

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ**  
**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**  
**ИМЕНИ АБУ АЛИ ИБН СИНО**  
**КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ №1**

**«Утверждаю»**

**Проректор по учебной и воспитательной работе,**

**доцент Г.Ж.Жарилкасинова**

**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2019 год**

***Область знаний:*** 700000—Здравоохранение и гуманитарное обеспечение.

***Область образования:*** 720000 – Здравоохранение.

***Образовательное направление:*** 5510100—Лечебное дело.

***Название предмета:*** Акушерство

***Лечебное дело:*** 5510100

**Составитель:** к.м.н. доцент Саркисова Л.В.

**Рецензенты:** д.м.н проф Облокулов А.Р

**Рецензенты:** проф. Негматуллаева. М.Н

**БУХАРА-2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

| №  | СОДЕРЖАНИЕУЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОГО СБОРНИКА |  |  |  |
|----|-----------------------------------------|--|--|--|
| 1  | Лекция №1                               |  |  |  |
| 2  | Лекция № 2                              |  |  |  |
| 3  | Лекция; № 3                             |  |  |  |
| 4  | Лекция; № 4                             |  |  |  |
| 5  | Лекция; № 5                             |  |  |  |
| 6  | Лекция; № 6                             |  |  |  |
| 7  | Лекция; № 7                             |  |  |  |
| 8  | Лекция; № 8                             |  |  |  |
| 9  | Лекция; № 9                             |  |  |  |
| 10 | Лекция; № 10                            |  |  |  |
| 11 | Лекция; № 11                            |  |  |  |
| 12 | Лекция; № 12                            |  |  |  |
| 13 | Лекция; № 13                            |  |  |  |
| 14 | ТЕСТ                                    |  |  |  |
| 15 | ОЦЕНКА                                  |  |  |  |
| 16 | ЛИТЕРАТУРА                              |  |  |  |

**Составитель : Саркисова Ляля Валерьевна Ph(D)доцент кафедры акушерства и гинекологии**

## **Аннотация**

Настоящее учебное пособие написано в соответствии с современной учебной программой по акушерству. В материалах лекций характеризуется предмет, цели, задачи, современные методы диагностики лечения и выбор акушерской тактики при различных заболеваниях во время беременности.

Этот учебник охватывает акушерский, гестационный и внутриутробный периоды, а также физиологические и патологические явления, наблюдаемые в эти периоды, включая осложнения беременности, инфекции во время беременности, инфекции и осложнения во время беременности и детства, а также беременных женщин. и вопросы оказания медицинской помощи беременным женщинам. Учебный план основан на фактических данных и рекомендациях от мирового сообщества акушеров-гинекологов. Учебник содержит основную и дополнительную использованную литературу, предметные тесты и ситуационные вопросы.

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
БУХАРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
КАФЕДРА АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИИ**

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА  
ПО ДИСЦИПЛИНЕ АКУШЕРСТВО**

**Область знаний - 510000 «Здравоохранение»**

**Направление образования:**

5510100 – Лечебное дело или

5111000 – Профессиональное образование (5510100 – Лечебное дело)

**рудоемкость в часах - 170**

**Всего - 108**

**Лекции - 26**

**Практические занятия - 28**

**Клинические занятия - 54**

**Самостоятельная - 62**

**работа**

Бухара – 2019г.

## **Введение**

Место и значение предмета в подготовке бакалавров. Назначено обучать практическим навыкам по предмету акушерство и гинекологии, диагностировать много распространённые акушерские и гинекологические заболевания, лечение, реабилитации диспансеризация и оказание первой помощи до госпитализирования.

## **Задачи и цели предмета**

Цель обучения предмета—подготовка самостоятельных ведений гинекологических больных, лечение специфических и неспецифических воспалительных заболеваний, нарушения менструально- оварияльного цикла, осложнений, диагностика и профилактика опухолей женских половых органов; важные гинекологические заболевания, оказание первой помощи до госпитализации, реабилитация после гинекологических заболеваний. Планировка семьи и проведение репродуктивных здравоохранительных мероприятий.

## **Взаимосвязь со смежными дисциплинами.**

Студенты 5 курса для успешного изучения дисциплины гинекологии должны иметь хороший уровень знаний по следующим предметом: нормальная и топографическая анатомия, физиология, патофизиология, гистология, патологическая анатомия, микробиология с эпидемиологией, терапия и хирургия, анестезиология и реаниматология, дерматовенерология, клиническая фармакология, эндокринология, детские болезни.

## ***ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.***

- Жаббарова Ю.К. , Аюпова Ф.М. – Акушерлик , Тошкент , 2009 й.
- Кадырова А.А. , Каттаходжаева М.Х. - Акушерлик амалиети, Тошкент, 2000 й.
- Кодирова А.А. , Каттаходжаева М.Х. – Акушерликдаги жаррохлик амалиети, Тошкент , 1999 й.
- Закиров И.З., Бадриддинова М.С.. Нормал акушерлик. Самарканд, 1991.- 116
- Закиров ИЗ., Бадриддинова М.С. Патологик акушерлик. Самарканд. 1992].
- Джаббарова Ю.К., Пахомова ЖЕ. Профилактика акушерских осложнений в женской консултации и поликлинике, - Ташкент 1994,-143с
- Закиров ИЗ.Акушерство. Учебное пособие. Самарканд, 1992.-235с

Семейная медицина /Под ред. А.Ф.Краснова. - Самара, 1996.  
Справочник врача общей практики. - Мерта. Англия, 1998.  
Айламазян ЕК. Акушерство- С.Петербург, 2002 г.  
Клинические лекции по акушерству и гинекологии. А.Н. Стрижакова. М.Медицина 2000.  
Практическое акушерство. Кадирова А.А., Каттаходжаева М.Х., Нажмутдинова Д.К. Ташкент. 2001  
Неотложная помощь при экстрагенитальных состояниях в акушерской практике Е.К. Айламазян. СПб, 2002.  
Акушерство. Савелева Г.М. Москва. 2002  
Акушерство. Учебник для медицинских вузов. Е.К. Айламазян. СПб. СпестЛит. 2003, 528 с.  
Акушерство Бодяжина В.И., Семенченко. М. 2004  
Краткое руководство по профилактике инфекции. Первое издание. Ташкент. 2004 г. 236 с.  
Неотложная помощь в акушерской практике. ВОЗ 2004  
Акушерство и гинекология. Под редакцией Г.М. Савелевой М. 2008  
Клиническое руководство по ведению больных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде. Т 2008  
Клиническое руководство по ведению больных с сепсисом/септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. Т 2008  
Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности. Т 2008.

#### **Дополнительная литература:**

Решение проблем новорожденных Руководство для врачей, медсестер и акушеров. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007  
Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007  
Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство ВОЗ. УНФПА 2007  
Неонатология. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007  
Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Руководство для врачей и акушеров ВОЗ.  
Акушерство. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007  
Экстрагенитальная патология и беременность. Шехтман М.М. Медицина. 2005.  
Перинатальная инфекция. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинко-морфологических сопоставлений. Руководство для врачей. В.А. Стинзерлинг, В.Ф. Мелникова «ЕЛБИ- СПб Санкт-Петербург 2002  
Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка Перевод с англ. Под редакцией А.В Михайлова. Издательство «Петрополис» СПб. 2003.  
8. Гйнесологй ин Примарй Гаре РОГЕР П .СМИТ, М.О. Виллиамс ет Вилкинс А. Ваверлй компанй 1996.

9. УИЛЛАМ ОБСТЕТРИСС. 1999 г. США

10. [Пелвис анд Перинеум](#). Братеръс Уиллиамс. Университѝ оф Пиладелпѝ.2004.

11. Растациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии Кулаков, Серов, Москва. 2006.

12.Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии. А.Г. Таранов. Москва. 2004.с 13-40.

Гинекология по Ешелю Новаку. Дж. Берек, И. Адаши, П. Хиллард. Москва, 2002.

Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. Москва. 1998.

Меррей Енкин, М. Китре, Дж. Нейлсон. (пер с англ. Под ред. Михайлова А.В.) Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. СПб, 2003.

