствие влияния как экзогенных, так и эндогенных факторов.

Патогенез

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

В ответ на воздействие стрессового фактора нарушается регуляция тонуса периферических сосудов высшими центрами головного мозга (гипоталамусом и продолговатым мозгом). Возникает спазм артериол в периферическом русле, в том числе в почечных артериолах. Увеличивается секреция нейрогормонов ренин-ангиотензин-альдостероновой системы. Альдостерон, участвующий в минеральном обмене, вызывает задержку воды и натрия в сосудистом русле, что еще более увеличивает ОЦК и повышает АД. При АГ увеличивается вязкость крови, что приводит к снижению скорости кровотока и расстройству обменных процессов в тканях.

Классификация

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

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, мочевой кислоты, креатинина, общего холестерина, липопротеидов высокой плотности;
- электрокардиография (ЭКГ);
- исследование глазного дна;
- эхокардиография;
- амбулаторное суточное мониторирование АД.

Лечение

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.

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.

Этиология

Существует несколько теорий, объясняющих возникновение артериальной гипотензии:

- конституционально-эндокринная - артериальная гипотензия возникает из-за недостаточности функции надпочечников;

- вегетативная - артериальная гипотензия развивается из-за преобладания парасимпатических влияний на регуляцию деятельности сердечно-сосудистой системы;
- нейрогенная - артериальная гипотензия возникает под влиянием психогенных факторов.

Патогенез

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.

Влияние артериальной гипотензии на беременность

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

Влияние беременности на заболевание

При гипотензии беременных немаловажную роль играет ответная иммунная реакция на гипотонию плаценты и плода, в результате чего происходит уменьшенное или увеличенное выделение ряда биологических веществ, в частности катехоламинов, ацетилхолина, серотонина, гистамина.

Клиническая картина

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.

Диагностика

Диагностика включает:

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

Лечение

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; 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.

Ревматизм

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

Этиология и патогенез

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

Клиническая картина и диагностика

Во время беременности важно уточнение степени активности ревматического процесса, так как она определяет не только необходимость лечения, профилактики, но и акушерскую тактику.

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).

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 II 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.

Этиология и патогенез

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.

Классификация

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. Акушерская тактика определяется клинической картиной и, соответственно, степенью тяжести приобретенного порока сердца.

Взаимовлияние заболевания и беременности

При всех приобретенных пороках сердца беременность может осложняться гестозом, угрозой преждевременных родов и плацентарной недостаточностью.

Во время родов увеличиваются артериальное давление, систолический и минутный объем сердца. В раннем послеродовом периоде возможны послеродовые коллапсы из-за резкого изменения внутрибрюшного и внутриматочного давления.

Клиническая картина

Гемодинамические нарушения и клиническая картина различны в зависимости от локализации, характера и длительности существования клапанного поражения.

Основные жалобы при приобретенных пороках: быстрая утомляемость, мышечная слабость, тяжесть в ногах, сонливость, сердцебиение и одышка, возникающие только при физической нагрузке; по мере прогрессирования порока одышка наблюдается и в покое.

Митральный стеноз

Митральный стеноз - стеноз левого атриовентрикулярного отверстия. У большинства больных он начинает формироваться уже вскоре после перенесенного вальвулита (воспаления створок клапана).

Клиническая картина. У половины беременных при митральном стенозе возникает или прогрессирует недостаточность кровообращения различной стадии. Такие пациентки, вынужденные находиться в постели, редко стремятся сохранить беременность.

Увеличение застоя крови в легких может осложниться кровохарканьем, которое у беременных наблюдается чаще, чем у небеременных. Физическая нагрузка, даже умеренная, эмоциональное перенапряжение (волнение, страх) могут привести к развитию сердечной астмы и отека легких.

Лечение. При стенозе митрального клапана показано его хирургическое устранение до беременности или во время нее (комиссуротомия). Оптимально для беременности и родов срок от 1 года до 2 лет после операции.

Родоразрешение. Роды для женщин с митральным стенозом особенно тяжелы. У рожениц с выраженным митральным стенозом во время родов колебания артериального и венозного давления достигают большей амплитуды, чем у здоровых; частота пульса и дыхания превышает допустимый предел. Повышение внутригрудного давления во время потуг вызывает подъем легочно-артериального давления и может привести к отеку легких. Метод родоразрешения при митральном стенозе - кесарево сечение.

Недостаточность митрального клапана

Этиология и патогенез. При этом пороке сердца кровь во время систолы поступает не только в аорту, но и обратно в левое предсердие. Однако благодаря сильному левому желудочку минутный объем крови поддерживается на нормальном уровне и декомпенсация развивается поздно. Во время беременности в связи с увеличением минутного объема крови регургитация (обратный ток) ее в левое предсердие увеличивается. Однако гипертрофированный левый желудочек в состоянии эту нагрузку компенсировать.

Диагностика и лечение. Диагностика недостаточности митрального клапана во время беременности сложна, чем и объясняется высокая частота ошибочных диагнозов.

Компенсированная недостаточность митрального клапана не служит противопоказанием для беременности. В последние десятилетия широко применяют хирургическое лечение недостаточности митрального клапана - протезирование клапана. Однако частота тромбоэмболических осложнений

при клапанном протезировании в гестационном периоде в 2-3 раза выше, чем вне беременности.

Родоразрешение. Беременных с искусственным клапаном сердца родоразрешают оперативным путем в специализированном кардиологическом стационаре или в условиях областной больницы. Диспансеризацию осуществляют совместно с кардиологом.

Пролапс митрального клапана

Пролапс митрального клапана - состояние, при котором одна, а чаще обе створки митрального клапана выбухают в полость левого предсердия во вторую половину систолы. У молодых женщин незначительный пролапс протекает бессимптомно и обнаруживается только при эхокардиографии. Его расценивают как вариант нормы.

Клиническая картина и диагностика. Пролапс митрального клапана обычно выявляют случайно при плановом осмотре беременной терапевтом женской консультации, когда обнаруживают шум или щелчок открытия клапана. Клиническая картина весьма многообразна. Выделяют четыре больших синдрома: вегетативной дистонии, сосудистых нарушений, геморрагический синдром и психопатологический синдром.

В большинстве случаев беременность и роды протекают без осложнений.

Лечение. Лечение проводит терапевт (кардиолог). Немедикаментозное лечение включает рациональную психотерапию, физиотерапию (водные процедуры), ограничение физической активности; фитотерапию седативными травами с дегидратационным эффектом (настойка валерьяны, пустырника, сборы трав шалфея, зверобоя); показана диета с ограничением солей натрия, увеличением солей калия и магния.

Тактика ведения беременности и родов при пролапсе митрального клапана такая же, как и при физиологической беременности.

Врожденные пороки сердца

Врожденные пороки сердца встречаются гораздо реже приобретенных. На их долю приходится лишь 3-5% всех пороков сердца у беременных.

Врожденные пороки сердца со сбросом крови слева направо составляют почти половину всех врожденных пороков и встречаются у беременных наиболее часто.

Большинство пациенток благополучно переносят беременность и роды при отсутствии признаков нарушения гемодинамики в малом круге кровообращения. Наибольшая опасность у больных с пороками сердца со сбросом крови слева направо возникает в раннем послеродовом периоде, когда большой приток крови к правым отделам сердца может вызывать извращение шунта и значительный объем венозной крови попадает в левые отделы сердца. При этом приступ острой гипоксемии может сопровождаться сердечной недостаточностью, гипоксией мозга.

Больным с врожденными пороками сердца со сбросом крови слева направо и недостаточностью кровообращения даже I или IIА стадии и легочной гипертензией беременность противопоказана.

Дефектом в межпредсердной перегородке может считаться незакрывшееся после рождения ребенка овальное отверстие. В этом случае гемодинамика не страдает, так как клапан, прикрывающий отверстие, находится в левом предсердии, и поток крови прижимает его к перегородке. Овальное отверстие начинает функционировать только в том случае, если давление в правом предсердии станет выше, чем в левом. Хирургическое лечение этого порока дает стойкий положительный эффект у всех больных.

При дефекте межпредсердной перегородки беременность противопоказана, если порок протекает с недостаточностью кровообращения, выраженным цианозом, легочной гиперволемией, легочной гипертензией или кардиомегалией.

Врожденные пороки сердца со сбросом крови справа налево особенно тяжелы, однако часть больных достигает репродуктивного возраста.

Тетрада Фалло характеризуется сужением легочной артерии, высоким дефектом межжелудочковой перегородки, декстрапозицией аорты и гипертрофией миокарда правого желудочка. Гипоксемия - основная причина цианоза, важнейшего симптома заболевания. Второй важнейший симптом - одышка. Она наблюдается даже в покое и при физической нагрузке может усилиться вплоть до удушья.

При всех формах порока Фалло беременность противопоказана, однако она может завершиться благополучно для женщины и ребенка, если до беременности была произведена успешная хирургическая коррекция порока.

Диспансерное наблюдение и госпитализация беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

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 недели, 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, корректируют проводимую терапию в профильном отделении.

- *Третья госпитализация* должна быть осуществлена за 2 недели 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.

Родоразрешение беременных с сердечно-сосудистыми заболеваниями

При сердечно-сосудистых заболеваниях обязательна дородовая госпитализация беременной в родильный стационар соответствующего уровня оказания помощи (II-III) в составе многопрофильной больницы для подготовки к родоразрешению. Родоразрешение возможно через естественные родовые пути и путем кесарева сечения (по показаниям со стороны матери и плода).

Роды через естественные родовые пути должны проводиться с тщательным обезболиванием. С целью профилактики кровотечений в послеродовом и послеродовом периодах показано введение утеротоников.

При наличии декомпенсации в анамнезе или во время беременности кесарево сечение целесообразно провести в кардиологическом отделении многопрофильного стационара или кардиологическом центре. При стойкой недостаточности кровообращения в послеродовом периоде родильница должна быть переведена из акушерского стационара в специализированное кардиологическое отделение.

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

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.

Этиология и патогенез

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%.

Пиелонефрит может быть вызван разнообразными возбудителями (бактерии, вирусы, грибы, простейшие), но чаще встречаются кишечная палочка, энтерококки, протей, стафило- и стрептококки. Основные пути распространения инфекции - гематогенный и восходящий из уретры и мочевого пузыря через мочеточник в лоханку.

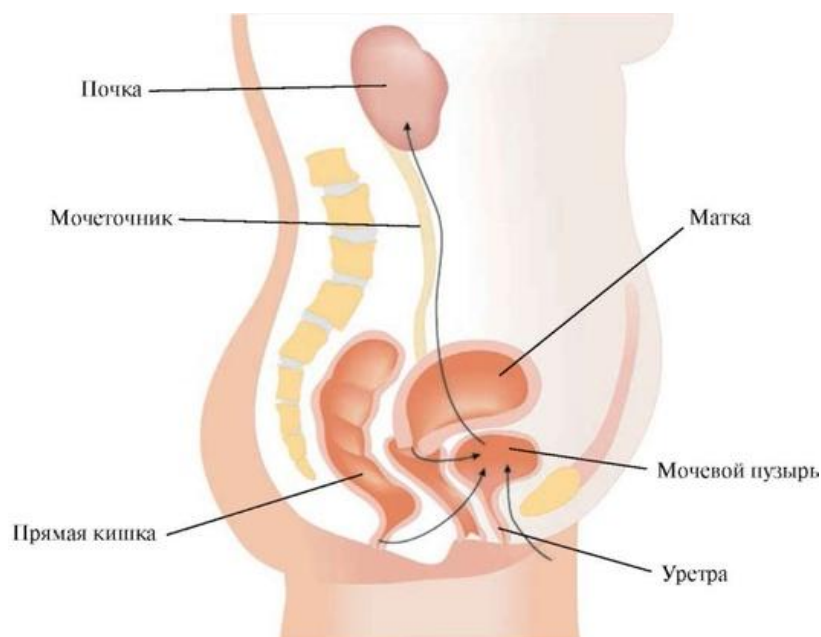


Рис. 1.3. Пути распространения инфекции при гестационном пиелонефрите

Факторы риска развития гестационного пиелонефрита:

- предшествующие инфекции мочевыводящих путей;
- пороки развития почек и мочевыводящих путей;
- мочекаменная болезнь;
- воспалительные заболевания женских половых органов, особенно вагинит;
- бактериальный вагиноз;
- носительство патогенной и условно-патогенной микрофлоры;
- низкий социально-экономический статус;
- сахарный диабет;
- нарушения уродинамики, обусловленные беременностью (дилатация и гипокинезия внутриволокнистой системы почек и мочеточников на фоне метаболических изменений).

Классификация

По патогенезу различают следующие формы пиелонефрита: первичный; вторичный.

По течению выделяют:

- острый пиелонефрит;
- хронический пиелонефрит.

По нарушению функций почек:

- без нарушения;
- с нарушением.

Влияние пиелонефрита на беременность

Беременных с хроническим пиелонефритом и инфекцией мочевыводящих путей относят к группе высокого риска внутриутробного инфицирования, невынашивания, развития гестоза, мертворождения и ранней неонатальной смерти. Угроза прерывания беременности при пиелонефрите обусловлена повышением возбудимости матки, которое провоцируют болевой синдром, лихорадочное состояние и экзотоксины грамотрицательных микроорганизмов кишечной группы. Критический срок обострения заболевания приходится на II триместр беременности (22-28 нед на фоне максимального подъема концентрации глюкокортикоидных и стероидных гормонов в плазме крови), а формирования акушерских (угроза прерывания беременности, гестоз) и перинатальных (гипоксия плода и задержка роста плода) осложнений - на 21-30-й неделе. Пиелонефрит в большинстве случаев сопровождается анемией, которая может осложнять течение беременности, родов и послеродового периода.

Акушерские осложнения пиелонефрита у беременных:

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

Влияние беременности на заболевание

Под действием прогестерона почечные лоханки, чашечки и мочеточники расширяются, особенно справа, уменьшаются перистальтика мочеточников и тонус мочевого пузыря, что ведет к нарушению уродинамики и возникновению застоя мочи (уростаза). Перечисленные выше

физиологические гестационные изменения создают благоприятные условия для возникновения инфекционного процесса в мочевыводящих путях.

Диагностика

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.

Показания к госпитализации:

- обострение пиелонефрита;
- присоединение гестоза;
- снижение функций почек;
- угрожающий выкидыш или угрожающие преждевременные роды;
- начальные признаки гипотрофии плода;
- бессимптомные бактериурия или лейкоцитурия, не поддающиеся терапии.

Лечение

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.

Родоразрешение

При своевременных профилактических мероприятиях роды происходят в срок через естественные родовые пути. Оперативное родоразрешение производят по акушерским показаниям.

Профилактика

Профилактика гестационного пиелонефрита направлена на раннее выявление бессимптомной бактериурии, нарушений уродинамики, начальных признаков заболевания. Антибактериальная терапия

бессимптомной бактериурии у беременных значительно снижает риск развития пиелонефрита.

Немедикаментозные методы профилактики обострений пиелонефрита включают адекватный питьевой режим (1,5 л/сут), позиционную терапию (коленно-локтевое положение), фитотерапию.

Вопросы для самоконтроля:

1. Перечислите физиологические изменения в гемодинамике при беременности?
2. Назовите классификацию гипертонии?
3. Перечислите причины возникновения гипотонии у беременных?
4. Назовите клинические проявления ревматизма?
5. Какую патологию можно отнести к приобретенным порокам сердца?
6. При каких врожденных пороках беременность противопоказана?
7. Перечислите клинические проявления гестационного пиелонефрита?
8. Какое лечение проводят женщинам с гестационным пиелонефритом?

Ведение беременности и родов при заболеваниях эндокринной системы и репродуктивной системы.

План:

1. Сахарный диабет и беременность;
2. Заболевания щитовидной железы и беременность;
3. Заболевания репродуктивной системы и беременность;
4. Раковые заболевания половых органов при беременности.

Сахарный диабет (далее 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.

Классификация

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.

Этиология

СД 1-го типа - аутоиммунное заболевание, индуцированное инфекционным процессом вирусной природы или другими острыми или хроническими стресс-сортными факторами внешней среды, действующими на фоне определенной генетической предрасположенности.

СД 2-го типа - заболевание, развивающееся на фоне генетической предрасположенности. Развитие и клиническая манифестация СД 2-го типа обусловлены различными факторами (возраст, ожирение, неправильный режим питания, гиподинамия, стресс).

Патогенез

В ответ на изменение структуры поверхностных антигенов β -клеток поджелудочной железы начинается развитие аутоиммунного процесса в виде воспалительной инфильтрации панкреатических островков иммунокомпетентными клетками, что приводит к деструкции измененных β -клеток. Разрушение 80-90% функциональных β -клеток обуславливает клиническую манифестацию СД 1-го типа.

СД 2-го типа - патогенетически гетерогенная, а следовательно, и клинически неоднородная группа нарушений обмена веществ. Сочетание чрезмерного питания, ожирения, малоподвижного образа жизни, генетической предрасположенности на фоне нарушения секреции инсулина приводит к тканевой резистентности и гиперинсулинемии. Для больных СД 2-го типа с ожирением и инсулинорезистентностью также характерны дислипидемии, особенно гипертриглицеридемия, поскольку избыток инсулина стимулирует липогенез и выработку липопротеидов очень низкой плотности в печени.

По своему патогенезу гестационный СД ближе к СД 2-го типа. Синтез плацентой стероидных гормонов (плацентарный лактоген, эстрогены, прогестерон) и повышение образования кортизола корой надпочечников беременной при одновременном изменении метаболизма и тканевых эффектов инсулина, его ускоренном разрушении почками и активизация инсулиназы в плаценте приводят к состоянию физиологической инсулинорезистентности. У ряда беременных повышенная инсулинорезистентность (а следовательно, и повышенная потребность в инсулине) превышает функциональный резерв β -клеток поджелудочной железы, что приводит к гипергликемии и развитию заболевания.

Влияние сахарного диабета на беременность

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. Активация перекисного окисления липидов и фосфолипазы приводит к образованию токсичных свободных радикалов и повреждению клеточных мембран. Инсулиновая недостаточность нарушает все виды обмена веществ, возникающая при этом гиперлипидемия приводит к выраженным структурно-функциональным изменениям клеточных мембран. Все это усугубляет гипоксию и микроциркуляторные нарушения, лежащие в основе осложнений беременности.

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.

Первая половина беременности у большинства больных СД протекает без особых осложнений.

Во второй половине беременности чаще развивается гестоз (30-70%). К его возникновению предрасполагают диабетическая микроангиопатия с поражением сосудов малого таза, плаценты, матки, а также ДВС-синдром.

При сочетании гестоза и диабетической нефропатии опасность для жизни матери резко возрастает, так как возможно развитие уремии вследствие значительного ухудшения функций почек. Частота мертворождаемости при гестозе на фоне СД составляет 18-46%.

Клиническая картина

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).

В родах у беременных СД возможна как высокая гипергликемия с ацидозом (под влиянием таких эмоциональных воздействий, как боль, страх), так и гипогликемия вследствие физической активности, утомления женщины.

В послеродовом периоде концентрация глюкозы в плазме крови падает, а в дальнейшем к 4-5-му дню нарастает, поэтому дозу инсулина постепенно увеличивают и к 7-10-му дню послеродового периода доводят до той, которую использовали до беременности.

Существует ряд особенностей, отличающих детей, рожденных женщинами с СД, от детей здоровых матерей: характерный внешний вид (круглое лунообразное лицо, чрезмерно развита подкожная жировая клетчатка), большое количество кровоизлияний на коже лица и конечностей, отечность, цианотичность; большая масса, значительная частота пороков развития, функциональная незрелость органов и систем.

Следует помнить, что повышенная склонность беременных с СД к развитию тяжелых форм гестоза и других осложнений беременности диктует необходимость строжайшего наблюдения за динамикой массы тела, артериального давления, анализами мочи и крови, а также педантичного соблюдения режима самой беременной.

Диагностика

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).

Наиболее точный метод диагностики заболевания - определение концентрации глюкозы в крови и ее компонентах натощак и в любое время суток. Согласно классификации ВОЗ (1999), диагноз СД достоверен, если концентрация глюкозы в венозной плазме крови натощак составляет 7 ммоль/л, в капиллярной крови превышает выше 6,1 ммоль/л, а определенная случайно в любое время суток составляет 11 ммоль/л или более. В моче здорового человека глюкозы нет. У беременных возможна глюкозурия, связанная с изменением фильтрационной функции почек, а не с нарушением углеводного обмена.

Лечение

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).

Инсулиновая помпа служит альтернативой многократным ежедневным инъекциям инсулина инсулиновым шприцом или инсулиновой шприц-ручкой и позволяет проводить интенсивную инсулинотерапию при использовании в сочетании с мониторингом концентрации глюкозы и подсчетом количества углеводов.

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.

Родоразрешение

Срок родоразрешения беременных с СД определяют индивидуально с учетом тяжести течения СД, степени компенсации заболевания, функционального состояния плода, наличия акушерских осложнений.

Оптимальным методом родоразрешения матерей считают роды через естественные родовые пути. Родоразрешение через естественные родовые пути проводят под постоянным контролем концентрации глюкозы в плазме крови (каждые 2 ч), тщательным обезболиванием, адекватной инсулинотерапией.

Течение родов осложняет наличие крупного плода, что служит причиной целого ряда дальнейших осложнений в родах: слабость родовой деятельности, несвоевременное излитие околоплодных вод, гипоксия плода, развитие функционально узкого таза, дистоция плечиков, развитие эндометрита в родах, родовой травматизм матери и плода.

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.

Функционирование щитовидной железы связано с поступлением йода. Считается, что суточная потребность йода во время беременности составляет от 150 до 200 мкг. Во время беременности увеличивается усвоение йода щитовидной железой и выведение его с мочой.

Беременная с заболеваниями щитовидной железы должна находиться под наблюдением эндокринолога.

Диффузный токсический зоб (базедова болезнь)

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).

Влияние диффузного токсического зоба на беременность

У большинства женщин, страдающих токсическим зобом, беременность имеет осложненное течение. Наиболее частое и характерное осложнение - невынашивание. Угроза прерывания беременности чаще наступает в ранние сроки, что может быть связано со значительным повышением функции щитовидной железы, сопровождаемым усиленной продукцией тиреоидных гормонов. Вероятно, избыточно продуцируемый тироксин оказывает отрицательное влияние на процессы имплантации и дальнейшее развитие плодного яйца, что приводит к аборту.

Довольно часто у больных, страдающих диффузным токсическим зобом, развивается токсикоз беременных. Развитие токсикоза беременности обычно совпадает с периодом обострения основного заболевания, что можно

связывать со свойственными ему обменными нарушениями и с изменениями в ЦНС. Иногда ранний токсикоз имеет очень тяжелое течение и плохо поддается лечению, в связи с чем беременность приходится прерывать. Дисбаланс тиреоидных гормонов матери во время беременности играет ведущую роль в нарушении психоневрологического развития детей. При тяжелой форме токсического зоба беременность противопоказана.

Клиническая картина и диагностика

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. Appetit 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).

По рекомендации ВОЗ, с 1994 г. используют упрощенную классификацию размеров щитовидной железы (степени увеличения):

- 0 - зоб нет;
- 1 - зоб не виден, но пальпируется, при этом размеры его долей больше дистальной фаланги большого пальца руки исследуемого;
- 2 - зоб пальпируется и виден на глаз.

Для диагностики наиболее информативно определение антител к тиреоглобулину, концентрации тиреоидных гормонов в плазме крови, УЗИ щитовидной железы.

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 аборт.

Родоразрешение

Родоразрешение большинства больных диффузным токсическим зобом протекает без осложнений. Родоразрешение следует производить на фоне эутиреоза, чтобы не спровоцировать тиреотоксический криз. При обострении болезни после родов следует подавить лактацию и назначить анти тиреоидные препараты.

Гипотиреоз (микседема)

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

Этиология и патогенез

Наиболее частая причина развития гипотиреоза - деструкция щитовидной железы в результате аутоиммунного (послеродового) тиреоидита. Ятрогенные формы первичного гипотиреоза возникают после операций на щитовидной железе, радиоiodтерапии или в результате передозировки тиреостатических препаратов при лечении диффузного токсического зоба.

Врожденный гипотиреоз может быть обусловлен аплазией щитовидной железы (врожденный гипотиреоз без зоба), дефектами ферментных систем, обеспечивающих синтез тиреоидных гормонов, или выраженным дефицитом йода (врожденный гипотиреоз с зобом).

Влияние гипотиреоза на беременность

Генеративная функция у женщин, страдающих гипотиреозом, резко угнетена. Значительное снижение обменно-трофических процессов влияет на функцию яичников: наблюдается задержка созревания фолликулов, нарушаются процессы овуляции и развития желтого тела. Ранние стадии эмбриогенеза до 6-8 недель беременности протекают под контролем материнских тиреоидных гормонов, и при выраженном их дефиците абсолютно невозможны ни гестация, ни вообще развитие эмбриона.

Нелеченный или некомпенсированный гипотиреоз влияет на зачатие и увеличивает частоту спонтанных аборт и мертворождений. Нарушение зачатия может быть следствием вторичной гиперпролактинемии, вызывающей ановуляторное состояние.

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

Основной принцип 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

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.

Суточная пищевая потребность в йоде у взрослого человека составляет 150 мкг, у беременной - 200 мкг, а в период лактации - 260 мкг.

Различают диффузную, узловую и смешанную формы зоба. По консистенции он может быть мягким, плотным, эластичным, кистозным.

Во время беременности существует опасность развития зоба у ребенка, поскольку обеспечение йодом щитовидной железы плода происходит исключительно за счет матери. В связи с этим достаточное потребление йода матерью играет важную роль во время беременности.

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

Возникающий на фоне беременности зоб после родов подвергается обратному развитию не всегда, что позволяет объяснить более высокую распространенность заболевания у женщин.

Лечение

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

Заболевания репродуктивной системы и беременность

Беременность может сочетаться с любыми гинекологическими заболеваниями, среди которых наиболее часто встречаются миома матки, яичниковые образования, аномалии развития половых органов, опухоли шейки матки.

Миома (фибромиома) матки представляет собой доброкачественную опухоль, состоящую из мышечных и фиброзных клеток. В зависимости от преобладания тех или иных клеток различают собственно миому, фиброму, фибромиому. Чаще встречается миома матки. Миома может быть до беременности или проявляться после ее наступления.

У беременных чаще обнаруживаются субсерозные или межмышечные (интерстициальные) узлы, так как при локализации узлов под слизистой оболочкой (субмукозные узлы) нередко бывает бесплодие или беременность прерывается на раннем сроке.

Течение беременности. При миоме матки возможны прерывание беременности в ранние сроки, преждевременные роды, плацентарная недостаточность, приводящая к задержке роста плода. Развитию плацентарной недостаточности способствует прикрепление плаценты в проекции узла. Во время беременности миоматозные узлы, как правило, быстро растут и размер матки становится больше, чем соответствующий сроку беременности.

Клиническая картина. Если кровоснабжение в узлах достаточное, то кроме быстрого увеличения живота беременная жалоб не предъявляет. При нарушении питания узла (сниженное кровоснабжение) появляются локальные боли в области его проекции. Если вследствие недостатка кровоснабжения наступает некроз ткани узла, то могут появляться симптомы интоксикации: повышение температуры тела, озноб, тахикардия. При пальпации узел болезнен, иногда имеются симптомы раздражения брюшины.

Диагноз устанавливают при пальпации матки - прощупывается узел или узлы более плотные, чем стенка матки. Более точно локализацию и величину узла определяют при УЗИ.

Ведение беременности. Абсолютных противопоказаний к сохранению беременности при миоме матки нет. Высокий риск развития осложнений во время беременности связан:

- с исходной величиной матки, соответствующей 10-13 недели беременности;
- подслизистой и шейной локализацией узлов;
- длительностью заболевания более 5 лет;
- нарушением питания в одном из узлов.

На протяжении беременности следует тщательно следить за состоянием плода, своевременно проводя лечение плацентарной недостаточности. При нарушении кровотока в миоматозном узле показаны препараты, улучшающие кровоток, - спазмолитики (ношпа, баралгин, папаверин), а также инфузионная терапия с включением трентала, курантила. Если нарушение кровотока в узле происходит во II-III триместрах беременности, то целесообразно назначить кристаллоиды в сочетании с в-адреномиметиками (партусистен, гинипрал).

Неэффективность лечения является показанием к чревосечению и вылуциванию миоматозного узла. Операция с целью вылуцивания миоматозного узла или отсечения от его основания также необходима, если во время беременности обнаруживают миоматозный узел на тонком основании, вызывающий болевые ощущения.

В послеоперационном периоде продолжают терапию, направленную на снижение сократительной деятельности матки, т. е. на предупреждение прерывания беременности.

Ведение родов. У рожениц с миомой матки высок риск развития осложнений для матери и плода. Во время родов возможны слабость родовой деятельности, нарушения отделения плаценты, гипотоническое кровотечение в третьем периоде и сразу после родов. Плод в процессе родов нередко страдает от гипоксии вследствие неполноценности маточного кровотока. В связи с этим нередко встает вопрос об абдоминальном родоразрешении.

После извлечения ребенка во время кесарева сечения проводят тщательное исследование матки с внутренней и внешней сторон. Интерстициальные узлы малых размеров можно оставить, при умеренных размерах и интерстициально-субсерозном расположении, особенно при субсерозной локализации, узлы вылушивают и на ложе накладывают отдельные (викрил) швы. Если узел располагался поверхностно, допустима электрокоагуляция ложа.

При родах через естественные родовые пути необходим постоянный мониторинг сердцебиения плода и сократительной деятельности матки. Введение окситоцина для ее усиления не рекомендуется. При сочетании слабости родовой деятельности и гипоксии плода показано кесарево сечение.

В третьем периоде родов у женщин с миомой матки производят ручное по показаниям обследование матки, чтобы исключить сумбукозные узлы. Роженице вводят сокращающие матку средства.

В раннем послеоперационном периоде также могут отмечаться симптомы нарушения питания узла. При этом проводят спазмолитическую и инфузионную терапию.

Яичниковые образования и беременность

Характер яичниковых образований во время беременности различен. Чаще всего имеют место киста желтого тела, эндометриоидная киста, зрелая тератома. Кисты желтого тела, как правило, с течением беременности подвергаются обратному развитию. Среди истинных доброкачественных опухолей яичника во время беременности обнаруживаются образования эпителиального генеза: серозная и муцекозная цистаденомы.

Яичниковые образования, как правило, предшествуют наступлению беременности, но выявляются нередко при наличии ее.

Клиническая картина. При отсутствии дополнительных осложнений у беременных с яичниковыми образованиями жалоб может не быть. Иногда отмечают лишь неприятные ощущения внизу живота слева или справа в зависимости от локализации измененного яичника. При очень подвижном

образовании (вытянутый связочный аппарат ножки яичника) могут быть болевые ощущения, беспокоящие женщину.

Наличие опухолевидных образований и опухолей яичника может сопровождаться рядом осложнений, имеющих выраженное клиническое проявление. К ним относятся: перекрут ножки опухоли, разрыв ее стенки, кровоизлияние в стенку. При этом появляются симптомы "острого живота", нередко требующие оперативного вмешательства.

Опухоли и опухолевидные образования яичников могут привести к следующим осложнениям беременности: угроза прерывания, поперечное положение плода при низком расположении опухоли. Во время родов возможны выпадение пуповины, неправильное вставление головки, слабость родовой деятельности.

Диагностика. В ранние сроки беременности (до 11-12 нед) при двуручном исследовании, производимом с диагностической целью, возможно выявление образования слева или справа от матки. Но основным методом диагностики опухолей и опухолевидных образований яичника является УЗИ, которое позволяет четко определить любом сроке беременности величину, локализацию, а нередко и характер патологии яичника.

При большом сроке беременности яичниковые образования определяются довольно высоко слева или справа от матки. Большое значение имеет своевременная диагностика имеющегося рака яичника или озлокачествления истинной опухоли яичника: доплерометрия кровотока в яичниковых образованиях, определение онкомаркера.

Ведение беременности и родов. При сочетании злокачественной опухоли яичника с беременностью обязательным является оперативное вмешательство, независимо от срока беременности.

При симптомах "острого живота", развившегося вследствие перекрута ножки опухоли или разрыва кисты, также необходимо экстренное оперативное вмешательство. Доступ хирургического вмешательства зависит от срока беременности. Лапароскопический доступ возможен при сроке беременности до 16 нед и небольших размерах образования яичника, в остальных случаях показана лапаротомия.

Тактика ведения беременности при бессимптомно протекающем яичниковом образовании решается индивидуально. При небольшом доброкачественном образовании оперативное лечение не производится, за образованием во время беременности наблюдают, а после родов, если оно продолжает иметь место, его удаляют.

Показаниями для хирургического лечения во время беременности являются: чрезмерная подвижность образования, приводящая к болевым ощущениям, диаметр более 7-8 см, истинная опухоль.

Рак яичника является показанием к операции независимо от срока беременности. На первом этапе можно удалить измененные яичники и сальник. После достижения плодом жизнеспособности производят кесарево сечение и экстирпацию матки с последующей химиотерапией (второй этап).

Ведение родов зависит от того, препятствует ли опухоль рождению плода. Если препятствует, то производят кесарево сечение и удаляют измененные придатки матки. Придатки с другой стороны следует тщательно осмотреть. Подвижное яичниковое образование может спускаться в один из сводов влагалища, препятствуя рождению плода и создавая показания к кесареву сечению. Чаще яичниковые образования не осложняют роды.

Аномалии половых органов

Аномалии половых органов чаще бывают врожденными, но могут быть и приобретенными. Врожденные аномалии половых органов представляют собой многочисленные варианты пороков развития. При некоторых из них беременность невозможна (например, отсутствие матки).

Беременность может наступить у женщины с перегородкой влагалища, седловидной, двурогой и однорогой маткой, двурогой маткой с одним замкнутым рудиментарным рогом, двойной маткой и двойным влагалищем. Беременность в добавочном роге по существу представляет собой вариант внематочной беременности. Перегородку влагалища и двойную матку обычно нетрудно выявить при двуручном влагалищно-абдоминальном исследовании. Диагноз двойной матки можно уточнить с помощью УЗИ.

Перегородки и рубцовые изменения влагалища могут быть не только врожденными, но и приобретенными (после заболевания дифтерией, химического ожога). Распознавание рубцовых изменений влагалища не вызывает затруднений. При значительном сужении влагалища роды через естественные пути невозможны, в таких случаях производят кесарево сечение.

Течение беременности и родов. При полном удвоении (две матки) беременность чаще развивается в одной из них, но при этом в другой наблюдается децидуальное изменение слизистой оболочки. Развитие беременности возможно в каждой матке или в двух ее половинах.

При пороках развития может возникнуть угроза прерывания беременности. К концу беременности нередко выявляют тазовое предлежание, косое или поперечное положение плода.

В родах наблюдается слабость или дискоординация родовой деятельности. Если по каким-то показаниям при патологии матки выполняют кесарево сечение, то следует произвести выскабливание слизистой оболочки второй матки с целью удаления децидуальной оболочки. Перегородка влагалища может препятствовать рождению предлежащей части. При ножном предлежании плод "садится верхом" на растянутую перегородку.

При любом варианте предлежания натянутую на предлежащей части перегородку следует рассечь. Кровотечения из рассеченных отрезков перегородки не бывает.

Рак шейки матки развивается либо из эпителия, покрывающего влагалищную часть шейки матки (плоскоклеточный рак), - экзофитный рост, либо из эпителия шеечного канала (аденокарцинома) - эндофитный рост.

Клиническая картина. Признаки опухолевого поражения шейки матки у женщин при беременности и вне ее практически одинаковы. В начале заболевания клинические признаки отсутствуют, а при прогрессировании процесса появляются жидкие водянистые или кровянистые выделения из половых путей. Особенно типичны для рака шейки матки контактные кровяные выделения после полового сношения или влагалищного исследования.

Диагностика. Для своевременного распознавания рака шейки матки при первичном осмотре беременных в женской консультации наряду со специальным акушерским обследованием необходимо обязательно осмотреть шейку матки при помощи зеркал и взять мазки с поверхности влагалищной части шейки матки и из цервикального канала.

Цитологическое исследование мазков играет ведущую роль в распознавании рака шейки матки. В случае необходимости у беременной следует провести специальное исследование с осмотром шейки матки с помощью увеличивающего изображение прибора - кольпоскопа и сделать биопсию подозрительного участка шейки матки.

Биопсию производят в условиях стационара из-за опасности возникновения кровотечения. Клинически выраженная раковая опухоль может иметь вид язвы или папиллярных разрастаний, напоминающих цветную капусту.

При раке цервикального канала шейка приобретает форму шара. При всех изменениях шейки матки во время беременности производится цитологическое, кольпоскопическое исследование и гистологическое исследование биоптата.

Лечение. При сочетании рака шейки матки и беременности лечебные мероприятия следует планировать с учетом срока беременности, стадии опухолевого процесса и биологических свойств опухоли. При этом интересы матери ставят на первое место. При определении тактики ведения беременных, больных раком шейки матки, необходима консультация онколога.

В случае внутриэпителиальной карциномы (0 стадия) шейки матки допустимо донашивание беременности, а через 1,5-2 мес после родов производится удаление шейки.

При выявлении инвазивного рака в I и II триместрах беременности показана расширенная экстирпация матки. При далеко зашедшем опухолевом процессе проводят лучевую терапию после удаления плодового яйца влагалитическим или абдоминальным путем.

При инвазивном раке и жизнеспособном плоде на первом этапе следует выполнить кесарево сечение, а в последующем - расширенную экстирпацию матки (второй этап). При невозможности полного удаления матки допустима ее надвлагалищная ампутация с последующей лучевой терапией. Возможно применение противоопухолевых лекарственных средств.

Прогноз. При сочетании рака шейки матки и беременности прогноз неблагоприятен.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите методы диагностики гестационного сахарного диабета?
2. Какое лечение сахарного диабета применяется во время беременности?
3. Какие заболевания щитовидной железы наиболее опасны при беременности?
4. Возможно ли пролонгирование беременности при наличии миомы матки?
5. Перечислите симптомы «острого живота»?
6. Перечислите этапы лечения раковых образований при беременности?

План:

1. Аномалии развития плаценты;
2. Аномалии развития пуповины;
3. Изменение околоплодных вод;
4. Эмбриопатии и фетопатии;
5. Плацентарная недостаточность.

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

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. Гипоплазия плаценты в большинстве случаев сочетается с задержкой развития плода.

Гиперплазия плаценты - нарушение, при котором ее вес составляет 1/3-1/2 веса плода.

Аномалии формы могут быть различными:

- Кольцевидная плацента - из-за отсутствия *decidua spongiosa* и *decidua contracta* центральная часть плаценты склерозирована.
- Двудольчатая плацента - чаще встречается в варианте добавочной доли плаценты; добавочные доли формируются из ткани трофобласта, не подвергшейся атрофии, и могут располагаться на некотором расстоянии от плаценты, при этом они соединяются с плацентой оболочками, по которым проходят сосуды; задержка добавочной доли в матке после рождения последа может вызвать кровотечение.
- Окончатая плацента - клинического значения не имеет.
- Плацента, окруженная валиком, - формируется в результате отслойки и скручивания краев плаценты в ранние сроки беременности; при этом гладкий хорион расположен в виде валика вокруг хориальной пластинки; если отслойка и скручивание произошли по самому краю плаценты, формируется плацента, окруженная ободком; в большинстве случаев проявления отсутствуют, и аномалию обнаруживают случайно при осмотре последа.

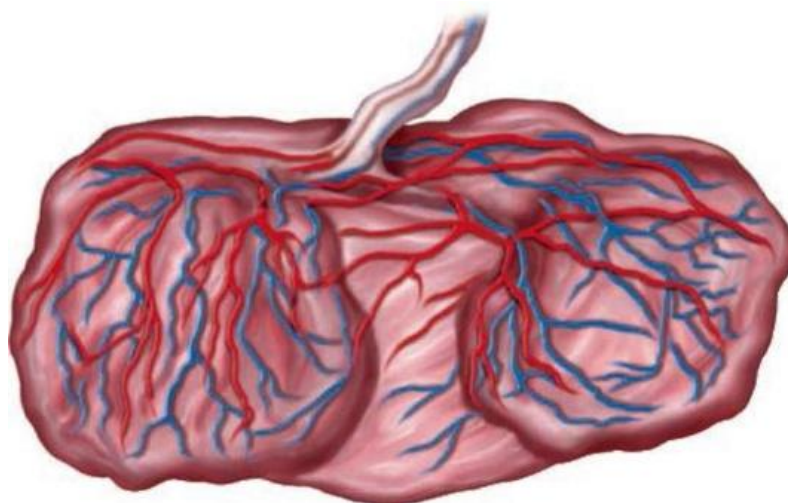


Рис. 1.4. Двудольчатая плацента

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. Возможна антенатальная (ультразвуковая) диагностика.

Аномалии пуповины

Пупочный канатик содержит две крупные артерии и вену, обеспечивающие плацентарно-плодовое кровообращение. В акушерстве существенное значение имеют аномалии длины пуповины, кисты, различные формы сдавления, аномалии прикрепления и аплазии одной из пупочных артерий. Средняя длина пуповины при доношенной беременности составляет 60 см.

Короткая пуповина часто сочетается с пороками плаценты (гипоплазия), задержкой роста плода и может оказывать неблагоприятное влияние на плод (возможны натяжение сосудов короткой пуповины с гипоксией плода, их разрыв, преждевременная отслойка плаценты и преждевременные роды). Иногда наблюдается отрыв чрезмерно короткой пуповины.

Кроме абсолютной короткости пуповины выделяют еще и относительную, когда пуповина обычной длины укорачивается вследствие однократного или многократного ее обвития вокруг плода. Относительная короткость пуповины встречается гораздо чаще, чем абсолютная, и потому имеет гораздо большее практическое значение. По своему влиянию на течение родов и на плод оба вида укорочения одинаковы.

Длинная пуповина (более 70 см), сочетается с обвитием, узлообразованием, ее выпадением, многоводием. Встречается чаще у плодов мужского пола.



Рис. 1.5. Длинная пуповина

Толстая пуповина может сформироваться вследствие ее отека при диабете у матери, при гемолитической болезни плода и некоторых других состояниях. Чаще встречаются утолщения не по всей длине, а локальные (опухоли, узлы, гематомы, аневризмы и т.д.).

При обвитии пуповины часто регистрируют нарушения частоты сердечной деятельности плода при кардиотокографии в конце родов, выше частота влагалищного оперативного родоразрешения (вакуум-экстракция, акушерские щипцы), отмечается умеренное снижение рН крови в пупочной артерии.

Истинные узлы обычно не служат причиной гипоксии плода, так как они редко бывают затянуты. Условия для затягивания узла в родах возникают только при его сочетании с обвитием пуповины вокруг шеи, что приводит к относительной короткости пуповины.



Рис. 1.6. Истинный узел пуповины

Единственная пупочная артерия - чаще ее обнаруживают при аутопсии мертворожденных. Антенатальная диагностика не вызывает трудностей при обнаружении на ультразвуковом исследовании в поперечном сечении петли пуповины только двух сосудов - артерии и вены. Детей с единственной пупочной артерией относят к группе высокого риска пороков развития внутренних органов даже в том случае, если внешние аномалии не обнаружены, хотя долгосрочный прогноз для таких детей в целом благоприятный.

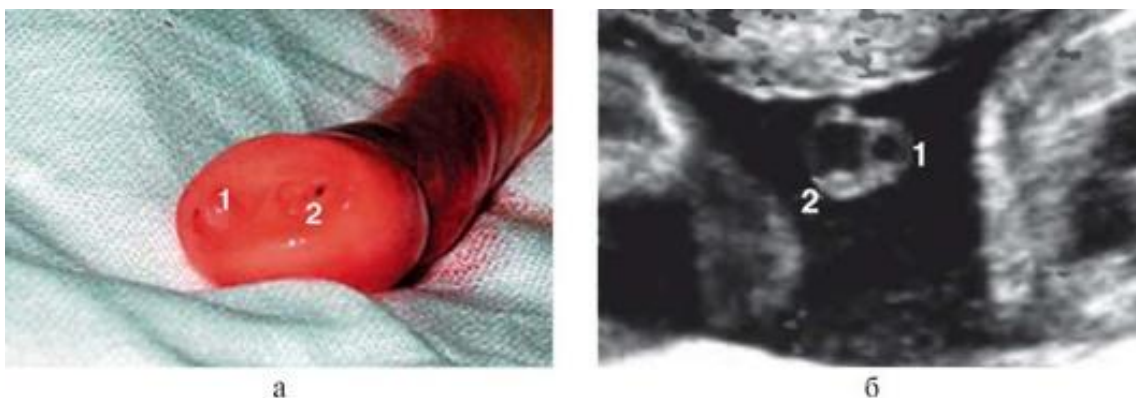


Рис. 1.7. Единственная пупочная артерия: а - поперечный срез пуповины; б - сонограмма: 1 - артерия; 2 - вена

Гематома пуповины - кровоизлияние в вартонов студень. Некоторые специалисты полагают, что гематома образуется при травме (перекрут, образование петель, узлов, вытяжение и пролапс пуповины) в области локальной слабости стенки сосуда. Размеры гематом составляют от 1 до 4 см в ширину, а длина их может превышать 40 см! Чаще всего гематома формируется ближе к месту вхождения пуповины в брюшную полость плода, но может локализоваться и в центральной части пуповины. Серьезным осложнением бывает прорыв гематомы в амниотическую полость, так как он может привести к кровотечению у плода. Еще одно возможное осложнение -

инфаркт миокарда у новорожденного, вызванный эмболией сосудов сердца тромбом, источником которого была гематома пуповины.

Гемангиома пуповины (ангиомиксома пуповины, кавернозная гемангиома, гемангиофибромиксома, миксангиома, телеангиэктатическая миксосаркома) - опухоль, возникающая из эндотелиальных клеток сосудов пуповины. Исключая случаи, когда опухоль развивалась не из элементов пуповины (плацентарная гемангиома). Размеры опухоли могут превышать 15 см. Она состоит из ангиоматозных узелков, окруженных отеком миксоматозно измененным вортоновым студнем. Чаще всего опухоль расположена ближе к плацентарному концу пуповины. Источником развития опухоли служат основные сосуды пуповины.

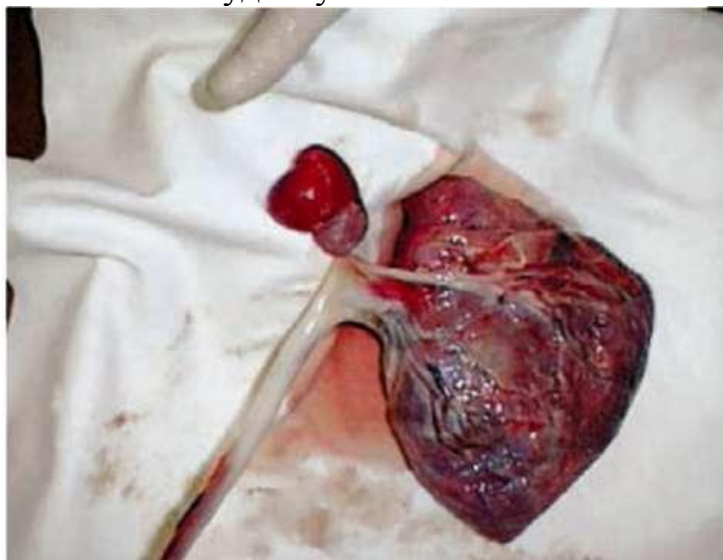


Рис. 1.8. Тератома пуповины

Омфалоцеле - наиболее частый дефект передней брюшной стенки плода. Частота хромосомных дефектов (чаще всего трисомии 13 и 18) составляет среди живорожденных 10%.

Варианты прикрепления пуповины к плаценте:

- оболочечное - предлежание сосудов пуповины, которые прикреплены оболочечно и проходят непосредственно над внутренним зевом;
- краевое;
- центральное или эксцентрическое;
- расщепленное;

Два первых варианта считают аномальными, они служат маркерами хромосомных нарушений и/или возможных осложнений в родах и часто сочетаются с другими аномалиями пуповины и плода.

Термин «оболочечное прикрепление» означает, что пуповина прикреплена скорее к оболочкам, чем к плаценте. Краевое прикрепление обозначает имплантацию пуповины в край плаценты. Она встречается чаще всего при многоплодной беременности.

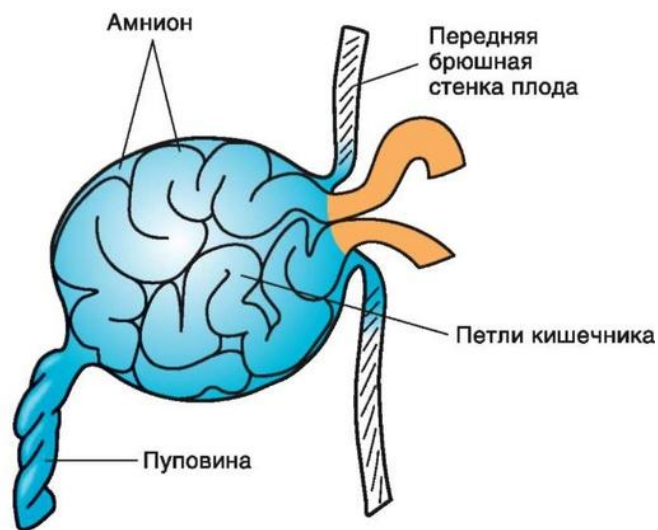


Рис. 1.9. Омфалоцеле (фото и схема)

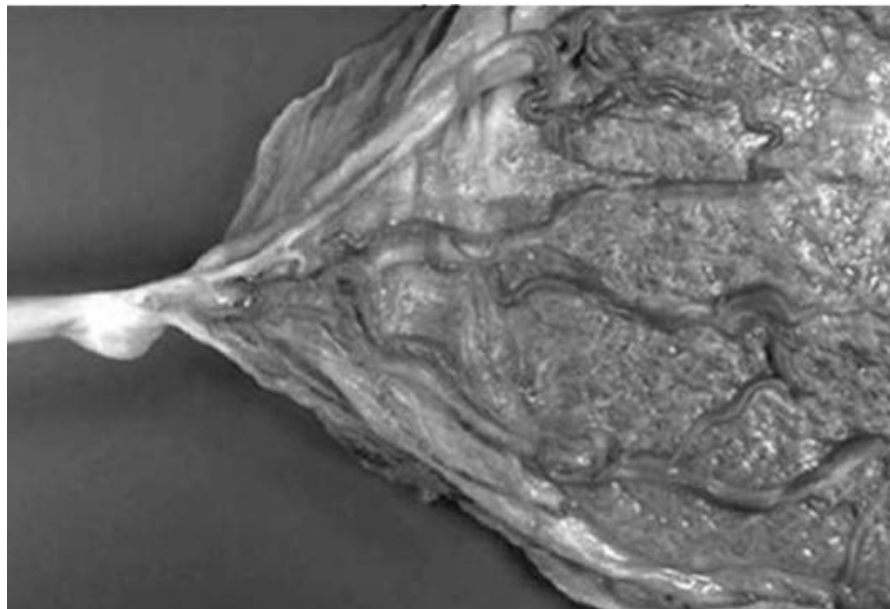


Рис. 1.10. Оболочечное прикрепление пуповины

Аномалии пуповины чрезвычайно многообразны. Наличие любой из них в той или иной степени связано с ростом частоты перинатальных осложнений и смертности плода. Пренатальная диагностика большинства

форм вполне возможна при ультразвуковом исследовании (УЗИ), более того, иногда ее легче осуществить при УЗИ, чем непосредственно после родов (например, при единственной пупочной артерии). Кроме того, дородовая диагностика позволяет прогнозировать течение родов и в ряде случаев предпринять дополнительные меры педиатрам. Тщательный осмотр пуповины должен быть обязательной составной частью каждого УЗИ. Макроскопическому осмотру пуповины после родов также следует уделить большое внимание.

Изменения объема околоплодных вод

Многоводие (полигидрамнион) - когда при доношенной беременности количество околоплодных вод превышает 1500 мл. Клинические проявления обычно возникают, если объем околоплодных вод превышает 3000 мл.

Причины многоводия удобно делить на:

- связанные с заболеваниями матери (изоиммунизация - резус-конфликт, сахарный диабет, инфекционные и воспалительные заболевания);
- связанные с состоянием плода (многоплодная беременность, пороки развития центральной нервной системы, ЖКТ, мочеполовой системы, лица, легких и сердца, скелетные дисплазии, хромосомные аномалии и наследственные болезни, неопластические процессы, гематологические нарушения, внутриутробные инфекции, неиммунная водянка плода);
- связанные с аномалиями плаценты (хорионангиома, плацента, окруженная валиком);
- идиопатическое многоводие (причины многоводия остаются невыясненными).

Многоводие может быть острым и хроническим. При *остром многоводии*, которое может развиваться за несколько часов или суток, беременность, как правило, прерывается досрочно, плод гибнет (фетоплацентарная недостаточность, преждевременная отслойка плаценты, незрелость плода) или рождается с пороками развития, возможна угроза разрыва матки и даже ее разрыв.

При *хроническом многоводии* количество околоплодных вод увеличивается постепенно, прогноз беременности зависит от степени его выраженности и скорости нарастания.

Диагноз ставят на основании увеличения матки, несоответствия ее размеров (окружности живота, высоты стояния ее дна над лоном) сроку беременности. Матка напряжена, тугоэластической консистенции. Плод подвижен, отмечают его неустойчивое положение, затрудненную пальпацию частей плода, приглушенное сердцебиение. Решающее значение при диагностике многоводия имеет УЗИ.

При многоводии чаще наблюдают различные осложнения беременности (рвота беременных, преждевременное прерывание беременности, неправильные положения и предлежания плода,

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

Роды при многоводии довольно опасны для матери и плода, так как часто сопровождаются осложнениями (преждевременные роды, дородовое излитие околоплодных вод, выпадение мелких частей плода и пуповины, аномалии родовой деятельности, преждевременная отслойка плаценты, неправильные положения плода, его гипоксия). В связи с этим количество акушерских пособий и оперативных вмешательств во время беременности и в родах увеличивается.

При невыраженных симптомах многоводия беременность пролонгируют до физиологического завершения на фоне соответствующего лечения.

При нарастании клинических симптомов многоводия, несмотря на лечение, при появлении признаков внутриутробного страдания плода применяют досрочное родоразрешение. Родовозбуждение при многоводии начинают с амниотомии. Ранняя амниотомия показана и во время родов. При этом следует соблюдать определенные правила: околоплодные воды следует выпускать медленно, плодные оболочки вскрывать не в центре, а сбоку, выше внутреннего зева, не извлекать руку из влагалища, пока головка плода не прижмется ко входу в малый таз, чтобы предупредить выпадение пуповины или ручки плода. Медикаментозное родовозбуждение начинают не ранее чем через 2 ч после выведения околоплодных вод, конец II и весь III период родов до полного сокращения матки ведут на фоне утеротонических средств.

В женской консультации выделяют группу риска по возможности развития многоводия. В нее входят беременные с сахарным диабетом, хроническими инфекциями, резус-отрицательной принадлежностью крови, уродствами плода в анамнезе, многоплодием. Проводят всестороннее исследование - бактериологическое, иммунологическое, генетическое, эндокринологическое, биохимическое.

Маловодие (олигогидрамнион) - состояние, при котором наблюдается малое количество вод, т.е. менее 500 мл, или полное их отсутствие (ангидрамнион).

Обычно маловодие объясняют недостаточным развитием эпителия, выстилающего водную оболочку, или понижением его секреторной функции.

Выделяют несколько групп причин маловодия:

- связанные с врожденными пороками развития плода - агенезия почек, двусторонняя дисплазия почек, синдром Меккеля-Грубера (комплекс наследственных аномалий, таких как поли- и синдактилия, гипоспадия, эписпадия, эктопия мочевого пузыря, кисты почек, печени, поджелудочной железы), синдром Поттер (комплекс наследственных аномалий почек и лица), обструктивная уропатия, пороки почек;

- связанные с нарушением развития плода (задержка роста плода, внутриутробные инфекции, хромосомные аномалии);
- связанные с заболеваниями матери (гестоз, хронические сердечно-сосудистые, почечные и коллагеновые заболевания);
- связанные с аномалиями плаценты (плацентарная недостаточность, аномалии развития, множественные инфаркты);
- другие причины (перенесенная беременность, преждевременный разрыв плодных оболочек, антенатальная гибель плода);
- идиопатическое маловодие.

Часто маловодие возникает на фоне гипертонической болезни, причем частота развития маловодия и степень тяжести зависят от длительности течения сосудистых нарушений и компенсаторных механизмов. При гипертонической болезни выраженное маловодие сочетается с задержкой роста плода.

Как и при многоводии, основное значение при диагностике маловодия имеет УЗИ.

Тактика ведения беременности и исход родов зависят от времени возникновения и степени выраженности маловодия. Наиболее плохой прогностический признак для плода - развитие маловодия во II триместре беременности, в связи с чем необходимо своевременно решить вопрос о целесообразности ее пролонгирования. При выявлении маловодия в начале III триместра в сочетании с задержкой роста плода пролонгирование беременности остается проблематичным. Лечение маловодия подразумевает терапию основного заболевания, на фоне которого развилось маловодие. При маловодии, развившемся в III триместре беременности и не сопровождаемом нарушением роста плода, возможен благоприятный исход родов, оправданно родоразрешение в 37-38 нед беременности.

Эмбриопатии и фетопатии

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 сут 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 нед беременности до рождения. В зависимости от патогенеза и

этиологического фактора различают инфекционные и неинфекционные фетопатии.

- Инфекционные фетопатии возникают под воздействием инфекционного агента, имеют тенденцию к генерализации и сопровождаются специфическими изменениями в организме плода (врожденный сифилис, туберкулез и т.д.).
- Неинфекционные фетопатии включают заболевания плода, развивающиеся в результате плацентарной недостаточности и при обменных нарушениях у плода, при осложнении беременности и экстрагенитальных заболеваниях (гипоксия и гипотрофия плода, гемолитическая болезнь, врожденный генерализованный кальциноз артерий, фиброэластоз миокарда, диабетическая, тиреотоксическая и алкогольная фетопатии).

Пузырный занос характеризуется своеобразным превращением ворсин хориона в многочисленные гроздевидные образования в виде пузырьков различной формы и величины. При гистологическом исследовании каждый пузырек представляет собой измененную ворсину хориона: оба эпителиальных слоя ворсины пролиферируют, строма подвергается водянистому перерождению. Промежуточные клетки полиморфны. Синцитиальные клетки обильно продуцируют стероидные и гонадотропные гормоны. Цитопlasма их содержит много секреторных и жировых гранул.

Этиология

Этиология пузырного заноса до сих пор не известна. Существуют две теории: согласно первой, пузырный занос вызывается перерождением яйца; согласно второй - перерождением децидуальной оболочки материнского организма.

Клиническая картина

В первые месяцы беременности периодически появляются кровяные выделения из матки: сначала они могут быть незначительными, но с ростом матки усиливаются и могут стать обильными; при систематическом наблюдении отмечается быстрый рост матки, величина матки значительно больше срока беременности. В кровяных выделениях иногда можно обнаружить несколько пузырьков заноса. Консистенция матки неравномерная. При влагалищном исследовании нередко пальпируют увеличенные яичники, так как происходят значительные изменения в их паренхиматозной ткани, дегенерация и массивные образования лютеиновой ткани с образованием кистозных полостей.

По мере увеличения срока беременности появляются признаки токсикоза: тошнота, рвота, отеки, альбуминурия.

Диагностика

Диагноз пузырного заноса ставят на основании клинических симптомов, УЗИ и количественного определения β -хорионического

гонадотропина человека (β -ХГЧ), концентрация которого при пузырном заносе значительно выше, чем в норме.

Дифференцировать пузырный занос необходимо со следующими заболеваниями:

- многоплодная беременность;
- острое многоводие;
- самопроизвольный аборт;
- миома матки;
- неправильно определенный гестационный срок.

Лечение

Лечение пузырного заноса только оперативное. Как только установлен диагноз пузырного заноса, необходимо немедленно приступить к его удалению. Весь полученный соскоб обязательно исследуют гистологически.

При отсутствии злокачественного перерождения больную выписывают из стационара под регулярное наблюдение врача женской консультации. В целях профилактики и своевременного распознавания хорионэпителиомы необходимо неоднократно повторно исследовать мочу на наличие β -ХГЧ в течение года, проводить рентгенографию органов грудной клетки, так как хорион-эпителиома в первую очередь метастазирует в легкие, обращать особое внимание на появляющиеся ациклические кровянистые выделения. В редких случаях при большой величине матки и сильном кровотечении может встать вопрос о чревосечении с последующим удалением матки.

Прогноз при пузырном заносе серьезен для плода и матери, особенно если он приобретает злокачественное течение. В этих случаях клетки пузырного заноса прорастают децидуальную ткань, мышечный слой матки, разрушают серозную оболочку и проникают в брюшную полость, вызывая перитонит. Нередко пузырный занос перерождается в хорионэпителиому.

После оперативного вмешательства рекомендуют гормональную контрацепцию в течение как минимум 1 года.

Плацентарная недостаточность

Плацентарная недостаточность - поликаузальный синдром, возникающий при различных заболеваниях матери и плода, проявляющийся молекулярными, клеточными, тканевыми, органными и организменными нарушениями в системе «мать-плацента-плод», реализуемый в компенсированной, субкомпенсированной и декомпенсированной фазах.

Классификация

По этиопатогенетическому признаку плацентарную недостаточность разделяют на первичную и вторичную. По клиническим проявлениям различают острую и хроническую плацентарную недостаточность. По степени компенсации нарушенных адаптационно-гомеостатических реакций

плацентарная недостаточность может быть компенсированной, субкомпенсированной и декомпенсированной.

Первичная плацентарная недостаточность развивается в период имплантации, раннего эмбриогенеза и плацентации под воздействием на гаметы родителей, зиготу, бластоцисту, формирующуюся плаценту и половой аппарат женщины в целом различных повреждающих факторов и проявляется изменениями строения, расположения и прикрепления плаценты, а также дефектами и нарушениями созревания хориона.

Вторичная плацентарная недостаточность встречается значительно реже и развивается во второй половине беременности под воздействием различных экзогенных факторов.

Острая плацентарная недостаточность возникает как следствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты с образованием ретроплацентарной гематомы и отслойки предлежащей плаценты, в результате чего наступает гибель плода.

Хроническая плацентарная недостаточность развивается вследствие нарушения компенсаторно-приспособительных механизмов в сочетании с циркуляторными расстройствами и инволютивно-дистрофическими изменениями, связанными с заболеваниями женщины во время беременности.

Этиология

Предрасполагают к развитию плацентарной недостаточности и отягощают ее следующие группы факторов.

- Социально-биологические: возраст матери (менее 18 лет и более 32 лет), курение, употребление алкоголя, прием различных медикаментов, массо-ростовые показатели, эмоциональные нагрузки, семейное положение женщины.
- Данные акушерского анамнеза: преждевременные роды, осложнения предыдущих родов, бесплодие, пороки развития матки, истмико-цервикальная недостаточность.
- Экстрагенитальные заболевания.
- Осложнения данной беременности: кровотечения во второй половине беременности, многоводие и маловодие, многоплодная беременность, перенашивание, угроза прерывания, гестоз, isoантитенная несовместимость крови матери и плода.
- Состояние плода.

Клиническая картина

Клиническая картина зависит от остроты проявлений и компенсации.

При острой плацентарной недостаточности быстро развивается острая гипоксия плода, приводящая к его гибели.

Основное клиническое проявление хронической плацентарной *декомпенсированной* недостаточности - гибель плода; *компенсированной* и *субкомпенсированной* - гипоксия плода различной степени тяжести, задержка роста плода.

Диагностика

Наиболее информативные методы диагностики:

- ультразвуковое сканирование (локализация плаценты, ее структура и величина, количество вод, биометрия плода, изучение его двигательной активности и сердечной деятельности);
- кардиотокография (о выраженной гипоксии плода свидетельствует оценка 4 балла и менее);
- доплерометрическое исследование кровотока в маточных, плацентарных сосудах и сосудах плода;
- определение и сопоставление концентрации гормонов фетоплацентарной системы (эстрогенов, прогестерона, хорионического гонадотропина, плацентарного лактогена) - в практике не используется;
- определение концентрации лактата и показателей кислотно-основного состояния крови матери;
- амниоскопия;
- амниоцентез.

Достоверные признаки задержки роста плода как выраженной декомпенсации плацентарной недостаточности включают несоответствие размеров плода фактическому сроку беременности, а также нарушения взаимоотношений между размерами головки и туловища плода при сравнении ультразвуковых фетометрических параметров с нормативными показателями.

Различают два основных типа задержки роста плода:

- асимметричная задержка роста плода, для которой характерно отставание размеров туловища (окружность груди и живота) при нормальной длине костей;
- симметричная задержка роста плода, при которой отмечается пропорциональное уменьшение размеров (прогноз при этой форме хуже).

Лечение плацентарной недостаточности зависит от ее формы и срока беременности.

Основные направления лечения компенсированной и субкомпенсированной недостаточности в перспективе - устранение или уменьшение перфузионной и диффузионной недостаточности, улучшение метаболической функции

плаценты и воздействие на организм плода, минуя плаценту (параплацентарный путь обмена).

Перспективный метод лечения задержки роста плода - катетеризация вены пуповины через постоянно установленный доступ (порт) на передней брюшной стенке беременной. Через катетер, минуя измененную плаценту, непосредственно плоду вводят лекарственные и питательные вещества.

Вопрос об акушерской тактике ведения беременности до 28 нед при развитии декомпенсированной плацентарной недостаточности (гипоксия, гипотрофия плода), т.е. выбор между неотложным родоразрешением или продолжением комплексной терапии, остается дискуссионным, так как в большинстве случаев в организме плода происходят выраженные изменения, не поддающиеся коррекции в неонатальном периоде. Главное условие - возможность выхаживания недоношенных детей с задержкой внутриутробного роста.

Профилактика плацентарной недостаточности включает:

- исключение влияния вредных факторов (курение, прием алкоголя и медикаментозных средств без назначения врача), санация очагов инфекции до и во время беременности, лечение хронических заболеваний;
- соблюдение правильного режима питания, труда и отдыха;
- выявление беременных из группы риска развития плацентарной недостаточности для обследования и лечения.

Вопросы для самоконтроля:

1. Перечислите возможные аномалии плаценты?
2. Сколько сантиметров должна быть длина пуповины в норме?
3. Опишите тактику ведения родов при многоводии?
4. Дайте определение понятию фетопатии плода?
5. Чем опасно для плода развитие плацентарной недостаточности?

Преждевременное прерывание беременности

План:

1. Прерывание беременности до 22 недель;
2. Замершая беременность;
3. Преждевременные роды;
4. Лечение угрожающих преждевременных родов;
5. Лечение начавшихся преждевременных родов.

Невынашивание - самопроизвольное прерывание беременности в различные сроки до 37 полных недель, считая с первого дня последней

менструации. Привычным невынашиванием называют самопроизвольное прерывание беременности 2 раза подряд и более.

Самопроизвольный выкидыш, или аборт, - прерывание беременности до 22 нед. Прерывание беременности до 16 нед - ранний самопроизвольный аборт, с 16 до 22 нед - поздний самопроизвольный аборт. Недонашивание, или преждевременные роды, согласно рекомендации ВОЗ, - самопроизвольное прерывание беременности в сроки от 22 до 37 нед при массе плода от 500 г.

В России с 2012 г. прерывание беременности в сроки от 22 до 37 нед относят к преждевременным родам, независимо от того, родился ребенок живым или мертвым, при этом его масса должна быть 500 г и более.

Этиология и патогенез

Причины самопроизвольного прерывания беременности разнообразны. В случаях, когда причина прерывания беременности не выяснена, ее называют идиопатической.

Согласно существующим в настоящее время представлениям, генетические и частично инфекционные причины ведут к закладке аномального эмбриона. Реализация повреждающего действия других факторов (анатомических, эндокринных, иммунологических) состоит в создании неблагоприятного фона для развития генетически полноценного плодного яйца. Неблагоприятный фон ведет к истощению резервных возможностей хориона и остановке развития эмбриона (нарушению эмбриогенеза). Критическими сроками в первом триместре беременности считают 6-8 нед (гибель эмбриона) и 10-12 нед (экспульсия плодного яйца).

Анатомические причины невынашивания беременности. К анатомическим причинам относят пороки развития матки, заболевания матки и травматические повреждения шейки матки. Аномалии развития матки (полное удвоение матки, двурогая, седловидная или однорогая матка, частичная или полная внутриматочная перегородка) увеличивают частоту невынашивания беременности во II триместре и частоту преждевременных родов. Из приобретенных анатомических дефектов чаще диагностируют субмукозную (подслизистую) миому матки, истмико-цервикальную недостаточность, реже - внутриматочные синехии (синдром Ашермана). Лечение аномалий развития матки хирургическое - метропластика.

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН) признана наиболее частой причиной прерывания беременности во II триместре. ИЦН - это несостоятельность внутреннего зева и шейки матки. Принято различать органическую (анатомическую) и функциональную (гормональную) ИЦН.

Органическая ИЦН - травматическое повреждение шейки матки, которое может быть связано с грубым расширением цервикального канала во время искусственного аборта, прерывания беременности в поздние сроки. Чаще анатомическая ИЦН бывает следствием разрывов шейки матки в

предыдущих родах. Кроме того, она может быть следствием перенесенных операций на шейке матки (ампутация, конизация).

Функциональная ИЦН предположительно развивается у женщин с дефицитом прогестерона, гиперандрогенией, дисплазией соединительной ткани. Она может быть связана с выраженным механическим давлением на шейку матки при многоплодной беременности, многоводии, крупном плоде. Критической считают величину 25 мм.

Как правило, при ИЦН клинических проявлений нет. Укорочение шейки матки и открытие маточного зева происходят безболезненно и незаметно для беременной. В дальнейшем нижний полюс плодного пузыря опускается до наружного зева или во влагалище (происходит пролабирование плодного пузыря). В таких условиях высока вероятность его разрыва из-за инфицирования и чрезмерного механического давления на его нижний полюс. При разрыве пузыря происходит излитие околоплодных вод.

При выявлении гормональных нарушений, способствующих развитию ИЦН, показана их коррекция. Основным методом лечения уже имеющейся ИЦН - хирургический. Вне беременности это пластика шейки матки, во время беременности на шейку матки накладывают циркулярные швы или применяют акушерские пессарии. Оптимальный срок для хирургической коррекции ИЦН - 16 нед беременности.

Эндокринные причины невынашивания: недостаточность лютеиновой фазы, дисфункция щитовидной железы и сахарный диабет. Лечение эндокринных причин невынашивания беременности включает гормонотерапию.

К иммунологическим причинам невынашивания беременности относят аутоиммунные и аллоиммунные нарушения. К аутоиммунным состояниям относят антифосфолипидный синдром. Основное его осложнение - тромбозы. Лечение проводят глюкокортикоидами (дексаметазон, метилпреднизолон) в сочетании с антиагрегантами (ацетилсалициловая кислота) и прямыми антикоагулянтами (гепарин натрия, эноксапарин натрия, надропарин кальция), используют также высокие дозы иммуноглобулинов. До настоящего времени в мире нет доказанных эффективных лечебных мероприятий по излечению невынашивания, обусловленного иммунными нарушениями.

Аллоиммунные факторы приводят к ранней потере беременности вследствие наличия у супругов повышенного количества общих антигенов системы главного комплекса гистосовместимости, что часто встречается при родственных браках.

Инфекционный фактор при первичном заражении на ранних сроках беременности может стать причиной самопроизвольного аборта. Источником инфекции могут служить острые и хронические воспалительные очаги в различных органах и системах, в том числе в гениталиях (эндометрит,

цервицит, вагинит). Лечение заключается в санации очага острой инфекции и восстановлении нормоценоза влагалища после антибактериальной терапии. При бактериальном вагинозе необходимо назначать пробиотики без предварительной антибактериальной терапии.

Механизм самопроизвольного прерывания беременности различен в зависимости от причин. В одних случаях сначала возникают сокращения матки, которые вызывают отслойку плодного яйца, в других - сокращениям матки предшествует гибель плодного яйца (неразвивающаяся беременность). Иногда отслойка плодного яйца и сокращения матки происходят одновременно.

Прерывание беременности до 22 недель

Классификация самопроизвольных выкидышей в зависимости от выраженности симптомов:

- угрожающий самопроизвольный аборт;
- начавшийся самопроизвольный аборт;
- аборт «в ходу»;
- неполный аборт;
- полный аборт.

Диагностика не представляет особых трудностей. Она основывается на жалобах, предъявляемых больной, данных общего и гинекологического исследования, УЗИ и результатах гормонального обследования.

При угрожающем аборте отмечаются ощущения тяжести или незначительные тянущие боли внизу живота и в области крестца; во II триместре боли могут быть схваткообразного характера. Данные гинекологического исследования при угрожающем выкидыше свидетельствуют о соответствии размеров матки сроку задержки менструации. Матка реагирует на пальпацию сокращением. Структурных изменений со стороны шейки матки нет. Кровянистые выделения из половых путей отсутствуют. Сердцебиение эмбриона/плода определяется.

При начавшемся самопроизвольном выкидыше шейка матки может быть несколько укороченной со слегка зияющим наружным зевом. Тело матки становится плотным, но пока соответствует сроку задержки менструации. При начавшемся выкидыше схваткообразные боли более выражены, чем при угрожающем аборте, появляются кровянистые выделения. Плодное яйцо отслаивается на небольшом участке.

Аборт «в ходу» - ситуация, когда нижний полюс плодного яйца легко достигается через шеечный канал. При аборте «в ходу», полном и неполном выкидыше состояние беременной зависит от величины кровопотери. Симптоматика характеризуется схваткообразными болями внизу живота, выраженным кровотечением. Канал шейки матки раскрыт, плодное яйцо

находится в канале шейки матки, нижний полюс его может выступать во влагалище. Сердцебиение эмбриона/плода не определяется.

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

При неполном аборте, когда плодное яйцо частично изгоняется из полости матки, наблюдаются схваткообразные боли внизу живота и кровотечение различной интенсивности. Канал шейки матки раскрыт, матка мягкой консистенции, величина ее меньше предполагаемого срока беременности. В матке обычно задерживаются плодные оболочки, плацента или ее часть.

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

При длительном течении угрожающего или неполного самопроизвольного аборта возможно проникновение микрофлоры из влагалища в полость матки с последующим развитием хориоамнионита, эндометрита. Инфицированный аборт может стать причиной генерализованных септических осложнений вплоть до септического шока.

Лечение.

Терапия в I триместре беременности ограничена в связи с возможным эмбриотоксическим и тератогенным эффектом лекарственных препаратов. До начала лечения или одновременно с ним проводят обследование для выяснения причины угрозы прерывания беременности. Зная причины и понимая патогенез прерывания беременности, можно более успешно проводить лечение; в противном случае оно становится симптоматическим и часто неэффективным.

При угрожающем и начавшемся аборте, независимо от причины, лечение должно быть комплексным:

- сексуальный покой;
- при доказанном снижении выработки эндогенного прогестерона - гестагенная поддержка;
- при ИЦН - накладывание швов на шейку матки, использование акушерских пессариев;
- профилактика и лечение запора.

Аборт «в ходу» и неполный аборт требуют оперативного вмешательства - эвакуации плодного яйца и его элементов (вакуум-аспирация, в крайнем случае - кюретаж). При массивной кровопотере показана инфузионно-трансфузионная терапия.

Неразвивающаяся (замершая) беременность

Неразвивающаяся (замершая) беременность - прекращение развития плодного яйца: гибель эмбриона или плода до гестационного срока 22 нед. Диагностика неразвивающейся беременности основана на данных УЗИ, при котором диагностируют отсутствие роста плодного яйца, отсутствие сердечной пульсации у эмбриона или сердцебиения у плода. При наружном исследовании выявляют отставание размера матки от гестационного срока, отсутствие шевеления и сердцебиения плода.

Тактика ведения - удаление плодного яйца. В ранние сроки плодное яйцо удаляют одномоментно инструментально. В поздние сроки используют медикаментозные методы, стимулирующие сократительную деятельность матки.

Преждевременные роды (недонашивание беременности)

Недонашивание беременности (преждевременные роды) - самопроизвольное прерывание беременности в сроки от 22 до 37 нед. В соответствии с Хельсинкской конвенцией, преждевременными считают роды в срок от 22 до 37 нед беременности, когда рождается ребенок с массой тела от 500 до 2500 г, ростом от 35 до 45 см, с признаками незрелости.

В России с 2012 г. прерывание беременности в сроки от 22 до 37 нед относят к преждевременным родам, независимо от того, родился ребенок живым или мертвым, при этом его масса должна составлять 500 г и более.

Этиологические факторы недонашивания беременности сложны и многообразны, что создает значительные трудности в диагностике, выборе методов лечения и профилактике недонашивания беременности.

Факторы риска преждевременных родов:

- низкий социально-экономический уровень жизни женщины;
- возраст младше 18 и старше 30 лет;
- неблагоприятные условия труда;
- *интенсивное курение* (более 10 сигарет в день);
- употребление наркотиков (особенно кокаина);
- отягощенный акушерский анамнез (наличие одних преждевременных родов в анамнезе увеличивает их риск при последующей беременности в 4 раза, двух преждевременных родов - в 6 раз).

Основные причины прерывания беременности:

- внутриутробная инфекция (хориоамнионит);
- преждевременное излитие околоплодных вод с хориоамнионитом или без него;

- истмико-цервикальная недостаточность;
- отслойка нормально или низко расположенной плаценты;
- факторы, ведущие к перерастяжению матки (многоводие, многоплодная беременность, макросомия при диабете);
- пороки развития матки, миома матки (нарушение пространственных взаимоотношений, ишемические дегенеративные изменения в узле);
- инфекции верхних мочевыводящих путей (пиелонефрит, бессимптомная бактериурия);
- хирургические операции во время беременности, особенно на органах брюшной полости;
- травмы;
- экстрагенитальные заболевания, нарушающие метаболические процессы у беременной и приводящие к внутриутробному страданию плода (артериальная гипертензия, бронхиальная астма, гипертиреоз, заболевания сердца, анемия с концентрацией гемоглобина менее 90 г/л);
- наркомания, интенсивное курение.

В настоящее время наиболее информативными критериями прогнозирования преждевременных родов считают:

- преждевременные роды в анамнезе (риск повторных преждевременных родов возрастает в 2 раза, третьих - в 4 раза);
- укорочение сомкнутой части цервикального канала (диагностический критерий - менее 25 мм);
- появление фетального фибронектина¹ и/или ряда других белков во влагалищном или цервикальном содержимом в срок от 22 до 35 нед.

По клиническому течению следует различать угрожающие и начавшиеся преждевременные роды.

Угрожающие преждевременные роды сопровождаются болями в поясничной области и нижней части живота. Возбудимость и тонус матки повышены. При влагалищном исследовании шейка матки сохранена, наружный зев шейки матки закрыт. У повторнородящих он может пропускать кончик пальца. Предлежащая часть плода прижата ко входу в малый таз. Основное клиническое проявление угрожающих преждевременных родов - укорочение сомкнутой части цервикального канала менее 25 мм, определяемое при трансвагинальной эхографии (цервикометрии). В подавляющем большинстве тест на фетальный фибронектин положителен.

Начинающиеся преждевременные роды характеризуются выраженными схваткообразными болями внизу живота или регулярными

схватками. При акушерском исследовании отмечают укорочение шейки матки, нередко ее сглаживание (латентная фаза родов).

Начавшиеся преждевременные роды характеризуются регулярной родовой деятельностью и раскрытием маточного зева (более 3-4 см) - это активная фаза родов.

В связи с особенностями акушерской тактики и выхаживания недоношенных детей целесообразно разделять преждевременные роды по гестационному сроку:

- 22-27 нед (очень ранние преждевременные роды);
- 28-33 нед (ранние преждевременные роды);
- 34-37 нед (преждевременные роды).

Тактика

Врачебная тактика при преждевременных родах зависит от гестационного срока и состояния родовых путей.

Таблица 1.4. Врачебная тактика при преждевременных родах

Открытие маточного зева, см	Срок беременности, нед	
	Менее 34	34-37
Менее 3 (угроза преждевременных родов и начинающиеся преждевременные роды)	Токолиз для профилактики респираторного дистресс-синдрома и перевод беременной (роженицы) в учреждение третьего (второго) уровня	Токолиз на время транспортировки беременной (роженицы) в учреждение второго (третьего) уровня
Более 3 (начавшиеся преждевременные роды)	Вызов на роды неонатологической реанимационной бригады (для учреждения первого уровня). Постнатальная профилактика респираторного дистресс-синдрома сурфактантом	Вызов на роды неонатолога

В целом тактика ведения преждевременных родов зависит от срока гестации и клинической ситуации.

При латентной фазе (открытие маточного зева менее 3 см) преждевременных родов сроком менее 34 нед перед врачом стоят две основные задачи:

- провести профилактику респираторного дистресс-синдрома;
- перевести роженицу в учреждение соответствующего уровня (в зависимости от срока беременности).

Лечение угрожающих и начинающихся преждевременных родов

Доказано, что постельный режим, гидратация, половой покой не улучшают исходы при преждевременных родах. Начавшиеся преждевременные роды в большинстве случаев остановить не удастся.

Токолитики при угрозе преждевременных родов назначают исключительно для обеспечения транспортировки плода внутриутробно в учреждение соответствующего уровня и профилактики респираторного дистресс-синдрома плода.

На всех этапах оказания помощи необходима полная информированность пациентки о ее состоянии, состоянии плода, прогнозе исхода преждевременных родов для новорожденного, выбранной акушерской тактике и возможных осложнениях.

Профилактика респираторного дистресс-синдрома плода

Глюкокортикоиды способствуют синтезу сурфактанта и более быстрому созреванию легких плода, уменьшают риск развития респираторного дистресс-синдрома, внутрижелудочковых кровоизлияний и неонатальной смерти недоношенных новорожденных.

Доказана эффективность профилактики респираторного дистресс-синдрома при сроке беременности 24-34 нед. Схема лечения включает один из следующих вариантов:

- 2 дозы бетаметазона по 12 мг внутримышечно с интервалом в 24 ч;
- 4 дозы дексаметазона по 6 мг с интервалом в 12 ч.

Лечение начавшихся преждевременных родов

В активной фазе преждевременных родов (открытие маточного зева более 3 см) профилактику респираторного дистресс-синдрома не проводят, так как эффективная экспозиция глюкокортикоидов составляет не менее суток, в связи с чем при сроке беременности менее 34 нед необходимо обеспечить выезд неонатологической реанимационной бригады в родовспомогательное учреждение 1-го уровня. При сроке более 34 нед на родах должен присутствовать врач-неонатолог родовспомогательного учреждения.

Ведение преждевременных родов имеет ряд особенностей

- Непрерывная психологическая поддержка во время родов, полная информированность пациентки о сложившейся акушерской ситуации и прогнозе исхода родов для новорожденного.
- Ведение преждевременных родов при головном предлежании плода через естественные родовые пути (преждевременные роды не служат показанием к кесареву сечению).
- Все преждевременные роды должны быть обезболены. Метод выбора - эпидуральная аналгезия.
- Для профилактики родового травматизма плода при быстрых и стремительных преждевременных родах целесообразно проведение интранатального токолиза β -адреномиметиками.
- *Второй период родов ведут без защиты промежности.*

- Преждевременные роды при тазовом предлежании ведут очень бережно, так как велика опасность родовой травмы.

Таблица 1.5. Врачебная тактика при преждевременном излитии околоплодных вод

Мероприятие	Срок беременности, недель		
	менее 34	34-37	более 37
Стационар	Третий или второй уровень	-	
Тактика	Выжидательная	Выжидательно - активная	Активно -выжидательная
Токолитики	48 ч	-	
Антибиотики	До родов (не более 7 сут)		При безводном промежутке более 18 ч или при инфекции
Профилактика респираторного дистресс-синдрома	+	При сомнении в сроках	-
Родовозбуждение при наличии инфекции	+	+	+

Консервативное ведение требует соблюдения следующих условий:

- беременных с преждевременным излитием околоплодных вод необходимо госпитализировать в специальную палату, обрабатываемую по таким же правилам, как помещение родильного блока;
- смену белья нужно проводить ежедневно, а замену стерильных подкладных пеленок - 3-4 раза в день;
- необходимо следить за состоянием матери и плода, ежедневно измерять окружность живота, высоту стояния дна матки, определять количество и характер изливающихся вод, каждые 3 ч измерять температуру тела и др.;
- необходимо контролировать состав крови, мочи, мазков, 1 раз в 5 дней делать посев из шейки матки на микрофлору;
- с профилактической целью следует проводить санацию влагалища и насыщение организма лактобациллами.

Показания к родоразрешению при длительном подтекании околоплодных вод:

- срок беременности 36-37 нед;
- масса плода 2500 г и более;
- появление скрытых (лейкоцитоз и сдвиг влево, микрофлора в канале шейки матки и др.) или явных (повышение температуры тела, мутные воды с запахом из влагалища) признаков инфекции;
- страдание плода по результатам методов антенатальной диагностики.

Алгоритм действий при дородовом излитии вод при сроке беременности до 34 нед:

- перевод в акушерский стационар 3-го уровня или, при отсутствии такового, в любой стационар 2-го уровня, где может быть оказана квалифицированная помощь недоношенным детям;
- выжидательная тактика (без влагалищного осмотра);
- наблюдение за пациенткой в палате отделения патологии беременных (контроль температуры тела, пульса, частоты сердечных сокращений плода, выделений из половых путей и сокращений матки каждые 4 ч с ведением специального листа наблюдений в истории родов);
- токолитическая терапия при преждевременных родах на период не более 48 ч для перевода в перинатальный центр и назначения глюкокортикоидов;
- антибиотикопрофилактика сразу после постановки диагноза и до рождения ребенка, но не более 7 дней (эритромицин в таблетках по 0,5 г через 8 ч);
- введение глюкокортикоидов с целью профилактики респираторного дистресс-синдрома плода - 24 мг бетаметазона (по 12 мг в/м через 24 ч) или 24 мг дексаметазона (по 6 мг в/м каждые 12 ч);

Алгоритм действий при дородовом излитии вод при сроке беременности 34-37 нед:

- возможна выжидательная тактика (без влагалищного исследования);
- при развитии спонтанной родовой деятельности проведение токолиза нецелесообразно из-за риска развития хориоамнионита;
- наблюдение за пациенткой осуществляют в палате отделения патологии беременных (контроль температуры тела, пульса, частоты сердечных сокращений плода, выделений из половых путей, сокращений матки каждые 4 ч с ведением специального листа наблюдений в истории родов);
- антибиотикопрофилактику начинают сразу после постановки диагноза;
- целесообразность профилактики респираторного дистресс-синдрома глюкокортикоидами можно рассмотреть в случае, если срок беременности точно подсчитать не удастся.

Назначение антибиотиков при преждевременном излитии околоплодных вод позволяет пролонгировать беременность. Хориоамнионит - абсолютное показание к быстрому родоразрешению. Оперативное родоразрешение по обычной методике при этом не противопоказано. При отсутствии активной родовой деятельности методом выбора служит кесарево сечение.

Вопросы для самоконтроля:

1. Как интерпретируется невынашивание беременности в РФ?
2. Назовите основные причины возникновения невынашивания беременности?
3. Назовите методы диагностики преждевременных родов?
4. В чем заключается врачебная тактика при ведении преждевременных родов?
5. Какие методы лечения применяются при угрозе преждевременных родов?

Переношенная беременность.

План:

1. Этиология и патогенез переношенной беременности;
2. Клиническая картина переношенной беременности;
3. Диагностика переношенной беременности;
4. Ведение родов при переношенной беременности.

Беременность, которая заканчивается рождением ребенка с признаками перезрелости, называется переношенной. Роды при переношенной беременности называются запоздалыми.

Признаки перенашивания чаще бывают при сроке беременности 42 недели и более, но могут быть и ранее - 40-41 неделя.

Кроме переношенной беременности выделяется пролонгированная, физиологически более продолжительная беременность (до 41-42 недели и более), при которой ребенок рождается без признаков перенашивания.

Перенашивание оказывает неблагоприятное влияние на состояние плода и новорожденного в связи со следующими неблагоприятными факторами:

- развитие плацентарной недостаточности за счет дистрофических изменений в плаценте и, как следствие, хроническая гипоксия плода;
- более зрелая ЦНС плода, повышающая чувствительность мозга к кислородной недостаточности;
- появление внутриутробных патологических дыхательных движений плода во время беременности и родов, способствующих аспирации околоплодными водами, содержащими меконий;
- повышенная плотность костей черепа, сужение швов и родничков затрудняющих конфигурацию головки при прохождении родового канала.

Этиология и патогенез перенашивания окончательно не установлены. К этиологическим факторам, способствующим перенашиванию относятся:

- возраст беременной старше 30 лет;
- нейроэндокринные заболевания, сочетающиеся с нарушением жирового обмена;
- преобладание тонуса парасимпатической нервной системы, отсутствие рецептности между корой и подкорковыми структурами головного мозга;
- гормональная дисфункция, выражающаяся в снижении концентрации активных фракций эстрогенов, катехоламинов, прогестерона;
- отсутствие изменений в матке, необходимых для начала родовой деятельности: низкий уровень метаболических реакций, синтеза актина и миозина, рецепторов к утеротоническим соединениям (простагландинам E, F 2a, окситоцину);
- запоздалое или диссоциированное созревание плаценты с сохранением иммунной толерантности, препятствующей иммунологическому отторжению плода в срок родов;
- пороки развития плода, в первую очередь ЦНС и гипофизарно-надпочечниковой системы, ответственной за синтез кортикостероидов, активирующих синтез эстрогенов и простагландинов в плаценте.

При перенашивании в результате указанных особенностей нарушается формирование родовой доминанты. Наблюдаются регрессивные изменения в плаценте. В результате снижения кровотока изменяется ее толщина, появляются признаки инволютивных процессов: инфаркты, кальцификаты, участки жирового перерождения. Изменяются прозрачность и состав околоплодных вод. При небольшом перенашивании воды становятся беловатыми вследствие растворения в них сыровидной смазки и поверхностных слоев кожи плода. При гипоксии плода и меконии в околоплодных водах они приобретают зеленый или даже желтый цвет (меконий из верхних отделов кишечника плода). Фосфолипидный состав околоплодных вод изменен. Соотношение содержания лецитина и сфингомиелина, определяющего образование суфракта в легких плода, нарушено.

У переносимого плода разрушается сурфактантная система легких, что вызывает синдром дыхательных расстройств и образование гиалиновых мембран в легких новорожденного. С уменьшением количества и изменением физико-химических свойств околоплодных вод понижается их бактерицидность, увеличивается количество бактерий, повышающих риск развития внутриутробной пневмонии у плода. Изменения в плаценте, количества и качества околоплодных вод, уменьшение количества вартонова студня в пуповине ("тощая пуповина") отражаются на состоянии плода и

новорожденного. Кожные покровы начинают терять первородную смазку. С утратой этого защитного слоя кожа непосредственно контактирует с околоплодными водами и сморщивается. Рост волос и ногтевых пластинок продолжается; по мере перенашивания беременности происходит потеря подкожной жировой клетчатки. При попадании мекония в амниотическую жидкость кожа плода приобретает зеленоватую или желтоватую окраску.

При перенашивании беременности плод нередко крупный, размеры головки приближаются к верхней границе нормы или превышают ее. Однако масса переносимого новорожденного может быть и небольшой вследствие развивающейся задержки роста. Длина плода при перенашивании часто превышает нормальные показатели и составляет 54-56 см и более. Кости черепа по мере увеличения срок гестации становятся плотными, а швы и роднички узкими.

Клиническая картина и диагностика. Диагноз перенашивания устанавливают по совокупности данных анамнеза и дополнительных методов исследования. Из данных анамнеза учитывают:

- характер менструальной функции;
- срок последней менструации;
- первое шевеление плода;
- срок беременности при первом посещении женской консультации;
- сроки беременности по данным УЗИ, производимого в 12-13 и 22-23 нед.