## СТРУКТУРА

### РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН

Рабочая программа учебной дисциплины должна включать:

#### Введение

#### Цели и задачи дисциплины

#### Требования к знаниям, умениям и навыкам студентов

В соответствии с указанными целями и задачами после окончания изучения дисциплины акушерство студент должен **знать**:

#### Объем учебной нагрузки

| Трудо<br>емкость | Распределение объема учебной нагрузки по видам<br>аудиторных занятий (в час). |        |                             |                         |                        | Самосто-<br>ятельная<br>работа |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------|-------------------------|------------------------|--------------------------------|
|                  | Всего                                                                         | Лекции | Практиче<br>ские<br>занятия | Клинически<br>е занятия | Лабораторные<br>работы |                                |
| 170 ч            | 108 ч                                                                         | 26 ч   | 28 ч                        | 54 ч                    |                        | 62 ч                           |

#### Лекционный курс

#### Тематические планы лекционных занятий

| лекции | Название темы лекций                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Количество<br>часов |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|        | Предмет акушерства. Исторические этапы развития акушерства и перинатологии. Антенатальный уход. Оплодотворение. Этапы развития плода. Критические периоды. Строение плаценты и функции. Вредные привычки и побочные действие лекарственных препаратов на плод. Физиологические изменения в организме беременной женщины. | 2                   |
|        | Физиологические роды. Причины начало родов и ее управление. Периоды родов и биомеханизм. Ведение физиологических родов. Роды в тазовом предлежании.                                                                                                                                                                      | 2                   |
| 3      | Ранний токсикоз беременных. Гипертензивные состояния при                                                                                                                                                                                                                                                                 | 2                   |

|    |                                                                                                                                                                      |         |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
|    | беременности.                                                                                                                                                        |         |
| 4  | Невынашивание и перенашивание беременности.                                                                                                                          | 2       |
| 5  | Резус фактор в акушерстве . Иммуноконфликтная беременность:<br>Гемолитическая болезнь плода. Гемолитическая болезнь плода.                                           | 2       |
| 6  | Беременность и роды при инфекциях мочеполовых путей и анемии.                                                                                                        | 2       |
| 7  | Неудовлетворительный прогресс родов. Дистоция плечиков                                                                                                               | 2       |
| 8  | Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности<br>послеродовое вагинальное кровотечение.(аномалия прикрепления плаценты, гипо и атония матки, дефект последа) | 2       |
| 9  | Вагинальное кровотечение во время родов - разрыв матки и родовых путей. Геморагический шок                                                                           | 2       |
| 10 | Узкий таз в современном акушерстве. Диспропорция головки плода и таза матери.                                                                                        | 2       |
| 11 | Неправильное положение плода. Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.                                                       | 2       |
| 12 | Послеродовая инфекция.                                                                                                                                               | 2       |
| 13 | Акушерский перитонит.                                                                                                                                                | 2       |
|    | Всего:                                                                                                                                                               | 26часов |

### Содержание лекционного материала

Содержание лекционного материала представляется в традиционной форме.

Название темы лекции пишется с новой строки и выделяется жирным шрифтом.

Содержание темы лекции рекомендуется заканчивать указанием литературных источников (цифрами в соответствии с библиографией рабочей программы).

| № | Название темы лекций | Краткое содержание лекционного материала. | Литература: | часов |
|---|----------------------|-------------------------------------------|-------------|-------|
|---|----------------------|-------------------------------------------|-------------|-------|

|   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 1 | <p><b>Предмет акушерства.</b></p> <p><b>Исторические этапы развития акушерства и перинатологии.</b></p> <p><b>Аntenatalный уход.</b></p> <p><b>Оплодотворение.</b></p> <p><b>Этапы развития плода.</b></p> <p><b>Критические периоды.</b></p> <p><b>Строение плаценты и функции.</b></p> <p><b>Вредные привычки и побочные действие лекарственных препаратов на плод.</b></p> <p><b>Физиологические изменения в организме беременной женщины.</b></p> | <p>Особенности предмета акушерства. Роль Авиценны в развитие медицины в Средней Азии Диагностика ранние и поздние сроки беременности. Новый модель ВОЗ antenatalного ухода. Мониторинг планового родоразрешения. Принципы работы семейной поликлиники, организация медицинской помощи в сельской и городской местности. Оценка внутриутробного состояния плода. Гравидограмма. Скрининговое определение внутриутробных аномалий. Роль семейной поликлиники в профилактике акушерских осложнений. Физиопсихопрофилактическая подготовка беременных к родам. Карта беременных. Составление план родов. Оплодотворение, строение яйцеклетки и сперматозоида. Этапы развития эмбриона и плода. Предимплантационный, имплантационный период, гисто- и органогенез, этапы развития плода. Влияние Экзо - и эндогенных факторов, экстрагенитальные заболевания (ЭГЗ), токсоплазмоз, хламидиоз, вирусы и др. инфекций на плод. Вредные привычки и побочные действие лекарственных препаратов на плод. Физиологические изменения в организме беременной женщины.</p> | <p>Ayupova F.M. Ginekologiya darsligi uzb. tilida. 2006 yil 214 bet.</p> <p>Saveleva G.M. Akusherstvo i ginekologiya Rukovodstvo dlya vrachey—M: Medistina. 1997. Aylamazyan E.K., Ryabsteva I.T. Neotlojnaya pomoshch pri ekstremal'nykh sostoyaniyax v ginekologii. Darslik — S. Peterburg, 1992., 256 bet.</p> <p>Kulakov V.I., Selezneva N.D.,</p> | 2 |
| 2 | <p><b>Физиологические роды. Причины начало родов и ее управление.</b></p> <p><b>Периоды родов и</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <p>Физиологические роды. Причины начало родов и ее управление. Понятие об «Акте родов» и её основные компоненты.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Ayupova F.M. Ginekologiya darsligi uzb. tilida. 2006 yil 214 bet.</p> <p>Saveleva G.M. Akusherstvo i</p>                                                                                                                                                                                                                                            | 2 |

|   |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |
|---|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|   | <b>Биомеханизм. Введение физиологических родов. Роды в газовом предлежание.</b> | Характеристика родовой деятельности, механизм сокращения матки. Некоторые показатели маточных сокращений. Периоды родов и биомеханизм. Принципы безопасного материнства. Партограмма. Активное ведение 3 периода родов. Партнерские роды. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Оценка состояние новорожденного сразу после родов.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ginekologiya<br>Rukovodstvo dlya<br>vrachey—M: Medistina.<br>1997. Aylamazyan E.K.,<br>Ryabsteva I.T.<br>Neotlojnaya pomoshch pri<br>ekstremal'nykh<br>sostoyaniyax<br>v ginekologii. Darslik —<br>S. Peterburg, 1992., 256<br>bet.<br>Kulakov V.I., Selezneva<br>N.D.,                         |   |
| 3 | <b>Ранний токсикоз беременных. Гипертензивные состояния при беременности.</b>   | Диагностика. Тошнота и рвота беременных. Этиология, классификация, клиника, лечение. Опасные симптомы во время беременности. Гипертензивные состояния при беременности. Легкая и тяжелая преэклампсия, эклампсия. Диагностика различных форм. Акушерская тактика при гипертензивном синдроме. Осложнения: отслойка нормально расположенной плаценты, ВЗРП, острая почечная недостаточность, отслойка сетчатки глаза, отек мозга, отек легких, кровоизлияние в мозг, кома, ЕЛЛП-синдром, кровотечение в родах, ДВС – синдром и др. Тактика ВОП при гипертензивном синдроме. Профилактика осложнений. Экстренная помощь при тяжелых формах преэклампсии и эклампсии. Меры профилактики и реабилитации. | Ayupova F.M.<br>Ginekologiya darsligi uzb.<br>tilida. 2006 yil 214 bet.<br>Saveleva G.M.<br>Akusherstvo i<br>ginekologiya<br>Rukovodstvo dlya<br>vrachey—M: Medistina.<br>1997. Aylamazyan E.K.,<br>Ryabsteva I.T.<br>Neotlojnaya pomoshch pri<br>ekstremal'nykh<br>sostoyaniyax v ginekologii. | 2 |
| 4 | <b>Невынашивание и перенашивание беременности.</b>                              | Этиология, патогенез, классификация. Группы высокого риска. Симптоматика и диагностика. Лечение угрозы преждевременных родов.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Ayupova F.M.<br>Ginekologiya darsligi uzb.<br>tilida. 2006 yil 214 bet.<br>Saveleva G.M.<br>Akusherstvo i                                                                                                                                                                                       | 2 |

|   |                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |   |
|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|   |                                                                                                                               | <p>Применение токолитиков и антибиотиков. Применение кортикостероидов в антенатальном периоде. Критерии живорожденности. Этиология, патогенез, классификация. Группы высокого риска. Симптоматика и диагностика. Индукция родов при переносенной беременности.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <p>ginekologiya<br/>Rukovodstvo dlya<br/>vrachey—M: Medistina.<br/>1997. Aylamazyan E.K.,<br/>Ryabsteva I.T.<br/>Neotlojnaya pomoshch pri<br/>ekstremal'nykh<br/>sostoyaniyakh<br/>v ginekologii. Darslik —<br/>S. Peterburg, 1992., 256<br/>bet.</p>                                                                                                                   |   |
| 5 | <p><b>Резус фактор в акушерстве .</b><br/><b>Иммуноконфликтная беременность:</b><br/><b>Гемолитическая болезнь плода.</b></p> | <p>Иммуноконфликтная беременность по резус антигенам и АВО системы. Этиология, патогенез, осложнения, диагностика. Гемолитическая болезнь, принципы лечения. Профилактика. Желтуха новорожденных.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <p>Kulakov V.I., Selezneva N.D., Krasnopol'skiy V.I.<br/>Operativnaya ginekologiya.<br/>Darslik, Novgorod, 1997,<br/>46 bet.<br/>WILLIAMS OBSTETRIC<br/>S. Darslik. 1999 y. AKSh.,<br/>500 bet</p>                                                                                                                                                                      | 2 |
| 6 | <p><b>Беременность и роды при инфекциях мочеполовых путей и анемии</b></p>                                                    | <p>Пиелонефрит. Гломерулонефрит. Бессимптомная бактериурия. Влияние заболеваний почек при гипертензивных нарушений. Осложнения для матери и ребенка во время беременности и родов. Противопоказания к беременности. Антенатальный уход, подготовка к родам, особенности реабилитации родов и послеродового периода. Влияние анемии на плод, течение беременности, родов и послеродового периода. Принципы лечения анемии во время беременности. Ведение беременности и родов у женщин с анемией. Принципы профилактики анемии у женщин фертильного возраста.</p> <p>Антенатальный уход, подготовка к родам, роды и особенности</p> | <p>Ayupova F.M.<br/>Ginekologiya darsligi uzb.<br/>tilida. 2006 yil 214 bet.<br/>Saveleva G.M.<br/>Akusherstvo i<br/>ginekologiya<br/>Rukovodstvo dlya<br/>vrachey—M: Medistina.<br/>1997. Aylamazyan E.K.,<br/>Ryabsteva I.T.<br/>Neotlojnaya pomoshch pri<br/>ekstremal'nykh<br/>sostoyaniyakh<br/>v ginekologii. Darslik —<br/>S. Peterburg, 1992., 256<br/>bet.</p> | 2 |

|   |                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|   |                                                                                                                                                                       | реабилитации в послеродовом периоде.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                            |   |
| 7 | <b>Неудовлетворительный прогресс родов. Дистоция плечиков.</b>                                                                                                        | Классификация, подходы и процедуры диагностики.<br><br>Понятие дистотии плечиков. Этиология. Клиника и ведение родов при дистотии плечиков. Техника проведения мероприятий при дистотии плечиков.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Ayupova F.M.<br>Ginekologiya darsligi uzb. tilida. 2006 yil 214 bet.<br>Saveleva G.M.<br>Akusherstvo i ginekologiya<br>Rukovodstvo dlya vrachey—M: Medistina. 1997. Aylamazyan E.K., Ryabsteva I.T.<br>Neotlojnaya pomoshch pri ekstremal'nykh sostoyaniyax v ginekologii. | 2 |
| 8 | <b>Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности послеродовое вагинальное кровотечение.(аномалия прикрепления плаценты, гипотония матки, дефект последа).</b> | Отслойка нормально расположенной плаценты: классификация, этиология, патогенез, клинические признаки, методы диагностики, осложнения. Принципы ведения беременности и родов. Предлежание плаценты: этиология, патогенез, классификация, течение беременности, методы диагностики, акушерская тактика, осложнения, профилактика. Доза окситоцина и/или простагландинов при повторном ведении. Методы временной остановки кровотечения: наружный массаж матки, бимануальная компрессия матки, прижатие брюшной аорты. | Ayupova F.M.<br>Ginekologiya darsligi uzb. tilida. 2006 yil 214 bet.<br>Saveleva G.M.<br>Akusherstvo i ginekologiya<br>Rukovodstvo dlya vrachey—M: Medistina. 1997. Aylamazyan E.K.,                                                                                       | 2 |
| 9 | <b>Вагинальное кровотечение во время родов - разрыв матки и родовых путей. Геморрагический шок.</b>                                                                   | Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, профилактика. Показания к переливанию крови. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, профилактика. Экстренная первичная оценка состояния больной. Первичная реанимация (кристаллоиды 3:1). Показания к переливанию крови.                                                                                                                                                                                                                           | Ayupova F.M.<br>Ginekologiya darsligi uzb. tilida. 2006 yil 214 bet.<br>Saveleva G.M.<br>Akusherstvo i ginekologiya<br>Rukovodstvo dlya vrachey—M: Medistina. 1997. Aylamazyan E.K., Ryabsteva I.T.                                                                        | 2 |

|    |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|    |                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Neotlojnaya pomoshchi pri ekstremal'nykh sostoyaniyax v ginekologii.                                                                                                                                                                                                      |   |
| 10 | <p><b>Узкий таз в современном акушерстве.</b></p> <p><b>Диспропорция головки плода и таза матери.</b></p> <p><b>Неправильное положение плода.</b></p> | <p>Активная и пассивная фазы родов. Классификация. Различные аномалии родовой деятельности и её этиология, клиника, диагностика и акушерская тактика, профилактика. Индукция родов с окситоцином по ВОЗ. Дистоция плечиков. Понятие об "анатомическом" и "клиническом" узком тазе. Этиология, виды, классификация, диагностика узкого таза. Особенности течения родов при плоском узком тазе. Особенности течения родов при поперечносуженном тазе. Особенности течения родов при общеравномерносуженном тазе. Осложненное течение родов при аномалиях костей таза.</p> | <p>Ayupova F.M. Ginekologiya darsligi uzb. ilida. 2006 yil 214 bet.</p> <p>Saveleva G.M. Akusherstvo i ginekologiya Rukovodstvo dlya vrachey—M: Medistina. 1997. Aylamazyan E.K.,</p>                                                                                     | 2 |
| 11 | <p><b>Неправильное положение плода.</b></p> <p><b>Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.</b></p>            | <p>Кесарево сечение в современном акушерстве. Хирургические модификации, абсолютные и относительные показатели. Осложнения и реабилитация.</p> <p>Показания к выставлению акушерских щипцов, условия и техника наложения щипцов. Условия наложения вакуум экстрактора показания, условия и техника наложения.</p>                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>Ayupova F.M. Ginekologiya darsligi uzb. ilida. 2006 yil 214 bet.</p> <p>Saveleva G.M. Akusherstvo i ginekologiya Rukovodstvo dlya vrachey—M: Medistina. 1997. Aylamazyan E.K., Ryabsteva I.T. Neotlojnaya pomoshchi pri ekstremal'nykh sostoyaniyax v ginekologii.</p> | 2 |
| 12 | <p><b>Послеродовая инфекция.</b></p>                                                                                                                  | <p>Сепсис: классификация, причина, диагностика. Инфекционное наблюдение в роддомах, профилактика внутрибольничной инфекция. Классификация, пути</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>Ayupova F.M. Ginekologiya darsligi uzb. ilida. 2006 yil 214 bet.</p> <p>Saveleva G.M. Akusherstvo i</p>                                                                                                                                                                | 2 |

|    |                          |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |
|----|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
|    |                          | передачи инфекции.                                                    | ginekologiya<br>Rukovodstvo dlya<br>vrachev—M: Medistina.<br>1997. Aylamazyan E.K.,<br>Ryabsteva I.T.<br>Neotlojnaya pomoshch<br>ekstremal'nykh<br>sostoyaniyax v ginekologii.                                                                                                              |           |
| 13 | Акушерский<br>перитонит. | Понятие. Этиологические факторы,<br>диагностика и акушерская тактика. | Ayupova F.M.<br>Ginekologiya darsligi uzb.<br>tilida. 2006 yil 214 bet.<br>Saveleva G.M.<br>Akusherstvo i<br>ginekologiya<br>Rukovodstvo dlya<br>vrachev—M: Medistina.<br>1997. Aylamazyan E.K.,<br>Ryabsteva I.T.<br>Neotlojnaya pomoshch<br>ekstremal'nykh<br>sostoyaniyax v ginekologii. | 2         |
|    | <b>Всего:</b>            |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>26</b> |

### Практические/семинарские занятия

#### Тематические планы практических/семинарских занятий

#### Физиология акушерства и гинекологии

#### таблицей календарь режиссуры (русский)

| №<br>темы | Название темы практических/семинарских занятий                             | Трактат\Занятие | Клиника\Занятие | Всего |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|-------|
| 1         | Строение акушерско-гинекологического стационара. Плод как объект родов     | 2               | 3               | 5     |
| 2         | Роды. Периоды родов                                                        | 2               | 3               | 5     |
| 3         | Физиологический послеродовый период. Физиология периода                    | 1               | 2               | 3     |
| 4         | Газовое предлежание плода.                                                 | 1               | 2               | 3     |
| 5         | Тошнота и рвота беременных. Гипертензивные состояния во время беременности | 2               | 2               | 4     |

|              |                                                                                                   |           |           |           |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| <b>6</b>     | Ведение беременности и родов у женщин с заболеваниями почек и анемией. Бессимптомная бактериурия. | 2         | 3         | 5         |
| <b>7</b>     | Резус фактор в акушерстве.                                                                        | 2         | 3         | 5         |
| <b>8</b>     | Превынашивание беременности и перинашивание беременности.                                         | 2         | 3         | 5         |
| <b>9</b>     | Детоплацентарная недостаточность.                                                                 | 2         | 3         | 5         |
| <b>Всего</b> |                                                                                                   | <b>16</b> | <b>24</b> | <b>40</b> |