К дополнительным объективным методам, позволяющим уточнить диагноз перенашивания беременности, относятся:

- отсутствие биологической активности шейки матки при доношенной беременности (38-40 нед);
- уменьшение окружности живота после 40-й недели беременности (косвенное свидетельство уменьшения количества околоплодных вод);
- увеличение высоты дна матки из-за более крупных размеров плода, гипертонуса нижнего сегмента, высокого расположения предлежащей части плода;
- уменьшение содержания в крови эстрадиола, плацентарного лактогена, кортикостероидов, трофобластического b- глобулина;
- признаки хронической гипоксии по данным КТГ;
- уменьшение толщины плаценты по данным УЗИ и структурные изменения в ней, утолщение костей черепа, снижение двигательной активности;
- данные амниоскопии: уменьшение прозрачности и изменение цвета околоплодных вод; зеленый цвет вследствие присутствия мекония в

околоплодных водах, нарушения биохимического состава (повышение концентрации общего белка и глюкозы, уровня креатинина, щелочной фосфатазы, изменение соотношения лецитин/сфингомиелин).

Важно дифференцировать переношенную и пролонгированную беременность. Следует учитывать клинические данные и результаты специальных исследований: электрокардиографии, УЗИ, амниоскопии, амниоцентеза и др. При пролонгированной беременности плод нередко крупный, изменений сердечной деятельности плода на КТГ нет; при УЗИ не выявляют выраженных признаков "старения" плаценты и маловодия, контуры головки обычные; при амниоскопии обнаруживают достаточное количество вод обычного цвета. У ребенка, рожденного от пролонгированной беременности, нет признаков переношенности.

Ведение беременности и запоздалых родов. Вопрос о родоразрешении необходимо решать после 40-41 нед беременности (с учетом появления признаков перенашивания).

При выявлении признаков перенашивания (маловодие, дистрофические изменения в плаценте), которые сочетаются с симптомами хронической гипоксии плода (нарушение кровотока в системе мать-плацента-плод по данным доплерометрии, изменение КТГ, зеленые околоплодные воды) или с другими акушерскими осложнениями (возраст первородящей 30 лет и более, крупный плод, задержка роста плода, тазовое предлежание и т.д.) производится плановое кесарево сечение.

При удовлетворительном состоянии плода и отсутствии отягощающих факторов, незрелой шейке матки необходимо подготовить ее к родоразрешению. Для подготовки шейки матки при ее зрелости 3 балла и менее по шкале Бишопа целесообразно сначала использовать ламинарию. Это водоросли, объем которых увеличивается во влажной среде цервикального канала и расширяет ее. При созревании шейки матки до 4 баллов и более по шкале Бишопа применяют простагландины E2 (препидил-гель, содержащий 0,6 мг динопростона). Как правило, через 6-24 ч достигается полное созревание шейки матки, что позволяет произвести амниотомию и последующее родовозбуждение; вводя внутривенно матери с начала энзапрост, а затем окситоцин).

При перенашивании роды могут осложняться:

- несвоевременным излитием околоплодных вод;
- патологическим прелиминарным периодом;
- слабостью или дискоординацией родовой деятельности;
- кровотечением в последовом или раннем послеродовом периоде.

При ведении родов наблюдают за родовой деятельностью (токография) и состоянием плода (КТГ, цвет околоплодных вод, их изменение на протяжении родов). Указанные состояния определяют план ведения родов. Запоздалые роды лучше вести с использованием эпидуральной анестезии.

В связи с плохой конфигурацией головки крупного переношенного плода необходимо в родах исключить клинически узкий таз. Для профилактики ухудшения состояния плода в конце периода изгнания производится перинеоили эпизиотомия.

Диагноз перенашивания беременности уточняется после рождения ребенка по признакам Белленштайна - Рунге:

- отсутствие пушковых волос;
- отсутствие казеозной смазки;
- повышенная плотность костей черепа (затруднение конфигурации головки в родах);
- узость швов и родничков;
- удлинение ногтей;
- зеленоватый оттенок кожи;
- сухая "пергаментная" мацерированная кожа;
- "банные" ладони и стопы;
- снижение тургора кожи;
- слабая выраженность подкожной жировой клетчатки.

При осмотре последа видны жировое перерождение, кальцификаты в плаценте, желто-зеленое прокрашивание оболочек.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите признаки переношенной беременности?
2. Назовите основные причины перенашивания?
3. Какие методы диагностики используются для постановки диагноза переношенная беременность?
4. Перечислите признаки Белленштайна – Рунге?
5. Опишите ведение родов при удовлетворительном состоянии плода?

РАЗДЕЛ 2. УЧАСТИЕ В ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ РОЖЕНИЦЕ С АКУШЕРСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Аномалии сократительной деятельности матки

План:

1. Этиология и классификация аномалий родовых сил;
2. Патологический прелиминарный период;
3. Первичная слабость родовых сил;
4. Вторичная слабость родовых сил;
5. Дискоординация родовой деятельности.

Аномалии родовых сил - наиболее частое осложнение родов, до настоящего времени 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.

Этиология: Причины возникновения аномалий родовой деятельности многообразны. Это могут быть факторы, существовавшие еще до наступления беременности: аномалии развития половых органов, анатомические изменения таза, опухоли матки (миома), рубец на матке (после кесарева сечения, консервативной миомэктомии), рубцовые изменения и опухоли шейки матки, хронические воспалительные заболевания матки (после абортов, оперативных вмешательств), нарушения менструального цикла, бесплодие (эндокринное), ожирение. К факторам, возникшим во время беременности, относят многоплодие, многоводие, маловодие, крупный плод, аномалии расположения плаценты и плода, истмико-цервикальную недостаточность.

В процессе родов аномалиям родовой деятельности могут предшествовать патологический прелиминарный период, утомление роженицы, неадекватное обезболивание, клинически узкий таз, ятрогенные причины (нерациональное ведение родов).

Классификация

Согласно Международной классификации болезней ВОЗ десятого пересмотра (МКБ-10), различают следующие нозологические единицы.

1. Нарушение родовой деятельности (родовых сил):
 - первичная слабость родовой деятельности;
 - вторичная слабость родовой деятельности;
 - другие виды слабости родовой деятельности;
 - стремительные роды;
 - гипертонические, некоординированные и затянувшиеся сокращения матки.
2. Затяжные роды:
 - затянувшийся первый период родов;

- затянувшийся второй период родов;
- задержка рождения второго плода из двойни, тройни и др.

Патологический прелиминарный период

Перед родами в организме женщины формируется родовая доминанта, идет подготовка беременной к родам, появляются предвестники родов. При нарушении правильного течения подготовительного периода в отечественном акушерстве принято выделять такую нозологическую единицу, как «патологический прелиминарный период».

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), β -адреномиметиков, блокаторов кальциевых каналов. Одна из главных целей лечения заключается в прекращении аномальной сократительной деятельности матки и снятии болей. Дальнейшая тактика зависит от исхода лечения.

Различают три варианта исхода:

- Жалобы отсутствуют, и при гистерографии маточная активность не регистрируется. В таком случае при удовлетворительном состоянии беременной и плода и при отсутствии показаний к индукции родов возможна выжидательная тактика, вплоть до выписки из стационара.
- Отмечаются хорошие эффективные схватки и/или произошло «созревание» шейки матки, позволяющее с целью родовозбуждения произвести амниотомию. Далее роды ведут по обычному сценарию.
- Отсутствуют изменения как сократительной деятельности матки, так и шейки матки. При этом неэффективность лечения в сочетании с другимиотягощающими факторами со стороны матери и плода обычно служит достаточным основанием для родоразрешения путем кесарева сечения.

Слабость родовой деятельности

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.

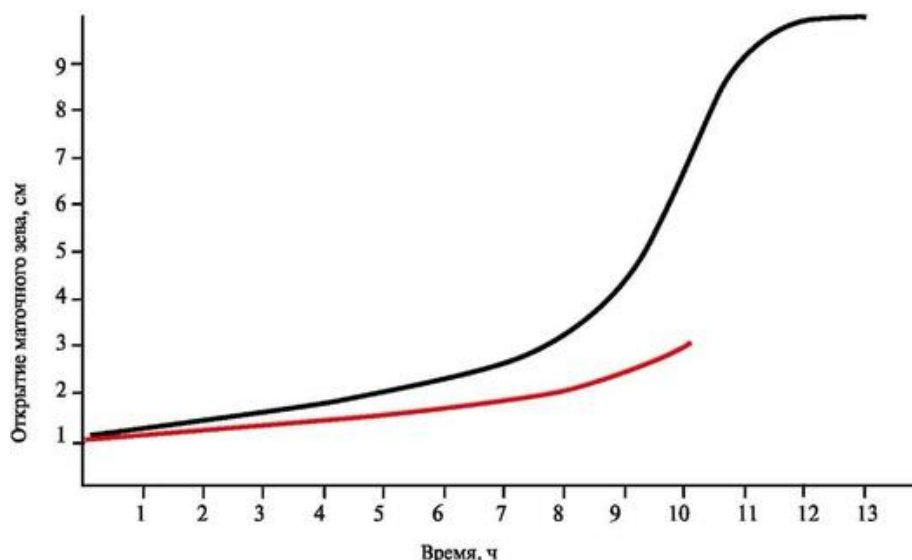


Рис.2.1. Динамика открытия маточного зева при первичной слабости родовой деятельности: обозначена красной линией (фрагмент партограммы первородящей)

Все причины развития первичной слабости родовой деятельности можно разделить на три группы:

- общего характера;
- зависящие от функциональных изменений в мышце матки;
- зависящие от органических изменений матки.

Клиническая картина родов при первичной слабости родовой деятельности очень разнообразна. Схватки могут быть удовлетворительной силы, но очень редкими, или же частыми, но слабыми и короткими. Более благоприятны для исхода родов редкие, но удовлетворительной силы схватки.

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 последовом 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).

Акушерка должна определять в динамике регулярность, частоту схваток, силу и их продолжительность. Акушерка должна внимательно

относиться к жалобам роженицы на болезненность схваток, при уменьшении болезненности следует заподозрить слабость родовой деятельности. Необходимо оценивать продвижение предлежащей части плода и сравнивать полученные данные с нормативами.

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).

Во время стимуляции родов акушерке необходимо тщательно контролировать характер сократительной деятельности матки, скорость продвижения предлежащей части плода и состояние плода (предпочтителен кардиомониторинг); ведение партограммы обязательно.

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.

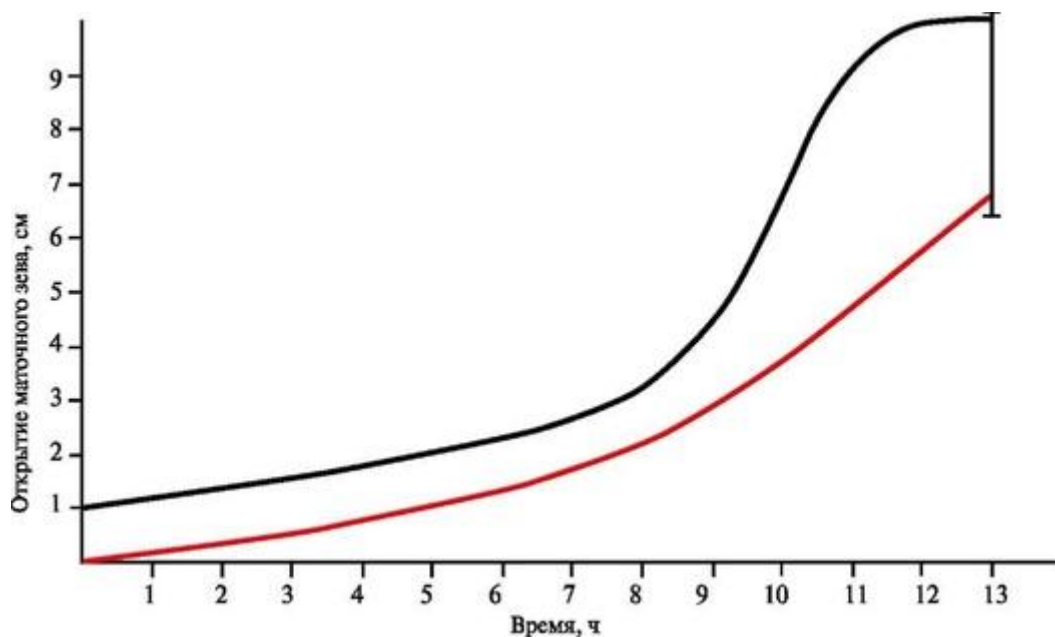


Рис. 2.2. Динамика открытия маточного зева при вторичной слабости родовой деятельности: обозначен красной линией фрагмент партограммы первородящей

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. Если родовая деятельность и продвижение головки плода значительно ослабевают или совсем прекращаются, мягкие родовые пути и соседние с ними органы (мочевой пузырь, мочеиспускательный канал, прямая кишка) подвергаются длительному сдавлению между головкой плода и костями таза матери. В результате возникают участки нарушения питания тканей, которые могут подвергнуться в дальнейшем некрозу с развитием мочеполовых и кишечнополовых свищей.

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.

В последовом и раннем послеродовом периодах у женщин со слабостью родовой деятельности повышен риск развития гипотонического кровотечения. При длительном безводном промежутке в родах может развиваться хориоамнионит, а после родов - эндометрит.

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 одним из вышеуказанных методов. Иногда вторичная слабость родовых 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.

ВНИМАНИЕ! 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. 2.3. Классическое пособие по Кристеллеру
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.

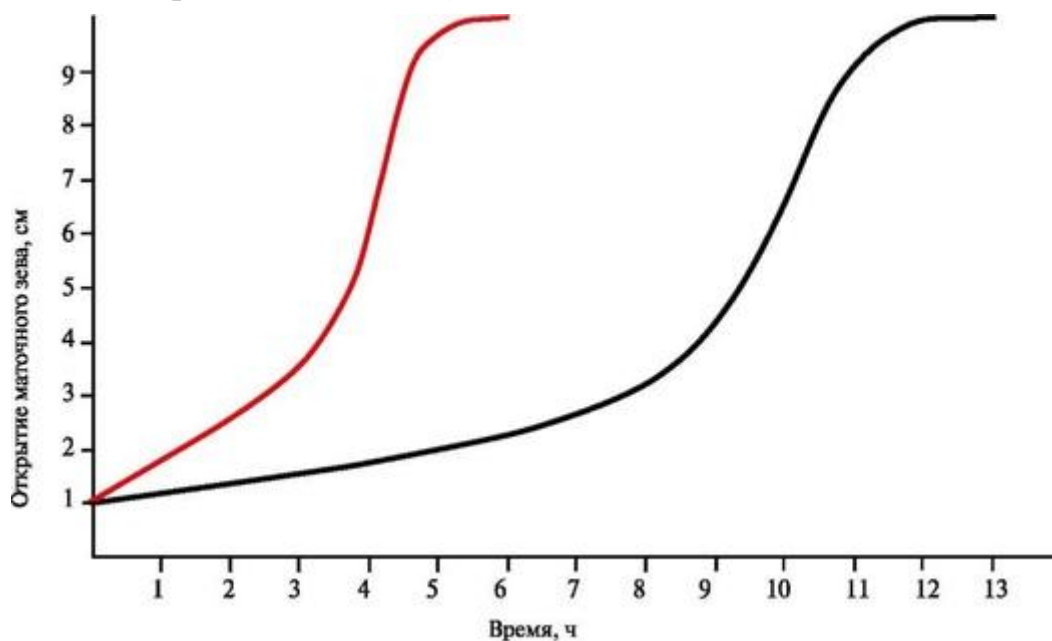


Рис. 2.4. Динамика открытия маточного зева при бурной родовой деятельности: обозначено красной линией (фрагмент партограммы первородящей)

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.

Диагностика основана на клинической оценке сократительной деятельности матки или результатах кардиомониторного исследования. Уточняют диагноз, как и при любом виде аномалии родовой деятельности, при влагалищном исследовании.

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.

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, - β -адреномиметики, которые вводят внутривенно через инфузомат или 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, а при тетанусе не расслабляется вообще. 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.

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

При отсутствии эффекта от лечения аномалии родовой деятельности роды заканчивают экстренной операцией кесарева сечения.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите основные причины развития патологии родовой деятельности?
2. Что такое патологический прелиминарный период?
3. Назовите лечение возникшей первичной родовой слабости?
4. Назовите диагностику вторичной родовой слабости?
5. Чем опасно развитие дискоординации родовой деятельности?

Роды при узком тазе.

План:

1. Причины возникновения анатомически узкого таза;
2. Роды при поперечносуженном тазе;
3. Роды при плоском тазе;
4. Роды при общеравномерносуженном тазе;
5. Особенности течения и тактика ведения родов при различных видах анатомически узкого таза;
6. Диагностика клинически узкого таза.

Узкий таз - одна из причин перинатальной смертности, неонатальной заболеваемости и материнского травматизма. Повседневная клиническая практика показывает, что анатомическое сужение таза не всегда создает препятствие в родах. Нередко осложнения в родах возникают при несоизмерно большой головке плода по сравнению с тазом, таким образом, таз оказывается функционально узким. В связи с этим возникает необходимость различать:

- анатомически узкий таз (когда один из его наружных размеров отличается от нормальных на 2 см и более, а внутренние размеры малого таза меньше нормы на 0,5 см);
- клинически узкий таз (называют конкретный таз, нормальные анатомические размеры которого не обеспечивают прохождения через них данного плода).

Анатомически узкий таз

Причины формирования анатомически узкого таза множественны.

Во время внутриутробной жизни неправильное формирование таза может быть следствием нарушения обмена веществ, особенно минерального, между матерью и плодом. Большую роль играет диета беременной, дефицит нутриентов, витаминов и др. В период новорожденности и детства причиной патологического формирования таза могут быть неполноценное

искусственное вскармливание, плохие жилищные условия, нерациональное питание, рахит, ранний тяжелый детский труд, перенесенные инфекционные заболевания (костный туберкулез, остеомиелит, полиомиелит), травмы таза.

Во время полового созревания формирование костного таза происходит под влиянием гормонов яичников и надпочечников. Эстрогены индуцируют рост поперечных размеров таза, андрогены - рост таза и скелета в длину. Перенесенные заболевания, длительные психоэмоциональные нагрузки (стресс), занятия профессиональным спортом в пубертатном возрасте нарушают функцию эндокринных органов и правильное формирование женского таза.

Классификация

В основу классификации аномалий анатомически узкого таза положены два признака - форма сужения таза и его степень. По *форме сужения* таза различают:

- часто встречаемые формы;
- редкие формы.

К редко встречаемым формам узкого таза относят:

- кососмещенный;
- воронкообразный;
- остеомалятический таз;
- кифотический;
- спондилолистетический.

К часто встречаемым формам узкого таза относят следующие разновидности (расположены в порядке убывания частоты встречаемости).

- Поперечносуженный таз.
- Таз с уменьшением прямых размеров:
 - простой плоский таз (уменьшены все прямые размеры);
 - плоскоррахитический таз;
 - таз с уменьшением прямого размера широкой части полости;
 - общеравномерносуженный таз.

По степени сужения все тазы классифицируют в зависимости от укорочения истинной конъюгаты, исключение составляет поперечносуженный таз.

Классификация анатомически узкого таза по выраженности сужения предусматривает три степени (А.Я. Крассовский):

- I степень (истинная конъюгата от 11 до 9 см);
- II степень (истинная конъюгата менее 9 см и до 7 см);

- III степень (истинная конъюгата менее 7 см).

Уменьшение истинной конъюгаты до 7 см и менее свидетельствует об абсолютном сужении таза. В этом случае роды через естественные родовые пути невозможны.

В англоязычной литературе тазы классифицируют по Колдуэллу-Молой (1933). Классификация основана на данных рентгенологического исследования, в ней выделяют четыре основные формы женского таза:

- гинекоидный (женский);
- андроидный (мужской);
- платипеллоидный (плоский);
- антропоидный (таз приматов, поперечносуженный).

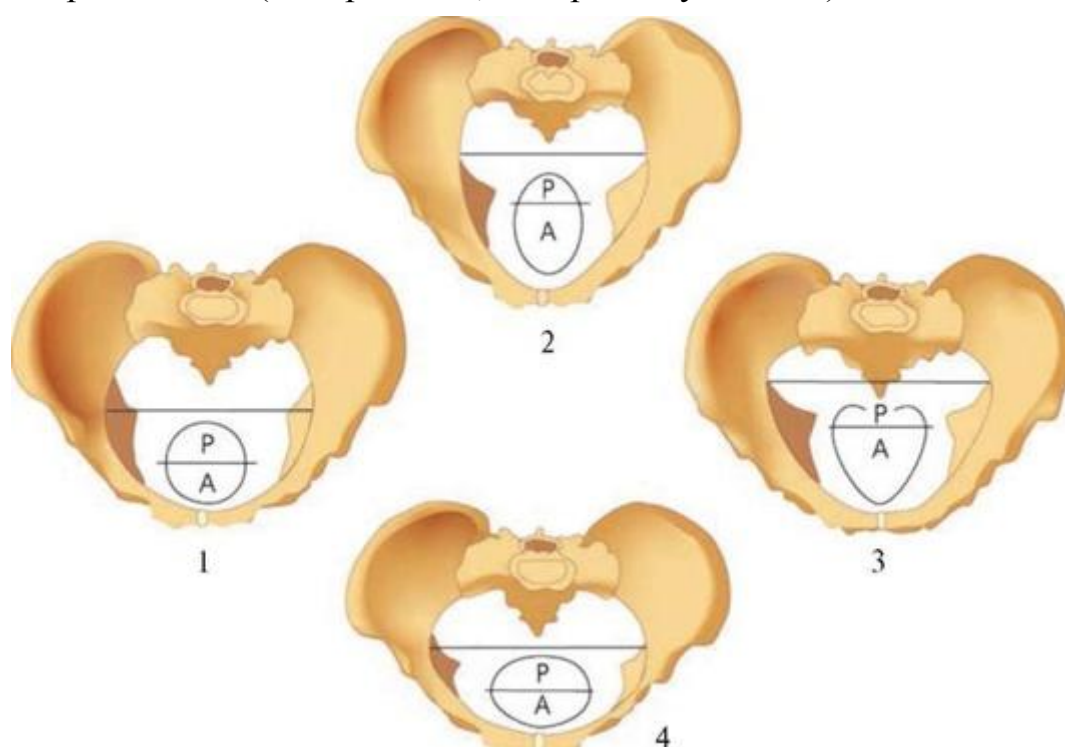


Рис.2.5. Основные формы таза по Колдуэллу-Молой: 1 - гинекоидный; 2 - антропоидный; 3 - андроидный; 4 - платипеллоидный. Сегменты: А - *anterior* (передний); Р - *posterior* (задний)

Диагностика

Своевременное распознавание анатомически узкого таза позволяет выбрать оптимальную тактику родоразрешения и предотвратить осложнения родов. Диагностируют anomalies костного таза на основании данных анамнеза, антропометрии, наружного тазоизмерения, данных влагалищного исследования и дополнительных методов (рентгенологического и ультразвукового).

В диагностике анатомически узкого таза имеют значение следующие данные:

- анамнез общий, из которого необходимо выяснить, не перенесла ли беременная в детстве рахит и другие заболевания или травмы, влияющие на формирование и строение скелета;
- анамнез специальный (начало и характер менструальной функции, течение предшествующих беременностей и родов, масса ранее родившихся детей и другие данные, позволяющие оценить функцию половых органов женщины до беременностей и при предыдущих родах);
- объективные общие данные (рост и масса тела беременной, пропорциональность тела, подвижность суставов, строение позвоночника и прочие данные, позволяющие оценить состояние скелета);
- объективные специальные данные - форма живота при поздних сроках беременности (остроконечная у первородящих и «отвислая» у повторнородящих); угол наклона таза (в норме он составляет 45-55°, при узком тазе он нередко больше, при этом крестец, ягодицы и наружные половые органы отклонены кзади, в поясничном отделе позвоночника существует выраженный лордоз).

Большое значение при получении объективных специальных данных в диагностике узкого таза имеет форма ромба Михаэлиса, который при общеравно-мерно суженном и поперечно суженном тазе вытянут в вертикальном направлении, а при разновидностях плоского таза - уплощен.



Рис.2.6. Пояснично-крестцовый ромб Михаэлиса (схематическое изображение): 1 - при нормальном тазе; 2 - при плоском (плоскоррахитическом) тазе; 3 - при общеравномерно суженном; 4 - при поперечно суженном; 5 - при кососуженном (асимметричном) тазе

Таблица 2.1. Примерные наружные размеры нормального таза и часто встречаемых форм анатомически узкого таза, см

Форма таза	<i>Distantia spinarum</i>	<i>Distantia cristarum</i>	<i>Distantia trochanterica</i>	<i>Conjugata externa</i>	<i>Conjugata diagonalis</i>
Нормальный	25-26	28-29	31-32	20	13
Поперечно суженный	23	26	29	20	13
Простой плоский	26	29	31	18	11
Плоскоррахитический	26	26	31	18	11
Равномерно суженный	24	26	28	18	11

Форма узкого таза определяет особенности механизма родов, как и особенности вставления головки (асинклитическое вставление головки, высокое прямое стояние и низкое поперечное стояние стреловидного шва).

Роды при поперечносуженном тазе

Поперечносуженным называют таз, у которого сужен поперечный размер плоскости входа.

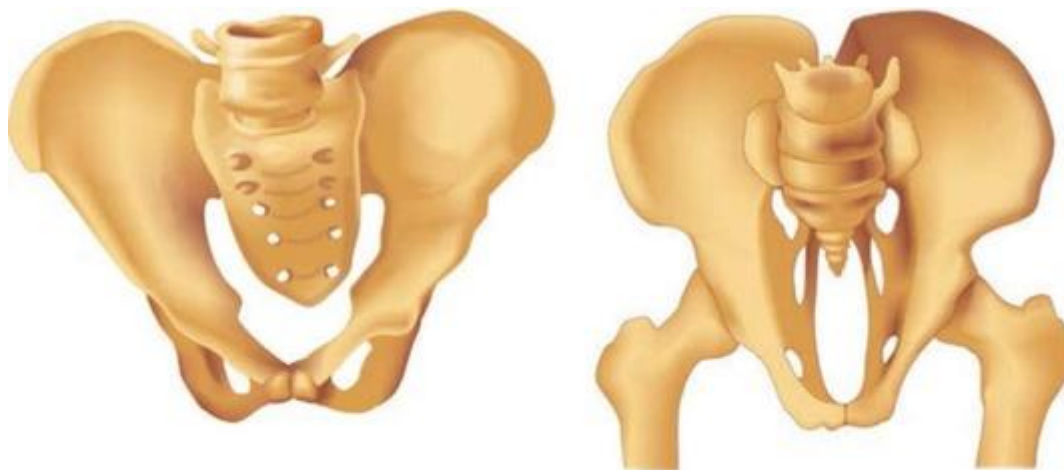


Рис. 2.7. Варианты поперечносуженного таза

При поперечносуженном тазе первый момент механизма родов заключается в сгибании головки, как и при физиологических родах, но из-за сужения поперечного размера входа вставление происходит асинклитически в одном из косых размеров (косое асинклитическое вставление). Далее совершаются все моменты механизма, характерные для физиологических родов.

При увеличенном прямом размере входа и выраженном сужении поперечного размера головка вставляется стреловидным швом в прямой размер входа. Такое вставление называют высоким прямым стоянием стреловидного шва. В это же время происходит умеренное сгибание головки, которая поступательно продвигается к выходу малого таза, не совершая внутреннего поворота. В третьем и четвертом моментах механизма родов при поперечносуженном тазе совершается разгибание головки, а затем внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки, как и при физиологических родах.

Наиболее неблагоприятно высокое прямое стояние стреловидного шва при заднем виде затылочного предлежания. В таких случаях с целью уменьшения травматизма матери и плода роды лучше закончить операцией кесарева сечения.

Родившаяся головка имеет долихоцефалическую форму. Если вставление головки было асинклитическим, родовая опухоль расположена на одной из теменных костей, что придает головке асимметричную форму.

Роды при плоских тазах

Плоскими называют тазы, у которых сужены только прямые размеры (один или несколько) при нормальных поперечных размерах.

Различают три разновидности плоского таза: плоскоррахитический таз, простой плоский таз и таз с уменьшением прямого размера широкой части полости малого таза.

Плоскоррахитический таз характеризуется следующими признаками.

- Сужение только прямого размера входа в таз.
- Изменение формы крестца: он укорочен, уплощен, утончен и как бы уширен (четыре «У»); мыс вдается в полость таза, а копчик загнут крючкообразно вперед.
- Крылья подвздошных костей плоские, развиты слабо; их гребни развернуты, вследствие этого размеры *distantia spinarum* и *distantia cristarum* равны между собой.
- Кости в плоскоррахитическом тазе с резкими выпуклостями и шероховатостями; на местах прикрепления мышц принимают вид экзостозов.

При плоскоррахитическом тазе в первый момент механизма родов происходит легкое разгибание головки плода, которая долго стоит стреловидным швом в поперечном размере входа в таз как наиболее удобном и «выгодном» для нее: он здесь самый большой по длине - 13 см (первая особенность). При этом головка проходит суженный прямой размер входа в таз своим наименьшим размером - малым поперечным, равным 8 см. В связи с разогнутым положением головки большой родничок опускается и приближается к проводной оси таза; малый родничок стоит выше большого, и его определяют с трудом.

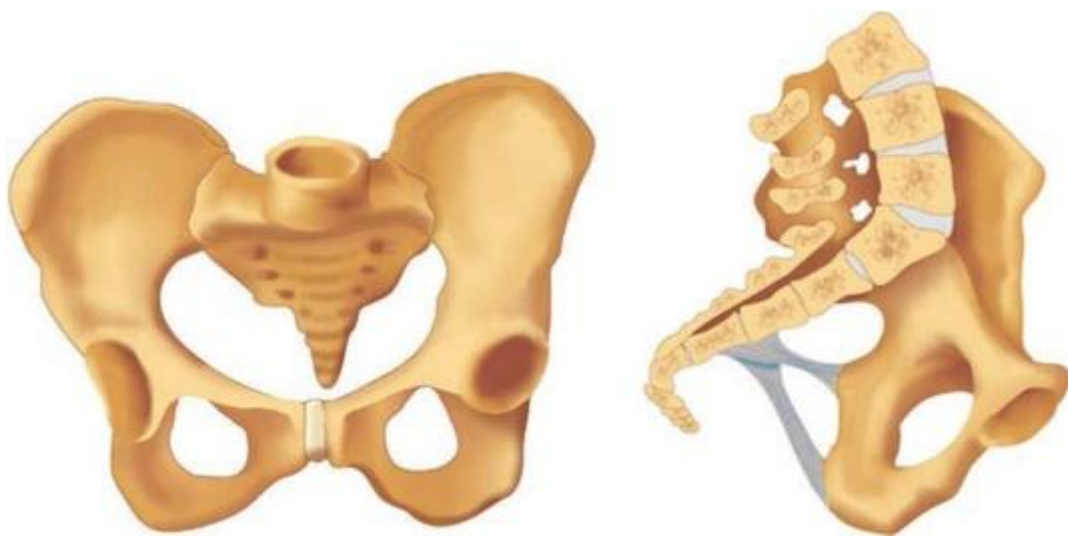


Рис. 2.8. Плоскоррахитический таз

Следующая особенность - *внеосевое вставление головки*. При этом стреловидный шов отклоняется к мысу (передний асинклитизм -

асинклитизм Негеле) или к лонному сочленению (задний асинклитизм - асинклитизм Литцмана). В связи с этим наблюдается характерная конфигурация головки: на теменной кости, идущей впереди (в зависимости от вида асинклитизма), образуется родовая опухоль, «отстающая» теменная кость уплощается вследствие давления на нее мыса или лона. Головка уплощается в поперечном размере и таким образом приспособливается к уменьшенному прямому размеру входа в таз.

Во втором моменте механизма родов при плоскорихитическом тазе головка плода соскальзывает с мыса, стреловидный шов принимает срединное положение, происходит сгибание головки, затылок поворачивается к симфизу (внутренний поворот); изгнание плода (третий и четвертый моменты механизма родов) совершается по типу переднего вида затылочного предлежания (с малым родничком в качестве ведущей точки). Изгнание плода происходит очень быстро вследствие увеличенных размеров выхода таза.

В некоторых случаях разгибание головки сохраняется, и головка рождается в переднеголовном предлежании. При неправильной ротации - повороте затылка кзади и сгибании головки - роды протекают по типу заднего вида затылочного предлежания.

При выраженном заднем асинклитизме самопроизвольные роды невозможны, так как передняя теменная кость как бы «садится» на лонное сочленение и не может преодолеть это препятствие.

В целом роды при плоскорихитическом тазе затяжные, преимущественно вследствие длительного течения первого момента механизма родов. Головка долго остается подвижной над входом в таз, конфигурирует, приспособливается к прохождению через суженную в переднезаднем направлении плоскость входа в таз. В связи с этим роженице с плоскорихитическим тазом рекомендуют положение на боку, противоположном позиции плода, что способствует быстрейшему вставлению головки в таз.

Роды осложняются ранним излитием околоплодных вод, выпадением петли пуповины и мелких частей плода, слабостью родовой деятельности. При наличии хорошей родовой деятельности, как только головка преодолет препятствие со стороны мыса, роды далее могут стать стремительными, в результате увеличенных размеров полости и выхода таза. Это, в свою очередь, может привести к разрыву мягких тканей родового канала и родовой травме плода.

Роды при простом плоском тазе

Простым плоским тазом (тазом Девентера) называют таз, у которого сужены все прямые размеры (плоскости входа, полости и выхода таза), крестец целиком приближен к симфизу.

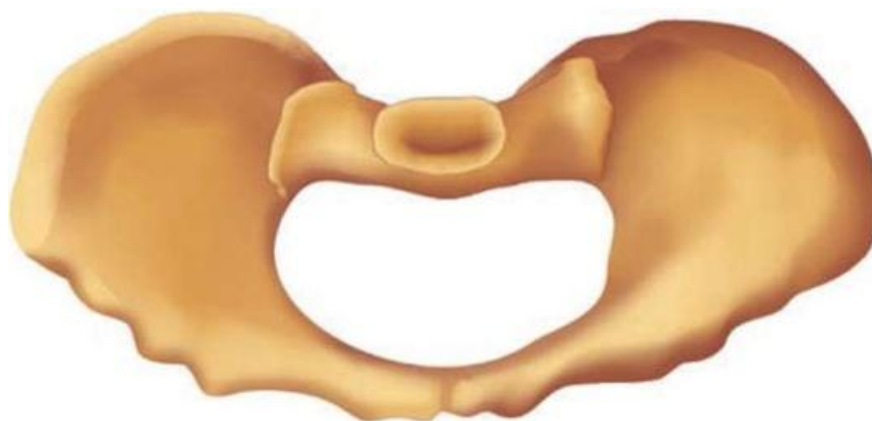


Рис.2.9. Простой плоский таз

При простом плоском тазе механизм родов такой же, как и при плоскорохитическом. Разница заключается лишь в том, что затруднения, которые испытывает головка при входе в таз, сохраняются и в полости, и в выходе таза, потому что при простом плоском тазе прямой размер сужен не только во входе, но и во всех плоскостях таза.

Первый момент механизма родов при простом плоском тазе имеет две особенности. Первая заключается в том, что происходят разгибание головки и длительное стояние ее над входом в таз стреловидным швом в поперечном размере входа в таз. Вторая особенность - головка конфигурирует и вставляется во вход в таз одной из теменных костей, т.е. происходит асинклитическое вставление.

Второй момент - поступательное движение плода и внутренний поворот головки при простом плоском тазе совершаются только при наличии хорошей родовой деятельности и небольшом плоде. Роды при этом заканчиваются по типу механизма родов при переднем виде затылочного предлежания. Однако головка может не совершить внутреннего поворота вследствие сужения всех прямых размеров, и тогда наблюдается третья особенность механизма родов: *стреловидный шов во всех плоскостях будет находиться в поперечном размере, возникает низкое поперечное стояние стреловидного шва.*

Роды при простом плоском тазе длительные, так как головка плода, проходя через костное кольцо родового канала, встречает препятствие во всех плоскостях таза. Роды осложняются ранним излитием околоплодных вод, что предрасполагает к развитию послеродовых воспалительных заболеваний. При прохождении головки через суженное тазовое кольцо сдавливаются мягкие ткани, нарушается их кровообращение, образуется отек, а иногда некроз тканей с образованием впоследствии свищей. Иногда встречается повреждение лонного или крестцово-подвздошного сочленения. Нередкими осложнениями бывают разрывы промежности, стенок влагалища и шейки матки. Наиболее опасное осложнение - разрыв матки.

Прогноз для плода неблагоприятный. Продолжительное стояние головки во всех плоскостях таза, усиленная конфигурация ее могут привести

к разрыву венозных сосудов и внутричерепным кровоизлияниям. Чрезмерное сжатие головки угрожает разрывом мозжечкового намета. В редких случаях от давления мыса образуются ложкообразные вдавливания теменных костей.

Роды при общеравномерносуженном тазе

Общеравномерносуженным называют таз, который имеет форму нормального женского таза, но все наружные размеры его уменьшены пропорционально на 2 см и более. При общеравномерносуженном тазе форма его не меняется. Уменьшается его емкость, а отсюда меняются механизм и клиническая картина родов, которые целесообразно рассматривать по отдельным моментам.

При общеравномерносуженном тазе в первом моменте механизма родов происходит максимальное сгибание головки (асинклитизм Редерера) во входе в таз, вследствие чего малый родничок стоит строго по проводной линии таза. Одновременно происходит резкая конфигурация головки, кости черепа плода заходят друг за друга, а швы и роднички определяются с трудом. В это время отмечается длительное стояние головки во входе в таз малым сегментом. В результате образуется значительная родовая опухоль на головке плода в области малого родничка.

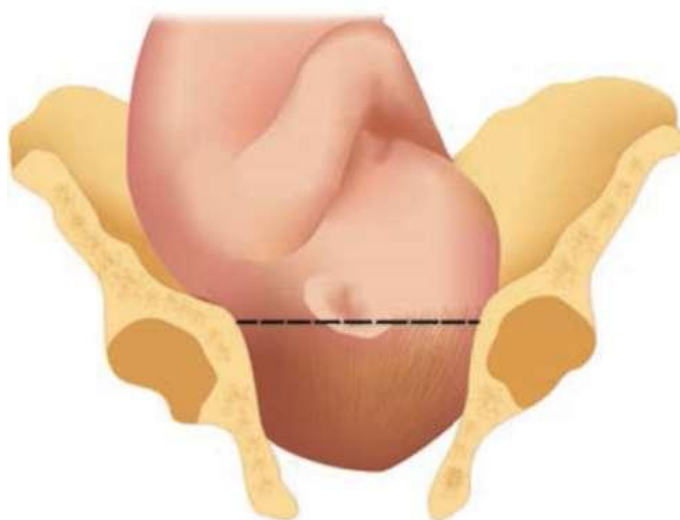


Рис.2.10. Максимальное сгибание головки при общеравномерносуженном тазе

С началом поступательного движения головки по родовому каналу начинается второй момент родов. Как и при физиологических родах, во втором моменте механизма родов у рожениц с общеравномерносуженным тазом происходят поступательное движение головки плода по родовому каналу и одновременно ее правильная ротация (затылком к лону). Однако при общеравномерносуженном тазе эти процессы протекают значительно медленнее, характерно особенно долгое стояние головки плода в плоскости узкой части полости малого таза. Вторым моментом механизма родов при общеравномерносуженном тазе, как и при физиологических родах,

заканчивается на дне таза, когда головка плода устанавливается стреловидным швом в прямом размере выхода малого таза.

Как и при физиологических родах, в третьем моменте механизма родов происходит разгибание головки. Однако при физиологических родах точка фиксации на головке плода (подзатылочная ямка) всегда соприкасается с нижним краем лонного сочленения, а все пространство лонного угла полностью занято головкой, поэтому при разгибании головки плода и ее рождении половая щель и промежность растягиваются в умеренной степени. При узком тазе в связи с более острым лонным углом соприкосновения головки плода с нижним краем лонного сочленения не происходит.

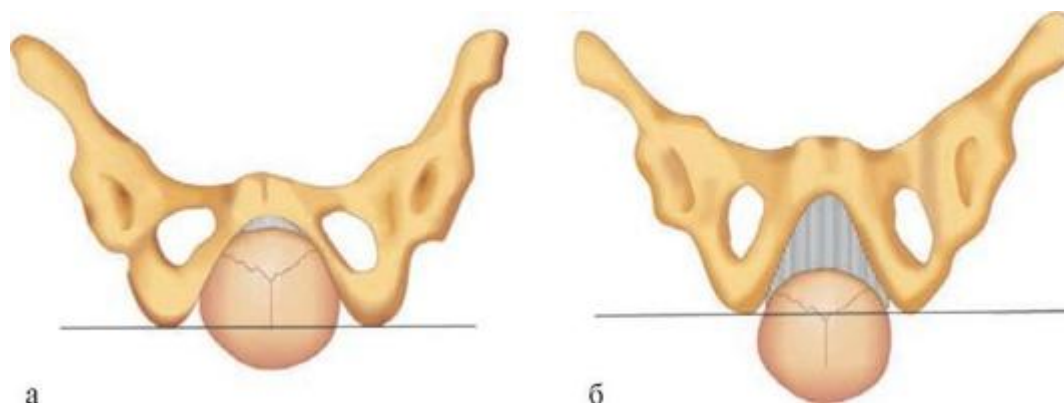


Рис.2.11. Прохождение головки под лонной дугой: а - при нормальном тазе; б - при общеравномерносуженном тазе

Головка плода не может полностью выполнить все пространство лонного угла, поэтому максимально растягивает промежность, что, в свою очередь, очень часто приводит к травме мышц промежности. Этот момент механизма родов соответствует рождению головки плода.

Четвертый момент механизма родов при общеравномерносуженном тазе заметных особенностей по сравнению с физиологическими родами не имеет.

Родившаяся головка имеет резко выраженную долихоцефалическую форму вследствие конфигурации, родовой опухоли и клиновидного вставления ее в малый таз.

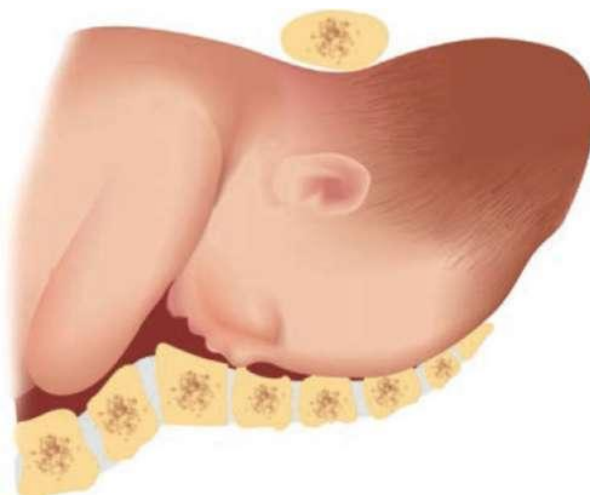


Рис.2.12. Долихоцефалическая форма головки при общеравномерно суженном тазе

Особенности течения и тактика ведения родов при различных видах анатомически узкого таза

Роды у женщин с узким тазом часто сопровождаются различными осложнениями, при которых требуется оперативное родоразрешение. Акушерка под руководством врача ведет тщательное наблюдение за роженицей и принимает роды, если они заканчиваются самопроизвольно.

Клиническое течение первого периода родов имеет следующие особенности:

Головка плода длительное время остается подвижной над входом в таз и более длительно приспособляется ко входу в таз, прежде чем встаться. Это приводит к отсутствию пояса соприкосновения головки с тазом, вследствие чего существует сообщение между передними и задними водами, которые оказывают большее, чем в норме, давление на нижний полюс плодного пузыря. Следствием этого становится раннее излитие вод, что иногда приводит к выпадению петли пуповины или мелких частей плода. Если головка после разрыва плодного пузыря не опускается в таз, растянутые пузырем края маточного зева ущемляются между головкой и тазом и свисают во влагалище в виде отечных лоскутов.

В связи с отсутствием плодного пузыря нет условий, способствующих развитию родовой деятельности, сглаживанию и раскрытию маточного зева, в результате чего может развиваться первичная или вторичная слабость родовых сил.

Замедленное раскрытие зева после излития вод служит причиной длительного безводного промежутка, при этом существует сообщение между влагалищем и полостью матки, куда проникают микроорганизмы, что может привести к развитию хориоамнионита в родах.

Головка плода начинает выполнять роль плодного пузыря - на ней образуется большая родовая опухоль. Наблюдается выраженная конфигурация головки, когда одна теменная кость заходит на другую, а обе заходят на лобную и затылочную кости.

При любой форме узкого таза течение родов имеет свои особенности, однако есть общие правила при ведении первого периода. Акушерка должна особенно внимательно следить за состоянием матери и плода, рекомендовать роженице соблюдать постельный режим во избежание раннего излития околоплодных вод. Для лучшего вставления головки во вход в таз роженицу следует укладывать на бок, соответствующий позиции плода. Большое внимание должно быть уделено тщательному обезболиванию родов и оценке состояния плода (кардиотокография). Ведение партограммы обязательно. В конце первого периода и на протяжении всего второго периода родов осуществляют функциональную оценку таза, т.е. определяют симптомы соответствия размеров головки плода размерам таза матери.

При длительном стоянии головки в одной плоскости таза (1 ч и более) следует тщательно оценить характер родовой деятельности и признаки клинически узкого таза. При отсутствии функциональной неполноценности таза в случае ослабления родовой деятельности допустима недлительная родостимуляция окситоцином (внутривенное введение со скоростью не более 12-15 капель в минуту). Акушерка наблюдает за предлежащей частью: находится ли она над входом или постепенно опускается в полость малого таза.

При появлении симптомов несоответствия размеров головки плода и таза матери или признаков гипоксии плода роды заканчивают операцией кесарева сечения. Из-за высокой травматичности вакуум-экстракцию и акушерские щипцы при узком тазе не применяют.