### Календарно-тематический план практических занятий по патологическому акушерству

| <b>№<br/>темы</b> | <b>Название темы практических/семинарских занятий</b>                                             | <b>Прак\<br/>Зан</b> | <b>Клин\З<br/>ан</b> | <b>Всего</b> |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|--------------|
| <b>1</b>          | Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности..                                           | 2                    | 3                    | 5            |
| <b>2</b>          | Послеродовое вагинальное кровотечение                                                             | 2                    | 3                    | 5            |
| <b>3</b>          | Неудовлетворительный прогресс родов.                                                              | 2                    | 3                    | 5            |
| <b>4</b>          | Узкий таз, этиология, виды, диагностика.                                                          | 1                    | 3                    | 5            |
| <b>5</b>          | Причина неправильного положения плода, диагностика,                                               | 1                    | 3                    | 4            |
| <b>6</b>          | Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция                   | 1                    | 3                    | 4            |
| <b>7</b>          | Экстремальные состояния плода и проблемы                                                          | 1                    | 4                    | 5            |
| <b>8</b>          | Трансмиссия ВИЧ – инфекции через мать в плод.                                                     | 1                    | 4                    | 5            |
| <b>9</b>          | Инфекция послеродового периода. Высокая температура в послеродовом периоде. Акушерский перитонит. | 1                    | 4                    | 5            |
| <b>Всего</b>      |                                                                                                   | <b>12</b>            | <b>30</b>            | <b>42</b>    |

### Содержание тем практических/семинарских занятий

Темы практических/семинарских занятий представляются по следующей форме:

№ практического/семинарского занятия

№ соответствующей темы лекции

Название темы практического/семинарского занятия и их краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий

Названия тем выделяются жирным шрифтом

Указание литературных источников (цифрами в соответствии с библиографией рабочей программы)

**Темы практических/семинарских занятий**  
**Физиологик акушерликдан амалий машулотнинг тавимий календар**  
**режаси (русча)**

| <b>№</b> | <b>Название темы практического</b>                                              | <b>семинарского занятия и её краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий</b>                                                                                                                                   | <b>Ссылка на литературу</b> |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1        | <b>Строение акушерско-гинекологического стационара . Плод как объект родов.</b> | Строение акушерско-гинекологического стационара . Принципы безопасного материнства. Современные понятия о внутрибольничной инфекции.Клиническая анатомия ЖПО.родовые пути. Плод как объект родов.                                              | 1,2,3,4                     |
| 2        | <b>Роды. Периоды родов</b>                                                      | Периоды родов. Партнерские роды. Заполнение партограммы. Активное ведение ИИИ периода родов. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгара. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Первичная обработка новорожденного. | 1,2,3,4                     |
| 3        | <b>Физиологический послеродовый период. Физиология периода новорожденных</b>    | Физиологический послеродовый период. Физиологический период новорожденности. 10 принципов грудного вскармливания. Совместное призывания матери и ребенка.уход за молочными железами.                                                           | 1,2,3,4                     |
| 4        | <b>Газовое предлежания плода.</b>                                               | Газовое предлежания плода. Биомеханизм родов. Методы Ловсет и Морис-Смейли-Вейта                                                                                                                                                               | 1,2,3,4                     |
| 5        | <b>Гошнота и рвота беременных. Гипертензивные</b>                               | Гошнота и рвота беременных. Этиология, классификация, клиника, лечение.Гипертензивные состояние во время                                                                                                                                       | 1,2,3,4                     |

|    |                                                                                                          |                                                                                                                    |         |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
|    | <b>состояние во время беременности.</b>                                                                  | беременности. Преэклампсия, диагностика, лечение и тактика.                                                        |         |
| 6. | <b>Ведение беременности и родов у женщин с заболеваниями почек и анемией. Бессимптомная бактериурия.</b> | Ведение беременности и родов у женщин с заболеваниями почек и анемией. Бессимптомная бактериурия.                  | 1,2,3,4 |
| 7. | <b>Резус фактор в акушерстве.</b>                                                                        | Резус фактор в акушерстве. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного.                                          | 1,2,3,4 |
| 8  | <b>Невынашивание беременности и перинашивание беременности.</b>                                          | Невынашивание и перинашивание беременности, индукция родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек                | 1,2,3,4 |
| 9  | <b>Фетоплацентарная недостаточность.</b>                                                                 | Фетоплацентарная недостаточность, синдром внутриутробной задержки развития плода, экстремальные состояния у плода. | 1,2,3,4 |
|    | <b>Всего</b>                                                                                             |                                                                                                                    | 44ч     |

**Патологик акушерликдан амалий машулотнинг  
тавимий календар режаси (русча)**

| <b>№</b> | <b>Название темы практического</b>                            | <b>семинарского занятия и её краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий</b>                                                                                                                         | <b>Ссылка на литературу</b> |
|----------|---------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 1        | <b>Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности.</b> | Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты. Аномалия прикрепления плаценты, гипо и атония матки, дефект последа, разрыв промежности и шейки матки причины, диагностика, тактика и профилактика. | 1,2,3,4                     |
| 2        | <b>Послеродовое вагинальное кровотечение.</b>                 | Аномалия прикрепления плаценты, гипо и атония матки, дефект последа, разрыв промежности и шейки матки причины, диагностика, тактика и профилактика.                                                                                  | 1,2,3,4                     |

|    |                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| 3  | <b>Неудовлетворительный прогресс родов.</b>                                                              | Неудовлетворительный прогресс родов. Активная и пассивная фазы родов, аномалия родовой деятельности, этиология, клиника и диагностика. Акушерская тактика и профилактика. Индукция родов окситоцином по рекомендациям ВОЗ.                                              | 1,2,3,4 |
| 4  | <b>Узкий таз, этиология, виды, диагностика.</b>                                                          | Узкий таз, этиология, виды, диагностика. Диспропорция таза и головки плода. Дистоция плечиков. Причины функционального узкого таза и симптомы. Осложнения со стороны матери и ребенка и ее профилактика.                                                                | 1,2,3,4 |
| 5  | <b>Причина неправильного положения плода, диагностика, тактика врача.</b>                                | Причина неправильного положения плода, диагностика, тактика врача.                                                                                                                                                                                                      | 1,2,3,4 |
| 6. | <b>Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.</b>                  | Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.                                                                                                                                                                                        | 1,2,3,4 |
| 7  | <b>Экстремальные состояния плода и проблемы новорожденности.</b>                                         | Экстремальные состояния плода и проблемы новорожденности. Реанимация новорожденных. Внутриутробное инфицирование плода. Понятие о TORC-инфекциях. Диагностика, лечение и акушерская тактика.                                                                            | 1,2,3,4 |
| 8  | <b>Трансмиссия ВИЧ – инфекции через мать в плод.</b>                                                     | Трансмиссия ВИЧ – инфекции через мать в плод. Профилактика вич инфекции от матери ребенку. Антиретровирусная терапия у ВИЧ – позитивных беременных. Методы родоразрешения (элективное кесарево сечение), безопасное ведение родов. Безопасное кормление новорожденного. | 1,2,3,4 |
| 9  | <b>Инфекция послеродового периода. Высокая температура в послеродовом периоде. Акушерский перитонит.</b> | Инфекция послеродового периода, классификация, пути передачи, возбудители, диагностика, принципы лечения. Профилактика групп высокого риска в амбулаторных условиях. Высокая температура в послеродовом периоде.                                                        | 1,2,3,4 |

|              |  |     |
|--------------|--|-----|
| <b>Всего</b> |  | 48ч |
|--------------|--|-----|

## **Лабораторные занятия**

### **Тематические планы лабораторных занятий**

| <b>№</b> | <b>Название темы лабораторного занятия</b> | <b>Кол-во<br/>часо</b> |
|----------|--------------------------------------------|------------------------|
|----------|--------------------------------------------|------------------------|

### **Содержание тем лабораторных занятий**

Темы лабораторных занятий представляются по следующей форме:

№ лабораторного занятия

№ соответствующей темы лекции

Название темы лабораторного занятия и их краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий

Названия тем выделяются жирным шрифтом

Указание литературных источников (цифрами в соответствии с библиографией рабочей программы)

## **Самостоятельная работа студентов**

### **Тематические планы самостоятельной работы студентов**

| <b>№<br/>тем</b> | <b>Название темы СРС</b>                                                                                                                                                                               | <b>Кол-во<br/>часо</b> |
|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| <b>1.</b>        | Клиническая анатомия женских половых органов. Строение, функция, кровоснабжение, иннервация матки. Мышцы тазового дна.                                                                                 | 4                      |
| <b>2.</b>        | Строение плаценты и функции. Биохимия амниотической жидкости. Биосинтез гормонов плаценты.                                                                                                             | 4                      |
| <b>3.</b>        | Определение срока беременности и родов, положение плода, состояние и веса плода. Биофизические критерии плода. Диета беременных и кормящих женщин. Гигиена. Режим дня. Психологический климат в семье. | 4                      |
| <b>4.</b>        | Наружные акушерские обследования ( метод наружного акушерского обследования по Леопольд-Левицкому, аускультация плода).                                                                                | 4                      |
| <b>5.</b>        | Нормальные размеры таза. Нормальные размеры плода.                                                                                                                                                     | 4                      |
| <b>6.</b>        | Синдром тошноты и рвоты. Тактика акушерская тактика при тяжелом течение.                                                                                                                               | 4                      |
| <b>7.</b>        | Урогенитальная инфекция беременных, диагностика, лечение.                                                                                                                                              | 4                      |

|    |                                                                                                                                                                                                              |                |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| 8. | Биохимические показатели при физиологическом течение беременности.<br>Гипотензивные препараты                                                                                                                | 4              |
| 9  | Определение группы крови и резус фактора. Биохимические показатели крови при физиологии и гемолитической болезни                                                                                             | 3              |
| 10 | Патофизиология мышечного сокращения. Причины наступления родов. Готовность организма к родам Нормальный предлежание                                                                                          | 3              |
| 11 | Физиологическое потеря крови. Клинические признаки кровотечения. Измерение артериального давления и пульса Физиология свертывания крови. Система свертывания крови. Нормальные показатели свертывания крови. | 3              |
| 12 | Методы родоразрешения при тазовом предлежании плода.                                                                                                                                                         | 3              |
| 13 | Рахит, и его влияние на строение таза.                                                                                                                                                                       | 3              |
| 14 | ВИЧ и беременность. Вертикальная трансмиссия инфекции через матери в плод. Лечение и профилактика.                                                                                                           | 3              |
| 15 | Методы операции кесарево сечения. Патофизиология воспалительного процесса Возбудители послеродовых воспалительных заболеваний                                                                                | 3              |
|    |                                                                                                                                                                                                              | <b>3 часов</b> |

### Содержание тем СРС

Темы лабораторных занятий представляются по следующей форме:

№ лабораторного занятия

№ соответствующей темы лекции

Название темы лабораторного занятия и её краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий

Названия тем выделяются жирным шрифтом

Указание литературных источников (цифрами в соответствии с библиографией рабочей программы)

### Основной литературы:

Жаббарова Ю.К. , Аюпова Ф.М. – Акушерлик , Тошкент , 2009 й.

Кадырова А.А. , Каттаходжаева М.Х. - Акушерлик амалиети, Тошкент, 2000 й.

Кодирова А.А. , Каттаходжаева М.Х. – Акушерликдаги жаррохлик амалиети, Тошкент , 1999 й.

Закиров И.З., Бадриддинова М.С.. Нормал акушерлик. Самарканд, 1991.- 116

Закиров И.З., Бадриддинова М.С. Патологик акушерлик. Самарканд. 1992].

Джаббарова Ю.К., Пахомова ЖЕ. Профилактика акушерских осложнений в женской консультации и поликлинике, - Ташкент 1994,-143с  
Закиров ИЗ.Акушерство. Учебное пособие. Самарканд, 1992.-235с  
Семейная медицина /Под ред. А.Ф.Краснова. - Самара, 1996.  
Справочник врача общей практики. - Мерта. Англия, 1998.  
Айламазян ЭК. Акушерство- С.Петербург, 2002 г.  
Клинические лекции по акушерству и гинекологии. А.Н. Стрижакова. М.Медицина 2000.  
Практическое акушерство. Кадирова А.А., Каттаходжаева М.Х., Нажмутдинова Д.К. Ташкент. 2001  
Неотложная помощь при экстрагенитальных состояниях в акушерской практике Э.К. Айламазян. СПб, 2002.  
Акушерство. Савельева Г.М. Москва. 2002  
Акушерство. Учебник для медицинских вузов. Э.К. Айламазян. СПб. СпецЛит. 2003, 528 с.  
Акушерство Бодяжина В.И., Семенченко. М. 2004  
Краткое руководство по профилактике инфекции. Первое издание. Ташкент. 2004 г. 236 с.  
Неотложная помощь в акушерской практике. ВОЗ 2004  
Акушерство и гинекология. Под редакцией Г.М. Савельевой М. 2008  
Клиническое руководство по ведению больных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде. Т 2008  
Клиническое руководство по ведению больных с сепсисом/септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. Т 2008  
Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности. Т 2008.

### **Дополнительные литературы:**

Решение проблем новорожденных Руководство для врачей, медсестер и акушеров. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007  
Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007  
Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство ВОЗ. UNFPA 2007  
Неонатология. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007  
Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Руководство для врачей и акушеров ВОЗ.  
Акушерство. Руководство ВОЗ. UNFPA 2007  
Экстрагенитальная патология и беременность. Шехтман М.М. Медицина. 2005.  
Перинатальная инфекция. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинико-морфологических сопоставлений. Руководство для врачей. В.А Цинзерлинг, В.Ф. Мельникова «ЭЛБИ- СПб Санкт-Петербург 2002

Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка  
Перевод с англ. Под редакцией А.В Михайлова. Издательство «Петрополис»  
СПб. 2003.

8. Gynecology in Primary Care ROGER P .SMITH, M.O. Williams et Wilkins A.  
Waverly company 1996.

9. WILLAM OBSTETRICS. 1999 г. США

10. [Pelvis and Perineum](#). Brather's Williams. University of Philadelphy.2004.

11. Рациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии Кулаков,  
Серов, Москва. 2006.

12.Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии. А.Г. Таранов.  
Москва. 2004.с 13-40.

Гинекология по Эшелю Новаку. Дж. Берек, И. Адаши, П. Хиллард. Москва,  
2002.

Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. Москва. 1998.

Мэррей Энкин, М. Китре, Дж. Нейлсон. (пер с англ. Под ред. Михайлова А.В.)

Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка.  
СПб, 2003.

Профилактика инфекций. Рук-во для медучреждений с ограниченными  
ресурсами Л. Тинджер, Д. Босметр, Н. Макинтош. JHPIEGO, 2004.

Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный  
семинар. ВОЗ. Европейское региональное бюро.

Медицинские критерии приемлемости для использования методов  
контрацепции. Издание третье UNFPA 2004.

Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции  
Издание второе UNFPA 2004.

Шехтман Т.К. Экстрагенитальная патология и беременность - Ташкент  
1991.

Шевченко Т.К. Крупный плод в современном акушерстве. Ташкент1991.

Магзумов Б.Х., Рассадина М.В. «Кесарево сечение»/ Метод. рекомендации. //  
Т., 2002.

4 .Мавлянова Ш.К., Саидкариев Б.К. Перенашивание беременности / Метод.  
рекомендации. // Т., 2001.

Е.А. Чернуха. Родовой блок. М., 2001.

Савельева Г.М. Акушерство-М: Медицина 2000 .

Савельева Г.М. Акушерство и гинекология .Руководство для врачей-М:  
Медицина. 1997.

## **Лекция №1.**

### **Предмет акушерства. Исторические этапы развития акушерства и перинатологии. Антинатальный уход.**

**Цель:** Изучить исторические этапы развития акушерства и перинатологии .

**Актуальность:** История развитие акушерства и гинекологии весьма увлекательна, и до сегодняшнего дня преобразилась и открыла новые возможности для сохранение жизни матери и ребенка.

**Технологическая модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                                                         |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время – 80 мин           | Количество студентов - поток                                                                                            |
| Форма проведения занятия | Учебная лекция                                                                                                          |
| План лекционного занятия | Вводное слово<br>Предмет акушерства и гинекология<br>Основные исторические сведения о развитии акушерства и гинекологии |

**Цель лекционного занятия:** дать представление о «предмете акушерству и гинекология. Основные исторические сведения о развитии акушерства и гинекологии», её цели, задачи и основные методы ее исследования

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Педагогические задачи:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              | Результаты учебного процесса:<br>студент должен усвоить                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p>Дать определение «предмету акушерства и гинекология. Основные исторические сведения о развитии акушерства и гинекологии.»</p> <p>Разобрать основные методы исследования</p> <p>Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования в акушерстве и гинекологии.</p> | <p>Основная сущность предмета акушерства и гинекологии. Основные исторические сведения о развитии акушерства и гинекологии</p> <p>Усвоить основные методы исследования</p> <p>Иметь представление об основных направлениях в акушерстве и гинекологии</p> <p>Иметь понятие об основных приёмах и методах исследования</p> |
| Методы и техника обучения                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Учебная лекция, блиц - опрос                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Средства обучения                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Таблицы, учебная доска, видеопроектор                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Условия обучения                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видеолекции                                                                                                                                                                                                                                                           |

### Технологическая карта лекционного занятия

| Этапы, время                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 80 мин                                    | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Студент                                                                                                                                                                     |
| 1 этап: Введение<br>– 10 мин.             | Вступительное слово о предмете акушерства и гинекологии.<br>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Слушает, записывает                                                                                                                                                         |
| 2 этап:<br><br>Основной - (60 мин.)       | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования в акушерстве и гинекологии.<br/>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>Определение и цели определения в акушерстве и гинекологии. Основные направления и составные части в акушерстве и гинекологии. Основные методы исследования.</p> | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br><br>Заключительный - (10 мин.) | <p>Подводит итог лекционного занятия. Напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «Оплодотворение. Этапы развития плода. Критические периоды. Строение плаценты и функции. Вредные привычки и побочные действие</p>                                                                                    | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>                                                                                            |

|  |                                                                                                            |  |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  | <p>пекрсвенных препаратов на плод.<br/> Физиологические изменения в организме<br/> беременной женщины»</p> |  |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Акушерство от французского слова ассоучер рожать древнейшая отрасль медицинской науки, посвященная изучению физиологических и патологических процессов в организме женщины в связи с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодами, а также профилактике этих патологических процессов.