В отличие от нормальных родов, клиническое течение второго периода родов при сужении таза имеет следующие особенности:

- движение головки через все отделы таза значительно замедлено, в связи с чем нередко наблюдается гипоксия плода;
- затяжное течение родов в первом периоде приводит к истощению нервной системы роженицы и ее физическому утомлению, и на этом фоне в периоде изгнания может развиваться вторичная слабость родовой деятельности;
- при длительном стоянии головки в одной из плоскостей таза в результате его сужения возникает опасность ущемления шейки матки и сдавления соседних органов, что может в дальнейшем привести к образованию мочеполовых, шеечно-влагалищных и кишечно-половых свищей;
- при сильной родовой деятельности возможны расхождение костей лонного сочленения, разрыв шейки матки и промежности;
- в некоторых случаях роды осложняются бурной родовой деятельностью и даже тетанией матки, в результате чрезмерно сильной родовой деятельности возможны разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, интранатальная гибель плода;
- при затяжном течении родов и длительном безводном промежутке возможно развитие восходящей инфекции (хориоамнионит в родах, эндометрит в послеродовом периоде).

Клинически (функционально) узкий таз

Возможные причины образования клинически узкого таза:

- анатомическое сужение таза;
- большие размеры головки плода (гидроцефалия, крупный плод);
- разгибательные предлежания головки;

- сочетание перечисленных причин.

Принимая во внимание изложенные особенности течения второго периода родов при узком тазе, необходимо строгое наблюдение за характером родовой деятельности, продвижением плода, его сердцебиением. Совершенно недопустимо стояние головки плода свыше 1 ч в одной плоскости таза. Длительное стояние головки в одной плоскости - один из ведущих симптомов функциональной неполноценности таза (клинически узкого таза).

При выявлении клинически узкого таза необходимо срочно произвести операцию кесарева сечения. Если не будет своевременно оказана рациональная акушерская помощь, может произойти такое грозное осложнение, как разрыв матки.

Клиническую оценку таза проводят во время родов: при хорошей родовой деятельности, после отхождения околоплодных вод, при открытии маточного зева не менее 6-7 см и при головке, прижатой ко входу в таз.

О соответствии между размерами таза и размерами головки плода позволяют судить, помимо обычных методов исследования подлежащей части, признак Вастена и размер Цангемейстера.

О наличии клинически узкого таза свидетельствуют также другие данные объективного исследования и клинические симптомы:

- высокое расположение контракционного кольца (граница, отделяющая нижний сегмент матки от ее тела), что связано с перерастяжением нижнего сегмента матки и угрозой ее разрыва;
- болезненность нижнего сегмента при пальпации;
- симптом прижатия мочевого пузыря (роженица не может самостоятельно мочиться, в моче есть примесь крови);
- отечность наружных половых органов;
- данные влагалищного исследования - полное или почти полное открытие маточного зева, отечность его краев, отсутствие плодного пузыря, большая родовая опухоль на головке плода, прижатой ко входу в таз.

При клинически узком тазе роды необходимо срочно закончить операцией кесарева сечения во избежание такого тяжелого осложнения, как разрыв матки. Ведение родов при узком тазе требует от акушерки высокой квалификации. Необходимо вовремя выявить осложнения родов и своевременно принять меры к их устранению.

Вопросы для самоконтроля:

1. Перечислите причины возникновения анатомического узкого таза?
2. Назовите классификацию узкого таза?

3. Назовите биомеханизм родов при общеравномерносуженном тазе?
4. Назовите особенности протекания родов при плоском тазе?
5. Перечислите обязанности акушерки при ведении родов с узким тазом?
6. Как диагностируют клинически узкий таз?

Роды при неправильных вставлениях, предлежании и положении плода.

План:

1. Роды при неправильных положениях плода;
2. Роды при разгибательных предлежаниях головки плода;
3. Асинклитические вставления головки плода;
4. Неправильное стояние головки плода;
5. Ведение родов при тазовых предлежаниях плода.

Неправильные положения плода

Причинами возникновения неправильных положений плода служат такие акушерские ситуации, при которых существует пространственное несоответствие полости матки и размеров плода. Плоду «свободно» в матке при пониженном ее тоне, недостаточности брюшного пресса у многорожавших женщин, многоводии, недоношенности. Плоду «тесно» в матке при многоплодии, аномалиях развития матки (двуорогая) и миоме матки.

Диагностика

Распознавание поперечного или косоного 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.

Течение и ведение беременности

Во время беременности возможны следующие осложнения: преждевременные роды, 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 нед для обследования, выбора метода родоразрешения и рассмотрения вопроса о профилактическом повороте плода на головку.

Течение и ведение родов

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 вколочивается во вход в таз, выпавшая ручка отекает, приобретает цианотичный цвет. Вследствие родовой деятельности нарушается маточно-плацентарное кровообращение, плод страдает от гипоксии, а затем погибает.

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.



Рис.2.13. Запущенное поперечное положение плода (выпадение ручки, неподвижность плода). Штриховкой обозначен перерастянутый нижний сегмент матки

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.

Разгибательные предлежания головки плода

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.

Этиология. Разгибательные предлежания головки возникают иногда до родов, но с началом родовой деятельности устраняются самопроизвольно. Однако наблюдают случаи, когда головка начинает разгибаться в начале родов и в таком состоянии продвигается по родовому каналу в той или иной степени разгибания. Это разгибание приводит к изменению механизма родов. Роды при разгибательных предлежаниях чаще всего протекают с образованием заднего вида. При разгибании головки плода наиболее объемной ее частью становится затылок, который и поворачивается в крестцовую впадину, в сторону, где больше свободного пространства.

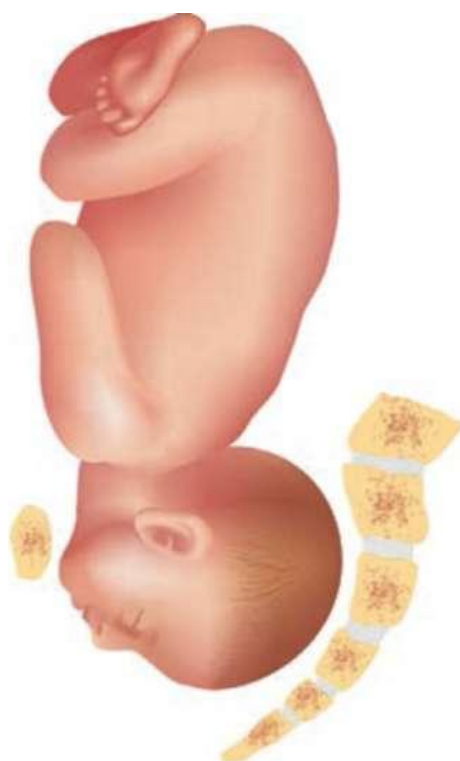


Рис.2.14. Механизм образования заднего вида при разгибании головки

Причины образования разгибательных предлежаний: аномалии развития матки, 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 и тазового дна, опухоли в области шеи плода, очень большая или очень маленькая головка плода, потеря плодом тонуса (мертвый плод) и др.

Классификация. Различают три степени разгибания головки:

- Первая степень разгибания - переднеголовное предлежание, когда головка плода проходит через родовой канал таким образом, что ведущей точкой становится область большого родничка.
- Вторая степень разгибания - лобное предлежание, характеризуется более значительным разгибанием головки, ведущая точка - лоб.
- Третья степень разгибания - лицевое предлежание. При этом головка разогнута максимально, ведущей точкой становится подбородок плода.

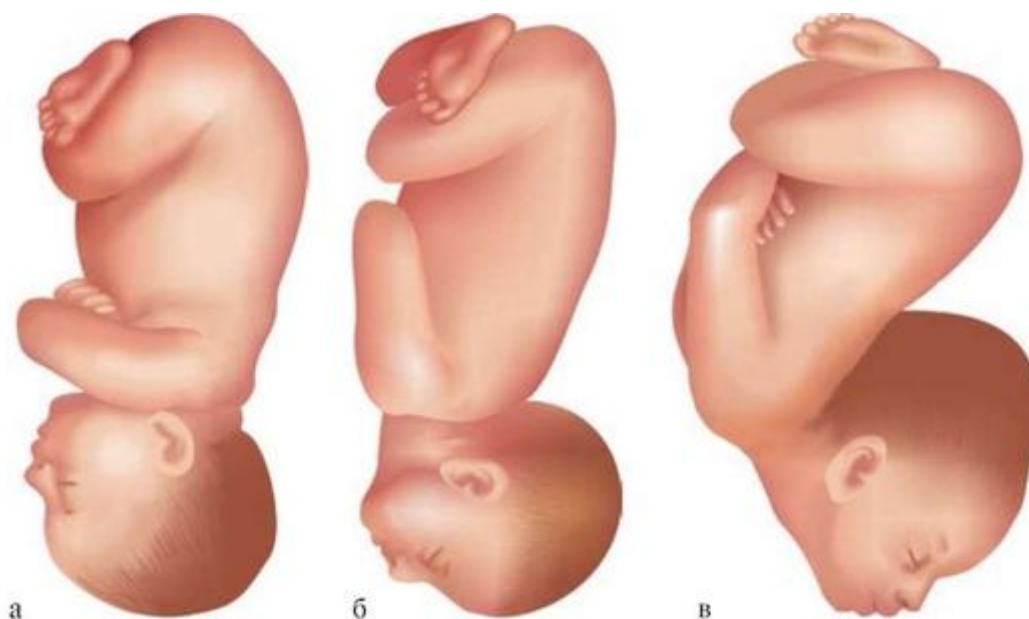


Рис.2.15. Три степени разгибания головки: а - переднеголовное; б - лобное; в - лицевое

Переднеголовное предлежание

Переднеголовное предлежание - первая степень разгибания головки, при которой ведущей точкой становится большой родничок, а плоскость большого сегмента проходит через прямой размер головки плода, равный 12 см (окружность 34 см).

Диагностика

Распознавание переднеголового предлежания во время беременности затруднено. При наружном акушерском исследовании определяют высокое стояние дна матки; прямой размер головки, измеренный тазомером через переднюю брюшную стенку, равен 12 см, что свидетельствует о ее разгибании. УЗИ позволяет уточнить диагноз.

Во время родов переднеголовное предлежание может перейти в затылочное, лобное или лицевое. Правильный диагноз ставят при влагалищном исследовании, когда обнаруживают стояние большого и малого родничков на одном уровне или стояние большого родничка ниже малого. Стреловидный шов в плоскости входа малого таза находится чаще в поперечном размере или в одном из косых размеров. Диагноз подтверждают после родов по форме головки плода и расположению родовой опухоли.

При переднеголовном предлежании головка резко конфигурирована, имеет брахицефалическую форму («башенная головка»), родовая опухоль расположена в области большого родничка.

Механизм родов

Механизм родов при переднеголовном предлежании включает пять моментов.

Первый момент механизма родов - умеренное разгибание головки. Головка устанавливается стреловидным швом и частью лобного шва в поперечном размере плоскости входа малого таза или очень редко в одном из косых размеров. Головка плода вставляется своим прямым размером от надпереносья до затылочного бугра (длина 12 см, окружность 34 см). Возможно асинклитическое вставление. По мере продвижения головки ведущей точкой становится большой родничок.

Второй момент механизма родов - внутренний («неправильный») поворот головки. Головка осуществляет поворот при переходе из широкой в узкую часть полости малого таза. Стреловидный шов из поперечного размера плоскости входа в малый таз переходит в прямой размер выхода малого таза, затылок поворачивается кзади к копчику, а под нижний край лонного сочленения часть головки подходит областью надпереносья, которое служит точкой фиксации.

Третий момент механизма родов - сгибание головки. Сгибание головки происходит в шейной части позвоночника. Точкой фиксации служит надпереносица, а точкой опоры - нижний край лонного сочленения. Головка сгибается, и рождаются темя и затылок плода.



Рис.2.16. Механизм родов при переднеголовном предлежании (первый момент)



Рис.2.17. Механизм родов при переднеголовном предлежании (второй момент)



Рис.2.18. Механизм родов при переднеголовном предлежании (начало третьего момента)



Рис.2.19. Механизм родов при переднеголовном предлежании (конец третьего момента)

Четвертый момент механизма родов - разгибание головки. После рождения затылка плода образуется вторая точка фиксации - затылочный бугор. Точкой опоры становится передняя поверхность копчика. Совершается разгибание головки, и рождается лицо плода.

Пятый момент механизма родов - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки совершаются так же, как и при затылочном предлежании.

Течение и ведение беременности и родов

Беременность протекает, как правило, без осложнений. В конце беременности или с началом родов возможны преждевременное излитие околоплодных вод и выпадение мелких частей плода и петель пуповины. Это происходит в тех случаях, когда головка плода остается подвижной над плоскостью входа в малый таз и не образуется внутренний пояс прилегания, разделяющий околоплодные воды на передние и задние.

Роды происходят через естественные родовые пути при нормальных размерах таза и некрупном плоде, но они имеют затяжное течение, особенно период изгнания.

Во время родов следят за характером родовой деятельности и продвижением головки по родовым путям, тщательно оценивая соответствие размеров головки плода размерам таза матери.

К оперативным вмешательствам в родах приходится прибегать по показаниям со стороны матери (клиническая картина узкого таза, опасность образования мочеполовых свищей и др.) и плода (острая гипоксия). Во втором периоде родов, когда головка плода находится в полости малого таза, при развитии вторичной слабости родовой деятельности или острой гипоксии плода роды заканчивают наложением акушерских щипцов. При перенашивании беременности, крупном плоде, узком тазе, упорной слабости родовой деятельности выполняют операцию кесарева сечения.

Лобное предлежание

Лобное предлежание - вторая степень разгибания головки, при которой ведущей точкой служит лоб, а плоскость большого сегмента проходит через большой косой размер головки плода, равный 13,5 см (окружность 42 см).

Диагностика

Во время беременности четко распознать лобное предлежание с помощью приемов пальпации невозможно. Предположить лобное предлежание, используя наружные приемы, можно по наличию угла между спинкой и затылком плода, высокому стоянию дна матки, при измерении тазомером через переднюю брюшную стенку поперечного размера головки плода (величина более 12 см). Сердцебиение плода яснее выслушивается со стороны грудки, а не его спинки.

Диагностируют лобное предлежание при влагалищном исследовании, когда по проводной оси таза пальпируют лоб с лобным швом. Следуя пальцем по лобному шву, спереди определяют корень носа, глазницы и надбровные дуги, а сзади - передний угол большого родничка, что соответствует заднему виду лобного предлежания. После рождения по конфигурации головки можно подтвердить диагноз лобного вставления: родовая опухоль расположена в области лба на всем протяжении от переносицы до большого родничка, придавая головке вид пирамиды.

Поскольку при лобном предлежании роды доношенным плодом через естественные родовые пути невозможны, механизм родов не рассматривается.

При лобном предлежании головка плода вставляется во вход в таз самым большим своим размером (большой косой размер), равным 13,5 см, поэтому роды при нормальных размерах таза (самый большой размер малого таза - поперечный размер плоскости входа - составляет лишь 13 см, все остальные размеры еще меньше) и доношенном плоде через естественные родовые пути невозможны. При мертвом плоде показана плодоразрушающая операция – краниотомия.

Лицевое предлежание

Лицевое предлежание - третья степень разгибания головки (максимальная), при которой ведущей точкой служит подбородок, а плоскость большого сегмента проходит через вертикальный размер головки плода, равный 9,5 см (окружность 32 см).

Диагностика

Распознают лицевое предлежание во время беременности с помощью приемов пальпации и влагалищного исследования. При наружном акушерском исследовании определяют углубление между головкой и спинкой плода, что свидетельствует о максимальном разгибании головки. УЗИ позволяет уточнить диагноз. Сердечные тоны более четко выслушиваются со стороны грудки плода.

При влагалищном исследовании определяют надбровные дуги, нос, рот и подбородок - ведущую точку. Позицию и вид при лицевом предлежании определяют по спинке плода.

После рождения головка имеет резко выраженную долихоцефалическую форму, на лице - выраженный отек, деформация. Новорожденный находится в разогнутой позе.

Механизм родов

Механизм родов при лицевом предлежании включает четыре момента.

Первый момент - максимальное разгибание головки - происходит в плоскости входа в малый таз. Разгибание осуществляется в шейной части позвоночника. В результате предлежащей частью становится лицо. Лицевая линия устанавливается в поперечном или одном из косых размеров входа в

таз. Головка проходит через родовой канал окружностью 32 см, соответствующей вертикальному размеру 9,5 см.



Рис.2.20. Механизм родов при лицевом предлежании (первый момент)

Второй момент - внутренний («неправильный») поворот головки. Лицевая линия постепенно переходит из поперечного размера в косой, а затем, когда головка достигает выхода, в прямой, при этом она упирается подъязычной костью в нижний край лонного сочленения. Очень редко поворот совершается подбородком к копчику и образуется передний вид. В таком положении роды невозможны (сдвоенное тело - головка и туловище плода), так как лоб упирается в лонное сочленение, а подбородок - в крестцовую впадину, плечевой пояс вколачивается в поперечном размере в седалищные ости. Такую ситуацию называют запущенным лицевым вставлением.

Третий момент механизма родов при заднем виде лицевого вставления - сгибание головки - происходит в плоскости выхода после образования точки фиксации (подъязычная кость) и точки опоры (нижний край лонного сочленения). Вслед за уже родившимся подбородком последовательно выкатываются над промежностью рот, нос, глаза, лоб, темя и затылок.

Четвертый момент - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки затылком в сторону позиции - происходит так же, как при любом головном предлежании.

Беременность протекает, как правило, без осложнений. В конце беременности или с началом родов возможно преждевременное излитие околоплодных вод и выпадение мелких частей плода и петли пуповины. Это происходит в тех случаях, когда головка плода остается подвижной над плоскостью входа в малый таз, и не образуется внутренний пояс прилегания, разделяющий околоплодные воды на передние и задние. При установлении диагноза лицевого предлежания показана госпитализация беременной для обследования и выяснения причин разгибательного предлежания.

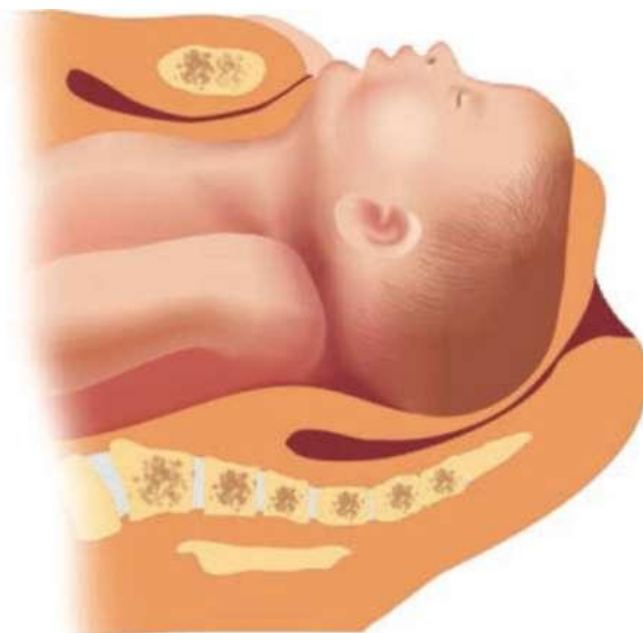


Рис.2.21. Механизм родов при лицевом предлежании (третий момент)

Течение и ведение беременности и родов

При переднем виде лицевого предлежания роды через естественные родовые пути невозможны. В связи с этим передний вид лицевого предлежания служит абсолютным показанием к кесареву сечению.



Рис.2.22. Передний вид лицевого вставления (роды невозможны)

При переднем виде лицевого предлежания возникает клиническая картина узкого таза, происходит разрыв матки с гибелью плода. При длительном стоянии головки в одной плоскости развивается некроз ущемленных тканей с образованием свищей, инфицированием.

Роды в заднем виде лицевого предлежания возможны через естественные родовые пути, длительность таких родов может быть несколько

больше, чаще происходит разрыв промежности. Возможны внутричерепные травмы плода.

В первом периоде родов необходимо наблюдать за сохранением заднего вида. При образовании переднего вида показана операция кесарева сечения. Кесарево сечение также производят при появлении признаков клинически узкого таза, слабости родовой деятельности, гипоксии плода и выпадении петли пуповины.

Асинклитические вставления головки

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.

При физиологических родах головка устанавливается над входом в таз или вставляется во вход таким образом, что стреловидный шов, совпадая с проводной линией таза, располагается на одинаковом расстоянии от лона и мыса. Такое вставление головки называют осевым или синклитическим. Оно благоприятствует прохождению головки по родовому каналу.

Иногда образуется небольшой асинклитизм, называемый физиологическим, вероятно, связанный с существующим наклоном таза. Головка плода вставляется во вход в таз таким образом, что передняя теменная кость оказывается глубже задней, а стреловидный шов находится ближе к мысу.

Иногда асинклитизм бывает настолько выраженным, что препятствует дальнейшему продвижению головки. Такое резко выраженное внеосевое вставление головки называют патологическим асинклитизмом.

Классификация

Различают два вида асинклитизма - передний и задний.

- Передний асинклитизм (Негеле): стреловидный шов отклонен к крестцу, передняя теменная кость обращена к лону и первой опускается в полость малого таза, на ней расположена ведущая точка.
- Задний асинклитизм (Литцмана): стреловидный шов отклонен кпереди к лону, а задняя теменная кость обращена к крестцу и первой опускается в полость малого таза, на ней расположена ведущая точка. Чаще встречается передний асинклитизм.

Этиология

Патологический асинклитизм возникает с началом родовой деятельности, когда головка плода начинает приспосабливаться ко входу в малый таз и совершать первый момент механизма родов.

Слабость мышц передней брюшной стенки не оказывает противодействия отклоняющемуся вперед дну матки, ось матки смещается кпереди, и образуется переднетеменное вставление. Расслабленное состояние

нижнего сегмента матки не оказывает должного сопротивления отклоняющейся вперед головке, в результате происходит заднетеменное вставление.

Влияют на формирование асинклитизма в родах размеры головки плода, состояние таза роженицы (его сужение и особенно его уплощение, а также степень угла наклона таза).

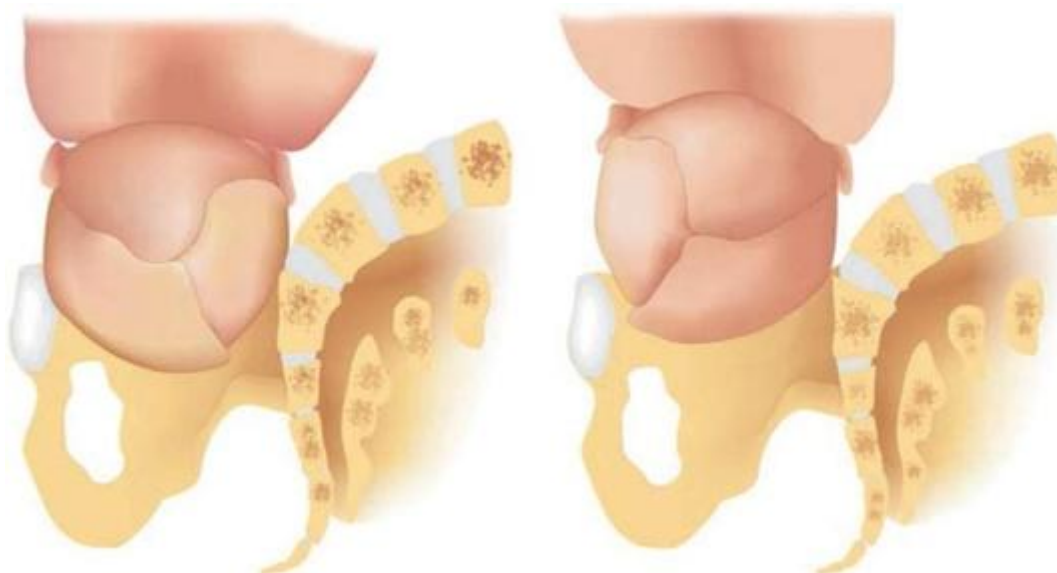


Рис.2.23. Асинклитическое вставление головки плода: слева - передний асинклитизм (Негеле), справа - задний асинклитизм (Литцмана)

Диагностика

Степень асинклитизма определяют при влагалищном исследовании во втором периоде родов по месту расположения и возможности достижения стреловидного шва. При слабой степени асинклитизма стреловидный шов легко достижим, при умеренной степени достигается с трудом, при резкой степени стреловидный шов не достигается совсем, а определяют под лоном (передний асинклитизм) или ниже мыса (задний асинклитизм) ухо или щеку плода (ушное или щечное предлежание).

Течение и ведение родов

Роды при умеренном асинклитизме могут заканчиваться самопроизвольно. Пока головка еще прочно не вколочена во вход в таз, асинклитизм можно в ряде случаев исправить, изменяя положение роженицы в кровати. Для исправления переднего асинклитизма роженице предлагают лечь на спину, а заднего - на живот.

Влиять на вставление головки можно путем изменения угла наклона таза: при переднетеменном асинклитизме необходимо увеличение этого угла (валик под поясницу, вальхеровское положение), при заднетеменном - уменьшение (валик под крестец, притягивание бедер роженицы к животу, полусидячее положение).

Заднетеменной асинклитизм всегда считают патологическим, а не приспособительным вставлением, так как часто при нем самопроизвольные роды невозможны.

Выраженный асинклитизм, особенно задний, - тяжелое патологическое состояние как для плода (гипоксия), так и для матери (разрыв матки, инфекция вследствие затяжных родов, образование свищей).

Роды протекают так же, как и при узком тазе, и тем тяжелее, чем резче выражен асинклитизм. Если наступают явления клинически узкого таза, роды должны быть закончены операцией кесарева сечения, при гибели плода - плодоразрушающей операцией.

Неправильные стояния головки плода

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.

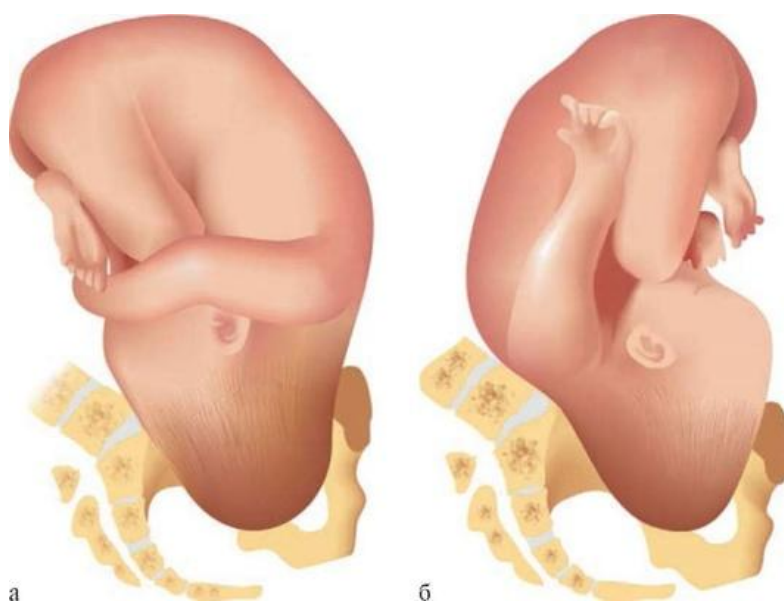


Рис.2.24. Высокое прямое стояние стреловидного шва: а - передний вид; б - задний вид

Этиология. Основные причины высокого прямого стояния стреловидного шва - нарушения соотношений между размерами головки плода и таза матери (узкий, особенно поперечносуженный, или широкий таз), недоношенность плода, изменения формы его головки (выраженная брахицефалия), понижение тонуса мышц матки и передней брюшной стенки, случайное (в момент излития вод) прямое стояние стреловидного шва над входом в таз.

Диагностируют это состояние только при влагалищном исследовании, когда обнаруживают стреловидный шов в прямом размере входа с расположением родничков у мыса и лона.

Течение и ведение родов. Роды через естественные родовые пути при высоком прямом стоянии стреловидного шва невозможны. Высокое прямое стояние стреловидного шва головки - абсолютное показание к кесареву сечению.

Низкое поперечное стояние стреловидного шва

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.

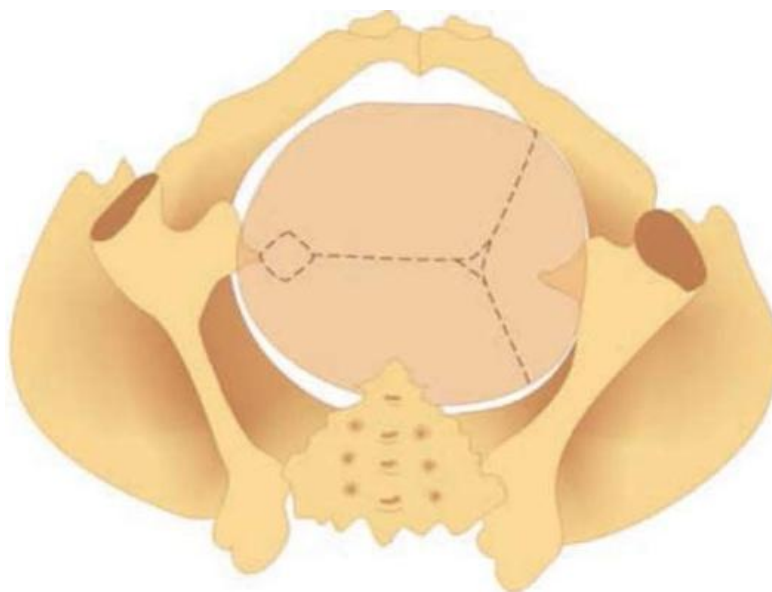


Рис.2.25. Низкое поперечное стояние стреловидного шва

Этиология. Причинами, из-за которых головка не совершает или не успевает совершить внутренний поворот, могут быть сужение таза (плоский таз, особенно простой плоский), маленькие размеры головки плода, несостоятельность мышц тазового дна.

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).

Ведение родов при тазовых предлежаниях

Предрасполагающими к возникновению тазового предлежания факторами могут быть: чрезмерная подвижность плода при недоношенной беременности и многоводии, ограниченная подвижность плода при многоплодной беременности и маловодии, предлежание плаценты, препятствия к установлению головки во входе в малый таз при узком тазе, опухолях матки и придатков и пороках ее развития, когда есть несоответствие между формой плода и формой матки.

Существует несколько вариантов тазовых предлежаний:

- чисто ягодичное предлежание (ножки согнуты в тазобедренных суставах, разогнуты в коленных суставах и прижимают ручки);
- смешанное ягодичное предлежание (предлежат ягодицы и стопы плода, ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах, плод «сидит по-турецки»);
- ножные предлежания - полное (предлежат обе ножки) или неполное (предлежит одна ножка).

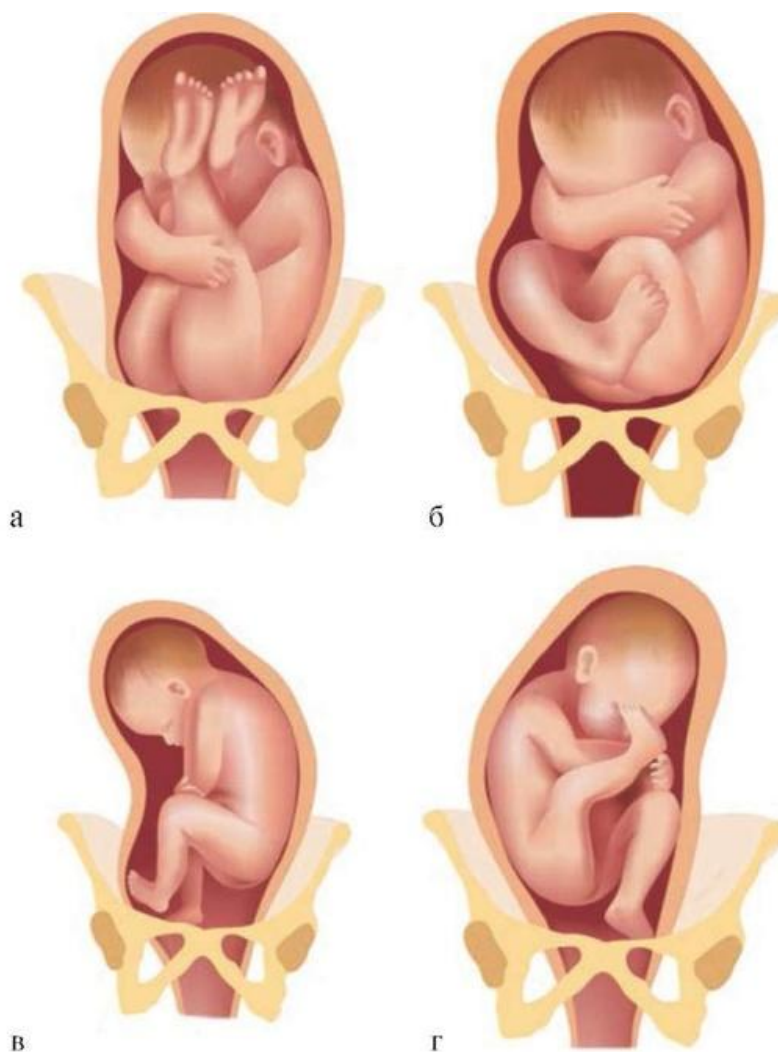


Рис.2.26. Варианты тазового предлежания: а - чисто ягодичное; б - смешанное ягодичное; в - полное ножное; г - неполное ножное

Механизм родов при чисто ягодичном предлежании

В конце беременности и в начале родов ягодицы стоят своим поперечным размером над одним из косых размеров входа в таз. При влагалищном исследовании межвертельная линия выполняет роль стреловидного шва, а роль малого родничка выполняют крестец и копчик плода. Дополнительными ориентирами служат седалищные бугры, межъягодичная борозда, заднепроходное отверстие, наружные половые органы и стопы плода. Продвижение плода по родовому каналу начинается обычно после излития околоплодных вод и достаточного открытия маточного зева.

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 межвертельная линия 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.

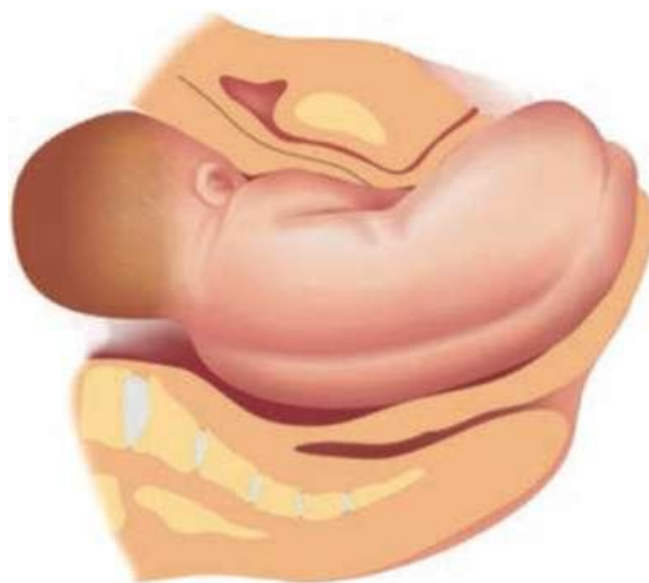


Рис.2.27. Второй момент механизма родов при ягодичном предлежании (боковое сгибание поясничного отдела позвоночника)

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.2.28. Закончен третий момент механизма родов при ягодичном предлежании (внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища)

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.2.29. Шестой момент механизма родов при ягодичном предлежании (сгибание головки)

Механизм родов при смешанном ягодичном и ножных предлежаниях

Механизм родов при данных предлежаниях отличается тем, что первыми из половой щели вместо ягодиц показываются ягодицы и ножки плода (при смешанном ягодичном предлежании) либо только ножки (при полном ножном предлежании) или ножка (при неполном ножном предлежании). В последнем случае разогнутой (предлежащей) ножкой бывает, как правило, передняя.

Родовая опухоль при ягодичных предлежаниях располагается на ягодицах, которые от этого становятся отечными и сине-багровыми. Часто родовая опухоль переходит с ягодиц на наружные половые органы плода, что проявляется отеком мошонки или половых губ. При смешанном ягодичном и ножных предлежаниях родовая опухоль расположена на передней ножке.

При изучении механизма родов при тазовом предлежании можно увидеть четкую закономерность: чередование трех поворотов и трех сгибаний.

Течение беременности и родов

Учитывая возможность развития осложнений в родах, беременные с тазовым предлежанием за 7 дней до предполагаемого срока родов должны быть госпитализированы в родовспомогательное учреждение второго или третьего уровня.

За это время беременную необходимо полностью обследовать: оценить массу и состояние плода с помощью УЗИ с доплерометрией и КТГ, оценить состояние родовых путей. Учитывая высокий риск родового травматизма плода, метод родоразрешения определяют индивидуально на основании оценки факторов перинатального риска для плода и матери.

Противопоказания для родов через естественные родовые пути при тазовых предлежаниях:

- предлежание пуповины;
- ножное предлежание;
- разгибание головки (по данным УЗИ);
- несоответствие размеров таза матери размерам плода;
- предполагаемая масса плода менее 2500 г или более 3600 г;
- ожирение (индекс массы тела более 30);
- многоплодие;
- наличие других показаний для кесарева сечения.

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

При излитии вод необходимо немедленно провести влагалищное исследование для исключения выпадения петли пуповины.

Период изгнания нередко осложняет вторичная слабость родových сил. Это особенно опасно в тех случаях, когда потуги прекращаются в то время, когда ягодицы находятся в полости малого таза. Если при этом возникает показание к родоразрешению со стороны матери или плода, выполнить его обычно не удается без риска нанести серьезную травму матери и особенно плоду.

Серьезное осложнение родов при ножном предлежании - преждевременное изгнание плода при недостаточно раскрывшемся маточном зеве, когда ножки после излития околоплодных вод опускаются в родовые пути и энергично раздражают их стенки, усиливая этим родовую деятельность. Ножки, а затем ягодицы и туловище начинают быстро продвигаться по родовому каналу при недостаточно раскрытом маточном зеве. В результате более плотная и крупная часть плода - головка - не может пройти через недостаточно раскрытый маточный зев, что приводит к острой гипоксии и гибели плода, а попытка извлечь задержавшуюся головку вызывает разрыв шейки матки или даже нижнего маточного сегмента. Плод также может получить родовую травму, не совместимую с жизнью.

Головка, проходя по родовому каналу, всегда прижимает пуповину к стенкам таза, что может привести к острой гипоксии и гибели плода. Кроме того, возможно развитие таких осложнений, как образование заднего вида и запрокидывание ручек.

Под термином «запрокидывание ручек» понимают такое нарушение типичного членорасположения плода, при котором ручки, покинув свое положение на груди плода, отходят вверх, располагаясь впереди лица плода или по бокам головки либо даже за затылком.

Ведение родов

Роды при тазовых предлежаниях, оказание роженице ручного пособия по методу Н.А. Цовьянова, классического ручного пособия при тазовых предлежаниях, освобождение последующей головки и другие оперативные пособия проводит опытный врач акушер-гинеколог. Однако при определенных обстоятельствах знание и владение подобными приемами и навыками могут быть крайне необходимы и акушеркам. На родах должен присутствовать врач-неонатолог, в полном объеме владеющий навыками оказания реанимационной помощи.

Ведение периода раскрытия

Одна из основных задач при ведении первого периода родов при тазовых предлежаниях заключается в сохранении целостности плодного пузыря до полного или почти полного открытия маточного зева. Для этого роженицу укладывают на кровать в положении на боку на ту сторону, где находится спинка плода, что препятствует предлежанию и выпадению пуповины. Мочеиспускание и дефекацию она должна производить на подкладном судне.

В первом периоде родов целесообразно наблюдать за состоянием плода и родовой деятельностью с помощью монитора.

При несвоевременном (дородовом или раннем) излитии околоплодных вод и недостаточно зрелой шейке матки производят операцию кесарева сечения.

При возникновении в родах слабости родовой деятельности родостимуляция допустима только при открытии маточного зева на 5 см и более, при меньшем открытии роды в интересах плода должны быть закончены операцией кесарева сечения.

Ведение периода изгнания

В периоде изгнания тактика должна быть активно-выжидательной. Роженица лежит на спине с согнутыми в тазобедренных и коленных суставах ногами; подошвы обеих ног упираются в матрац. В таком положении она в состоянии развить хорошую потужную деятельность, что служит непременным условием правильного ведения родов в тазовом предлежании.

При тазовых предлежаниях клинически различают четыре этапа родов:

- рождение плода до пупка;
- рождение плода от пупка до нижнего угла лопаток;
- рождение плечевого пояса;
- рождение головки.

Как только плод рождается до пупка, головка начинает вставляться во вход в малый таз и прижимает пуповину. Если с момента рождения плода до пупка роды не заканчиваются в течение ближайших 5 мин, плод родится в асфиксии. Если же это время составляет 10 мин и больше, плод обычно погибает.

В случае отсутствия мониторингового контроля сердцебиение плода при тазовых предлежаниях в периоде изгнания необходимо выслушивать после каждой потуги. Следует помнить, что в периоде изгнания при тазовых предлежаниях нередко наблюдается, это не должно быть показанием к оперативному родоразрешению. Физиологично при тазовых предлежаниях и выделение мекония.

До прорезывания ягодиц вмешиваться в течение родов не следует. Как только ягодицы начали врезываться, роженицу укладывают на родильную кровать. Во время потуг ей рекомендуют прижимать руками бедра к животу. Особенно важно это делать в конце периода изгнания: уменьшающийся при этом угол наклона таза способствует более легкому прохождению головки через полость таза. При прорезывании ягодиц следует оценить необходимость эпизиотомии (рутинно она не показана) для более легкого рождения головки.

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие положения плода называются неправильными?
2. Назовите классификацию разгибательных предлежаний головки плода?
3. При каком виде предлежания головки роды через естественные родовые пути невозможны?
4. Какие виды асинклитизма вы знаете?
5. Перечислите показания для кесарева сечения при тазовых предлежаниях?
6. Назовите биомеханизм родов при чисто ягодичном предлежании плода?

Роды при многоплодии.

План:

1. Этиология и патогенез многоплодия;
2. Классификация многоплодной беременности;
3. Ведение беременности при многоплодии;
4. Ведение родов и послеродового периода;
5. Возможные осложнения в родах при многоплодии.

Многоплодная беременность – беременность двумя или большим количеством плодов. При наличии беременности двумя плодами говорят о двойне, тремя – о тройне и т.д. Каждый из плодов при многоплодной беременности называют близнецом.

Этиология и патогенез

Среди причин наступления многоплодной беременности определенную роль играет наследственность. Среди современных факторов следует указать на возможность наступления многоплодной беременности в пределах одного месяца после отмены оральных контрацептивов, используемых в течение полугода, а также применение медикаментов, стимулирующих овуляцию, после экстракорпорального оплодотворения.

Близнецы могут быть однойцовыми (монозиготные, гомологичные, идентичные) и двумяцовыми (разнойцовые, дизиготные, гетерологичные, братские).

При беременности однойцовыми близнецами происходит атипичное дробление плодного яйца (первичной клеточной массы – преэмбриона): одна яйцеклетка, оплодотворенная одним сперматозоидом, превращается в два зародыша (полиэмбриония) либо происходит оплодотворение яйцеклетки, имеющей более одного ядра. Однояйцовые двойни встречаются гораздо реже, чем двумяцовые. Однояйцовые близнецы имеют одинаковый генотип, всегда одного пола, похожи друг на друга, имеют одну и ту же группу крови, гистологически и иммунологически совместимы, однако имеют индивидуальный рисунок отпечатков пальцев.

При беременности двумяцовыми близнецами происходит оплодотворение двух одновременно созревших в одном или обоих яичниках яйцеклеток. Кроме того, в одном фолликуле могут быть две и более яйцеклетки. Одновременно созревшие яйцеклетки могут быть оплодотворены сперматозоидами как одного, так и разных мужчин в короткий период овуляции. Разнойцовые близнецы могут быть одного или разного пола. Их генотип не идентичен.

В зависимости от особенностей строения плодного яйца многоплодную беременность подразделяют на следующие типы.

- бихориальная биамниотическая двойня. Бывает только при двумяцовой двойне. Каждый близнец имеет собственные хорион и амнион, перегородка между ними состоит из четырех листков – двух амнионов и лежащих между ними двух гладких хорионов, при этом плацента может быть отдельная или слившаяся, имитирующая одну.
- монохориальная биамниотическая двойня. Оба амниона заключены в один общий хорион, перегородка между плодами состоит из двух листков амниона.

- монохориальная моноамниотическая двойня. Амниотическая полость общая для двух близнецов, перегородки нет.

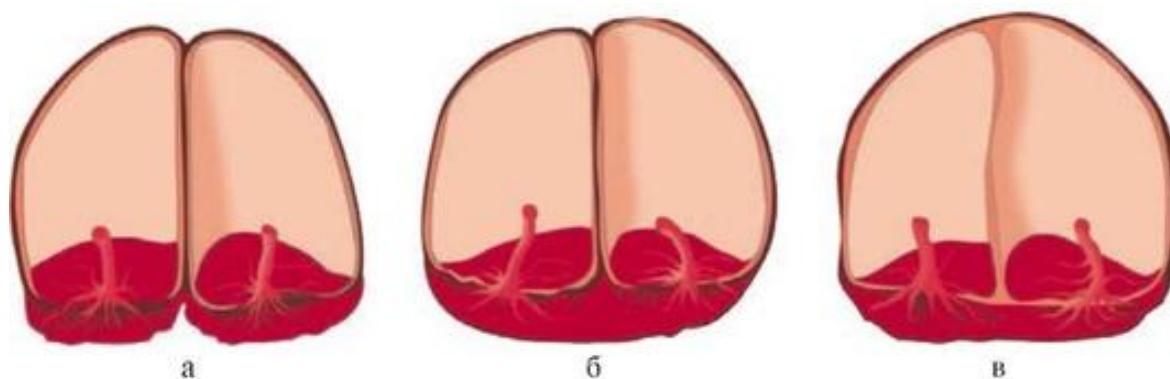


Рис.2.30. Схематическое изображение плодных оболочек и плаценты при двойне: а – две плаценты, два хориона, два амниона; б – две слившиеся плаценты, два хориона, два амниона; в – одна плацента, один хорион, два амниона

Типы сформированного плацентарного комплекса непосредственно влияют на течение и исход беременности: перинатальная смертность при монохориальной беременности выше, чем при бихориальной. При моноамниотической двойне пуповины обоих плодов прикрепляются к плаценте близко друг от друга, вследствие чего возможно их перекручивание и гибель обоих плодов, либо формируется такой вид аномалии развития плодов, как сросшиеся, или «сиамские», близнецы.