Акушерство часть гинекологии (гине – женщина, логос-учение) т.е. науки изучающей нормальную деятельность женского организма, а логическими особенностями женщины.

В период первобытно общинного строя женщина рожала без всякой помощи, иногда ей оказывали помощь старшая в семье.

В период рабовладельческого строя началось формирование «храмовой» медицины и профессионального врачевания.

Выдающимся врачом древней Греции, «отцом медицины» был Гиппократ (460-370 г. до нашей эры), матерью его была известная акушерка Фанарета. Гиппократ считал автором большого труда по медицине, так называемого Гиппократова сборника, который состоит из трех раздела: «О природе женщине», «О женских болезнях», «О бесплодии». Он разработал теорию возникновения родов, он считал, что роды возникают вследствие недостаточного питания плода на IX м-це его развития. Египетские врачи анатомию изучали на трупах людей. Считали, что причиной патологических родов является неправильное строение таза, поперечное положение плода. Вместе с тем они разделяли взгляд Гиппократ, что роды при тазовом предлежании плода не могут произойти самостоятельно, это ошибочное положение удерживалось длительное время связи, чем применяли опасные и травматические плодоразрушающие операции.

В Древней Руси акушерскую помощь оказывали старшие в семье женщины. В то время акушерскими навыками владели не только врачи мужчины, но и женщины (Евпраксия-Зоя).

В период феодализма развития акушерства резко затормозилось: гнет христианской и исламской религий, утвердившееся представление, что врачам мужчинам низко и неприлично заниматься акушерством.

В период капитализма (эпоха возрождения) характеризовался бурным развитием наук, в том числе естествознания. К этому времени относятся замечательные анатомические исследования Везалия, Фалопия, Евстахия, Баталло. Большим достижением акушерства было внедрение в практику давно забытой операции (Амбруаз Паре 1517-1590) поворота плода на ножку, а также открытие первой в истории повивальной школы при парижском госпитале.

В изучении акушерства XVII-XVIII веки характеризовались дальнейшими успехами. В 1637 г. Франсуа Морисо опубликовал трактат о болезнях беременных женщин. Морисо опроверг взгляд о значительном расхождении лонного сочленения во время родов, о большой жизни способности 7 месячных, чем 8 месячных, он допускал возможность самопроизвольных родов при тазовом предлежании, рекомендовал поворот на ножку плода, предлежащий способ освобождения последующей головки.

К XVII веку относится изобретение Чемберленом акушерских щипцов (Англия). Однако семья Чемберленов держала в секрете свое изобретение и использовала его для наживы. Инструмент был обнаружен в их доме в XIX веке.

К XVIII веку относятся замечательные анатомические труды: Девентера «Ховумлумен» (Новый свет 1701 г.), в котором впервые был детально описан обращенный суженный и плоский таз, Гунтера (Хантера) «Анатомиаутери хумени гравиде» (Анатомия беременной матки 1774 г.) французский акушер генеколог Жан-Луи-Боделок (1746-1810) предложил наружное измерение плода, которым пользуются и в настоящее время. Английским акушер Смели (1697-1763) обратил внимание на значение измерения диагональной конъюгаты таза, описал нормальный механизм и его отклонения при узких тазах, сконструировал новую модель щипцов и «английский» замок к ним.

Среди выдающихся акушеров XVIII века видное место занимал Нестер Максимович Амбодик (1744-1812 г.), которого справедливо называют «отцом русского акушерства».

Большое значение для развития акушерской науки имело открытие в ряде городов родильных домов Страсбург – 1728 г, Берлин – 1751 г.

Однако в мире после организации их врачи встретились с тяжелым частым смертельным осложнением – «родильной горячкой» (послеродовым сепсисом). Летальность от после родового сепсиса колебалась от 10 до 40-50%.

Огромное значение в борьбе с послеродовым сепсисом имели труды венгерского акушера Ингаца Филлипа Земельвейса (1818-1865). Будучи сотрудниками Венской акушерской клиники, он обратил внимание на то, что материнская смертность после родов была значительно выше в клинике, где учатся студенты чем в соседней клинике, где учатся акушерки, студентки в то время одновременно обучались в анатомическом театре и акушерской клинике. Сопоставив эти данные, а также произведя эксперименты на животных, И.Ф.Земельвейс пришел к выводу, что «родильная горячка» возникает вследствие заноса трупного яда при влагиальном исследовании «разложившихся животных и органических материалов».

Он вел обязательное мытье рук мылом, со щетками с последующим обмыванием 3% раствором хлорной извести. В результате чего послеродовая заболеваемость и смертность снизилась в несколько раз.

Большой вклад в развитие отечественного акушерства в XIX века внесли А.Я.Крассовский, И.П.Лазаревич, Н.Н.Феноменов.

А.Я.Крассовский (1821-1898) был профессором Военно-медицинской академии. Он разработал учение о механизме родов при узком тазе, впервые в России ввел антисептику в акушерстве, написал классическое руководство «Оперативное акушерство» со включением учения о неправильностях женского таза (1865,1878,1885). Основал Петербургское общество – акушер - гинекологов (1887): Журнал «Акушерство и женских болезней». И.П.Лазаревич (1829-1902) был профессором Харьковского университета. Ему принадлежат оригинальные исследования по нервной регуляции матки, обезболивания родов, разработал акушерские щипцы.

Н.Н.Феноменов (1855-1918) профессор Казанского университета. Изобрел и усовершенствовал ряд акушерских инструментов (щипцы Симпсона-Феноменова), перфоратор, ножницы для эмбриотомии. Написал книгу «Оперативное акушерство».

Таким образом, отечественные акушеры внесли крупный вклад в развитие этой науки. Однако, эти ценные исследования проводились лишь на немногих кафедрах акушерства и гинекологии, кроме того, вопросы организации акушерско-гинекологической помощи не затрагивались.

Период капитализма – в середине XVIII века развивающийся капитализм оживил торговлю, ускорил темпы развития промышленности, культуры и также медицины.

В период зарождения научного акушерства организацией медицинской помощи населению занимались талантливые врачи того времени Павел Захарович Кандоиди (1710-1760). Им были созданы в России первые школы, готовившие образованных акушеров. П.З.Кандоиди подготовил проект указа об организации акушерской помощи в России, который был утвержден Сенатом 21 марта 1754 г.

Подготовка врачей-акушеров в России фактически началась в 1781 году, когда появились первые акушерские стационары и в Петербурге стала активно работать школа по подготовке врачебных кадров под руководством талантливого акушера Нестера Максимовича Амбодика. Амбодик внес неоценимый вклад в отечественную акушерскую науку, написав первый учебник по акушерству на русском языке. Свой труд он называл – «Искусство повивания или наука о Бабичем деле» (1784).

В 1861 год было отменено крепостное право, а в 1864 издано «Положение о земских учреждениях». Эти реформы писал В.С.Груздев, были основной причиной крупных успехов организации рациональной акушерской помощи населению, так как это дело из рук бюрократов перешло в руки управлений. Однако, число акушерских кадров и стационаров явно не удовлетворяло даже минимальные потребности населения.

После революции государство обратило внимание на женщину-мать и уделило большое внимание детям. В 1920 год правительство приняло два очень важных документа, которые определяли характер дальнейшего развития научного акушерства: «Декларация прав беременной» и «О развитии охраны труда женщины». Эти документы значительно ускорили, рост родовспоможения в стране позволили повсеместно организовать новые акушерские стационары, открыть родильные и гинекологические отделения при больницах.

В период с 1920-1925 годы состоялась три всесоюзных съезда по вопросам охраны материнства и младенчества. В 1928 год собрался VIII Всесоюзный съезд акушero-гинекологов, на котором программным вопросом была организация родовспоможения в стране.

В очень трудное время для нашего государства в период войны 8 июля 1944 год был издан военный указ Президиума Верховного Совета СССР – «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям», об установлении почетного звания «Мать героиня». Указами Верховного Совета отпуск по беременности и родам было увеличено от 35 до 56 дней до родов и 56-70 дней послеродовые.

Акушерство-гинекология стало развиваться большим темпом. В ближайшие годы войны сеть родильных домов и ж/к была не только полностью восстановлена, но и расширена.

Важную роль в развитии акушерско-гинекологической помощи сыграли объединение в 1948. ж/к с родильными домами и гинекологическими стационарами. В 1949 год были учреждены должности главных акушеров-гинекологов министерства здравоохранения союзных и автономных республик, областных, краевых и городских отделов здравоохранения.

В 1955 год ноябрь указ Президиума Верховного Совета СССР «Об отмене запрещения аборт», это оградила женщину от опасности внебольничного аборта и предоставила ей право самой решать вопрос о материнстве.

### **Развития восточной медицины**

В период раннего средневекового (IX-XI век. н.э.) явилось очагом высокой культурой и передовой медицинской науки Абу-Бакр-Рамз, Ибн Сина, Абу Райхон Беруний, Абу Наср Фаробий, Абу Мухаммад Хоразми.