Однако наиболее частой причиной перинатальной смертности при беременности монохориальной двойней служит формирование в общей плаценте анастомозов между сосудами кровеносных систем близнецов, что приводит к нарушению гемоциркуляции: в одной системе внутрисосудистое давление повышается, в другой – понижается. Это, в свою очередь, приводит к сбросу крови из кровеносной системы одного из плодов в систему другого. Первый из них становится донором, другой – реципиентом. При *фето-фетальном трансфузионном синдроме* (ффтс) у плода-донора развиваются анемия, маловодие, выраженная задержка роста, а у плода-реципиента – эритремия, многоводие, неиммунная водянка, кардиомегалия, сердечная недостаточность. «Золотой стандарт» лечения ффтс – фетоскопическая лазерная коагуляция сосудистых анастомозов.

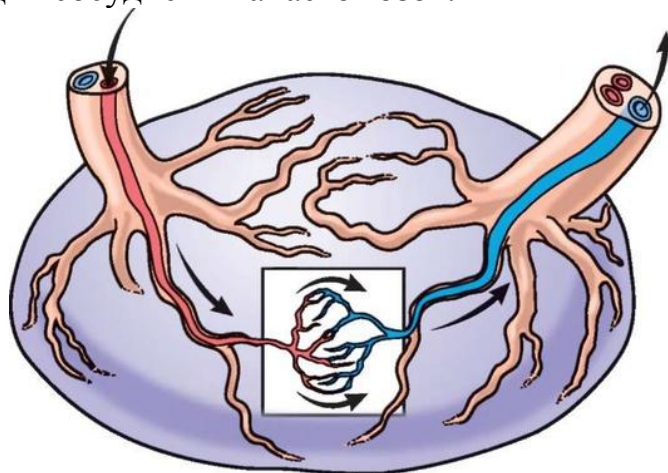


Рис.2.31. Формирование анастомозов в плаценте при фето-фетальном трансфузионном синдроме



Рис.2.32. Фето-фетальный трансфузионный синдром (дискордантная двойня)



Рис.2.33. Фетоскопическая лазерная коагуляция сосудистых анастомозов

Клиническая картина

До внедрения в акушерскую практику УЗИ клиническими признаками многоплодной беременности были увеличение размеров матки по сравнению с предполагаемым сроком беременности, пальпирование при наружном акушерском исследовании трех и более крупных частей плода, прослушивание двух или более точек определения сердцебиения и зоны «молчания» между ними.

Течение беременности, родов и послеродового периода при многоплодной беременности имеет свои особенности. Неблагоприятный исход родов для матери и плодов обусловлен преимущественно невынашиванием беременности, ее осложненным течением, недостаточно дифференцированным подходом к родоразрешению.

В первом триместре беременности наиболее частыми осложнениями бывают угроза прерывания беременности и рвота беременных.

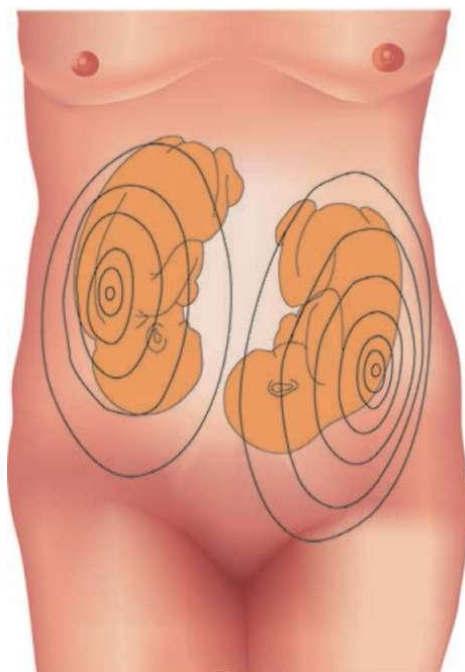


Рис.2.34. Два фокуса выслушивания сердцебиения при двойне
Осложнения

Во втором и третьем триместрах наиболее частые осложнения – анемия, гестоз, многоводие, угроза прерывания, преждевременное излитие вод и преждевременные роды. Кроме того, при наличии в матке двух или более плодов часто встречаются задержка роста плода или плодов, их незрелость, врожденные аномалии, в частности соединение близнецов (сросшиеся, сиамские близнецы), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, неправильное положение плода, фето-фетальный трансфузионный синдром.

Течение и ведение родов

При ведении родов у беременных двойней наиболее важен выбор способа родоразрешения – через естественные родовые пути или путем операции кесарева сечения. Выбор зависит от предлежания, положения и массы плодов. В идеальных случаях решение должно быть принято до начала родовой деятельности.

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

В периоде раскрытия надо внимательно следить за состоянием роженицы и плодов; необходимы кардиомониторинг и ведение партограммы. Обезболивание родов следует поддерживать на минимальном уровне. При слабости родовой деятельности осторожно вводят окситоцин, оценивая состояние плодов и родовой деятельности. При многоводии показано

вскрытие плодного пузыря по достижении открытия маточного зева на 4 см и медленное выведение вод.

Во втором периоде родов часто возникает слабость потуг, поэтому для профилактики аномалий родовой деятельности в периоде изгнания вводят окситоцин внутривенно капельно через инфузомат со скоростью 5-8 капель в минуту (5 МЕ окситоцина на 500 мл 5% раствора глюкозы).

Сразу после рождения первого плода накладывают зажим на пуповину и производят влагалищное исследование.

При продольном положении второго плода во время влагалищного исследования следует немедленно вскрыть плодный пузырь, что способствует сокращению перерастянутой матки и служит эффективным средством профилактики отслойки плаценты. При кровотечении, развитии гипоксии второго плода или его поперечном положении с целью быстрого родоразрешения показаны классический наружно-внутренний акушерский поворот плода на ножку с последующим его извлечением за тазовый конец или операция кесарева сечения. При многоплодных родах необходимо присутствие двух акушерок и двух неонатологов.

Особенно опасны третий период родов и ранний послеродовый период из-за возможности кровотечения. С целью профилактики гипотонического кровотечения введение утеротонических средств продолжают в течение 2 ч после родов. После рождения послед тщательно осматривают для выяснения его целостности и предварительного определения вида двойни (одно или двуйцовые). В послеродовом периоде необходимо тщательное наблюдение за родильницей.



Рис.2.35. Алгоритм ведения второго периода родов при двойне
Осложнения родов

Многоплодие сопровождается частыми осложнениями родового акта. Большинство родов наступает преждевременно, масса новорожденных меньше 2500 г; возможны тазовое предлежание и поперечное положение одного или обоих плодов. Частое несвоевременное излитие околоплодных вод может сопровождаться выпадением мелких частей плода и пуповины, чему способствуют неправильные положения и небольшие размеры плодов.

В период раскрытия проявляется функциональная недостаточность растянутой и истонченной мускулатуры матки, развивается слабость родовых сил, период раскрытия затягивается. Период изгнания также может затягиваться из-за развития аномалий родовой деятельности. Затянувшиеся роды представляют опасность для матери (кровоотечения, инфекция) и плода (гипоксия). Возможны отслойка плаценты до рождения второго плода с его внутриутробной гибелью, кровоотечения в третьем и раннем послеродовом периодах, задержка инволюции матки и послеродовые инфекционные заболевания.

Редкое осложнение при родах двойней – сцепление (коллизия) близнецов. Это клиническая ситуация при многоплодной беременности, когда в малый таз одновременно вступают крупные части обоих плодов. Коллизия близнецов возникает при очень ранних преждевременных родах, когда головки обоих плодов одновременно опускаются в полость малого таза. Сцепление близнецов возникает при тазовом предлежании первого плода и головном предлежании второго плода. Роды могут протекать без осложнений до рождения туловища первого плода, далее головка первого плода не рождается, так как между его телом и головкой вклинивается головка второго плода. В большинстве случаев роды заканчиваются гибелью первого плода. При выявлении сцепления (коллизии) близнецов срочно требуется кесарево сечение.



Рис.2.36. Сцепление близнецов

Учитывая высокий уровень перинатальной смертности при многоплодной беременности, в современном акушерстве существует тенденция расширения показаний к абдоминальному родоразрешению в интересах плодов.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите классификацию многоплодной беременности?
2. Перечислите методы диагностики многоплодия?
3. Какие осложнения со стороны женщины и плодов могут возникнуть во время беременности?
4. Перечислите особенности ведения второго периода родов при многоплодии?
5. Какие осложнения возможны при родоразрешении многоплодной беременности?

Родовой травматизм матери.

План:

1. Разрывы наружных половых органов, влагалища и промежности;
2. Гематомы наружных половых органов и влагалища;
3. Разрывы шейки матки;
4. Разрывы матки;
5. Острый выворот матки;
6. Растяжение и разрывы сочленений таза;
7. Отдаленные осложнения родовых травм.

Родовые пути женщины во время родов подвергаются значительному растяжению. В ряде случаев возникают повреждения тканей наружных половых органов, промежности, влагалища и шейки матки, носящие характер поверхностных ссадин и трещин, которые протекают бессимптомно и самостоятельно заживают в первые сутки после родов. При осложненном течении родов, несвоевременно или некачественно оказанном акушерском пособии или в результате оперативных вмешательств происходят разрывы наружных половых органов, промежности, влагалища и шейки матки. Иногда возникают повреждения, опасные для жизни роженицы, приводящие к ее гибели или длительной потере трудоспособности и инвалидности (разрывы матки, мочеполовые и кишечнополовые свищи).

Разрывы наружных половых органов, влагалища и промежности

Разрывы наружных половых органов - травматические повреждения малых половых губ и клитора в виде поверхностных трещин или разрывов.

Классификация. Разрывы бывают самопроизвольными и насильственными (оперативные роды).

Этиология. Причиной разрыва бывают неумело оказанное акушерское пособие, крупный плод, быстрые или стремительные роды, длительные роды, неправильные вставления головки плода, тазовые предлежания, узкий таз,

ригидность и воспалительные изменения тканей, оперативное родоразрешение.

Клиническая картина. Разрывы вульвы происходят в конце второго периода родов, часто сочетаются с разрывом влагалища или промежности и сопровождаются кровотечением, которое появляется в конце второго периода родов или в последовом или раннем послеродовом периоде. Выраженность кровотечения зависит от локализации разрыва, так как разные участки органов имеют разное кровоснабжение. Самое обильное кровотечение происходит при травме в области клитора.

Диагностика. Устанавливают повреждения вульвы при наружном осмотре мягких родовых путей.

Лечение. Зашивание разрывов вульвы производят под местной инфильтрационной, внутривенной или продленной эпидуральной анестезией. Разрывы зашивают отдельными швами. Кровотокающие сосуды перевязывают или прошивают. При зашивании раны в области клитора в мочеиспускательный канал вводят металлический катетер, чтобы не прошить его стенки.

Разрывы влагалища

Классификация. По происхождению разрывы влагалища бывают самопроизвольными и насильственными. По локализации различают разрывы верхней, средней и нижней трети, односторонние и двусторонние разрывы. Возможен разрыв всех слоев стенки влагалища с оголением тазовой клетчатки. При повреждении нижней трети разрыв влагалища часто сочетается с разрывом промежности. В верхней трети разрыв может перейти на свод влагалища, в этом случае он сочетается с разрывом шейки или нижнего сегмента матки. Средняя треть влагалища обладает большей растяжимостью и разрывается редко.

Клиническая картина. Клинически разрыв влагалища проявляется кровотечением из раны, интенсивность которого зависит от калибра поврежденных сосудов.

Диагностика. Разрыв влагалища обнаруживают во время осмотра родовых путей с помощью зеркал.

Лечение. Зашивание разрывов влагалища требует обнажения раны с помощью влагалищных зеркал. Неглубокие разрывы зашивают отдельными швами, после чего кровотечение обычно прекращается; в обезболивании в основном нет необходимости. Разрывы, проникающие в околовлагалищную клетчатку, и разрывы верхней трети влагалища зашивают под внутривенной или продленной эпидуральной анестезией.

Разрывы промежности

К травмам промежности относят разрывы передней промежности во втором периоде родов.

Классификация. Разрывы промежности могут быть самопроизвольными и насильственными. Насильственными считают разрывы, возникающие вследствие нерационального ведения родов (акушерская «агрессия») или в связи с техническими погрешностями при выполнении родоразрешающих операций.

По глубине повреждения все разрывы промежности делят на четыре степени:

- I степень - нарушена целостность только задней спайки (кожа и подкожная жировая клетчатка);
- II степень - нарушена целостность кожи промежности, стенки влагалища и мышц тазового дна, за исключением наружного сфинктера прямой кишки;
- III степень - помимо вышеперечисленных образований происходит разрыв наружного сфинктера прямой кишки;
- IV степень - помимо вышеперечисленных образований разрыв распространяется на переднюю стенку прямой кишки.

Редкая форма разрыва промежности - центральный разрыв. Он возникает при высокой промежности (расстояние от задней спайки до ануса более 5 см). В этих случаях ни задняя спайка, ни наружный сфинктер прямой кишки не страдают, а рвутся ткани, лежащие между этими образованиями. В результате плод рождается через образовавшееся отверстие, а не через половую щель.

Этиология. Наиболее частые причины разрывов промежности:

- нарушение биоценоза и вагинит, предшествующие родам;
- неправильное оказание акушерского пособия - преждевременное разгибание головки;
- быстрые и стремительные роды;
- крупный плод;
- оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция);
- ригидность тканей промежности, рубцы после предыдущих родов, высокая промежность;
- анатомически узкий таз, особенно плоскорахитический, при котором происходит быстрое прорезывание головки, и общеравномерносуженный, который имеет узкий лонный угол;
- прорезывание головки большим размером при разгибательных ее предлежаниях (переднеголовном, лобном).

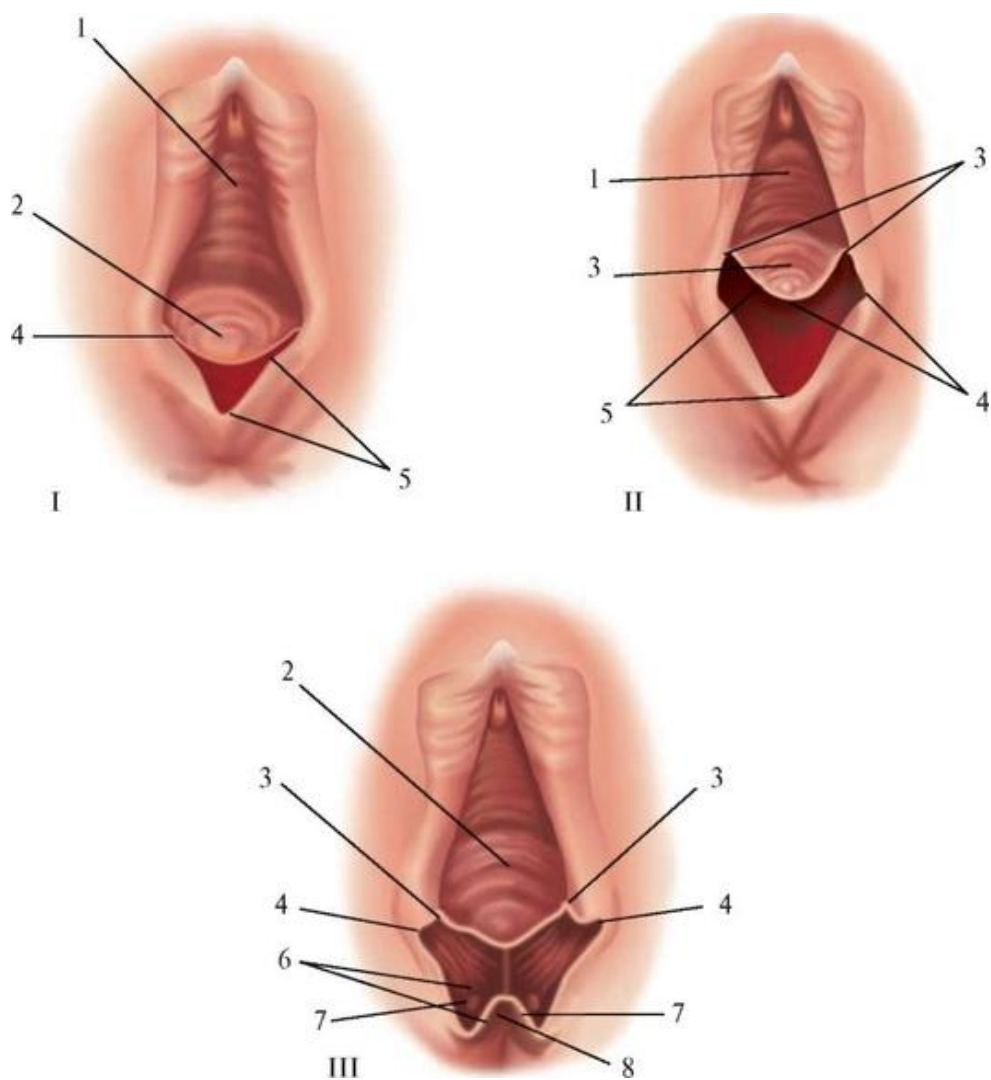


Рис.2.37. Разрывы промежности I, II и III степени (слева направо): 1 - передняя стенка влагалища; 2 - задняя стенка влагалища; 3 - верхний край разрыва; 4 - задняя спайка; 5 - кожа промежности; 6 - слизистая оболочка прямой кишки; 7 - наружный сфинктер прямой кишки; 8 - задний проход

Клиническая картина. Разрыв промежности может начинаться с разрыва задней или боковой стенок влагалища, но чаще он начинается с задней спайки и в последующем переходит на промежность и заднюю стенку влагалища.

Следует иметь в виду, однако, что нарушение целостности внутренних слоев тканей промежности может происходить без нарушения целостности ее кожи и слизистой оболочки влагалища.

Угроза разрыва промежности. Травме промежности предшествуют признаки, свидетельствующие об угрозе разрыва: значительное выпячивание промежности, цианоз, отек, а затем побледнение. Кожа промежности становится блестящей, на ней появляются незначительные трещины, после чего она разрывается.

При разрыве промежности в большинстве случаев возникает умеренное кровотечение, при III-IV степени разрыва, особенно при варикозном расширении вен, кровотечение может быть массивным.

Диагностика. Травмы промежности диагностируют визуально. При появлении симптомов угрозы разрыва промежности показано ее рассечение, так как ровные края резаной раны заживают лучше.

Лечение. Распознанные разрывы промежности должны быть зашиты сразу после родов. Зашивают разрыв промежности сразу после осмотра родовых путей в условиях операционной при соблюдении всех правил асептики и антисептики. Подготовку операционного поля и рук хирурга и ассистентов проводят по принятым в хирургии правилам.

Обезболивание. Разрывы промежности I и II степени зашивают под инфльтрационной, пудендальной, внутривенной или продленной эпидуральной анестезией, разрывы III и IV степени - только под внутривенной или эпидуральной анестезией.

Ведение родильниц в послеоперационном периоде. Поверхность швов необходимо содержать в чистоте, но не обмывать, а осторожно обсушивать стерильными тампонами и обрабатывать антисептиком. При отеке тканей промежности назначают пузырь со льдом или физиолечение (терапевтический лазер, ультразвук и др.). Туалет промежности производят после каждого акта мочеиспускания или дефекации.

При разрывах промежности I-II степени, если не было стула, на 3-й день родильнице назначают слабительное.

При разрывах III-IV степени в течение первых 6 дней родильница получает жидкую пищу (бульон, сырое яйцо, чай, соки), назначают антибактериальную терапию и вазелиновое масло. Слабительное дают на 6-й день после родов, после чего, если необходимо, снимают кожные швы.

Технически неправильное восстановление промежности способствует в дальнейшем развитию опущений и выпадений женских половых органов, а при III-IV степени разрыва - недержанию газов и кала или образованию влагалищно-прямокишечного свища.

Гематомы наружных половых органов и влагалища

Гематома - скопление крови в толще тканей стенки влагалища или наружных половых органов либо в окружающей влагалище и матку клетчатке вследствие кровотечения из поврежденного венозного или артериального сосуда.

Этиология и патогенез. 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 происходят растяжение и разрыв сосудов в глубине мягких тканей, поверхность которых остается

неповрежденной. Изливающаяся из поврежденных сосудов кровь скапливается в тканях и рыхлой клетчатке, образуя гематому, размеры которой могут превышать размеры головки новорожденного. Гематомы могут распространяться вниз на ягодицы и промежность и вверх в брюшинное пространство.

Классификация. Гематомы разделяют по локализации (гематомы наружных половых органов, влагалища, тазовой клетчатки и др.), по клиническому течению (прогрессирующие и не прогрессирующие), по размеру (мелкие - диаметром до 2 см, крупные - более 2 см).

Клиническая картина. Небольшие гематомы могут вызывать ощущение дискомфорта у роженицы (чувство давления, распирания). Большие или прогрессирующие гематомы сопровождаются резкой болью в области малого таза и поясничной области с иррадиацией в ногу. При объеме кровопотери свыше 0,5% массы тела развивается картина геморрагического шока.

Диагностика. Распознают гематомы при осмотре наружных половых органов и влагалища, а также при влагалищном исследовании. При осмотре обнаруживают сине-багровую опухоль в области наружных половых органов или влагалища. При этом вход во влагалище может быть расположен эксцентрично. Иногда гематому можно определить только при пальпации сводов влагалища. Дополнительный метод диагностики - УЗИ.

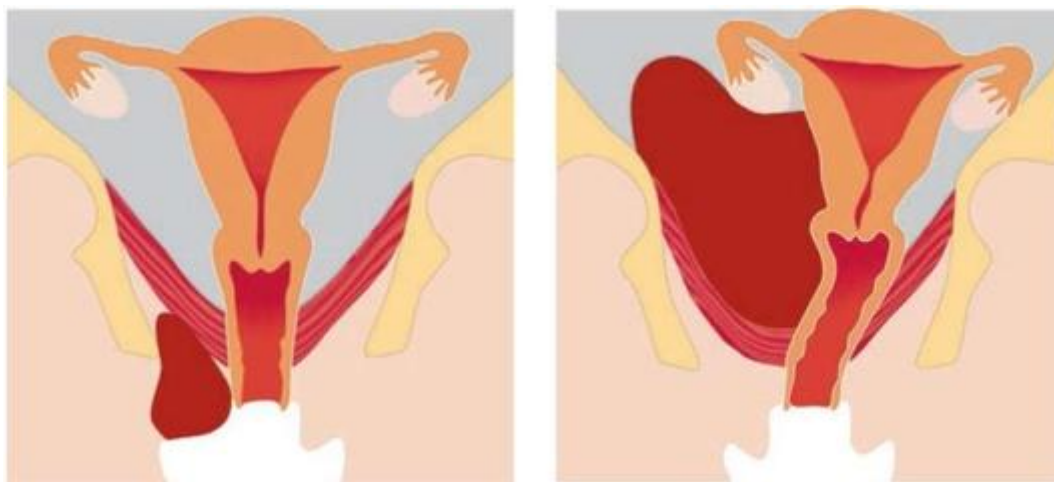


Рис.2.38. Гематомы влагалища

Лечение. Прогрессирующие гематомы и гематомы диаметром более 2 см подлежат вскрытию для остановки кровотечения, удаления сгустков крови и зашивания раны. Для закрепления эффекта (остановки кровотечения) во влагалище можно ввести гемостатический баллон. Небольшие гематомы (диаметром около 2 см) не вскрывают. Они рассасываются самостоятельно.

При прогрессировании гематом избежать чревосечения иногда не удается. Возможно нагноение гематом. При появлении признаков инфекции зашивание раны противопоказано.

Разрывы шейки матки

Классификация. Разрывы шейки матки могут быть самопроизвольными и насильственными. Самопроизвольные разрывы шейки матки возникают при родах без оперативных пособий, насильственные разрывы - при оперативных вмешательствах.

По локализации выделяют разрывы передней или задней губы и боковые (односторонние и двусторонние) разрывы.

По глубине разрывы шейки матки делят на три степени:

- I степень - разрывы шейки матки с одной или двух сторон длиной не более 2 см от наружного зева;
- II степень - разрывы более 2 см, но не достигающие до сводов влагалища;
- III степень - разрывы, достигающие до свода или переходящие на него.

Этиология. Причины возникновения разрывов шейки матки разнообразны:

- изменения шейки матки воспалительного характера, рубцовые изменения, нарушение биоценоза, вагинит;
- ригидность шейки матки;
- чрезмерное растяжение шейки матки при крупном плоде, неправильных предлежаниях головки плода;
- быстрые и стремительные роды;
- длительные роды при преждевременном излитии околоплодных вод;
- длительное ущемление шейки матки между головкой и костями таза;
- оперативные роды - наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, поворот плода на ножку, извлечение плода за тазовый конец;
- плодоразрушающие операции;
- нерациональное ведение второго периода родов, ранняя потужная деятельность.

Клиническая картина и диагностика. Единственный симптом разрыва шейки матки - кровотечение из родовых путей, которое возникает в основном после рождения плода и последа при хорошо сократившейся матке. Кровотечение может быть незначительным, а может быть и профузным; вытекающая кровь имеет алый цвет.

Интенсивность кровотечения при разрывах шейки матки не всегда прямо пропорциональна степени разрыва. Существенное значение имеют калибр поврежденного кровеносного сосуда, наличие или отсутствие в нем тромбов.

Чтобы поставить диагноз разрыва шейки матки после родов, необходимо произвести ее осмотр с помощью зеркал. При обнаружении разрывов шейки матки сразу приступают к их зашиванию. При первых родах

практически во всех случаях происходят поверхностные (до 1 см) надрывы шейки матки, в результате чего наружный зев в дальнейшем приобретает щелевидную форму. Зашивают разрыв шейки матки обычно без обезболивания. При разрывах шейки матки II и III степени используют кратковременную внутривенную или продленную эпидуральную анестезию.

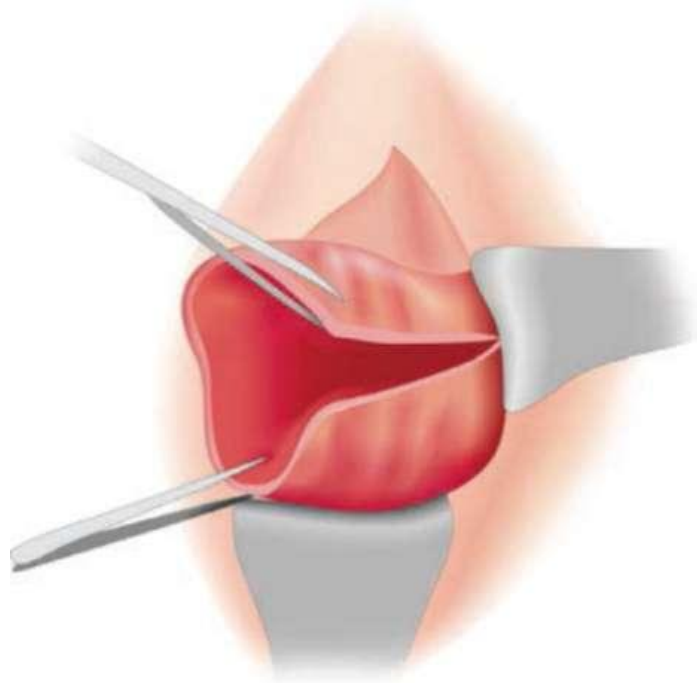


Рис.2.39. Наложение щипцов и низведение шейки матки

Разрывы матки

Разрыв матки - нарушение целостности ее стенок во время беременности или в родах.

Классификация. В нашей стране принята классификация, предложенная Л.С. Персианиновым (1964), согласно которой разрывы матки подразделяют по ряду признаков.

1. По времени возникновения:

- во время беременности;
- во время родов.

2. По этиологии и патогенезу:

- самопроизвольные, возникающие без каких-либо внешних воздействий;
- насильственные, связанные с неправильно примененными оперативными вмешательствами, акушерской агрессией.

3. По локализации:

- в дне матки;
- в теле матки;

- в нижнем сегменте матки;
- отрыв матки от сводов влагалища.

4. По характеру повреждения:

- полный разрыв;
- неполный разрыв.

5. По клиническому течению:

- угрожающий разрыв;
- начинающийся разрыв;
- свершившийся разрыв.

Этиология и патогенез. В 1875 г. Бандль выдвинул механическую теорию разрывов. Согласно этой теории, разрыв матки в родах объясняли пространственным несоответствием подлежащей части плода и таза матери. Такое несоответствие может возникать при следующих клинических ситуациях:

- анатомически узкий таз;
- поперечное положение плода;
- разгибательные предлежания и асинклитические вставления головки;
- гидроцефалия плода;
- крупный плод;
- опухоли в области малого таза;
- рубцовые сужения различных отделов родовых путей.

Если при таких условиях развивается хорошая родовая деятельность, тело матки все больше и больше сокращается, плод постепенно перемещается в тонкостенный, перерастянутый нижний сегмент, который при продолжающейся родовой деятельности резко истончается и в итоге разрывается.

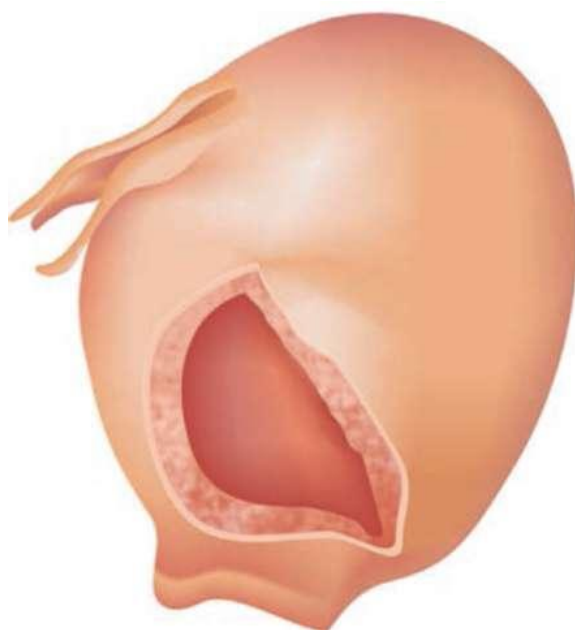


Рис.2.40. Полный разрыв матки в области нижнего сегмента

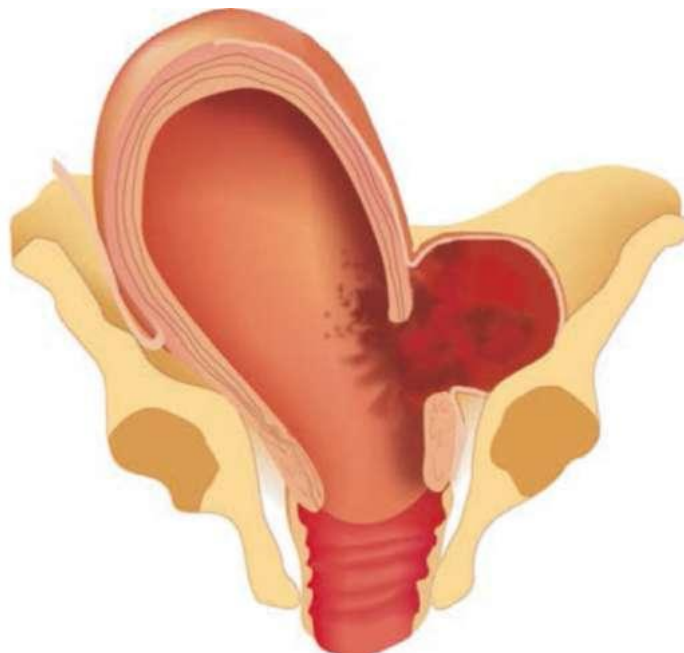


Рис.2.41. Неполный разрыв матки с формированием гематомы параметрия

Особенно часто разрывы матки возникают при одновременном существовании патологических изменений в миометрии и каких-либо препятствий для изгнания плода.

Наиболее типичную клиническую картину наблюдают при так называемом бандлевском разрыве матки, т.е. при наличии препятствий для рождающегося плода (угрожающий, начинающийся и свершившийся разрыв).

Угрожающий и начинающийся разрыв матки

Угрожающий разрыв матки - состояние, при котором ни разрыва матки, ни надрывов миометрия еще не произошло. Начинающийся разрыв -

состояние, при котором происходят надрыв мышцы матки и появление в ней гематомы.

Клиническая картина наиболее выражена при механическом препятствии к изгнанию плода, несколько меньше - при изменениях стенки матки. Угрожающий разрыв матки характеризуют следующие симптомы:

- бурная родовая деятельность (схватки становятся сильными, резко болезненными);
- 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 резко растянут и истончен, при его пальпации выявляют напряжение и резкую болезненность, в результате чего не удается определить подлежащую часть;
- над лоном появляется выпячивание или припухлость вследствие отека предпузырной клетчатки;
- края шейки матки отечные, свободно свисают во влагалище; открытие полное;
- самопроизвольное мочеиспускание затруднено вследствие сдавления мочевого пузыря или уретры между головкой плода и костями таза;
- часто возникает непроизвольная и безрезультатная потужная деятельность при высоко стоящей головке;
- поведение роженицы становится беспокойным.



Рис.2.42. Угрожающий разрыв матки (высокое стояние контракционного кольца)

Если необходимая помощь не будет оказана своевременно, угрожающий разрыв матки перейдет в начинающийся разрыв.

Для начинающегося разрыва характерно присоединение к выраженным признакам угрожающего разрыва новых симптомов, связанных с надрывом миометрия, появлением в нем гематомы. Схватки приобретают судорожный характер. Появляются сукровичные или кровяные выделения из родовых путей, в моче - примесь крови. Ухудшается состояние плода (учащение или урежение сердцебиения, повышение двигательной активности, отхождение мекония при головных предлежаниях, иногда внутриутробная смерть). Роженица возбуждена, жалуется на сильные непрекращающиеся боли, чувство страха, боязнь смерти. Часто отмечают нарушение ритма схваток, общую слабость, головокружение, тошноту, рвоту. При отсутствии немедленной помощи происходит разрыв матки.

Свершившийся разрыв может быть полным, когда разрываются все три слоя ее стенки (чаще в теле матки), или неполным, когда разрываются слизистый и мышечный слои при сохранении целостности серозного покрова (чаще неполный разрыв происходит в нижнем сегменте матки).

Клиническая картина. В момент разрыва роженица испытывает сильную режущую боль в животе, ощущает, как «что-то лопнуло, разорвалось». Родовая деятельность сразу прекращается.

Роженица становится апатичной, перестает кричать. Одновременно с угнетением состояния бледнеет кожный покров, учащается пульс, а наполнение его падает, как и артериальное давление, появляется холодный пот - развивается типичная картина болевого шока. Первоначально шок обусловлен резким перитонеальным инсультом в связи с внезапным изменением внутрибрюшного давления, а в дальнейшем он усугубляется кровотечением - присоединяется геморрагический шок.

При наступившем разрыве матки меняется форма живота, исчезают напряжение брюшной стенки, контракционное кольцо и напряжение круглых связок. Плод полностью или частично выходит в брюшную полость, 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.

Лечение. При появлении симптомов угрожающего разрыва матки необходимо немедленно прекратить родовую деятельность и закончить роды оперативным путем. При начавшемся и свершившемся разрыве матки показано немедленное чревосечение. Чем меньше пройдет времени от начала разрыва до операции, тем лучше ее непосредственные результаты. Объем оперативного вмешательства зависит от состояния роженицы, характера и локализации разрыва и инфицирования матки.

До начала операции, в ходе вмешательства и после его окончания проводят борьбу с шоком и кровопотерей по общепринятым принципам, коррекцию гемокоагуляции, антибактериальную терапию.

Острый выворот матки

Острый выворот матки - редкое и тяжелое акушерское осложнение, при котором тело матки выпадает за пределы входа во влагалище, выворачиваясь своей слизистой оболочкой наружу вместе с прикрепленной к ней плацентой.

Этиология. Выворот матки обычно происходит при ее гипотонии и при чрезмерном давлении на нее сверху или потягивании за пуповину при неотделившейся плаценте. Следовательно, выворот возникает при неправильном ведении последового периода и слабости связочного аппарата матки.

Классификация и клиническая картина. Выворот матки может быть полным или частичным. Он всегда сопровождается развитием болевого шока. Диагностика не представляет трудностей.

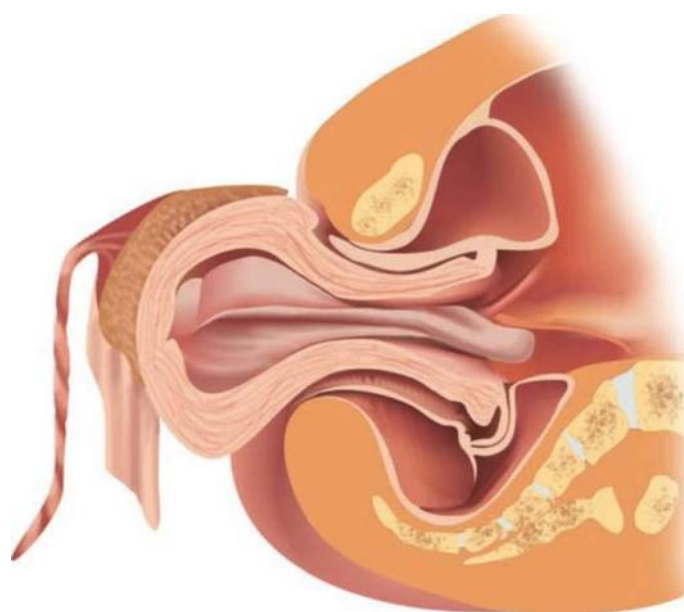


Рис.2.43. Острый выворот матки

Лечение заключается в немедленной противошоковой терапии и вправлении вывернутой матки на место под глубоким наркозом.

Растяжения и разрывы сочленений таза

Родовые травмы таза включают растяжение или разрыв лонного или крестцово-подвздошных сочленений.

Этиология. У отдельных беременных возникает чрезмерное размягчение сочленений таза (симфизит, симфизиопатия). При родах крупным или переношенным плодом, анатомическом сужении таза, родоразрешающих операциях размягченные сочленения начинают растягиваться, лонные кости отходят друг от друга на значительное расстояние (более 0,5 см). При разрыве лонного сочленения может быть смещение лонных костей, повреждение мочеиспускательного канала, клитора, мочевого пузыря. При этом растягиваются и крестцово-подвздошные сочленения. В суставах образуются кровоизлияния, в последующем может развиваться воспалительный процесс.

Клиническая картина. Травмы таза вызывают появление болей в области лонного сочленения, крестца и копчика на 2-3-й день после родов. Боли усиливаются при разведении ног и ходьбе, нарушается походка. Возможно появление признаков воспаления в области травмы - гиперемия кожи, отек окружающих тканей.

Диагностика. Распознают повреждения сочленений таза при осмотре и пальпации и с помощью рентгенографии.

Лечение может быть консервативным (покой, тугое бинтование таза, корсеты). При разрыве лонного сочленения или значительном расхождении костей таза требуется хирургическая коррекция.

Отдаленные осложнения родовых травм

Мочеполовые и кишечные свищи

Мочеполовые и кишечно-половые свищи - тяжелейшие осложнения родовых травм. Свищи не опасны для жизни женщины, но представляют собой тяжелое увечье и делают ее инвалидом. Наличие свищей ведет к нарушению половой, менструальной и генеративной функций, вызывает эмоциональные расстройства, служит причиной развития инфекции в половых органах и мочевыделительной системе.

Свищи - это сообщения между половой и мочевыделительной системой (пузырно-влагалищные, мочеточниково-влагалищные, между уретрой и влагалищем) или между половой системой и кишечником (кишечно-влагалищные). Иногда образуются шеечно-влагалищные свищи.

Этиология и патогенез. Образование мочеполовых и кишечно-половых свищей после родов связано с длительными родами и неправильным ведением последних, особенно при узком тазе.

Свищи образуются вследствие длительного стояния головки плода в одной плоскости малого таза (более 2 ч), в результате чего нарушается кровообращение в окружающих тканях, а в последующем происходит их некротизирование.

Формирование свищей происходит на 6-7-й день после родов, т.е. после выписки роженицы из родильного дома.

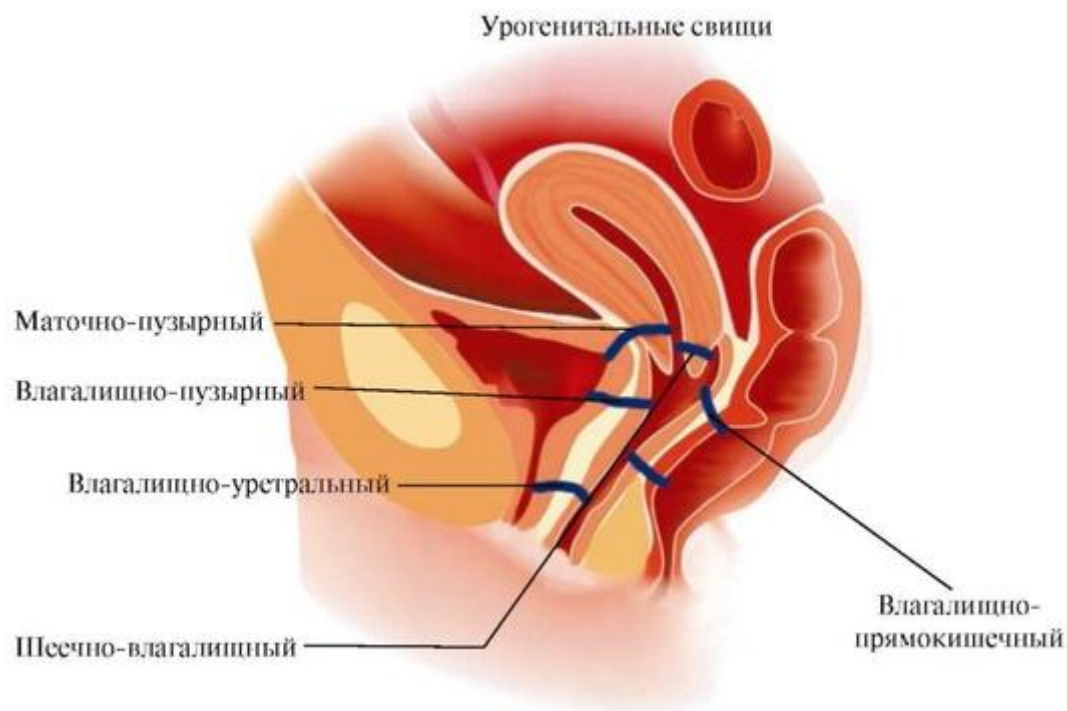


Рис.2.44. Мочеполовые и кишечно-половые свищи

Свищи могут образоваться при заживлении зашитых и не зашитых травм промежности вторичным натяжением, при ранении мочевого пузыря и кишечника во время чревосечения.

Клиническая картина и диагностика. Основное клиническое проявление свищей - выделение мочи через влагалище вне акта мочеиспускания или выделение газов и жидкого кала, сопровождаемые местной воспалительной реакцией во влагалище.

В диагностике мочеполовых свищей используют осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал и хромоцистоскопию, а кишечно-половых - осмотр влагалища в зеркалах, пальцевое ректальное исследование, ректоскопию и ирригоскопию, цветную и рентгеновскую фистулографию.

Лечение. Мелкие влагалищно-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 6 месяцев после родов.

Несостоятельность мышц тазового дна

В настоящее время несостоятельность тазового дна имеет тенденцию к «омоложению». Вследствие несостоятельности мышц тазового дна постепенно развивается опущение, а затем выпадение женских половых органов за пределы малого таза с вовлечением соседних с ними мочевого пузыря и прямой кишки. Нарушаются акты мочеиспускания и дефекации, сексуальная функция, что значительно снижает качество жизни женщины.

Этиология. Исследования последних лет показали, что начальные стадии этого состояния формируются после первых родов, особенно у женщин с врожденной дисплазией соединительной ткани в сочетании с воспалительными заболеваниями гениталий, травматичными родами и абортами в поздние сроки беременности.

Способствуют развитию несостоятельности тазового дна активное ведение родов с часто необоснованным применением утеротонических средств, аномалии родовой деятельности, клинически узкий таз, затруднения в ведении второго периода родов, рассечения и разрывы промежности. Технически неправильное восстановление целостности промежности, заживление травм промежности вторичным натяжением в дальнейшем могут привести к опущению и выпадению женских половых органов, а при III-IV степени разрыва - к недержанию газов и кала или образованию влагалищно-прямокишечных свищей.

Клиническая картина. Несостоятельность мышц тазового дна проявляется постепенно. Первыми признаками несостоятельности тазового дна могут быть недержание мочи при физическом напряжении (смех, кашель, подъем тяжестей), а затем и без физического напряжения, и недержание газов и кала.

При прогрессировании несостоятельности мышц тазового дна постепенно происходит опущение стенок влагалища, затем матки и полное их выпадение. Выпадение матки сопровождается нарушениями мочеиспускания (затруднение при мочеиспускании, застой мочи, остаточная моча, инфекция нижних отделов мочевыделительных органов) и дефекации (запор, недержание газов, кала).

Диагностика. Опущение («инородное тело» во влагалище) или выпадение внутренних половых органов женщина обнаруживает сама. Диагностируют несостоятельность мышц тазового дна на основании жалоб пациентки (на недержание мочи, газов, иногда кала, дискомфорт во влагалище, трудности при половой жизни) и изучения анамнеза (перенесенные гинекологические заболевания, особенности течения родов).

При влагалищном исследовании после осмотра и пальпации внутренние половые органы ставят на место, производят бимануальное влагалищное исследование и оценивают состояние мышц тазового дна, положение матки, наличие цистоцеле и ректоцеле.

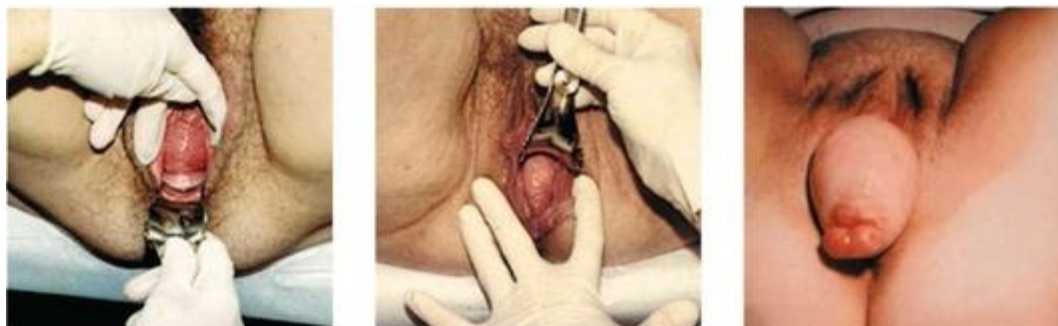


Рис.2.45. Опущение (слева - цистоцеле, в середине - ректоцеле) и выпадение матки (справа)

Лечение несостоятельности тазового дна зависит от возраста пациентки и степени опущения. Цель лечения - укрепление тазового дна и восстановление или сохранение детородной и менструальной функции. При небольших опущениях возможно консервативное лечение с назначением лечебной физкультуры. При выраженном опущении и выпадении половых органов показано только хирургическое лечение.

Вопросы для самоконтроля:

1. Перечислите причины возникновения разрыва мягких тканей родовых путей?
2. Перечислите классификацию разрыва промежности?
3. Какие клинические проявления появляются при разрыве шейки матки?
4. Перечислите симптомы угрожающего разрыва матки?
5. Назовите причину появления мочеполовых свищей?
6. Какое лечение проводят при опущении и выпадении органов малого таза?

РАЗДЕЛ 3. УЧАСТИЕ В ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ БЕРЕМЕННОЙ, РОЖЕНИЦЕ, РОДИЛЬНИЦЕ С АКУШЕРСКИМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ

Кровотечения в первой половине беременности не связанные с патологией плодного яйца. Предлежание плаценты. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

План:

1. Классификация кровотечений во время беременности;
2. Предлежание плаценты, классификация, патогенез, клиника, лечение;
3. ПОНРП, классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение;

Кровотечения в акушерстве - частое и грозное осложнение. Для них характерна массивность, внезапность, страдание плода, быстрое истощение компенсаторных сил женщины.

Классификация. Кровотечения в акушерстве разделяют по времени возникновения:

- в первой и второй половине беременности;

- в первом и втором периодах родов;
- в последовом периоде;
- в раннем и позднем послеродовом периоде.

Кровотечения в первой половине беременности

Кровотечения, возникающие до 20 недель беременности, относят к кровотечениям первой половины беременности.

Причинами кровотечений, *не связанных с беременностью*, служат псевдоэрозии, полипы и рак шейки матки, варикозное расширение вен и травмы влагалища и наружных половых органов.

Причинами кровотечений, *связанных с беременностью*, могут быть самопроизвольный аборт, прервавшаяся внематочная беременность, трофобластическая болезнь.

Беременность и кровоточащая псевдоэрозия шейки матки. Кровяные выделения при псевдоэрозии шейки матки незначительные, безболезненные, часто контактные. При сочетании беременности с кровоточащей псевдоэрозией шейки матки врач должен обследовать беременную для исключения начинающегося аборта и рака шейки матки.

Специальное обследование включает осмотр шейки матки с помощью зеркал, кольпоскопию, бимануальное влагалищное исследование, взятие мазков для бактериологического и цитологического исследования. Этот комплекс манипуляций выполняют бережно, и обычно обследование не влияет на течение беременности.

Беременность и кровоточащий полип шейки матки. Диагноз ставят на основании осмотра шейки матки с помощью зеркал: в цервикальном канале или за пределами наружного зева виден полип на длинной ножке багрово-синюшного цвета, кровоточащей или не кровоточащей при осмотре или контакте.

Полипы, как правило, требуют хирургического лечения - полипэктомии. Выскабливание цервикального канала при беременности производить нельзя. Удаленный полип подлежит гистологическому исследованию.

Беременность и рак шейки матки. При обнаружении рака шейки матки в первой половине беременности женщина должна быть немедленно госпитализирована в онкологический стационар. Искусственный аборт категорически противопоказан. В таких случаях производят радикальную операцию - расширенную экстирпацию беременной матки, в том числе отсроченную, иногда после 32-34 недель гестационного срока.

Кровотечения во второй половине беременности

Кровотечения, возникающие после 20 нед беременности, относят к кровотечениям второй половины беременности. Кровотечения возникают

при предлежании плаценты и преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, а также при несостоятельности рубца на матке или ее разрыве, начинающихся преждевременных родах.

Предлежание плаценты

Предлежание плаценты - прикрепление ее какой-либо частью или полностью в области нижнего сегмента матки.

Этиология и патогенез. Наиболее часто аномалии прикрепления плаценты возникают при изменениях в слизистой оболочке матки, нарушающих нормальную децидуальную реакцию эндометрия. Причины развития этих процессов: хронический эндометрит, рубцовые изменения после абортов и операций на матке (кесарево сечение, консервативная миомэктомия, перфорация матки и др.), миома матки, аномалии развития матки, инфантилизм, многократные роды, инфекционные осложнения в послеродовом периоде.

Кровотечение при предлежании плаценты возникает вследствие отслойки плаценты от стенки матки. В начале второй половины беременности отслойка плаценты происходит, когда перешеек матки несколько растягивается в стороны и начинается формирование нижнего сегмента, при этом нерастяжимая плацента теряет связь со стенкой матки. В последние недели беременности с усилением сокращений Брекстона-Гикса или появлением схваток предлежащая плацента отслаивается от стенки матки и начинается кровотечение, которое усиливается во время родов.

Классификация

Полное предлежание плаценты - клиническая ситуация, при которой внутренний маточный зев полностью перекрыт плацентой.

Неполное предлежание плаценты - клиническая ситуация, при которой внутренний маточный зев не полностью перекрыт плацентой.

Низкое прикрепление плаценты - клиническая ситуация, при которой нижний край плаценты расположен на расстоянии менее 7 см от внутреннего маточного зева при доношенной беременности (край плаценты при влагалитщном исследовании пальпации не доступен). Иногда можно пальпировать шероховатую поверхность плодных оболочек, что позволяет подозревать близкое расположение плаценты.

Шеечная (шеечно-перешеечная) плацента - очень редкая аномалия, наблюдаемая при врастании края плаценты в шейный канал или при шейной беременности. В результате неполноценного развития децидуальной реакции в шейке матки хорион врастает глубоко в подлежащие ткани, возникает истинное врастание плаценты.

Основной клинический симптом предлежания плаценты - кровотечение из матки. Кровотечение во время беременности появляется внезапно, без болевых ощущений, может прекратиться, а спустя некоторое время

возникнуть вновь. Чем ниже расположена плацента, тем раньше возникает и обильнее бывает кровотечение. В связи с постоянной кровопотерей у беременных часто развивается анемия.

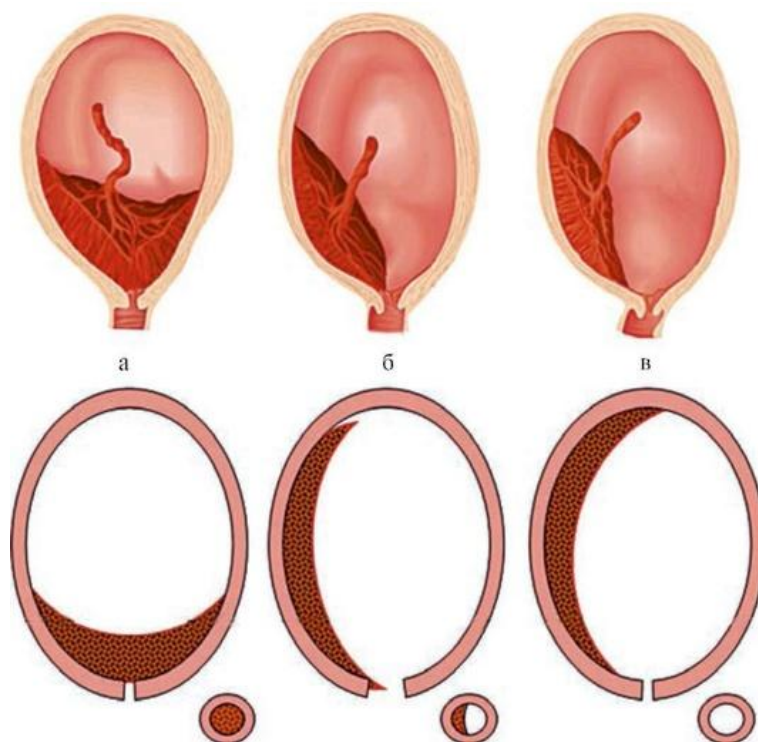


Рис.3.1. Степени предлежания плаценты: а - полное; б - неполное; в - низкое прикреплениe

Клиническая картина.

При *полном предлежании плаценты* кровотечение часто начинается рано, во II триместре беременности, может быть сразу обильным или в виде скудных кровяных выделений, может прекратиться на некоторое время и вновь возникнуть.

В процессе родовой деятельности, когда происходит раскрытие маточного зева, плацента все более отслаивается, и кровотечение усиливается. Перекрывающая внутренний зев плацента не позволяет предлежащей части встаться во вход в малый таз, а тем более нет возможности вскрыть плодный пузырь, чтобы прекратить дальнейшую отслойку предлежащей плаценты.

При *неполном предлежании плаценты* кровотечение начинается в самом конце беременности, чаще в начале периода раскрытия или даже позже, когда произошло сглаживание и раскрытие маточного зева на 4-5 см.

При *неполном предлежании плаценты* сила кровотечения зависит от величины предлежащего участка плаценты. При затылочном предлежании кровотечение может уменьшиться и даже приостановиться после излития околоплодных вод, так как предлежащая часть плода опускается во вход в таз

и прижимает отслоившуюся часть плаценты к стенке матки и таза, останавливая кровотечение.

Низкое прикрепление плаценты - самая благоприятная ситуация из всех вариантов аномалий расположения плаценты, так как кровотечение чаще появляется в конце периода раскрытия, и выраженность его значительно меньше, чем при других аномалиях расположения плаценты.

Низкое расположение плаценты можно распознать после осмотра родившегося последа: разрыв плодных оболочек находится на небольшом расстоянии от края плаценты.

Беременность при предлежании плаценты осложняют неправильные положения плода, тазовые предлежания, невынашивание, хроническая гипоксия и гипотрофия плода, плацентарная недостаточность, анемия у матери.

В родах часто возникают слабость родовой деятельности, нарушение отделения плаценты в связи с врастанием ворсин хориона в нижний сегмент матки, гипотония матки, кровотечения, эмболия околоплодными водами, тромбоз эмболия, восходящая инфекция. В третьем периоде родов кровотечение возобновляется, потому что плацентарная площадка расположена в нижнем сегменте матки, а его сократительная способность, по сравнению с телом матки, снижена.

Диагностика основана на данных УЗИ, анамнеза, клинических симптомов, специального акушерского обследования.

Основной симптом предлежания плаценты - кровотечение из влагалища, которое не сопровождается болями, возникает на фоне «спокойной» матки, часто после физического напряжения (дефекации, мочеиспускания, полового акта) или с началом родовой деятельности. Оно может быть сразу обильным или в виде скудных, мажущих кровяных выделений.

При появлении кровяных выделений из половых путей во время беременности и с началом родов показана срочная госпитализация в акушерский стационар.

Осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал и влагалищное исследование *производят только в стационаре*, в малой или большой операционной и *только при развернутой большой операционной*, так как в момент исследования кровотечение может стать профузным.

При предлежании плаценты шейка матки и влагалище цианотичные, блестящие, кровь выделяется из цервикального канала. Влагалищное исследование выполняют бережно. При полном предлежании плаценты и закрытом наружном зеве через своды влагалища предлежащую часть определить невозможно, зато пальпируют мягкое массивное тестоватое образование во всех сводах влагалища - это плацента.

При неполном предлежании плаценты и закрытом наружном зеве через своды пальпируют предлежащую часть и мягкое массивное образование (плаценту) в переднем или одном из боковых сводов влагалища.

Лечение

Беременных с предлежанием плаценты относят к группе высокого риска. Лечение следует проводить в стационарах второго или третьего уровня в зависимости от конкретного клинического случая. УЗИ во время беременности позволяет диагностировать аномальное расположение плаценты, начиная со II триместра беременности, проследить процесс «миграции» плаценты, обнаружить признаки ее отслойки.

Тактика врача зависит от варианта предлежания плаценты, срока беременности или периода родов, состояния плода, сопутствующих осложнений беременности и соматических заболеваний, возраста женщины, исходов предыдущих беременностей, а главное - *от объема и интенсивности кровотечения*



Рис.3.2. Алгоритм акушерской тактики при предлежании плаценты. РДС - респираторный дистресс-синдром

Лечение может быть консервативным и оперативным (плановое или экстренное кесарево сечение).

Консервативные методы лечения возможны при любом варианте предлежания плаценты при недоношенной беременности и отсутствии кровотечения или при скудном кровотечении, если общее состояние беременной удовлетворительное.

Беременной назначают строгий постельный режим, при необходимости - препараты, снижающие (или снимающие) тонус матки (β -адреномиметики). Регулярно оценивают состояние плода.

Экстренное оперативное лечение при предлежании плаценты показано при обильном кровотечении, острой гипоксии плода и анемии у матери.

При полном предлежании плаценты и отсутствии кровотечения или скудных кровяных выделений беременных госпитализируют в дородовое отделение, где проводят консервативное лечение, направленное на пролонгирование беременности, и родоразрешают путем кесарева сечения в плановом порядке на 38 неделе беременности.

Важно активное ведение третьего периода родов. Сразу после рождения плода обязательно производят ручное отделение плаценты и выделение последа, которое позволяет своевременно диагностировать истинное вращение плаценты, гипотонию матки или разрыв нижнего ее сегмента. Обязательно и назначение антибактериальной терапии.

Осложнения и исход родов при предлежании плаценты

При кесаревом сечении после опорожнения матки возможно развитие ее атонии, которая при неэффективности органосохраняющих мероприятий потребует удаления матки.

Самое серьезное осложнение при отслойке предлежащей плаценты, которое может привести к внезапной смерти во время беременности, в родах и послеродовом периоде, - это *эмболия*. Эмболия возникает вследствие того, что в сосудистое русло материнского организма из зияющих вен плацентарной площадки проникают пузырьки воздуха, кусочки инфицированных кровяных сгустков или околоплодные воды.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

ПОНРП - отделение нормально имплантированной плаценты от места своего прикрепления до рождения плода, т.е. во время беременности, в первом или втором периодах родов.

Этиология

Существуют различные причины отслойки нормально расположенной плаценты.

Изменение сосудистой системы материнского организма, ангиопатия матки, неполноценность плацентарного ложа (недостаточность первой и второй волны инвазии цитотрофобласта). В маточно-плацентарных артериях возникают тромбы, в межворсинчатом пространстве появляются отложения фибрина, что приводит к образованию белых и красных инфарктов плаценты. Большое количество этих инфарктов нарушает плацентарное кровообращение и вызывает преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты. Такие изменения наблюдают при тяжелых и длительно текущих гестозах, гипертонической и гипотонической болезни, пороках сердца, тиреотоксикозе, синдроме сдавления нижней полой вены, заболеваниях почек, сахарном диабете, туберкулезе, сифилисе, малярии и других хронических инфекциях, а также при курении.

Воспаление и дегенеративные изменения в матке и плаценте, вызывающие нарушение связи между ними: хронический эндометрит,

субмукозные узлы миомы матки, пороки развития матки, перенашивание беременности и др.

Чрезмерное растяжение матки, ведущее к истончению ее стенки и увеличению размеров плацентарной площадки, что способствует увеличению и истончению самой плаценты (многоводие, многоплодная беременность, крупный плод).

Непосредственная травма - падение, удар в живот, наружный поворот плода, грубое исследование и др.

Косвенная травма - абсолютная и относительная короткость пуповины, поздний разрыв плодных оболочек, быстрое излитие околоплодных вод при многоводии, быстрое рождение первого плода при многоплодии, быстрые или стремительные роды.

Нервно-психические факторы - испуг, стресс, возбуждение при половом сношении и др.

Патогенез

Механизм ПОНРП обусловлен разрывом сосудов, который приводит к нарушению кровообращения в межворсинчатом пространстве, кровотечению и образованию ретроплацентарной гематомы. Под воздействием тканевого тромбопластина, который освобождается из травмированных тканей децидуальной оболочки и ворсин, кровь свертывается. Если участок отслойки плаценты небольшой, то после образования ретроплацентарной гематомы маточные сосуды тромбируются. Дальнейшая отслойка плаценты прекращается, на месте отслойки образуются инфаркт и отложения солей, которые распознают при осмотре плаценты после родов.

При обширной отслойке возникает обильное внутреннее кровотечение. Если края плаценты связаны с маткой, ретроплацентарная гематома, увеличиваясь, смещается вместе с плацентой в сторону амниотической полости и при целом плодном пузыре повышает внутриматочное давление. Стенки матки растягиваются. Все слои стенки матки пропитываются кровью, которая попадает в околоматочную клетчатку, под серозную оболочку матки и даже в брюшную полость при нарушении целостности серозной оболочки. Наружное кровотечение при этом отсутствует или незначительно.

При ретроплацентарной гематоме миометрий пропитывается кровью, вследствие чего матка теряет сократительную способность. Пропитывание матки может быть диффузным, а не только в месте плацентарной площадки. Такое состояние называют маточно-плацентарной апоплексией или маткой Кувелера.



Рис.3.3. Матка Кувелера

Если связь между маткой и плацентой нарушена у края плаценты, то кровь проникает между плодными оболочками и стенкой матки во влагалище, появляется наружное кровотечение, обычно необильное.

Отслойка всей поверхности плаценты приводит к быстрой гибели плода.

При ПОНРП всегда возникает ДВС-синдром, так как в ретроплацентарной гематоме откладывается фибрин, и через вены матки в организм матери поступает кровь, лишенная фибриногена (коагулопатия потребления).

Классификация

Различают полную и частичную ПОНРП.

- Полная ПОНРП - это отслоение плаценты по всей ее материнской поверхности.
- Частичная ПОНРП - это отслоение части материнской поверхности плаценты от плацентарного ложа.

Клиническая картина

Ведущие симптомы ПОНРП - локальная боль в области отслойки плаценты, гипертонус матки, анемия у матери вследствие внутреннего кровотечения и гипоксия плода.

Боль возникает вследствие растяжения серозного покрова матки в месте отслойки плаценты. По характеру боль может быть слабой или очень интенсивной; сначала боль локальная, а затем распространяется по всему животу.

Гипертонус матки проявляется ее напряжением, болезненностью (общей и локальной), при этом вне схваток матка не расслабляется.

У матери появляются признаки анемии и нарушения гемодинамики, головокружение, кратковременная потеря сознания. Сердцебиение плода изменяется или отсутствует.

Если отслойка плаценты произошла в конце периода раскрытия или в периоде изгнания, возникает кровотечение, иногда ослабевает родовая деятельность, появляются признаки гипоксии плода. Роды обычно заканчиваются самопроизвольно, а признаки ПОНРП находят при осмотре плаценты. На материнской поверхности плаценты могут быть вдавления, покрытые темными сгустками крови, в этих местах плацента заметно тоньше.

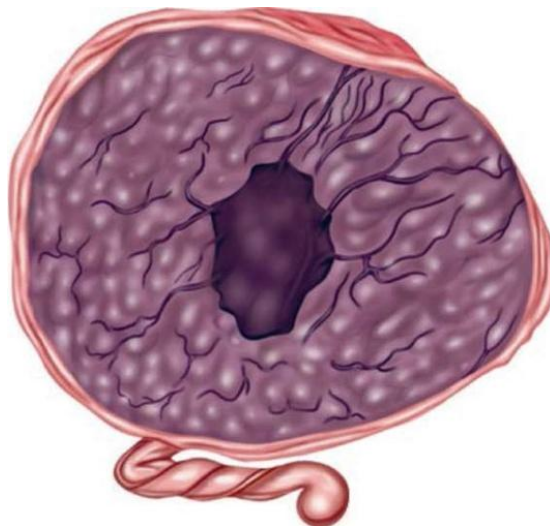


Рис. 3.4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (в центре плаценты вдавление и сверток крови - ретроплацентарная гематома)

Диагностика

Диагноз ставят на основании анамнеза (наличие причин отслойки - гестоза, гипертонической болезни, угрозы прерывания данной беременности и др.) и типичной клинической картины (признаки внутреннего кровотечения, боль в животе, гипертонус матки, нарушение сердечной деятельности плода).

Основные клинические признаки - боли в животе, повышение тонуса матки, признаки внутреннего кровотечения, нарушение или исчезновение сердцебиения плода.

При влагалищном исследовании определяют кровяные выделения из матки, хотя этот симптом встречается не всегда. Плодный пузырь постоянно напряжен.

Лечение

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты - серьезное и грозное осложнение беременности и родов. Своевременное распознавание этого осложнения, рациональное лечение отслойки и ее последствий (гипотонии матки, анемии, геморрагического шока, ДВС-синдрома) позволяют спасти жизнь матери и плода. Выбор метода лечения зависит от выраженности клинических симптомов и акушерской ситуации.

При выраженной клинической картине и нарастающих симптомах внутреннего кровотечения (острая ПОНРП) в любом сроке беременности, в

первом и начале второго периода родов производят кесарево сечение, независимо от состояния плода (живой плод или мертвый), после чего решают вопрос о сохранении матки. Операцию проводят на фоне активной противошоковой и противоанемической терапии, профилактики развития ДВС-синдрома.

Если матка пропитана кровью, имеет темно-фиолетовую окраску, мышца ее дряблая, не реагирует на механические и фармакологические воздействия (матка Кувелера), ее следует удалить. В случае развития ДВС-синдрома производят экстирпацию матки без придатков.

При живом плоде и наличии условий для влагалищного родоразрешения роды при головном предлежании заканчивают наложением акушерских щипцов, при тазовом - извлечением плода за тазовый конец, а при мертвом плоде - плодоразрушающей операцией (краниотомия).

При ПОНРП и родоразрешении через естественные родовые пути показано ручное отделение плаценты и выделение последа, ручное обследование стенок полости матки для исключения ее разрыва и гипотонии, а также для удаления возможных остатков плацентарной ткани и свертков крови. Операцию проводят сразу после рождения ребенка на фоне утеротонической терапии. Затем осматривают влагалище и шейку матки с помощью зеркал, зашивают разрывы, назначают антибактериальную и противоанемическую терапию.

Вопросы для самоконтроля:

1. Перечислите причины кровотечения не связанные с патологией плодного яйца?
2. Перечислите причины появления кровотечения в первой половине беременности?
3. Назовите классификацию предлежания плаценты?
4. Перечислите причины возникновения ПОНРП?
5. Назовите методы лечения кровотечений во 2 половине беременности?

Кровотечение в третьем периоде родов. Кровотечение в раннем и позднем послеродовых периодах. Геморрагический шок и ДВС-синдром в акушерстве.

План:

1. Кровотечение в последовом периоде родов;
2. Кровотечение в раннем послеродовом периоде;
3. Кровотечение в позднем послеродовом периоде;
4. Этапы остановки кровотечения;

5. Геморрагический шок;
6. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови;
7. Эмболия околоплодными водами.

Кровотечение, возникшее после рождения плода, но до выделения последа, называют *кровотечением в последовом периоде*.

Кровотечение в последовом периоде происходит вследствие задержки последа или его частей в полости матки (нарушение сократительной деятельности матки, плотное прикрепление и истинное врастание плаценты), травмы мягких тканей родового канала (разрывы матки, шейки матки, влагалища, наружных половых органов, гематомы, врожденных нарушений свертывающей системы).

Задержка детского места и его частей в полости матки.

Причины задержки детского места или его частей в матке могут быть как со стороны самой матки (гипотония, спазм шейки матки), так и со стороны плаценты (аномалии прикрепления и расположения плаценты).

Сократительная функция матки нарушается при чрезмерном растяжении ее мышц (крупный плод, многоводие, многоплодие), гестозе, аномалиях родовой деятельности, длительных родах, оперативных родах, дегенеративных изменениях стенки матки после перенесенного воспаления, миоме матки, послеоперационных рубцах на матке и др.

Неполное предлежание плаценты, низкое ее прикрепление или расположение в одном из трубных углов матки или на маточной перегородке, когда миометрий не может развить полноценные сокращения, также могут привести к задержке последа в матке и кровотечению.

Клиническая картина

Кровотечение из половых путей - основной симптом задержки последа или его частей в матке, однако при полном плотном прикреплении или тотальном врастании плаценты кровотечение отсутствует.

Выраженность кровотечения и количество теряемой крови зависят от размеров отслоившейся части плаценты: чем больше отслоившаяся часть, тем обильнее кровотечение. Скорость кровотечения зависит также от места прикрепления плаценты: где мышечный слой матки тоньше и меньше ее сократительная способность (предлежание плаценты, локализация плаценты на перегородке матки), там кровотечение обильнее. Кровотечение может быть обильным, если в матке осталась долька (котиледон) отделившейся плаценты или дополнительная долька.

Кровотечение может быть внутренним, т.е. кровь скапливается в матке, если внутренний зев закрыт сгустком крови, обрывками околоплодных оболочек или произошел его спазм и оттока крови нет. В таком случае матка увеличивается в размере за счет скапливающейся в ней крови, становится

напряженной и болезненной при пальпации. Кровотечение может быть столь обильным, что приводит к развитию геморрагического шока и ДВС-синдрома.

Диагностика

Диагноз задержки отделения плаценты от стенки матки ставят на основании отсутствия признаков отделения плаценты, а задержки частей последа в полости матки - на основании осмотра плаценты и оболочек после рождения последа.

Лечение

При задержке последа или его частей в матке применяют консервативные и оперативные методы лечения, при задержке частей последа - только оперативные.

Консервативные методы включают введение 5 ЕД окситоцина для усиления последовых схваток, способствующих отделению плаценты и прекращению кровотечения.

При задержке отделившегося последа в матке применяют наружные способы выделения последа из матки (Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича). Если консервативные методы не дают эффекта, и объем кровопотери приближается к 0,5% массы тела роженицы, приступают к оперативным методам лечения.

Оперативные методы лечения - это ручное отделение плаценты и выделение последа и контрольное ручное обследование стенок полости матки. Оперативные методы лечения используют и при отсутствии кровотечения, если в течение 30 мин нет признаков отделения плаценты. С целью предупреждения послеродовой инфекции во всех случаях оперативного вмешательства в последовом периоде назначают антибактериальную терапию.

При кровопотере 0,7% массы тела и более приступают к программированной инфузионно-трансфузионной терапии с целью восполнения ОЦК, одновременно проводят противошоковые мероприятия, симптоматическую терапию.

Аномалии прикрепления плаценты

Аномалиями прикрепления плаценты называют нарушения самого процесса прикрепления плаценты к стенке матки, такие как плотное прикрепление плаценты или истинное ее врастание, приводящие к кровотечению в третьем периоде родов.

Этиология и патогенез

Врастание и плотное прикрепление плаценты возникают при морфологических изменениях стенки матки или самой плаценты.

Морфологические изменения в стенке матки появляются после перенесенных воспалительных заболеваний (эндомиометрит), при рубцах на матке, вследствие частых родов и аборт, опухолей (миома матки), пороков развития матки. Возникновению дегенеративных процессов в плаценте способствуют хронические инфекции, гестоз и перенашивание беременности.

Повышенная протеолитическая способность хориона (повышенная активность гиалуронидазы) может привести к врастанию его ворсин в компактный слой отпадающей оболочки целиком, а в некоторых случаях - и к прорастанию в мышечный слой матки вплоть до серозной оболочки.

Классификация

- Плотное прикрепление плаценты - ситуация, при которой ворсины хориона не выходят за пределы компактного слоя отпадающей оболочки, но плотно соединены с ним вследствие атрофии губчатого слоя отпадающей оболочки.
- Истинное врастание плаценты - тяжелое нарушение, при котором губчатый слой отпадающей оболочки отсутствует, и ворсины хориона проникают в компактный слой, мышечный слой и, прорастая его, достигают иногда до серозной оболочки матки.

Плотное прикрепление и истинное врастание плаценты могут быть полными, когда вся материнская поверхность плаценты прочно соединена со стенкой матки, и неполными, когда прочно соединена поверхность только отдельных долек, что и определяет клиническое течение послеродового периода.

Клиническая картина

При полном плотном прикреплении и истинном врастании плацента не способна отделиться от стенки матки самостоятельно, поэтому кровотечение отсутствует. Клиническая картина проявляется отсутствием признаков отделения плаценты в течение 30 мин и более после рождения плода.

При частичном плотном прикреплении и истинном врастании плацента отделяется от стенки матки самостоятельно не вся, а лишь на каком-то участке, поэтому кровяные выделения появляются сразу, так как матка не может сократиться и остановить кровотечение из-за не отделившейся еще части плаценты.

Интенсивность кровотечения зависит от площади плацентарной площадки, с которой плацента потеряла связь, состояния нервно-мышечного аппарата матки и свертывающей системы крови. Кровотечение может быть сразу обильным, так как на уже отслоившемся участке плаценты вскрываются межворсинчатые пространства, заполняемые материнской кровью. Признаки отделения плаценты отсутствуют. Реакция роженицы на кровотечение зависит от объема теряемой крови.

Диагностика и лечение

В последовом периоде при наличии кровотечения и отсутствии признаков отделения плаценты проводят консервативные мероприятия, способствующие сокращению матки и отслойке плаценты от ее стенок (внутривенное введение утеротонических средств, выведение мочи по катетеру).

Если признаков отделения плаценты нет, кровотечение продолжается, а величина кровопотери приближается к 0,5% массы тела, приступают к ручному отделению плаценты и выделению последа.

Если кровотечение отсутствует и консервативные мероприятия, способствующие отделению плаценты от стенок матки, неэффективны, выжидают 30 мин, после чего также производят операцию ручного отделения плаценты от стенок матки и выделение последа.

Диагноз плотного прикрепления или истинного врастания плаценты можно поставить только во время операции ручного отделения плаценты от стенок матки.

При плотном прикреплении плацента рукой легко отделяется от стенки матки, матка сокращается, кровотечение прекращается. После удаления последа возможны развитие гипотонии матки и прогрессирование кровотечения. Отделить плаценту от стенки матки при ее полном или неполном истинном врастании не удастся.

При настойчивой попытке отделить плаценту от стенки матки возникает обильное кровотечение, угрожающее жизни роженицы. При выявлении истинного врастания плаценты операцию ручного отделения плаценты необходимо сразу прекратить.

В такой ситуации показана немедленная операция - чревосечение с надвлагалищной ампутацией или экстирпацией матки (в зависимости от уровня расположения плацентарной площадки и объема кровопотери). При небольшом участке истинного врастания возможно его иссечение в пределах здоровых тканей с последующим зашиванием стенки матки.

Одновременно проводят мероприятия по восполнению ОЦК, профилактику геморрагического шока и ДВС-синдрома.

Таблица 3.1. Диагностические критерии причин кровотечения в последовом периоде

	Задержка плаценты в полости матки	Задержка частей плаценты в полости матки	Плотное прикрепление плаценты	Истинное врастание плаценты	Травма родовых путей
Послед	в полости	родился	в полости	в полости	родился
Признаки отделения плаценты	+	+	-	-	+

Целостность рожденного последа	-	-	-	-	+
Пособия и операции	Методы выделения последа	Контрольное ручное обследование стенок полости матки	Ручное отделение плаценты и выделение последа (если истинное вращение плаценты не диагностировано до родов)		Осмотр и ушивание разрывов
Лапаротомия/ кесарево сечение	-	-	-	Ампутация или экстирпация матки. Органосохраняющие методики	При разрыве матки

Кровотечение, возникающее в течение первых 2 ч после родов, называют *кровотечением в раннем послеродовом периоде*. Сами по себе послеродовые кровотечения делят на ранние, возникающие в первые 24 ч после родов, и *поздние*, возникающие спустя сутки после родов.

Этиология. Непосредственные причины кровотечения в раннем послеродовом периоде условно обозначают как «4Т».

Таблица 3.2. Факторы риска развития послеродового кровотечения

Причина «Т»	Этиологический процесс	Клинические факторы риска
Нарушение сократительной функции матки («Т» - тонус)	Перерастяжение матки	Многоводие
		Многплодие
		Крупный плод
	«Истощение» сократительной способности миометрия	Быстрые роды
		Затяжные роды
		Высокий паритет (более пяти родов)
	Инфекционный процесс	Хориоамнионит
		Лихорадка в родах
Функциональные и анатомические особенности матки	Миома матки, пороки развития матки	
	Предлежание плаценты	
Задержка тканей в полости матки («Т» - ткань)	Задержка частей последа	Дефект последа
		Оперированная матка
		Высокий паритет
		Плотное прикрепление плаценты
		Вращение плаценты
	Задержка сгустков крови в полости матки	Гипотония матки

Травмы родовых путей («Т» - травма)	Разрывы шейки матки, влагалища, промежности	Быстрые роды
		Оперативные вагинальные роды
	Травматический разрыв матки во время кесарева сечения	Неправильное положение плода
		Низкое расположение предлежащей части
	Разрыв матки	Оперированная матка
	Выворот матки	Высокий паритет
Расположение плаценты в дне матки		
Нарушения коагуляции («Т» - <u>тромбин</u>)	Врожденные заболевания (гемофилия А, болезнь Виллебранда) Приобретенные при беременности патологические состояния: идиопатическая тромбоцитопения; тромбоцитопения с преэклампсией; синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания	Наследственные коагулопатии
		Заболевания печени
		Гематомы и/или кровоточивость (в том числе в местах инъекций)
		Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром
		Аntenатальная гибель плода
		Хориоамнионит
		Дородовое кровотечение

Клиническая картина

Основной симптом - кровотечение из послеродовой матки. Кровь вытекает струей или выделяется большими сгустками. Появляются симптомы, связанные с расстройством гемодинамики. Постепенно развивается картина геморрагического шока. Степень тяжести клинической картины зависит от скорости и длительности кровотечения и исходного состояния роженицы.

Диагностика

Диагноз гипотонии матки устанавливают на основании кровотечения из матки и состояния самой матки: при пальпации матка большая, расслабленная, иногда плохо определяется через переднюю брюшную стенку, при наружном массаже может несколько сократиться, а затем вновь расслабляется с возобновлением кровотечения.

Для определения объема кровопотери можно использовать шоковый индекс Альговера, рассчитываемый по следующей формуле. При артериальной гипертензии метод неинформативен.

Шоковый индекс = ЧСС/АД, где ЧСС - частота сердечных сокращений в минуту, АД - артериальное давление в мм рт.ст.

Таблица 3.3. Расчет кровопотери по шоковому индексу

Шоковый индекс	Объем кровопотери, % от ОЦК
0,8 и менее	10

0,9-1,2	20
1,3-1,4	30
1,5 и более	40 и более

Критерии *патологической кровопотери*:

1. 0,5% и более от массы тела роженицы или более 5 мл/кг;
2. 500 мл после родов через естественные родовые пути;
3. 1000 мл после кесарева сечения.

Критерии *критической (массивной) кровопотери*:

1. более 1,5% массы тела;
2. более 30% объема циркулирующей крови;
3. более 150 мл/мин;
4. потеря более 50% объема циркулирующей крови за 3 ч;
5. кровопотеря в объеме 1500 мл.

Лечение

Лечение гипотонического кровотечения должно быть комплексным, его начинают без промедления. Подготовка включает 10 шагов.

1. Мобилизация свободного персонала. Не оставляя пациентку без присмотра, необходимо позвать на помощь опытного акушера-гинеколога, владеющего оперативной техникой в полном объеме, анестезиолога-реаниматолога, лаборанта.

2. Начальная оценка объема кровопотери (визуально или с помощью почкообразного лотка + 20%; при доставке пациентки машиной скорой помощи можно использовать шоковый индекс, если нет тяжелой формы гестоза).

3. Начальная оценка состояния и контроль жизненно важных функций организма (артериальное давление, пульс, температура тела, частота дыхания).

4. Определение места оказания помощи в зависимости от тяжести состояния женщины (на месте, малая или большая операционная) и транспортировка.

5. Установление аллергологического анамнеза, если позволяет состояние пациентки.

6. атетеризация мочевого пузыря (мочевой пузырь должен быть пустым).

7. Катетеризация одной или двух периферических вен (№ 14-16G) для введения утеротоников и восполнения ОЦК.

8. При необходимости определение группы крови и резус-фактора, взятие крови для анализа на совместимость и для «прикроватного теста».

9. Проверка наличия препаратов крови (в соответствии с группой и резус-принадлежностью); при необходимости нужные препараты следует заказать.

10. По возможности установка причины кровотечения («4Т» - тонус, ткань, травма, тромбин).

Консервативный этап

Основные компоненты консервативного этапа лечения гипотонического кровотечения:

- пособие;
- введение утеротоников;
- восполнение кровопотери;
- мониторинг (оценка гемодинамических и гемостатических показателей, динамическая оценка объема кровопотери).

Таблица 3.4. Выбор пособия при кровотечении в раннем послеродовом периоде

Причина «Т»	Пособие
Тонус	Бимануальная компрессия или ручное обследование стенок полости матки при неуверенности в их целостности и отсутствии остатков элементов плодного яйца
Ткань	Ручное обследование стенок полости матки
Травма	Осмотр родовых путей, ушивание разрывов. При разрыве матки - лапаротомия
<u>Тромбин</u>	Переливание факторов свертывания (свежезамороженной плазмы, криопреципитата, тромбоцитарной массы). Использование антифибринолитиков

Таблица 3.5. Алгоритм введения утеротонических средств

Утеротоник (по приоритету)	<u>Окситоцин</u>, Пабал (<u>карбетоцин</u>)	Метилэргометрин	Простагландины
Начальная доза и способ введения	5 ЕД в/в медленно	0,2 мг в/м или в/в медленно	<u>Динопростон</u> 0,25 мг в/м, можно в шейку матки. <u>Мизопростол</u> 800-1000 мкг ректально однократно
Повторные дозы (при отсутствии кровотечения)	10-20 ЕД в/в капельно в 500 мл раствора со скоростью 60 капель в минуту	0,2 мг в/м каждые 15 мин	0,25 мг каждые 15 мин
Максимальная доза	Не более 3 л жидкости, содержащей <u>окситоцин</u>	5 доз (1 мг)	8 доз (2 мг)
Противопоказания, предупреждения	-	Преэклампсия, артериальная гипертензия,	Нельзя вводить в/в. Астма, глаукома, артериальная гипертензия

Если гипотоническое кровотечение продолжается, прибегают к последнему консервативному методу - управляемой баллонной гидротампонаде матки, т.е. введению в полость матки внутриматочного гемостатического баллона. Приспособление состоит из самого баллона, резервуара для жидкости и соединяющей их трубки. Благодаря системе, регулирующей количество жидкости, и своей эластичности, баллон заполняет всю полость матки и принимает ее форму. Прижимаясь к стенкам матки, баллон оказывает механическое раздражение, чем вызывает маточные сокращения и способствует образованию пристеночных тромбов.

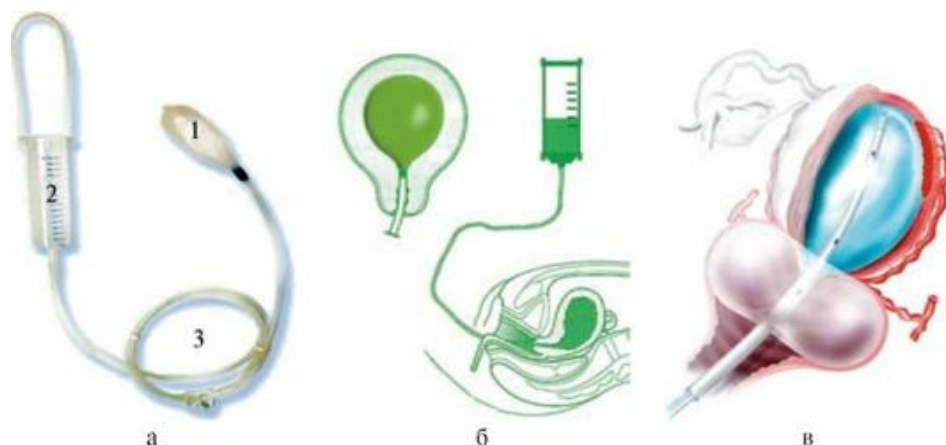


Рис. 3.5. Внутриматочный гемостатический баллон: а - собранная система (1 - баллон, 2 - резервуар, 3 - трубка); б - схема применения; в - двухбаллонный катетер нового поколения

Хирургический этап

К хирургическим методам остановки маточного кровотечения относятся:

- перевязка маточных и яичниковых артерий;
- наложение компрессионных гемостатических швов на матку;
- перевязка внутренних подвздошных артерий;
- надвлагалищная ампутация или экстирпация матки без придатков.

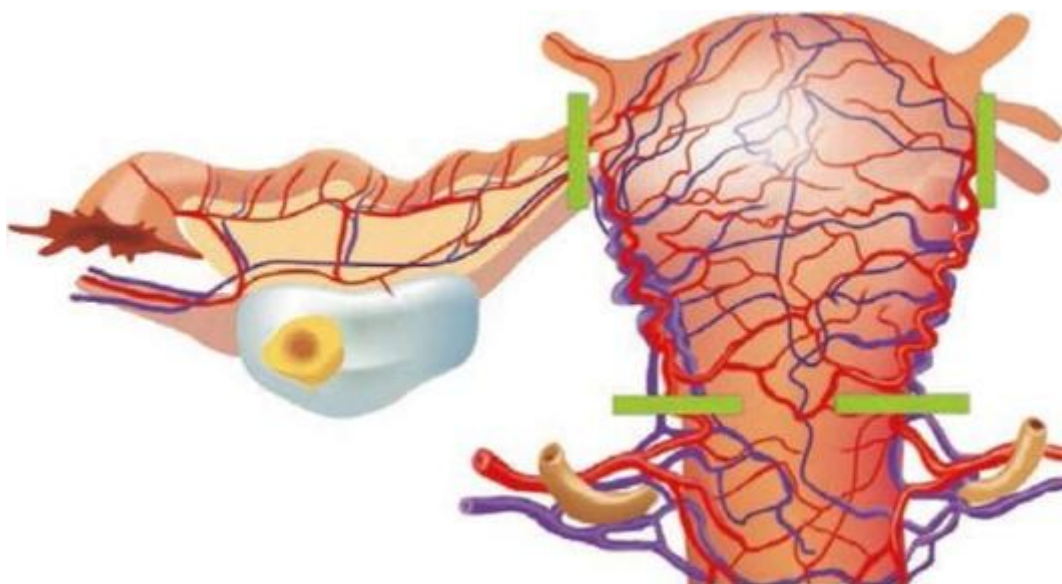


Рис. 3.6. Ишемизация матки путем наложения зажимов или лигатур на сосудистые пучки (места перевязки обозначены зеленым цветом)



Рис.3.7. Виды гемостатических компрессионных швов:

а - по методу Б-Линча; б - по методу Перейры

Консервативный и хирургический этапы проводят на фоне базовой инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на регуляцию или восстановление макро- и микроциркуляции, обеспечивающей нормализацию функций всех органов и систем, профилактику геморрагического шока и ДВС-синдрома. Условия терапии - этапность лечения и контроль жизненно важных функций организма, особенно гемостаза.

Поздние послеродовые кровотечения

Поздним послеродовым кровотечением называют кровотечение, возникшее через 24 ч и более после родов.

Этиология поздних послеродовых кровотечений включает следующие со стояния:

- гипотония матки;
- задержка дольки плаценты в матке;

- плацентарный полип;
- послеродовые инфекции (метроэндометрит);
- субмукозная миома матки;
- хорионэпителиома;
- рак шейки матки;
- врожденные коагулопатии.

Клиническая картина

Основной симптом - кровотечение из матки, которое может быть необильным, иногда развивается постепенно, часто сопровождается инфекционными осложнениями.

При гипотонии матки, задержке дольки плаценты в матке, субмукозной миоме, хорионэпителиоме кровотечение возникает внезапно, бывает обильным. Из матки вытекает алая кровь со сгустками или без них.

При наличии инфекции, плацентарном полипе, раке шейки матки кровяные выделения появляются периодически, могут быть длительными, скудными.

Диагностика

При изучении анамнеза выявляют перенесенные ранее воспалительные заболевания, предшествующие аборты, паритет родов, наличие многоплодия, многоводия, крупного плода, особого характера родовой деятельности (стремительные роды, длительная слабость родовой деятельности).

При влагалищном двуручном исследовании определяют замедленную инволюцию матки после родов, недостаточно плотную ее консистенцию, раскрытый цервикальный канал.

Лечение

При обильном кровотечении через сутки после родов и широко открытом цервикальном канале производят ручное обследование стенок полости матки.

В более поздние сроки после родов производят опорожнение полости матки, лучше всего методом вакуум-аспирации под контролем УЗИ. Соскоб подлежит гистологическому исследованию.

При большой кровопотере одновременно с операцией проводят комплекс противошоковых и противоанемических мероприятий, контроль гемостазиограммой, который продолжают и после операции. После вмешательства назначают утеротонические средства (лед на низ живота, окситоцин, простагландины), антибиотики.

При наличии признаков инфекции и необильном кровотечении сначала проводят антибактериальную терапию, после чего производят аспирационно-промывное дренирование, а в крайнем случае - выскабливание стенок

полости матки под контролем гистероскопии. При высокой температуре или воспалительных очагах в области малого таза выскабливают стенки полости матки только при обильном кровотечении, угрожающем жизни родильницы, на фоне антибактериальной и инфузионно-трансфузионной терапии.