Ибн Сина преднадлнежит к числу ученых, величайших Средней Азии, обогативших мировую науку достижениями первостепенной вожности. Труды Ибн Сина и его современника Абу Райхон Беруни знаменовали наивысшую степень развития наука на средневековом Востоке. С раннего детства Ибн Сина обручался Корану и адабу (сюда входили: грамматика, стилистика, поэтика) и к десяти годам жизни в обеих областях достиг совершенство. Одновременно, занимался врачебной практикой, бесплатно лечил больных.

В возрасте 17 лет, Ибн Сина, как врач пользовался в Бухаре и такой славой, что был приглашен ко двору Нуха ибн Мансура, который долгое время болел, и лечившие его придворные врачи ничем не могли ему помочь. Ибн Сину удалось в короткий срок вылечить правителя. В благодарность за это молодой ученый получил разрешение пользоваться дворцовой библиотекой, которая была из лучших и богатейших библиотек на всем Ближнем Востоке. В результате он расширил свои научные познания до грандиозных масштабов. Особенно велики заслуги Ибн Сины в области медицины. Его справедливо считают одним из величайших ученых медиков и истории человечество. Общее число медицинских трудов Ибн Сины доходит до 50, но из них сохранилась около 30.

Главным медицинским трудом Ибн Сины, принесшим ему многовековую славу во всем культурном мире является «Канон врачебной науки». Ибн Сина разделил свой «Канон» на 5 книг, каждая книга в свою очередь делится на части (фан), (статье), (макала) и (параграфы), (фасл). III-й том книге трактуете заболевание половых органов.

1983 год впервые в городе Ташкенте на хадре открыта амбулатория. В 1900 году в Бешагаческой части вторая амбулатория. В 1908 году обуховском сквере первая частная консультация. До революции 69 мест, из них 31 в Ташкенте, 10 а Самарканде.

В 1936-1940 годы – 3535 род.домов, 92 колхозный род.дом. 1948 врачей, 11456-акушеров.

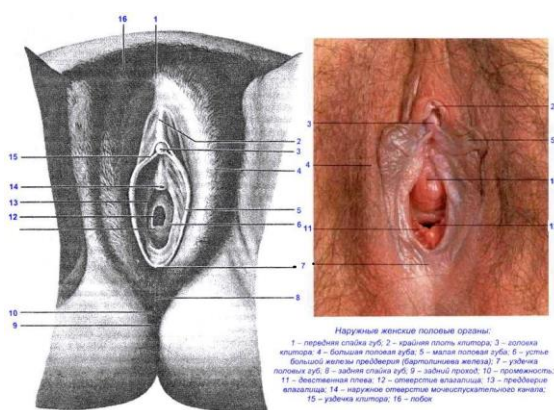
## **Анатомия и физиология женских половых органов. Анатомия и физиология женских половых органов.**

Женская половая система состоит из внутренних половых органов, расположенных в полости малого таза, и наружных половых органов, находящиеся вне костного таза. К внутренним половым органам относятся: матка, яичники, маточные трубы и влагалище. Наружные половые органы включают: лобок, большие и малые половые губы, преддверие влагалища и клитор.

### **Наружные половые органы**

Наружные половые органы, являясь мощным эротическим стимулятором, обеспечивают наиболее сильное адекватное половое возбуждение мужчины и женщины (комплекс эрогенных зон). С одной стороны, наружные половые органы служат защитой внутренних половых органов, а с другой стороны, обеспечивают проникновение мужского полового члена во влагалище. Во время полового акта наружные половые органы женщины функционально объединяются с влагалищем, поддерживают и усиливают половое возбуждение мужчины и специфическое сладострастное ощущение (оргазм).

Наружные половые органы состоят из *больших и малых половых губ, входа во влагалище, клитора, передней и задней спаяк, лобка (бугорок Венеры) и промежности.*



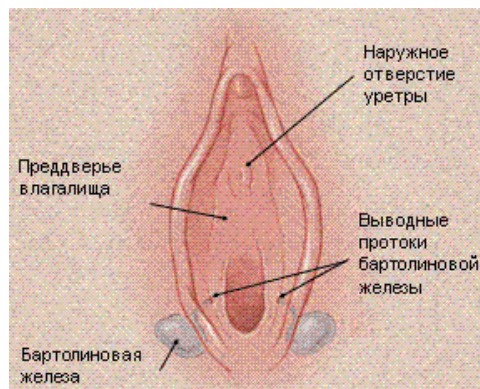
**Большие половые губы** (большие срамные губы) — округлые складки кожи, ограничивающие с боков половую щель. Соединительная и жировая ткань кожных складок обеспечивает упругость губ. Большие половые губы хорошо снабжены кровеносными и лимфатическими сосудами. Внутренняя поверхность больших губ имеет характер слизистой оболочки.

Кверху большие половые губы, сливаясь, переходят в **лобок**, выступающую часть треугольной формы, вершиною обращенную вниз, покрытую волосами. Верхний край участка, покрытого волосами, может быть горизонтальным (женский тип оволосения) или вытянутым кверху (мужской тип оволосения). Тип оволосения и степень густоты волос зависят от возраста женщины (степени полового созревания), состояния эндокринной системы, а также от национальных, этнографических и антропологических особенностей. По В.И.Здравомыслову, мужское оволосение лобка у женщин встречается в 7,25% случаев (1:11,7), причем эта частота зависит от цвета волос: наиболее часто мужское оволосение встречается у брюнеток и значительно реже — у блондинок (у брюнеток—14% (1:6,1), у рыжих—10,5% (1:8,5), у шатенок — 7,19% (1:12,9) и у блондинок — 4,7% (1 :20,4). А.М.Свядош указывает, что рост волос начинается в 11,6—12,6 лет и продолжается 2,5—3 года. По нашим данным, встречается как более раннее начало оволосения, так и более позднее.

**Половая щель** женщины ограничивается **передней** и **задней спайками**, которые в половой жизни имеют определенное значение, особенно при различных позициях, в которых совершается половой акт.

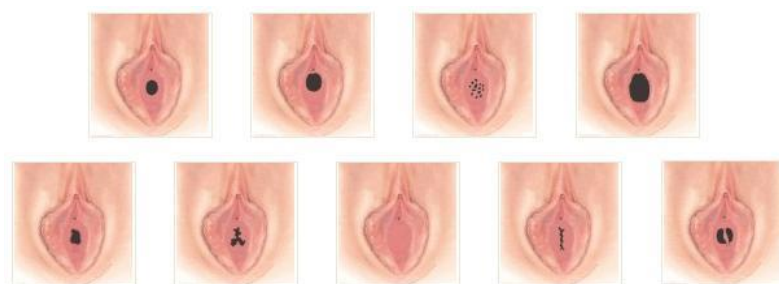
**Малые половые губы** (малые срамные губы, нимфы) — складки кожи, расположенные внутри от больших половых губ и ограничивающие **преддверие во влагалище**. У девушек, а также у нерожавших упитанных молодых женщин они обычно не видны, так как прикрыты большими половыми губами. У женщин с пониженным питанием, астеничных (худые, имеют высокий рост и большую площадь поверхности кожи по сравнению с весом), рожавших и пожилых половая щель широкая (вплоть до зияния), а малые половые губы выступают между большими губами, иногда приобретая «скрученный» вид (сильное развитие малых губ встречается у некоторых народностей Африки (готтентотский передник) Гинекологи считали такие губы одним из признаков женской мастурбации, хотя этот признак нельзя считать абсолютно достоверным). Малые половые губы богато снабжены кровеносными сосудами и нервными окончаниями. Они весьма чувствительны в отношении боли и специфических сексуальных ощущений, что позволяет отнести их к эрогенным зонам.

Между малыми губами расположена полость, называемая **преддверием**. В нее открывается мочеиспускательный канал, отверстие которого располагается выше входа во влагалище (под клитором), и **выводные протоки бартолиновых желез**, секрет которых, по мнению некоторых авторов, увлажняет вход во влагалище для безболезненного введения пениса.



Бартолиновые железы во время полового акта выделяют от 1 (у нерожавших) до 2—3 (у много рожавших) капель секрета каждая. Увлажнение же обуславливается пропотеванием транссудата через стенку влагалища (лубрикация).

Вход во влагалище у девушек ограничен (окаймлен полностью или частично) **девственной плевой** (хймен). По поводу ее физиологического значения существуют различные мнения (препятствие проникновению инфекции, поддержание относительной стабильности содержимого влагалища и т. д.). Роль и оценка девственной плевы, ее наличия или отсутствия весьма различна в различные исторические эпохи, у разных народов, социальных слоев и групп и зависит от множества этнографических, антропологических, философских, этических, психологических, религиозных и других факторов. Девственная плева варьируется по толщине, эластичности, плотности, форме (насчитывается более 20 видов плевы), насыщенности кровеносными сосудами и нервными окончаниями. Обычно девственная плева имеет небольшое овальное или полулунное отверстие для стока менструальной крови. В некоторых случаях бывают два (хймен бифенестратус) или несколько мелких отверстий (хймен срибриформис).