Геморрагический шок

Геморрагический шок - критическое состояние организма, возникающее на фоне острого и массивного кровотечения и сопровождаемое резким снижением ОЦК, сердечного выброса и тканевой перфузии вследствие декомпенсации защитных механизмов.

Клиническая картина геморрагического шока зависит от объема кровопотери и имеет три стадии.

Стадия I - легкая (компенсированный шок), стадия II - среднетяжелая (декомпенсированный, обратимый шок); стадия III - тяжелая (декомпенсированный, необратимый шок).

Таблица 3.6. Клинические стадии геморрагического шока

Показатели	Класс кровотечения			
	1	2	3	4
Кровопотеря, мл	1000	1000-1500	1500-2000	2100
Доля ОЦК, %	≤15	15-25	25-35	≥35
Доля массы тела, %	≤1,5	1,5-2,5	2,5-3,5	≥3,5
ЧСС, в минуту	Норма	≤100	100-120	120-160
Систолическое артериальное давление, мм рт.ст.	Норма	≥100	80-100	≤60-68
Пульсовое давление, мм рт.ст.	-	≤30	≤30	Значительно снижено
Шоковый индекс (ЧСС/систолическое АД)	-	0,85-1,0	1,0-1,5	≥1,5
Частота дыхания, в минуту	Норма	≥20	30-50	30-50
Диурез	Норма	Снижен	Олигурия	Анурия
Сознание	Норма	Норма	Беспокойство, возбуждение	Сопор
Тяжесть (стадия шока)	Нет	Легкий (I)	Умеренный (II)	Тяжелый (III)

Лечение

Восполнение ОЦК начинают с момента установления патологической кровопотери (более 0,5% массы тела). В основе этого мероприятия лежит динамическая оценка количества потерянной и теряемой крови. Основанием для выбора объема инфузионно-трансфузионной терапии служит объем кровопотери. Следует ориентироваться на отношение объема кровопотери,

измеренного в литрах, к массе тела беременной в килограммах, умноженное на 100%

Таблица 3.7. Первоначальная инфузионно-трансфузионная терапия при патологической кровопотере (на основании отношения объема кровопотери к массе тела, %)

Кровопотеря, мл	До 1000	1000-1500	1500-2100	2100 и более
Доля объема циркулирующей крови, %	До 15	15-25	25-35	35 и более
Доля массы тела, %	До 1,5	1,5-2,5	2,5-3,5	3,5 и более
Кристаллоиды, мл	Объем кровопотери ×3	2000	2000	2000
Коллоиды, мл	-	500-1000	1000-1500	2000
Свежезамороженная плазма, мл/кг	-	12-15	20-30	20-30
Эритроцитарная масса, мл	-	-	250-500 и более, при концентрации гемоглобина менее 60-70 г/л	

Одновременно размораживают замороженную плазму, введение которой, ввиду содержания факторов свертывания и фибринолиза, служит мероприятием заместительной терапии.

При продолжающемся кровотечении или массивной кровопотере показано переливание эритроцитарной массы со сроком консервации не более 3 сут. Соотношение объема переливаемой свежемороженой плазмы и эритроцитарной массы составляет 3:1.

По показаниям применяют ингибиторы протеолитических ферментов с целью подавления избыточного фибринолиза. Вводят препараты транексамовой кислоты, блокирующие плазмин и плазминоген. В результате плазмин и плазминоген не фиксируются к фибрину, что предотвращает дегидратацию фибриногена.

Используют глюкокортикоиды: преднизолон и гидрокортизон (10 мг/кг), повышающие артериальное давление.

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови

ДВС-синдром - приобретенная вторичная коагулопатия, сопутствующая критическому состоянию, при которой потребляются

компоненты свертывающей и противосвертывающей систем крови и которая может сопровождаться как кровотечением, так и микротромбозами.

Этиология

Тяжелые формы гестозов, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, геморрагический шок, эмболия околоплодными водами, тромбоэмболия, сепсис, заболевания сердечно-сосудистой системы, почек и печени, переливание несовместимой крови, неразвивающаяся беременность, мертвый плод приводят к гипоксии тканей и метаболическому ацидозу, что, в свою очередь, вызывает активацию кровяного и тканевого тромбопластина.

Патогенез

Механизм развития ДВС-синдрома включает три фазы.

Фаза I - образование активного тромбопластина - самая продолжительная фаза гемостаза. В ней принимают участие плазменные факторы (XII, XI, IX, VIII, X, IV, V) и тромбоцитарные факторы (III, I).

Фаза II - переход протромбина в тромбин - происходит при действии активного тромбопластина и участии кальция (фактор IV).

Фаза III - образование фибрин-полимера. Тромбин при участии кальция (фактор IV) и фактора тромбоцитов переводит фибриноген в фибрин-мономер, который при действии фактора VIII плазмы и тромбоцитарного фактора II превращается в нерастворимые нити фибрина-полимера.

Изменение прокоагулянтов в звене гемостаза, активация тромбоцитарного звена приводят к агрегации тромбоцитов с выделением биологически активных веществ (кининов, простагландинов, катехоламинов и др.), влияющих на функцию сосудистой системы.

При замедленном течении крови через разветвления мелких сосудов происходит ее расслоение на плазму и эритроциты, заполняющие капилляры. Теряя плазму, эритроциты теряют способность к передвижению и скапливаются в виде медленно циркулирующих, а затем и вовсе не циркулирующих образований. Происходят стаз, агрегация, а затем и лизис эритроцитов с высвобождением связанного с их строим кровяного тромбопластина. Поступление в кровоток тромбопластина запускает процесс внутрисосудистого свертывания крови. Выпадающие при этом нити фибрина опутывают глыбки эритроцитов, образуя «сладжи» - комочки, оседающие в капиллярах и еще больше нарушающие однородность структуры крови. Важную роль в развитии сладж-феномена играют два взаимосвязанных явления - снижение скорости кровотока и увеличение вязкости крови. Кровоснабжение тканей и органов при этом нарушается.

В ответ на активацию системы коагуляции включаются защитные механизмы - фибринолитическая система и клетки ретикулоэндотелиальной системы. На фоне диссеминированного внутрисосудистого свертывания

крови вследствие повышенного потребления прокоагулянтов и усиления фибринолиза развивается повышенная кровоточивость.

Стадия I - стадия гиперкоагуляции, связанная с появлением большого количества активного тромбoplastина. Продолжительность этой фазы различна. В ходе нее уменьшается время свертывания крови, снижается фибринолитическая и антикоагуляционная активность, укорачивается время тромбин-теста. Клинически в этой стадии наблюдают гиперемию кожного покрова, чередующуюся с цианозом, мраморность рисунка кожи, особенно на верхних и нижних конечностях, иногда озноб, беспокойство больной, тахикардию.



Рис. 3.8. Патогенез синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (формирование явного, с кровотечением, и неявного, с микротромбозом, вариантов развития ДВС-синдрома): АПТВ - активированное парциальное тромбопластиновое время; МНО - международное нормализованное отношение

Стадия II - стадия гипокоагуляции (коагулопатия потребления), связанная с уменьшением содержания прокоагулянтов из-за включения их в микротромбы. Одновременно активизируется система фибринолиза. По данным коагулограммы отмечают потребление факторов свертывания, появляются продукты деградации фибриногена и фибрина, уменьшается число тромбоцитов, увеличивается тромбиновое время, несколько снижается время лизиса сгустка фибрина и активность антитромбина III. Клинически отмечают усиление кровотечения из родовых путей, раневых поверхностей; появляются кровоизлияния на коже, носовые кровотечения, петехиальные высыпания на боковых поверхностях кожи

грудной клетки, бедрах, верхнем веке. Кровь, изливающаяся из матки, содержит рыхлые сгустки, которые быстро разрушаются.

Стадия III - стадия гипокоагуляции с генерализованной активацией фибринолиза. Происходит резкое снижение в крови содержания всех прокоагулянтов вплоть до развития афибриногенемии на фоне выраженного фибринолиза. В коагулограмме обнаруживают уменьшение числа и ослабление функций тромбоцитов, снижение концентрации и активности прокоагулянтов, циркуляцию в крови большого количества продуктов деградации фибриногена и фибрина, резкое повышение фибринолитической активности, дальнейшее увеличение концентрации свободного гепарина. Клинически выделяется жидкая несвертывающаяся кровь, иногда образуются единичные мелкие сгустки, которые быстро лизируются. Наблюдается генерализованная кровоточивость из мест инъекций, операционного поля, развивается гематурия, появляются геморрагические выпоты в грудной и брюшной полости, перикарде. Эта стадия характеризуется особенно тяжелыми геморрагиями. Если больная остается живой, тромбгеморрагический синдром переходит в следующую стадию.

Стадия IV - терминальная стадия - полное несвертывание крови. Гипокоагуляция крайней степени в сочетании с высокой фибринолитической и антикоагуляционной активностью. Клиническая картина аналогична III стадии - генерализованная кровоточивость.

Течение синдрома зависит от характера акушерского осложнения, вызвавшего кровотечение, сопутствующих соматических заболеваний, особенностей протекания беременности и др.

Клиническая картина

Продолжительность клинических проявлений ДВС-синдрома может достигать 7-9 ч и более. Изменения в системе гемокоагуляции, определяемые с помощью лабораторных методов, сохраняются дольше, чем клинические.

Лабораторная диагностика ДВС-синдрома имеет первостепенное значение. Она позволяет более точно установить степень или фазу синдрома и выбрать правильное лечение.

Различают две формы ДВС-синдрома - *острую* и *хроническую*.

Причины острого развития ДВС-синдрома - ПОНРП, гипотоническое кровотечение, эмболия околоплодными водами, разрыв матки. Клинические проявления включают кровоизлияния, кровотечения из мест инъекций и операционного поля, некрозы кожи и слизистых оболочек, изменения функций ЦНС, острую почечную и легочную недостаточность.

Хроническое течение ДВС-синдрома наблюдается при мертвом плоде, гестозах, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, почек, печени, резус-конфликте. В родах хроническая форма может перейти в острую. Клинические признаки хронического течения ДВС-синдрома не выражены. Иногда возможны внутрикожные и подкожные кровоизлияния, кровотечения из десен, носа. Диагноз ставят на основании лабораторных исследований системы гемостаза.

Лечение

Лечение синдрома ДВС заключается в выполнении одновременно трех основных мероприятий:

- ликвидация основной причины, вызвавшей ДВС-синдром;
- нормализация гемодинамики;
- нормализация функций свертывающей системы крови.

Для лечения острого синдрома ДВС при акушерских кровотечениях следует учитывать фазу синдрома, в которую начато лечение, и характер акушерского осложнения. Его проводят под лабораторным контролем. Поскольку матка служит источником тромбопластинов, показана срочная операция - экстирпация матки.

Интенсивную терапию продолжают и после устранения синдрома ДВС, цель ее заключается в восстановлении белкового и электролитного баланса, профилактике инфекционных осложнений.

Осложнения: возможны почечная, печеночная и легочная недостаточность; инфекционные осложнения; летальный исход.

Эмболия околоплодными водами

Околоплодные воды - сложная биологическая среда, в состав которой входят мукополисахариды, белки, глюкоза, витамины, ферменты, микроэлементы, липиды и множество других биологически активных веществ (адреналин, норадреналин, тироксин, эстриол, серотонин, гистамин, тромбопластин и др.). Кроме того, амниотическая жидкость содержит элементы плодного яйца: меконий, сыровидную смазку, чешуйки, слизь, мочу, ворсины хориона. Околоплодные воды обладают тромбопластиновой активностью.

Околоплодные воды попадают в венозные сосуды матери, оттуда переносятся в легочную артерию, мелкие сосуды, капилляры и альвеолы легких.

Пути проникновения околоплодной жидкости:

- трансплацентарный - через поврежденные сосуды плаценты;
- трансцервикальный - через поврежденные сосуды шейки матки;
- через межворсинчатое пространство - при ПОНРП, предлежании плаценты;
- через поврежденные сосуды при оперативном родоразрешении (кесарево сечение, акушерские щипцы) и разрыве матки.

Проникновение околоплодных вод в материнский кровоток через зияющие венозные сосуды матки может произойти только в том случае, если внутриматочное давление превышает давление в межворсинчатом пространстве.

В патогенезе ЭОВ выделяют две фазы.

Анафилактическая реакция на антигены амниотической жидкости с выбросом вазоактивных медиаторов («медиаторный взрыв»), вызывающих бронхоспазм, спазм сосудов легких, право- и левожелудочковую недостаточность с развитием отека легких и шока смешанного генеза (геморрагический, анафилактический, кардиогенный, гиповолемический, бактериальный).

Развитие острой коагулопатии с массивным кровотечением из-за поступления в кровоток тканевого тромбопластина и действия медиаторов.

Клиническая картина

Выделяют несколько форм ЭОВ:

- коллаптоидная;
- геморрагическая;
- судорожная;
- отечная;
- молниеносная.

Основные клинические проявления - боли за грудиной, головная боль, цианоз, одышка, кашель, чувство удушья, артериальная гипотония, тахикардия, страх смерти, озноб, одышка, лихорадка, холодный пот. Присоединяются моторное возбуждение, судороги (клонические, тонические), потеря сознания, кома, симптомы отека легких и сердечной недостаточности.

При попадании в кровоток незначительного количества околоплодных вод клиническая картина бывает стертой. Основные симптомы слабо выражены. Сознание сохранено. Больная может отмечать общую слабость, несильные боли за грудиной. При осмотре кожный покров и слизистые оболочки бледные, обнаруживают некоторое снижение артериального давления, одышку. Начинается маточное кровотечение. Иногда кровотечение из родовых путей бывает единственным симптомом ЭОВ.

Диагностика

Всегда следует помнить об ЭОВ, если у пациентки, находящейся в удовлетворительном состоянии, в родах или после родов развилась сердечно-легочная недостаточность. Диагностика основана на клинической картине и результатах дополнительных методов исследования, таких как ЭКГ (изменения ритма, высоты зубцов), рентгенография грудной клетки (интерстициальный отек, инфаркты), исследование свертывающей системы крови (время свертывания, концентрация фибриногена, активированное частичное тромбопластиновое время, продукты деградации фибрина).

При жизни окончательный диагноз устанавливают только при гистологическом исследовании крови, полученной из центральной вены после установки катетера, мокроты и смыва из трахеи, где обнаруживают

ткани трофобласта. После смерти больной в сосудах легких находят эритроциты плода, клетки трофобласта, элементы околоплодных вод. Выявляют расширение правого желудочка, отек и кровоизлияния в легких.

Лечение

Необходимо немедленно восстановить функции дыхательной (интубация, искусственная вентиляция легких) и сердечно-сосудистой систем и реологические свойства крови, поддерживать кровообращение (адекватное возмещение кровопотери), нормализовать функции жизненно важных органов. Для профилактики осложнений назначают антибактериальную терапию.

Поскольку в основе патогенеза ЭОВ лежит анафилактический шок, главными в лечении являются противошоковые мероприятия. От их эффективности зависит жизнь больной.

Если ЭОВ произошла до рождения ребенка, одновременно проводят быстрое и бережное родоразрешение, предпочтительно через естественные родовые пути. Метод родоразрешения зависит от акушерской ситуации - возможны кесарево сечение, наложение акушерских щипцов, извлечение плода за тазовый конец. При маточном кровотечении производят перевязку или эмболизацию внутренних подвздошных артерий, экстирпацию матки.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите причину возникновения кровотечения в послеродовом периоде?
2. Перечислите тактику остановки кровотечения в послеродовом периоде?
3. Назовите физиологически допустимую кровопотерю в родах?
4. Назовите тактику акушерки при оказании неотложной помощи при кровотечении в послеродовом периоде?
5. Перечислите стадии геморрагического шока?
6. Перечислите симптомы эмболии околоплодными водами?

РАЗДЕЛ 4. УЧАСТИЕ В ПРОВЕДЕНИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИХ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ РОДИЛЬНИЦЕ С ПОСЛЕРОДОВЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Формы первого этапа послеродовой инфекции.

План:

1. Классификация послеродовых инфекций;
2. Нагноение швов промежности;
3. Инфицирование гематомы и послеоперационного шва;
4. Послеродовый эндометрит.

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). Дальнейшее развитие инфекционного процесса непосредственно зависит от вирулентности микрофлоры и массивности инфицирования полости матки, с одной стороны, и состояния защитных сил организма роженицы - с другой. Фактором защиты от распространения бактериальных агентов из полости матки в послеродовом периоде служит формирование в области плацентарной площадки лейкоцитарного вала.

Возбудителями гнойно-воспалительных заболеваний могут быть патогенные и условно-патогенные микроорганизмы. Среди патогенных микроорганизмов наиболее часто встречаются гонококки, хламидии, трихомонады. Аэробы: энтерококки, кишечная палочка, протей, клебсиелла, стрептококки группы В, стафилококки. Часто флора бывает представлена анаэробами (бактероиды, фузобактерии, пептококки, пептострептококки).

Входными воротами инфекции чаще всего служат поверхность плацентарной площадки и повреждения родового канала.

Выделяют следующие пути распространения инфекционного процесса из первичного очага: гематогенный, лимфогенный, по протяжению (интраканаликулярный), периневральный. Следует выделить также сравнительно новый путь инфицирования - интраамниальный, связанный с внедрением в акушерскую практику инвазивных методов исследования (амниоцентез, кордоцентез).

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).

Первый этап.

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).

В настоящее время для повседневной клинической практики рекомендована следующая классификация послеродового эндометрита (Кулаков В.И., Серов В.Н., Гуртовой Б.Л., 2005).

По характеру родоразрешения:

- эндометрит после самопроизвольных родов;
- эндометрит после кесарева сечения.

По клиническому течению:

- легкая форма;
- средней тяжести;
- тяжелая форма.

По особенностям клинических проявлений:

- классическая форма;
- стертая форма.

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.

Стертые формы эндометрита характеризуются следующими особенностями: несоответствие между самочувствием роженицы (как правило, удовлетворительным) и тяжестью заболевания; клинической картиной заболевания и морфологическими изменениями в органах; клинической картиной и данными гематологических исследований. Эндометрит даже в стертой форме может переходить в генерализованный септический процесс.

Эндометрит после кесарева сечения всегда протекает в тяжелой форме с выраженными признаками интоксикации и парезом кишечника, сопровождается сухостью во рту, вздутием кишечника, снижением диуреза. Развитие эндометрита возможно у женщин с обильным кровотечением, потерей жидкости и электролитов при операции.

Диагностика эндометрита основана на клинической симптоматике (важный симптом - тахикардия родильницы), данных лабораторных и инструментальных методов исследования.

Влагалищное исследование. Обнаруживают пастозность и болезненность увеличенной матки, недостаточную инволюцию шейки матки, гнойвидные 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.

Вопросы для самоконтроля:

1. Перечислите классификацию послеродовых инфекций?
2. Назовите основные клинические проявления первого этапа послеродовых инфекций?
3. Назовите классификацию послеродового эндометрита?

Формы второго этапа послеродовой инфекции.

План:

1. Послеродовой сальпингоофрит;
2. Послеродовой параметрит;
3. Послеродовой пельвиоперитонит;

4. Послеродовой тромбофлебит.

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 роженицы резко ухудшается, отмечается тахикардия, повышение температуры тела до 40 °С 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.

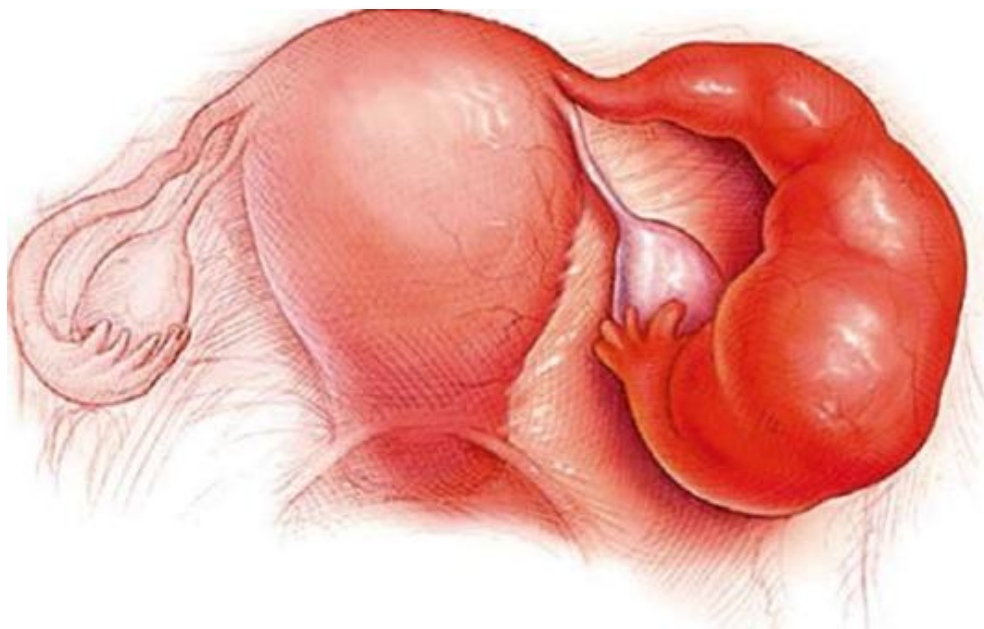


Рис.4.1. Послеродовой сальпингоофорит

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.

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). Вскрытие параметрита может произойти в мочевой пузырь, прямую кишку.

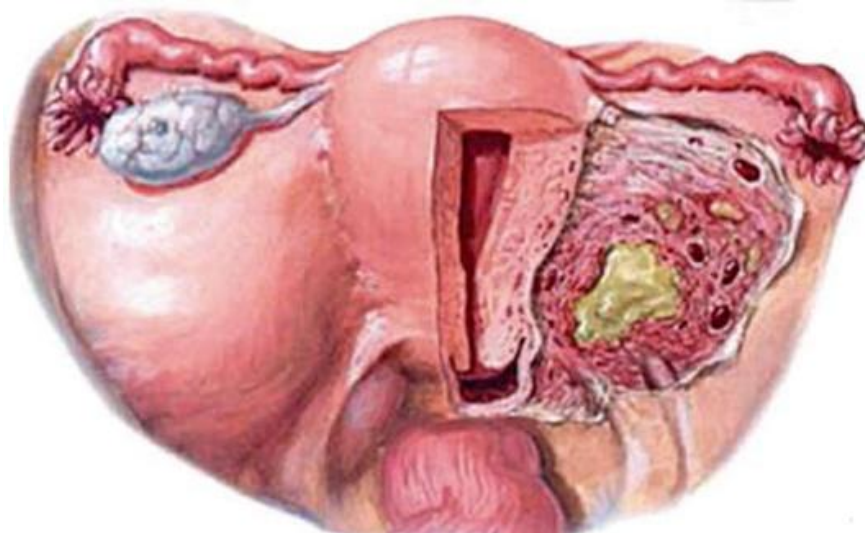


Рис.4.2. Послеродовой параметрит

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.

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. Согласно современным представлениям, в патогенезе тромбообразования ведущую роль играют следующие факторы: нарушение гемодинамики, изменения сосудистой стенки, инфекционный фактор, изменения свертывающей системы крови. Все вышеперечисленные факторы существуют в организме практически здоровой беременной.

Любое хроническое заболевание, изменяющее биохимические и физико-химические свойства крови, может послужить фоном для развития тромбоэмболических заболеваний. Среди экстрагенитальных заболеваний необходимо отметить варикозное расширение вен, ожирение, пороки сердца, анемию, заболевания печени и желчевыводящих путей, гипертоническую болезнь, артериальную гипотонию, миому матки. Увеличивают риск развития тромбоэмболических осложнений повторные роды, длительно текущие гестозы.

Классификация тромбофлебитов основана на локализации.

Внетазовые тромбофлебиты:

- тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей;
- тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей.

Внутритазовые (центральные):

- метротромбофлебит;
- тромбофлебит вен таза.

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 характеризует выраженная местная симптоматика. 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.

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.



Рис.4.3. Тромбофлебит поверхностных вен голени

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.

Вопросы для самоконтроля:

1. Опишите клинические проявления послеродового пельвиоперитонита?
2. Как проводят лечение послеродового сальпингоофрита?
3. Перечислите классификацию тромбофлебита?
4. Назовите клинические проявления послеродового сальпингоофрита?

Формы третьего и четвертого этапов послеродовой инфекции. Генерализированная септическая инфекция.

План:

1. Разлитой послеродовой перитонит;
2. Бактериальный шок;
3. Послеродовой сепсис.

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.

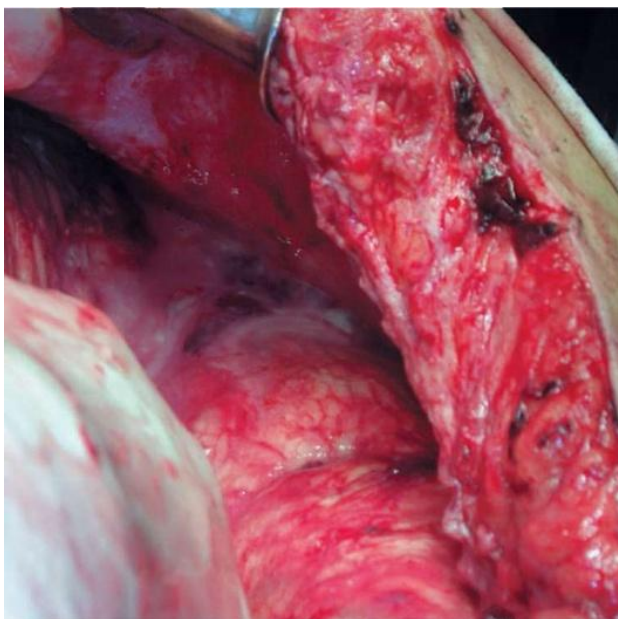


Рис.4.4. Разлитой послеродовой перитонит (лапаротомия)

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.

Септический шок чаще всего осложняет течение гнойно-инфекционных процессов, вызываемых грамотрицательной флорой (кишечной палочкой, протеем, клебсиеллой, синегнойной палочкой). При разрушении этих бактерий выделяется эндотоксин, включающий пусковой механизм развития септического шока. Септический процесс, вызванный грамположительной флорой (энтерококком, стафилококком, стрептококком), реже сопровождается шоком. Активным началом при данном виде инфекции выступает экзотоксин, вырабатываемый живыми микроорганизмами.

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. У беременных, рожениц и родильниц подобные условия возникают нередко.

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.

Почечная недостаточность возникает как вследствие действия токсинов на паренхиму почек, так и в результате длительной артериальной гипотензии и тромбоза, что приводит к дегенерации и некрозу эпителия канальцев с нарушением или полным прекращением клубочковой фильтрации.

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 и др.). 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.

Патогенез. Сепсис – вторичный процесс, протекает молниеносно. Распространение инфекции из первичного очага (эндометрит, мастит, перитонит и др.) возможно гематогенным и лимфогенным путями.

Бактериемия – не обязательный признак септического процесса, наоборот, стерильность посевов крови, даже при повторных исследованиях, не исключает наличие сепсиса. Согласно современным представлениям сепсис развивается не вследствие прогрессирующей инфекции, а в результате генерализованного (системного) воспалительного ответа организма. Основной пусковой агент – липополисахарид-А, универсальный компонент микробного эндотоксина. К прочим конкурирующим субстанциям относят некоторые экзотоксины. Системный воспалительный ответ на микробные эндо- и экзотоксины заключается в выбросе значительного количества медиаторов класса провоспалительных цитокинов.

В зависимости от воспалительного ответа, который связан с вирулентностью и дозой токсина, разворачивается клиническая картина, определяемая степенью полиорганной недостаточности.

Таким образом, 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 родильницы. 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.

Вопросы для самоконтроля:

1. Дайте определение понятию послеродовой сепсис?
2. Назовите клинические проявления разлитого перитонита?
3. Назовите основные принципы лечения третьего и четвертого этапа послеродовой инфекции?
4. Назовите стадии септического шока?

Послеродовой лактационный мастит.

План:

1. Классификация и патогенез лактационных маститов;
2. Серозный и инфильтративный мастит;
3. Инфильтративно-гнойный и абсцедирующий мастит;
4. Флегмозный мастит;
5. Основные компоненты лечения послеродовых инфекционных заболеваний.

Лактационные маститы - воспаление молочной железы, связанное с внедрением в нее различных инфекционных возбудителей.

Этиология. В современных условиях основным возбудителем лактационного мастита выступает золотистый стафилококк, характеризующийся высокой вирулентностью и устойчивостью ко многим антибактериальным препаратам.

Патогенез. Проникновение возбудителя в ткани молочной железы происходит лимфогенным (через трещины сосков) и галактогенным путем

(через молочные ходы). Развитию воспалительного процесса в молочной железе способствует лактостаз, связанный с окклюзией молочных протоков.

Классификация. Лактационные маститы делят на три формы, которые служат и последовательными стадиями острого воспалительного процесса:

- серозный (начинающийся);
- инфильтративный;
- гнойный (инфильтративно-гнойный, абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный).

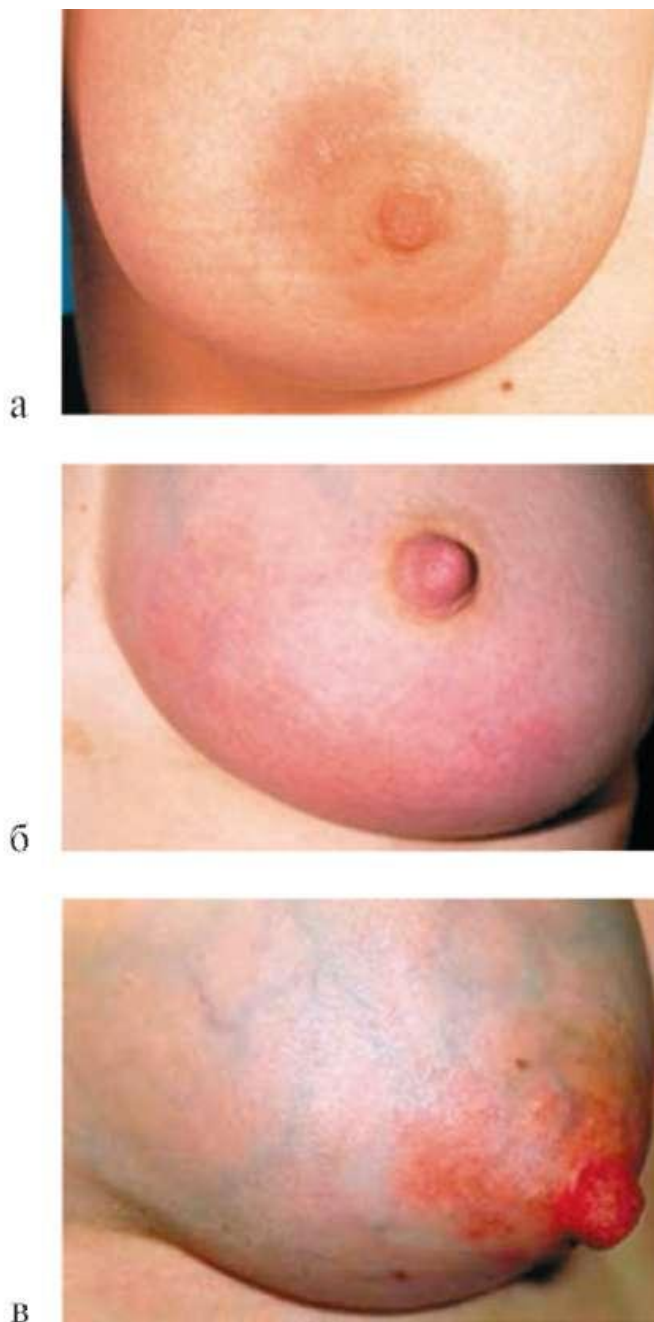


Рис.4.5. Послеродовой мастит: а - серозный; б - инфильтративный; в - гнойный

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.

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 гнойника 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

Основные компоненты лечения послеродовых инфекционных заболеваний

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.

Для *антибактериальной терапии* назначают один или комбинацию двух антибиотиков в максимальных дозах. Интенсивность антибиотикотерапии зависит от клинической формы и тяжести заболевания.

Новорожденный не должен служить препятствием к рациональной этиотропной терапии. В связи с неблагоприятным воздействием на новорожденного противопоказано применение у кормящей родильницы стрептомицина, тетрациклинов, рифампицина, хлорамфеникола. При тяжелом и среднетяжелом течении инфекционных заболеваний ребенка необходимо отлучать от груди на период лечения.

Кроме антибиотиков, при лечении послеродовых инфекционных заболеваний используют и другие группы препаратов (метронидазол, нитрофураны, противовирусные препараты).

Для коррекции иммунодефицита показана иммунотерапия гетерогенным антистафилококковым глобулином, антистафилококковой гипериммунной плазмой, гипериммунным γ -глобулином, лейкинфероном, лизоцимом. Активная иммунотерапия включает введение стимуляторов Т-клеток (препараты экстракта тимуса - тактивин, тималин), стимуляторов В-клеток (В-активин^р, миелопид). 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 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.

Показаны также гипосенсибилизирующая терапия, профилактика гемокоагуляционных нарушений, антигипоксическая терапия (для увеличения кислородной емкости крови, ликвидации гипоксии в очаге воспаления), экстракорпоральная детоксикация (в том числе фильтрация крови через фильтры, задерживающие токсины), симптоматическая терапия (анальгетики, седативные препараты и др.).

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите классификацию лактационных маститов?
2. Опишите клинические проявления флегмозного мастита?
3. Опишите клинические проявления серозного мастита?
4. Перечислите методы лечения послеродовых инфекционных процессов?

РАЗДЕЛ 5. УЧАСТИЕ В ПРОВЕДЕНИИ АКУШЕРСКИХ ОПЕРАЦИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ, В РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ **Акушерские операции во время беременности. Операции по сохранению беременности. Операции искусственного прерывания беременности.**

План:

1. Классификация акушерских операций;
2. Операции, сохраняющие беременность;
3. Операции, прерывающие беременность.

В акушерской практике оперативное лечение применяется довольно широко и решение о хирургическом лечении выносится на основании детального тщательного обследования беременной, роженицы.

Классификация акушерских операций

1. Операции, применяемые во время беременности:

- сохраняющие беременность;
- прерывающие беременность;
- при нарушенной внутриматочной беременности;
- исправляющие неправильное положение плода;

2. Операции, применяемые в родах:

- подготавливающие родовые пути
- родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум – экстракция плода, наружно – внутренний поворот плода, извлечение плода за ножку, плодоразрушающие операции;

3. Операции, применяемые в последовом и раннем послеродовом периоде:

- ручное отделение и выделение последа;
- ручное обследование полости матки;
- перинео – эпизио – трахело – кольпоррафия.

Операции, сохраняющие беременность

Применяются при истмико – цервикальной недостаточности (далее ИЦН) ИЦН - несостоятельность круговой мускулатуры перешейка и круговых мышечных волокон, расположенных вокруг внутреннего зева.

Выделяют органическую и функциональную ИЦН:

- ИЦН органическая – результат абортов, родов крупным плодом, акушерских операций;
- ИЦН функциональная - результат общего и полового инфантилизма, гормональной недостаточности, пороков развития, проявляется во время беременности.

Клиника ИЦН. Прерывание беременности при ИЦН обычно происходит после 13 – 14 недель беременности по типу полного аборта и завершается быстро. При угрожающем и начавшемся выкидыше боли нередко полностью отсутствуют. Первые мало выраженные симптомы появляются лишь при значительном раскрытии цервикального канала и внедрении плодного яйца в его просвет – появляется ощущение тяжести и давления внизу живота, тянущие боли в поясничной области, может быть ощущение «полноты», «комка» во влагалище, частые позывы на

мочеиспускание. Иногда из половых путей появляются слизистые или водянистые выделения.

После появления этих симптомов происходит разрыв плодных оболочек, излитие вод и изгнание плодного яйца, что сопровождается выраженными болевыми ощущениями.

Лечение ИЦН при беременности – хирургическое – наложение на шейку матки циркулярного шва в области внутреннего зева:

А) метод Сенди – иссечение слизистой цервикального канала на 0,5 – 1,0 см от наружного зева, затем передняя и задняя губа шейки матки соединяются между собой отдельными шелковыми или кетгутовыми швами. В области наружного зева образуется рубец, который в родах рассекают скальпелем.

Б) А.И.Любимовой предложена модификация операции Сенди – слизистая цервикального канала соскабливается небольшой кюреткой на 0,5 – 1 см от наружного зева циркулярно. Наружный зев зашивают наружными кетгутовыми швами. Образовавшийся рубец расходитса самостоятельно или раскрывается браншей корнцанга. При деформации шейки матки, глубоких разрывах применяют операцию Сенди.

При пролабировании плодного пузыря применяют операции, сужающие внутренний зев шейки матки по методу:

А) Широкарка - наложение циркулярного шва из нейлона в области внутреннего зева после рассечения слизистой оболочки влагалища.

Б) Макдональд предложил кисетный шов на шейку матки без рассечения слизистой.

В) А.И.Любимова предложила накладывать в области внутреннего зева на шейку матки медную нить в полиэтиленовом чехле, закрепив ее шелковыми швами, наложенными на переднюю и заднюю губу шейки матки. А.И. Любимовой и Мамедалиевой предложен двойной П – образный шов на шейку матки (шелк, лавсан).

Хирургическое лечение ИЦН проводится индивидуально в зависимости от времени возникновения клинических проявлений. Шов снимается в 38 недель или с началом родовой деятельности. После наложения шва назначается постельный режим на 1 – 2 дня. Продолжительность его зависит от степени раскрытия маточного зева, срока беременности, пролабирования плодного пузыря. Для уменьшения давления предлежащей части на нижний маточный сегмент ножной

конец кровати поднимают на 15 – 20 см на 10 – 14 дней. Для снижения тонуса матки назначаются токолитики, ежедневно 2 – 3 раза в день проводится обработка влагалища антисептиками.

Осложнения:

- Амнионит;
- разрыв плодных оболочек;
- прорезывание швов, их рассасывание;
- разрыв шейки матки, кровотечение, отслойка плаценты.

Противопоказания к хирургическому лечению ИЦН:

- воспалительные заболевания половых органов;
- заболевания, состояния, при которых беременность противопоказана (тяжелые заболевания сердечно – сосудистой, дыхательной системы, инфекционные, психические болезни);
- повышенная возбудимость матки, не снимаемая лекарственными препаратами;
- осложнения беременности кровотечением, гестозом.

Обследование больных при ИЦН:

- гистеросальпингография проводится на 18 – 22 день менструального цикла;
- обследование по тестам функциональной диагностики, гормональное исследование.

Операции, прерывающие беременность.

Прерывание беременности производится путем:

- выскабливания полости матки;
- гистеротомии;
- вакуум – аспирации содержимого полости матки;
- введения лекарственных препаратов.

Прерывание беременности производится в медицинском учреждении:

- в ранние сроки до 4 – 6 недель – мини – аборт производится методом – вакуум – аспирации без расширения шейки матки трубкой диаметром 5 – 7 мм в течение 15 – 20 сек. Объем кровопотери 15 – 20 мл;

- до 12 недель - искусственный медицинский аборт. Операция состоит из подготовки шейки матки - расширение шейки с помощью расширителей Гегара, ламинарий, электровибратора, ламицеля и эвакуации содержимого полости матки методом кюретажа и (или) вакуум – экскохлеации (0,6 – 0,8 атм);
- в поздние сроки 13 - 22 недели. Прерывание беременности в поздние сроки производится экстра – и интраамниальным введением жидкости, применением простагландинов, бета – адреноблокаторов, сокращающих, антагонистов прогестерона - мифепристона, амниотомии, гистеротомии.

Показания для прерывания беременности:

- желание женщины;
- медицинские показания и согласие женщины;
- социальные показания и согласие женщины.

Медицинские показания - заболевания, состояния, угрожаемые здоровью женщины. Прерывание беременности по медицинским показаниям производится независимо от срока беременности и по согласию женщины.

Заболевания: туберкулез всех органов в активной форме, вирусный гепатит, сифилис, ВИЧ – инфекция, краснуха или контакт с больным, злокачественные новообразования любой локализации в настоящее время и в прошлом, заболевания эндокринной и др. систем

Беременность прерывается в случае:

- врожденной патологии, установленной методами пренатальной диагностики;
- при риске рождения ребенка с врожденной и наследственной патологией;
- при приеме препаратов, обладающих эмбрио- фетотоксическим действием во время беременности (что подтверждается документально);
- состояние физиологической незрелости;
- несовершеннолетие;
- состояние угасания репродуктивной функции;
- возраст женщины 40 лет и старше;

При наличии заболевания, неуказанного в перечне, представляющего угрозу жизни, здоровью, вопрос о прерывании беременности решается индивидуально комиссией. Для решения вопроса

о прерывании беременности создается комиссия в составе руководителя ЛПУ, акушера - гинеколога и соответствующего специалиста.

Беременная обследуется как для обычной плановой операции: общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови, гемостазиограмма, кровь на сифилис, гепатиты, ВИЧ – инфекцию, ЭКГ, заключении терапевта и соответствующего специалиста, флюорография, бактериоскопия влагалищного мазка, из уретры, шеечного канала, УЗИ плода. Операция по прерыванию беременности производится под адекватным обезболиванием.

Прерывание беременности по социальным показаниям.

Социальные показания для прерывания беременности определены и утверждены Постановлением Правительства РФ от 11.08.03, приказом МЗ РФ № 485:

- решение суда о лишении или ограничении родительских прав;
- беременность в результате изнасилования;
- пребывание женщины в местах лишения свободы;
- наличие инвалидности 1 - 11 группы у мужа или смерть мужа во время беременности.

Прерывание беременности по социальным показаниям производится в сроке до 22 – х недель по желанию женщины. Разрешение на прерывание беременности дается комиссией в составе руководителя ЛПУ, акушера - гинеколога (заключение о сроке беременности), юриста, специалиста по социальной работе и при наличии показаний, утвержденных Постановлением Правительства.

Противопоказания к прерыванию беременности:

- воспалительные заболевания женских половых органов;
- воспалительные заболевания любой этиологии;
- острые инфекционные заболевания.

Осложнения:

- кровотечение;
- воспалительные заболевания;
- нарушение менструального цикла;
- бесплодие;
- перфорация половых органов, ранение органов брюшной полости.

Реабилитация: диспансерное наблюдение в течение 2 – 3 месяцев и использование контрацепции в течении 6 месяцев.

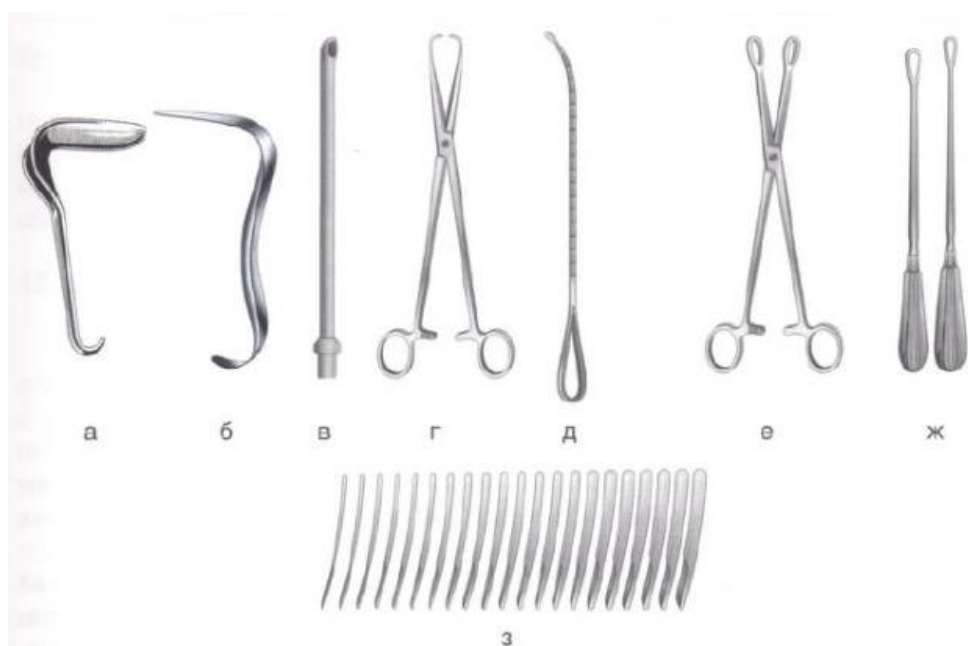


Рис. 13.12. Набор инструментов для операции хирургического аборта: а — зеркало Симса; б — подъемник; в — наконечник вакуум-экскохлеатора (вакуум-кюретка); г — пулевые щипцы; д — маточный зонд; е — абортанг; ж — кюретки; з — расширители Гегара

Рис.5.1. Набор инструментов для выскабливания

Вопросы для самоконтроля:

1. Классифицируйте акушерские операции?
2. Дайте определение понятию ИЦН?
3. Какие хирургические методы лечения ИЦН существуют?
4. Назовите социальные показания для прерывания беременности?
5. Перечислите инструменты для выскабливания полости матки.

Акушерские операции в родах, послеродовом периоде. Операции по исправлению положения плода в родах.

План:

1. Наружновнутренний поворот плода на ножку;
2. Амниотомия;
3. Акушерские щипцы;
4. Вакуум-экстракция плода;
5. Перенеотомия и эпизиотомия промежности в родах.

Акушерский поворот – операция, исправляющая невыгодное положение плода на более благоприятное с акушерской точки зрения, но всегда продольное.

Классический комбинированный (наружновнутренний) поворот плода на ножку предполагает действие двух рук, из которых одна вводится в полость матки, вторая способствует повороту снаружи.

Классический поворот плода на ножку с последующим извлечением жизнеспособного плода производится крайне редко, даже когда это второй плод из двойни. Технически поворот второго плода при двойне несложен, так как матка при двойне растянута, родовые пути подготовлены рождением первого плода. В настоящее время в связи с возможной травматичностью этой операции чаще прибегают к кесареву сечению для извлечения второго плода. Тем не менее поворот на ножку второго плода при двойне допустим, особенно у повторнородящих. Иногда для ускоренного родоразрешения приходится прибегать к повороту на ножку мертвого или нежизнеспособного плода, что вполне оправдано.

Показанием является косое или поперечное положение 2-го плода при двойне.

Условия: полное раскрытие маточного зева; подвижность плода в матке (плодный пузырь либо цел, либо только что произошло его вскрытие); соответствие размеров плода и таза матери.

Противопоказания к классическому повороту плода на ножку: потеря подвижности плода вследствие излития околоплодных вод - запущенное поперечное положение плода; рубцовые изменения на матке; несоразмерность родовых путей и головки.

Операцию поворота плода на ножку производят только под общим обезболиванием, который обеспечивает расслабление мышц матки и передней брюшной стенки.

Перед операцией нужно иметь четкое представление о членорасположении плода, которое можно получить при наружном акушерском обследовании, а более точно - при УЗИ.

Техника операции. При выполнении классического поворота на ножку различают три этапа: выбор руки и ее введение в полость матки; нахождение и захват ножки; собственно поворот.

Первый этап. Чаще в полость матки вводят правую руку, хотя существует правило, по которому рука выбирается соответственно позиции: при первой - левая, при второй - правая. Пальцы руки вытянуты и соединены

друг с другом - "рука акушера". Одной рукой раздвигают малые половые губы, а вторую вводят сначала во влагалище, надавливая на промежность, а затем в матку. Руку вводят в прямом размере таза. После введения в матку руки вторую располагают снаружи в области дна матки с целью приближения тазового конца ко входу в таз. Если плодный пузырь цел, то его вскрывают рукой.

Второй этап заключается в выборе и нахождении ножки. Для того, чтобы после поворота образовался передний вид, необходимо при переднем виде (спинка кпереди) захватить нижележащую ножку, при заднем (спинка кзади) - вышележащую.

Для отыскания ножек существует короткий и длинный путь. При коротком рукой, введенной в матку, сразу же стараются подойти к месту предполагаемого расположения ножки, помогая себе наружной рукой, которая приближает к внутренней тазовый конец плода. При длинном пути рука акушера доходит до боковой поверхности плода и, скользя, двигается до бедра и голени. Обнаружению ножки способствует ультразвуковой контроль. Иногда приходится различать ручку от ножки. Кисть отличается от стопы более длинными пальцами и отстоящим большим пальцем. Иногда вместо ножки из половых путей выпадает ручка. В этих случаях на ручку нужно надеть марлевую петлю и отвести ее в сторону. Заправлять ручку в матку не следует.

После нахождения ножки ее лучше захватить всей кистью за голень или двумя пальцами за голеностопный сустав. Первый способ более щадящий для плода (профилактика перелома) и удобен для акушера.

Третий этап предусматривает поворот плода за ножку внутренней рукой и отведением головки к дну матки наружной. Поворот считается законченным после появления из половой щели подколенной ямки.

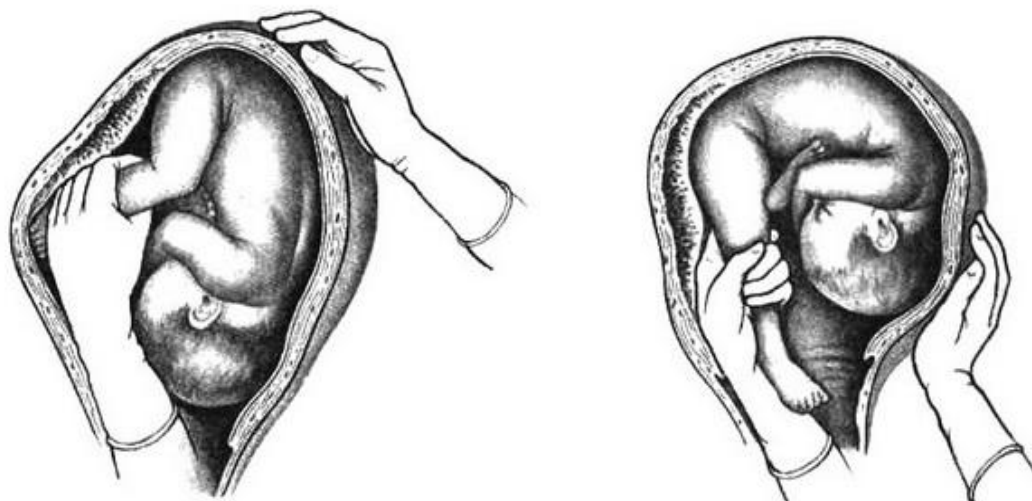


Рис.5.2. Наружно-внутренний поворот плода за ножку

Если плод жив, то следует приступить к его извлечению. После родов обязательно ручное обследование матки, так как не исключен ее разрыв. При мертвом или нежизнеспособном плоде роды могут проходить естественным путем. Операция поворота плода на ножку травматична как для матери (разрывы мягких родовых путей), так и для плода (гипоксия, внутричерепная травма, травма шейного отдела позвоночника).

Операции, подготавливающие родовые пути к родам

Амниотомия. Основные показания для амниотомии (искусственного разрыва оболочек плодного пузыря) во время беременности:

- необходимость родовозбуждения;
- чрезмерное перерастяжение матки при многоводии.

Показания к разрыву оболочек плодного пузыря во время родов:

- многоводие;
- плотные плодные оболочки, которые не вскрываются при полном раскрытии шейки матки;
- краевое предлежание плаценты, не сопровождающееся кровотечением.

Условия в зависимости от показаний: шеечный канал пропускает 1-2 пальца; или почти полное раскрытие шейки матки.

Плодный пузырь вскрывают либо пальцем, либо, что более бережно, браншей пулевых щипцов. При использовании бранши пулевых щипцов необходимо два пальца правой руки ввести во влагалище и подвести острый крючок к плодным оболочкам, а затем рассечь их под контролем пальцев. Во время излития околоплодных вод руки акушера должны оставаться во влагалище с целью контроля за возможным выпадением пуповины или мелких частей плода (ручки, ножки).

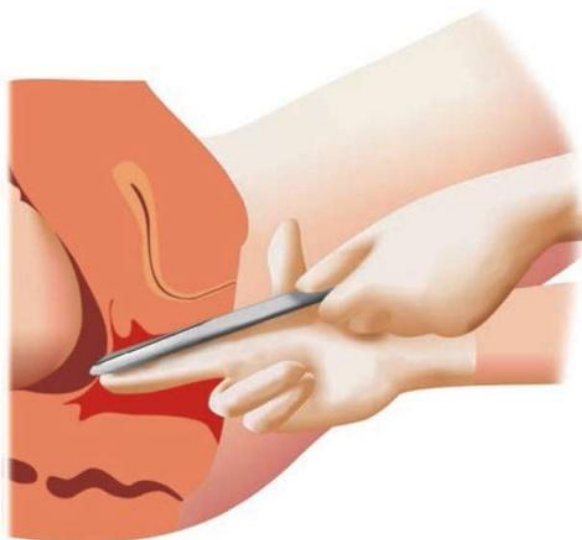
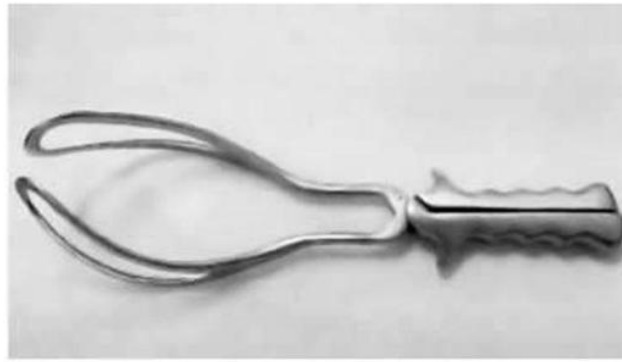


Рис.5.3. Амниотомия

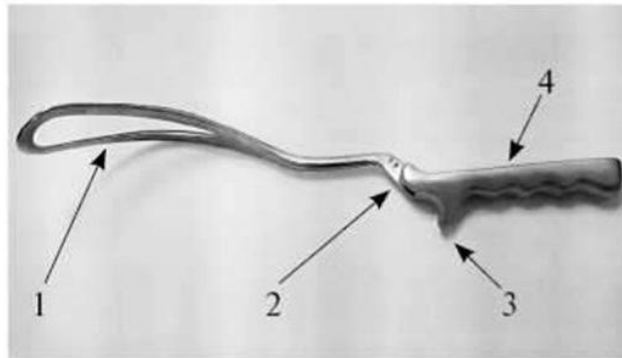
Желательно, чтобы пациентка лежала на гинекологическом кресле, но можно провести эту манипуляцию в постели, в положении женщины на спине с приподнятым тазом и согнутыми в коленях ногами.

Акушерские щипцы. Акушерские щипцы предназначены для извлечения живого доношенного или почти доношенного плода за головку при необходимости срочно закончить второй период родов.

Акушерские щипцы состоят из двух половин, называемых ветвями. Одна ветвь, которую захватывают левой рукой, предназначена для введения в левую половину таза - она называется левой ветвью; вторая ветвь называется правой. В каждой ветви различают ложку, замок и рукоятку. Щипцы имеют длину 35 см и массу около 500 г.



А



Б

Рис.5.4. Акушерские щипцы. 1-ложка, 2-замок, 3-крючок Буша, 4-рукоятка.

Ложка представляет собой пластину, имеющую посередине широкий вырез и закругленные ребра. Ложки изогнуты соответственно кривизне головки. Внутренние поверхности ложек в сомкнутых щипцах плотно прилегают к головке плода вследствие имеющейся кривизны. Вогнутая изнутри (и выгнутая снаружи) кривизна ложек называется головной кривизной. Наибольшее расстояние между внутренними поверхностями сложенных ложек равно 8 см, а между верхушками сложенных ложек - 2,5 см. Ребра ложек также изогнуты в виде дуги, причем верхнее ребро вогнуто, а нижнее выгнуто. Эта вторая кривизна ложек называется тазовой, так как соответствует форме крестцовой впадины.

Замок служит для соединения ветвей. Замок в щипцах Симпсона-Феноменова весьма прост: на левой ветви имеется выемка, в которую вставляется правая ветвь, и ветви перекрещиваются.

Подвижный замок позволяет расположить ложки на головке в любой плоскости таза и предотвратить чрезмерное сжатие головки.

Рукоятки щипцов прямолинейные, их внутренняя поверхность ровная, плоская, а наружная ребристая, волнообразная, что предупреждает

скольжение рук хирурга. На наружной поверхности рукояток близ замка имеются боковые крючки Буша, предназначенные для опоры пальцев при извлечении плода.

В зависимости от высоты стояния головки по отношению к плоскостям таза различают щипцы выходные и полостные.

Выходными называются щипцы, накладываемые на головку, стоящую большим сегментом в выходе таза, стреловидным швом в прямом размере выхода из таза; при этом головка видна в половой щели.

Полостными (типичными) называются щипцы, накладываемые на головку, находящуюся большим сегментом в узкой части полости таза, когда стреловидный шов находится в прямом или почти в прямом, реже в поперечном (низкое поперечное стояние головки) размере таза.

Полостные (атипичные) щипцы при головке, находящейся большим сегментом в широкой части полости малого таза, в настоящее время применяются крайне редко, так как они весьма травматичны для плода и матери. В этих условиях лучше произвести кесарево сечение.

Показания к наложению щипцов могут быть как со стороны матери, так и со стороны плода. Показания со стороны матери:

- тяжелые заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем; почек, органов зрения и др.;
- тяжелый гестоз, эклампсия;
- миопия высокой степени;
- слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной терапии.

Показания со стороны плода:

- острая гипоксия;
- выпадение петель пуповины в конце второго периода родов;
- преждевременная отслойка плаценты, произошедшая в конце периода изгнания.

Условия наложения щипцов:

- живой плод;
- полное раскрытие маточного зева. В случае неполного открытия зева возможен захват шейки щипцами, при этом часто происходит разрыв шейки, который может перейти на нижний сегмент матки;

- отсутствие плодного пузыря. Влечение за оболочки может вызвать преждевременную отслойку плаценты;
- не должно быть выраженного недонашивания, головка должна иметь нормальную плотность (в противном случае щипцы с головки во время влечения могут соскользнуть);
- головка должна находиться в узкой части полости малого таза стреловидным швом в прямом или почти в прямом размере таза;
- опорожненный мочевой пузырь.

Противопоказания к наложению акушерских щипцов:

- мертвый плод;
- неполное раскрытие маточного зева;
- гидроцефалия, анэнцефалия;
- глубоко недоношенный плод;
- высокое расположение головки плода (головка прижата, большим сегментом во входе в таз, в широкой части полости малого таза);
- угрожающий или начинающийся разрыв матки.

Подготовка к операции. Роженицу укладывают в положение для влагалищных операций (ноги согнуты в коленных и тазобедренных суставах и разведены). Перед операцией производят катетеризацию мочевого пузыря и обработку наружных половых органов 1% раствором йодоната, октинисептом, октенидермом и др. На ноги роженице надевают стерильные бахилы, наружные половые органы покрывают стерильным бельем, оставляя свободным вход во влагалище.

При наложении щипцов применяют внутривенное, реже ингаляционное общее обезболивание. Если используется эпидуральная анестезия в родах, то ее можно продолжить.

Техника операции. При наложении щипцов следует руководствоваться следующими правилами (тройное правило).

Первое правило. Первой вводят левую ложку левой рукой в левую половину таза (матери) под контролем правой руки; правую ложку вводят правой рукой в правую сторону таза под контролем левой руки.

Второе правило. Верхушки ложек должны быть обращены в сторону проводной оси таза; щипцы должны захватить головку вдоль большого косога размера и бипариетально, чтобы проводная точка головки находилась в середине ложек щипцов.

Третье правило. Направление тракций соответствует проводной линии таза. При этом направление определяется по отношению к стоящей женщине: вниз - означает к почкам, кпереди - к животу, кзади - в сторону спинки.

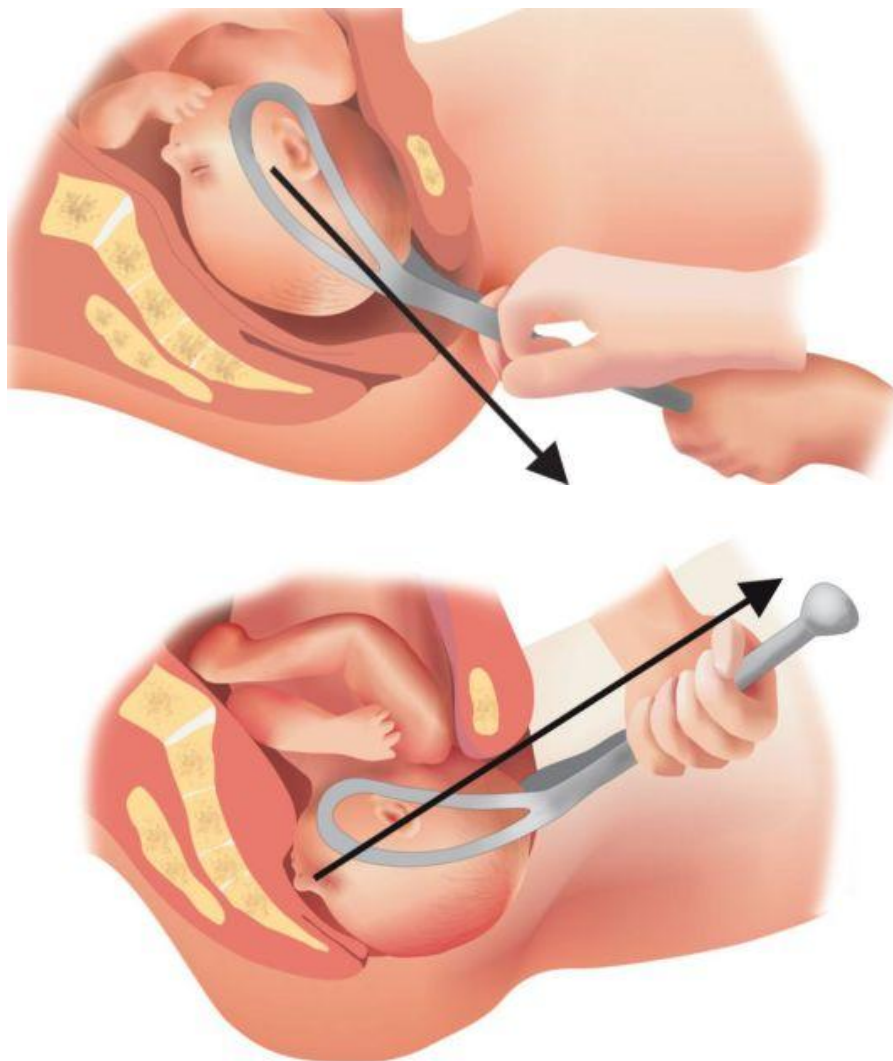


Рис.5.5. Третий момент наложения акушерских щипцов

Наложение акушерских щипцов складывается из четырех моментов:

- введение и размещение ложек;
- замыкание щипцов и пробная тракция;
- тракции или влечение (извлечение) головки;
- снятие щипцов.

Вакуум-экстракция плода извлечение живого плода во время родов с помощью вакуум-экстрактора, чашечка которого присасывается к предлежащей части плода (головке) в результате разрежения воздуха - создание вакуума.

Показания к вакуум-экстракции плода:

- слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной терапии;
- низкое поперечное стояние стреловидного шва;
- начавшаяся острая гипоксия плода.

Условия для наложения вакуум-экстрактора:

- живой плод;
- полное раскрытие маточного зева;
- отсутствие плодного пузыря;
- нахождение головки плода в широкой, при переходе из широкой в узкую часть полости малого таза или в узкой части его.

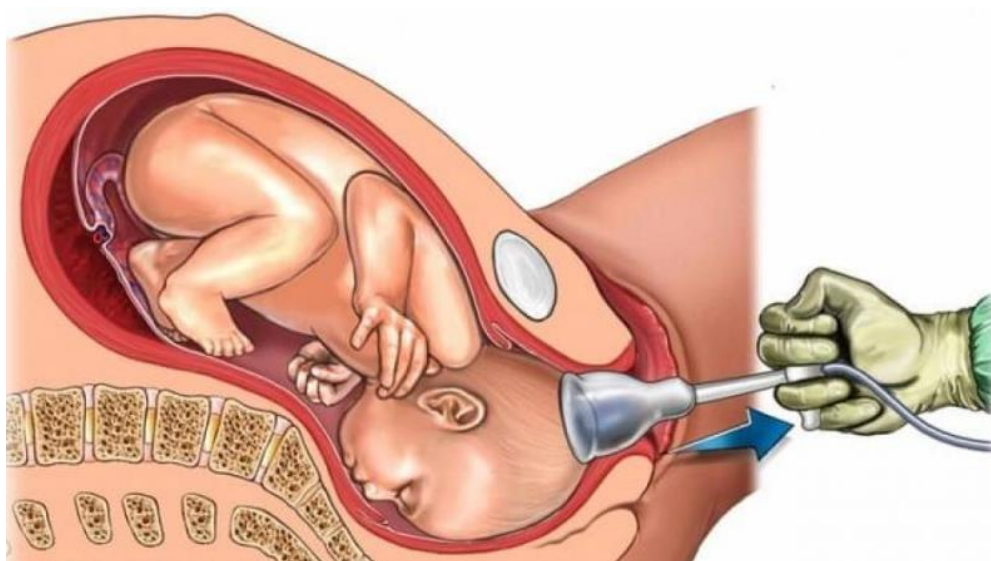


Рис.5.6. Вакуум-экстракция плода

Противопоказания к наложению вакуум-экстрактора:

- мертвый плод;
- неполное раскрытие маточного зева;
- гидроцефалия, анэнцефалия;
- разгибательные предлежания головки плода;
- глубоко недоношенный плод;
- высокое расположение головки (прижата, находится малым или большим сегментом во входе в таз);
- заболевания матери, требующие исключения потуг (гестоз, преэклампсия, эклампсия, гипертоническая болезнь, пороки сердца с явлениями декомпенсации и др.).

Подготовка к операции обычная, как для влагалищных операций. Мочевой пузырь опорожняют с помощью эластичного катетера. Ингаляционное и внутривенное обезболивание противопоказано, так как при

экстракции плода роженица должна тужиться. Показана двусторонняя новокаиновая анестезия срамных нервов, особенно у первородящих, что также способствует расслаблению мышц промежности. Непосредственно перед операцией производят влагалищное исследование для выяснения акушерской ситуации.

Техника вакуум-экстракции плода.левой рукой раздвигают малые половые губы, чашечку боковой поверхностью (плотная) или в сложенном виде (мягкая) правой рукой сначала вводят во влагалище. Затем чашечку размещают на головке, в области ведущей точки (при затылочном предлежании малого родничка). Включают электронасос или механическим путем создают разрежение (500-550 мм рт. ст.), после чего приступают к тракциям, которые соответствуют потугам. Во время паузы тракции не осуществляются. Направление тракций соответствует форме родового канала. Если головка располагается в широкой части полости малого таза, то сначала тракции проводят косо назад, затем вниз (на себя) и после того, как подзатылочная ямка подойдет под лоно, - вперед. После прорезывания головки отрицательное давление ликвидируется, чашечки снимаются, и головка выводится из половой щели - рождается.

Перинеотомия, эпизиотомия - искусственное расширение вульварного кольца острым путем.

Перинеотомия - рассечение промежности в родах, производится по направлению от задней спайки промежности в сторону ануса. При таком разрезе разделяются между собой правая и левая ножки мышцы, поднимающей задний проход, поверхностные мышцы промежности (луковично - пещеристая), кожа.

Эпизиотомия - рассечение промежности в сторону седалищного бугра на 2 см выше задней спайки. При этом рассекаются ножки леватора с одной стороны.

Разрез промежности производится острыми тупоконечными ножницами длиной не менее 2 - х см, когда промежность достаточно растянута.



Рис.5.7.Рассечение промежности в родах. 1 - перинеотомия (срединная эпизиотомия); 2 - срединно-латеральная эпизиотомия; 3 - латеральная эпизиотомия

Показания:

- угроза разрыва промежности;
- оперативные роды (наложение акушерских щипцов, экстракция плода за тазовый конец);
- преждевременные роды (профилактика травматизма плода);
- высокая ригидная промежность.

Вопросы для самоконтроля:

1. Перечислит показания для выполнения акушерского поворота плода на ножку?
2. Перечислите условия для выполнения амниотомии?
3. С какой целью проводится эпизиотомия в родах?
4. Перечислите показания для наложения акушерских щипцов?
5. Назовите основные моменты при наложении акушерских щипцов?

Операции в последовом и послеродовом периоде

План:

1. Ручное отделение и выделение последа;
2. Контрольное ручное обследование матки.

Ручное отделение плаценты - операция, при которой рукой, введенной в полость матки, производят насильственное отделение плаценты от стенки матки с последующим выделением последа.



Рис.5.8. Ручное отделение плаценты и выделение последа

Показания:

- кровотечение в третьем периоде родов вследствие аномалии прикрепления плаценты;
- отсутствие признаков отделения плаценты и кровотечения в течение 30 мин после рождения плода;
- задержка последа или его частей в матке.

Подготовка к операции, положение роженицы на операционном кресле такие же, как и при других акушерских операциях. Операцию производят в асептических условиях, желательно с использованием полиэтиленового рукава Окинчица или длинной перчатки.

Обезболивание - внутривенный или ингаляционный наркоз.

Техника операции.левой рукой широко разводят половые губы, после чего во влагалище вводят конусообразно сложенную кисть правой руки. Левую руку кладут на дно матки. Внутренняя рука по пуповине проникает в полость матки, доходит до места прикрепления пуповины к плаценте и продвигается по плодовой поверхности к краю плаценты. Затем пилообразными движениями бережно отслаивают плаценту от ее площадки до полного отделения. Эту манипуляцию производят вытянутыми, плотно

прилегающими друг к другу пальцами, ладонные поверхности которых обращены к плаценте, а тыльные - к плацентарной площадке. Действия внутренней руки контролируют наружной рукой, оказывающей умеренное давление снаружи на тот отдел матки, где производят отделение плаценты. После полного отделения плаценты помощник потягиванием за пуповину выводит послед из родового канала, внутренняя рука способствует его выделению.

После удаления последа рукой, остающейся в полости матки, тщательно проверяют стенки матки. Руку выводят из матки только после осмотра последа ассистентом.

Повторное вхождение в полость матки не рекомендовано, так как оно повышает риск инфицирования.

При истинном врастании ворсин хориона в миометрий ручное отделение плаценты невозможно, кровотечение усиливается. В таких случаях сразу прекращают дальнейшие манипуляции, женщину переводят в большую операционную, производят лапаротомию.

Ручное обследование стенок полости матки - операция, при которой рукой, введенной в полость матки, проверяют состояние ее стенок («чистоту», целостность) и удаляют содержимое полости (сгустки крови, дольки плаценты, околоплодные оболочки).



Рис.5.9. Ручное обследование стенок полости матки. Наружновнутренний массаж матки на кулаке

Показания: сомнения в целостности плаценты, сомнения в целостности стенок матки после родоразрешающих и плодоразрушающих операций, при рубце на матке и гипотоническом кровотечении.

Подготовка к операции и условия проведения операции те же.

Обезболивание: внутривенный или ингаляционный наркоз.

Техника операции.левой рукой раздвигают половые губы, кисть правой руки, сложенную в виде конуса, вводят во влагалище, а затем - в полость матки. Левая рука снаружи через переднюю брюшную стенку фиксирует матку. Внутренней рукой последовательно обследуют стенки матки и дно матки на всем протяжении, чтобы обнаружить остатки плацентарной ткани или нарушение целостности матки. Обнаруженные обрывки плаценты и оболочек удаляют. В случае обнаружения разрыва матки немедленно приступают к чревосечению.

Ведение родильниц после ручного вхождения в полость матки заключается в проведении комплексной профилактики инфекционных осложнений в послеродовом периоде.

Бимануальная компрессия матки - операция, при которой тело матки сжимают в переднезаднем направлении между рукой, введенной во влагалище, и рукой, расположенной на передней брюшной стенке.

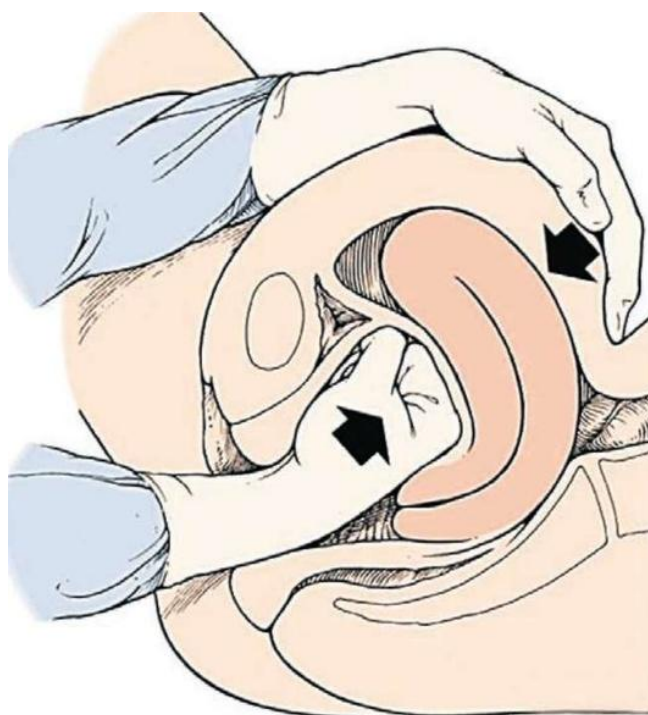


Рис.5.10. Бимануальная компрессия матки

Показания: гипотоническое кровотечение (консервативный этап лечения).

Подготовка к операции и условия проведения операции те же. Обезболивание не требуется.

Техника операции. Кисть «внутренней» руки, сложенную в виде конуса, вводят во влагалище, сжимают ее в кулак, который размещают в переднем своде влагалища. «Наружной» рукой через переднюю брюшную стенку тело матки переводят в положение *ante flexio* (дно матки приближают

к лону). Этой же рукой через переднюю брюшную стенку надавливают на заднюю стенку матки по направлению к «внутренней» руке, введенной во влагалище, создавая компрессию тела матки. Компрессию продолжают до тех пор, пока кровотечение не остановится, и матка не начнет сокращаться.

Вопросы для самоконтроля:

1. Перечислите показания к ручному отделению последа;
2. Назовите подготовку к выполнению бимануальной компрессии?
3. Требуется ли обезболивание при выполнении ручного обследования полости матки?
4. Назовите технику выполнения ручного отделения последа от стенки матки.

Плодоразрушающие операции. Родоразрешающие операции.

План:

1. Краниотомия;
2. Краниоклазия;
3. Эмбриотомия;
4. Осложнения плодоразрушающих операций.

Плодоразрушающая операция - операция, производимая с целью разрушить части плода, уменьшить его объем и сделать возможным его извлечение через естественные родовые пути.

Классификация. Плодоразрушающие операции разделяют на следующие группы.

- *Операции, уменьшающие объем тела плода.* При выполнении этих операций те или иные полости тела освобождают от содержащихся в них органов: при краниотомии удаляют вещество мозга, при экзентерации - органы брюшной или грудной полости.
- *Операции, расчленяющие тело плода для извлечения его по частям.* К этой группе операций относят декапитацию и рахиотомию (спондилотомию).
- *Операции, наносящие плоду исправимые повреждения:* клейдотомия или перелом ключицы тупым путем, пункция головки плода при гидроцефалии, переломы конечностей.

К типичным плодоразрушающим операциям относят краниотомию, краниоклазию, декапитацию и клейдотомию.

Краниотомия

Краниотомия - операция нарушения целостности черепа плода. Она состоит из перфорации головки и удаления из нее головного мозга.

Для выполнения краниотомии необходимы следующие инструменты: влагалищное зеркало (2 шт.) с подъемниками (2 шт.), корнцанги (2 шт.), щипцы Мюзо или пулевые щипцы (2 шт.), ножницы Феноменова (1 шт.), перфоратор (копьевидный Бло или трепановидный Феноменова), ложка или кюретка для удаления мозга, краниокласт Брауна.



Рис.5.11. Перфораторы: а - Феноменова; б - Бло

Показания:

- угрожающий разрыв матки;
- ущемление мягких тканей родового канала (угроза свища);
- невозможность извлечь последующую головку при родах в тазовом предлежании;
- тяжелое состояние роженицы, требующее немедленного родоразрешения или ускорения родов.

Условия проведения операции:

- смерть плода;
- состояние родовых путей, допускающее рождение через них уменьшенного в объеме плода;
- открытие маточного зева не менее чем на 6 см;
- отсутствие плодного пузыря;
- плотная фиксация головки.

Подготовка к операции. Положение роженицы и ее подготовка такие же, как и при других влагалищных операциях.

Обезболивание. Глубокий наркоз необходим не только для обезболивания, но и для расслабления брюшной стенки и матки.

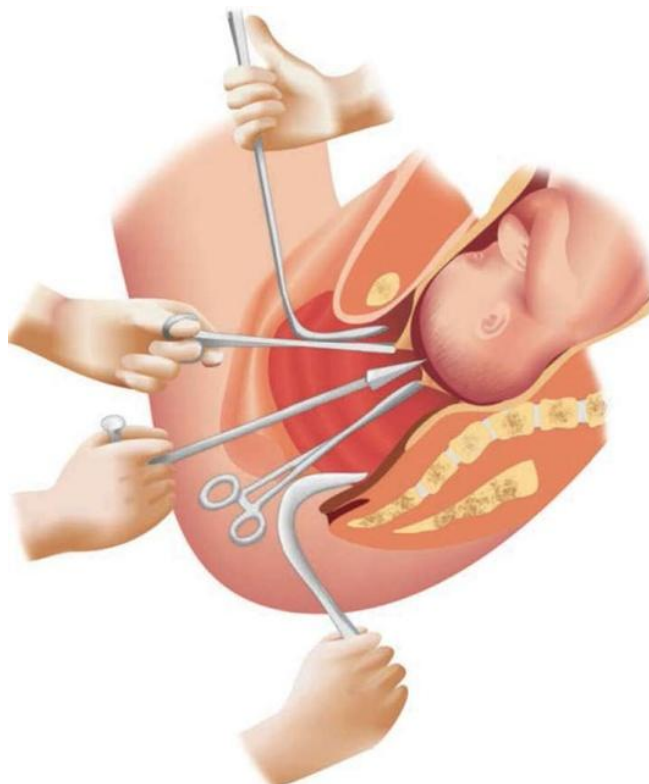


Рис.5.12. Перфорация предлежащей головки под контролем зрения



Рис.5.13. Перфорация предлежащей головки под контролем руки

Перфорация последующей головки - операция, которую производят при родах мертвым плодом в тазовом предлежании и неблагоприятных пространственных соотношениях между размерами головки и тазом матери.

Показания: клинически узкий таз, анатомическое сужение таза, гидроцефалия плода, фиксированное разогнутое вставление головки во вход малого таза.

Условия: мертвый плод, отсутствие абсолютного сужения таза, раскрытие маточного зева не менее 6 см, отсутствие плодного пузыря.

При перфорации последующей головки, как и при краниотомии плода в головном предлежании, важным фактором успешного выполнения операции служит надежная фиксация головки. Такой фиксации можно достичь, если один ассистент оттягивает плод за ножки книзу и кзади, а второй ассистент надавливает на головку через переднюю брюшную стенку.

Подготовка к операции. Положение роженицы и ее подготовка такие же, как и при других влагалищных операциях.

Обезболивание. Глубокий наркоз необходим не только для обезболивания, но и для расслабления брюшной стенки и матки.

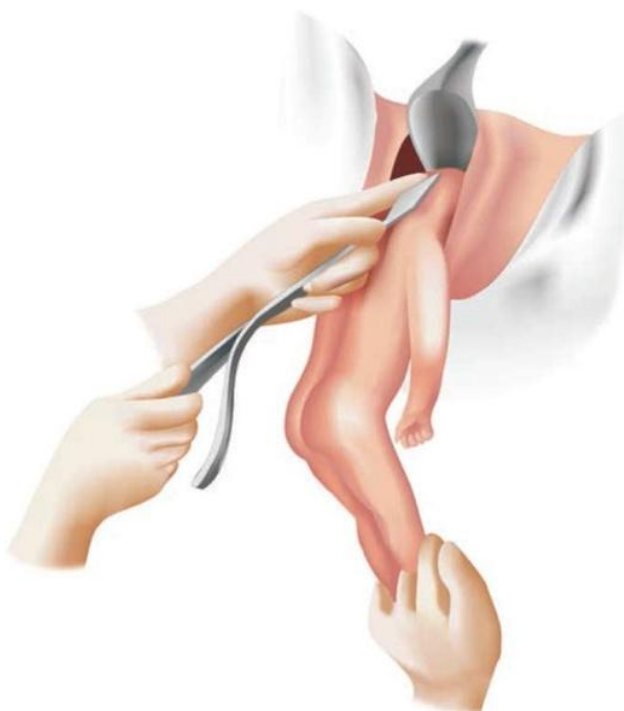


Рис.5.14. Перфорация предлежащей головки под контролем руки
Краниоклазия

Краниоклазией называют операцию извлечения перфорированной и уменьшенной в объеме головки плода с помощью специального инструмента – краниокласта.

Краниокласт устроен по принципу акушерских щипцов и состоит из двух перекрещивающихся и замыкающихся в центре ветвей. Ложки ветвей имеют изгиб, соответствующий головной кривизне. Одна из ложек сплошная

и имеет неровности на выпуклой поверхности. Она предназначена для введения в полость черепа. Другая ложка, окончатая, предназначена для обхвата головки снаружи. Рукоятки снабжены крючками Буша и прочным сжимающим аппаратом - винтогаечным запором.

Показания к операции, подготовка роженицы и ее положение на операционном столе те же, что и при операции краниотомии.

Условия проведения операции - полное или почти полное открытие маточного зева; остальные условия те же, что при краниотомии.

Обезболивание - глубокий наркоз.

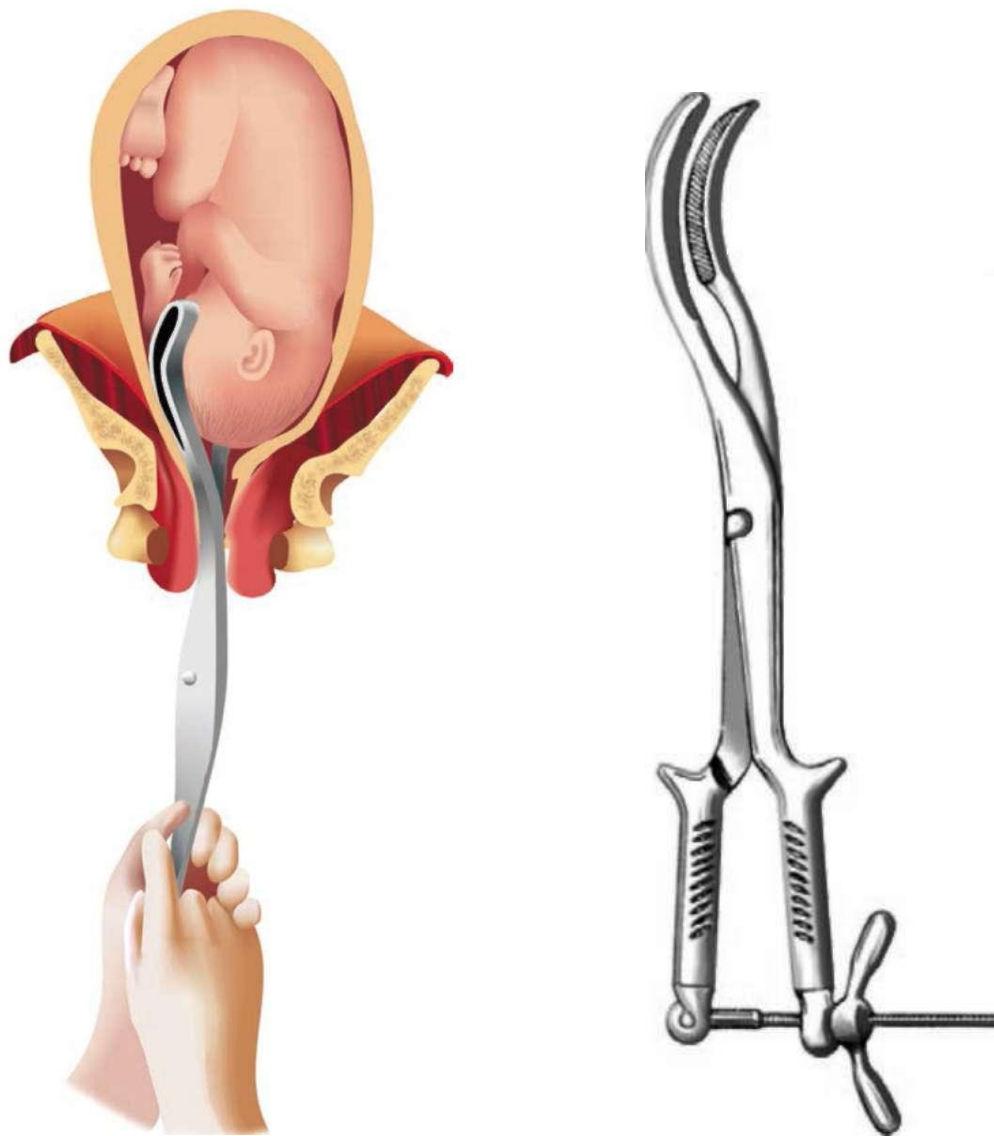


Рис.5.15. Краниоклазия, Краниокласт
Эмбриотомия

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;
- экзентерацию (эвисцерация, эвентерация);
- спондилотомию;
- клейдотомию.

Декапитация - обезглавливание плода с последующим поочередным извлечением его туловища и головки.

Показание к операции - запущенное поперечное положение плода и мертвый плод. Условия:

- мертвый плод;
- полное или почти полное открытие маточного зева;
- отсутствие плодного пузыря;
- доступность шеи плода для исследующей руки;
- состояние родовых путей, допускающее рождение через них уменьшенного в объеме плода (истинная конъюгата не менее 6 см, отсутствие во влагалище резко суживающих его рубцов).

Подготовка роженицы и ее положение на операционном столе такие же, как и при других влагалищных операциях. Декапитацию производят *декапитационным крючком Брауна*.

Он состоит из массивного металлического стержня, согнутого на одном конце под острым углом в виде крючка с пуговчатым утолщением. Второй конец служит рукояткой и имеет вид массивной перекладки. Обезболивание - глубокий наркоз.

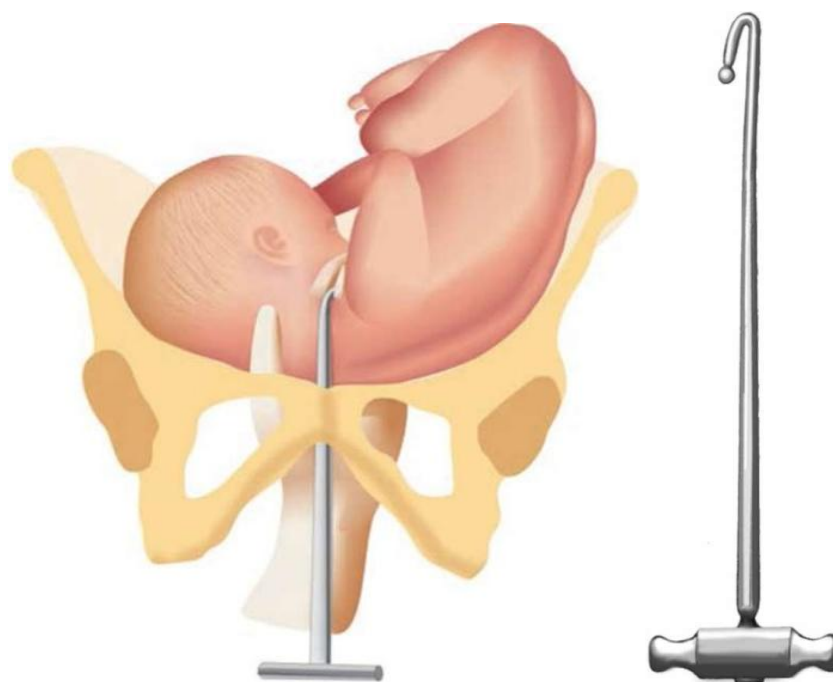


Рис.5.16. Декапитация (размещение декапитационного крючка на шее плода);
Декапитационный крючок.

Клейдотомия - операция рассечения ключицы плода.

Показания. Операцию производят на мертвом плоде в тех случаях, когда после рождения головки плечевой пояс вследствие больших размеров задерживается в родовом канале (дистоция плечиков). Такое осложнение чаще всего происходит при крупном плоде. Клейдотомию производят острым путем (ножницами) на мертвом плоде и тупым (пальцем) - на живом.

Техника операции разработана Н.Н. Феноменовым. Под контролем четырех пальцев левой руки врач проникает кончиком крепких ножниц с закругленными концами к той ключице, которая расположена ближе, и одним-двумя ударами рассекает (ломает) ее. После этого плечевой пояс спадается и легко проходит через родовой канал. Если этого не случилось, рассекают и вторую ключицу.

Экзентерация - операция удаления внутренностей плода с целью уменьшения объема его туловища.

Показания: значительное увеличение объема брюшной или грудной полости плода, например при асците, гидротораксе, гепатоспленомегалии и др. Иногда экзентерацию производят как вспомогательную операцию при запущенном поперечном положении плода и невозможности проведения декапитации.



Рис.5.17. Клейдотомия

Условия:

- полное открытие маточного зева;
- отсутствие плодного пузыря;
- доступность плода для исследующей руки;

- состояние родовых путей, допускающее рождение через них уменьшенного в объеме плода (истинная конъюгата не менее 6 см, отсутствие во влагалище резко суживающих его рубцов).

Подготовка роженицы и ее положение на операционном столе такие же, как и при других влагалищных операциях.

Обезболивание - глубокий наркоз.

Техника операции. Экзентерацию производят под контролем зрения или под контролем пальцев, используя длинные ножницы или перфоратор Бло. Удаление органов грудной или брюшной полости проводят пальцем, введенным в перфорационное отверстие.

Спондилотомия - редкая операция, заключающаяся в рассечении позвоночника.

Наиболее часто рассечение позвоночника плода производят при отсутствии условий для других плодоразрушающих операций, например при запущенном поперечном положении, когда не удается достичь рукой шеи плода и провести декаптацию. Спондилотомию осуществляют длинными ножницами под контролем пальцев руки, введенной в полость матки.

Осложнения при производстве всех плодоразрушающих операций связаны с соскальзыванием острых инструментов, которыми их производят, в результате чего возникают травмы внутренних половых органов роженицы и даже травмы соседних органов (прямой кишки, мочевого пузыря и др.).

Для предупреждения возможного травматизма необходимо строго соблюдать технику выполнения операций и производить их, когда это возможно, под контролем зрения. Обязательное условие - глубокий наркоз, исключающий двигательную активность роженицы.

Во всех случаях родов, законченных плодоразрушающей операцией, необходимо провести ручное отделение плаценты, выделение последа и обследование стенок полости матки, осмотр влагалища и шейки матки с помощью влагалищных зеркал, чтобы исключить их повреждение. Затем, чтобы исключить повреждения мочевыводящих путей, выполняют катетеризацию мочевого пузыря.

Действия акушерки. Все плодоразрушающие операции выполняет врач. Акушерка готовит роженицу к операции, помогает врачу и выполняет все его распоряжения.

Вопросы для самоконтроля:

1. Перечислите показания для проведения краниоклазии;
2. Перечислите условия для проведения эмбриотомии;
3. Расскажите технику выполнения клейдотомии;
4. Какие осложнения возможны при проведении плодоразрушающих операций?

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
7. Руководство к практическим занятиям по акушерству: Учебное пособие/под ред. В.Е.Радзинского.-М.:Медицинское информационное агенство, 2004.-576с.