Иногда встречается сплошной хймен инперфоратхус. В этом случае количество менструальной крови, скопившейся во влагалище, с каждым месяцем увеличивается и образует сначала хаемотосолпос, а затем хаемотометрам. В этих случаях показано оперативное вскрытие хймен.

Размеры входа во влагалище варьируют даже у одной и той же женщины, что связано с большим или меньшим напряжением мышц, запирающих вход во

влагалище. Диаметр входа изменяется в период полового возбуждения женщины. В обычном состоянии края входа могут соприкасаться.

### **Таз с точки зрения акушерства.**

Таз состоит из четырех костей: двух безымянных, крестца и копчика. Безымянная кость состоит из трех костей: повздошной (ос илеум), седалищной (ос исхии), лонной (ос пубис), которые соединяются в области вертлужной впадины (асетабулум). Подвздошная кость это верхний отдел безымянной кости — заканчивается гребнем повздошной кости — сриста илиаса. Она спереди и сзади заканчивается двумя выступами — передневерхняя повздошная ость — спина илиаса нор супериор, передненижней — спина итласа анрериор постериор, задневерхней повздошной остью — спина илиаса инфериор супериор и задненижней подвздошной остью — спина илиаса постериор инфериор. На внутренней поверхности повздошной кости, в области перехода крыла в тело располагается гребневидный выступ, дугообразная, безымянная линия — ллния инномината, идущая к крестцу и к верхнему краю лонной дуги.

Седалищная кость имеет тело, образующее вертлужную впадину и две ветви: верхнюю и нижнюю, верхняя ветвь идет от тела книзу и заканчивается седалищным бугром — тубер исхии. На задней нижней ветви этой кости имеется выступ — спина исхии, нижняя ветвь идет кпереди и кверху и соединяется с нижней ветвью лонной кости. Лонная кости, имеет треугольную форму и состоит из тела и двух ветвей: верхней и нижней. Тело составляет часть вертлужной впадины, ветви соединяются друг с другом лонным сочленением симфизом (сймпхисис). Крестцовая кость состоит из 5-6 позвонков, соединенных в одну. Передняя поверхность вогнута, задняя выпуклая. На месте соединения И крестцового и V поясничного позвонка образуется выступ — крестцовый мыс (промонториум). Верхушка соединяется с копчиком посредством подвижного сустава.

Таз женский от мужского имеет отличия глубина, тонкость, емкость. Таз имеет в родах важное значение. Является проводным путем, по которому во время родов продвигается плод. Различают большой и малый таз границами между ними состоят спереди — верхний край симфиза, с боков - безымянные линии, промонториум.

Большой таз граничит спереди - брюшная стенка, сзади-позвоночный столб, с боков крылья повздошных костей..

Размеры большого таза.

Distancia spinarum 25—26 см расстояние между отдаленными точками спина илиаса антериор супериор.

2. *Distancia cristarum* 28 — 29 см, отдаленные точки гребней позвонковых костей.

3. *Distancia trochanterica* — 31 — 32 см отдаленные точки трохантер мажор.

4. *Conjugata externa* 20-21 см, от верхнего угла поясничного ромба и верхне-наружного края симфиза.

5. *Conjugata lateralis* — боковая конъюгата — от спина илиаса anteriор супериор до спина илиаса posteriор супериор — той же стороны — равен 14— 15 см.

*Conjugata oblique* - от спина илиаса anteriор супериор до спина илиаса posteriор супериор — противоположной стороны равен 17 — 18 см.

В малом тазу различают 4 плоскости.

Плоскость входа в малый таз.

Границы: спереди — верхний край лонного сочленения, с боков linea innominata, сзади — мыс — промоториум.

Размеры: прямой называется истинной конъюгатой — conjugata vera — расстояние от верхневнутреннего края лонной дуги до мыса = 11 см, поперечный — отдаленные точки linea innominata 13 см, косые правый и левый равны 12 см, расстояние от крестцово-подвздошного сочленения до подвздошно-лонного бугра.

2. Плоскость широкой части.

Границы: спереди — середина лонного сочленения, сзади сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков, с боков внутренняя пластинка — fossa acetabulum. Размеры: прямой от середины лонного сочленения до сочленения 2-го и 3-го крестцового позвонка = 12,5 см, поперечный отдаленные центры вертлужных впадин = 12,5 см.

3. Плоскость узкой части.

Границы: спереди — нижний край лонной дуги, с боков — ости седалищных костей, сзади — крестцово-копчиковое сочленение.

Размеры: прямой — от нижнего края лонной дуги до крестцово-копчикового сочленения = 11,5 см

поперечный — отдаленные точки внутренней поверхности седалищных бугров tuber ischia — 11,0 см.

4. Плоскость выхода из малого таза.

Границы: спереди — нижний край лонного сочленения, сзади — копчик, с боков — седалищные бугры. Размеры: прямой от нижнего края симфиза до

верхушки копчика — 9,5 см поперечный — отдаленные точки седалищных бугров — 11 см. При проведении линии через центры всех прямых размеров образуется проводная ось таза, имеющая форму рыболовного крючка.

При обследовании женщин следует производить следующие измерения:

Размеров большого таза.

Размеров выхода малого таза.

Окружность лучезапястного сустава — индекс Соловьева — 14 — 16 см.

Высота лона = 4 — 5 см.

Диагональной конъюгаты = 13 см,

Наружной конъюгаты = 20 - 21 см.

Ромба Михаэлиса — продольный размер = 11 см, поперечный — 10,5 — 11 см.

Лонного угла — равен 90 — 100°.

Окружность таза = 80 — 90 см.

10. Угол наклона таза — отношение плоскости входа в малый таз к горизонтальной плоскости.

### **Тазовое дно.**

Выход из костного таза закрыт плотной мышечно-фасциальной пластинкой, которая называется тазовым дном. Система этих мышц и фасций называется диафрагма пелвис. Передние отделы диафрагмы фиксированы к лонным костям, задние к копчику при помощи лиг. сасротуберосита, по бокам — к фасции обтуратория. Тазовое дно состоит из трех слоев.

Наружный слой из следующих мышц.

- а) м. спхинстер ани эхтернус
- б) м. булбосавер носус (сонстристор сунни)
- в) м. трансверсус перинеи суперфисиалис
- г) м. исчио — саверносус

Слой, образующий тазовую диафрагму, состоит в основном из фасциальной ткани, в толще которой заключены м. трансверсус перинеи профундус

Глубокий мышечный слой, который закрывает снизу таз. Это м. леватор ани, состоящее из м. пубососсейгеус, т. илеиоссейгеус, т. исчиоссейгеус. Края т. пубососсугенс с обеих сторон обхватывают рестум и образуют хиатус гениталиа, через который кроме рестум проходит спереди влагалище и мочеиспускательный канал. Во время родов тазовое дно претерпевает большие изменения, участвует в изгнании плода, образуя канал, иногда повреждается.

### **Плод как объект родов**

При изучении плода, как объекта родов, в первую очередь следует обратить внимание на его головку, как наиболее крупную часть, на швы и роднички, на

их значение в родах. Следует знать основные акушерские понятия: членорасположение, позиция, вид, подлежащая часть, проводная точка, вставление. Головка зрелого плода состоит из 2-х неравных частей — черепной и лицевой. Череп образован из лобных — ос фронталис, теменных — ос париеталис, височных — ос темпоралис и затылочных — ос оксипиталис костей, которые соединены между собой при помощи швов и родничков.

На головке имеются следующие швы: лобный шов- сутура фронталис между лобными костями; стреловидный или сагитальный — сутура сагиталис — между теменными костями; венечный — сутура коронария между теменными и лобными костями; лямбовидный (сутура ламбдои-деа) — между теменными и затылочными костями. Роднички на головке следующие:

а) большой родничок — фонтисулус мажор расположен между задними частями обеих лобных и передними частями обеих теменных костей, представляет собой соединительнотканную пластинку ромбовидной формы.

б) малый родничок — фонтисулус минор имеет треугольную форму, находится между задними частями обеих теменных и затылочной костей. Роднички соединяют стреловидный шов.

в) Боковые роднички — фонтисулус латералиа: передний — anteriор — между лобной, височной, клиновидной костями, задний — posteriор между височной, теменной и затылочной костями.

Швы и роднички во время родов смещаются и заходят друг на друга, сжимаясь в одном направлении, увеличиваются в другом, что называют конфигурацией. По ним врач распознает положение головки в малом тазу и следит за механизмом родов. На головке различают следующие размеры и соответствующие им окружности.

1. Прямой — д. фронтооксипиталис: от переносицы до наиболее выступающей точки затылка - 12 см, окружность — сирсумферентиа фронтооксипиталис 34 см.

Большой косой — д. ментооксипиталис — от подбородка до затылка = 13 см  
окружность — сирс. ментооксипиталис = 42 см

Малый косой — д. субоксипито-брегматисус от подзатылочной ямки до середины большого родничка = 9,5 см, окружность — сирс. субоксипито-брегматисус = 32 см.

Вертикальный — д. сублингва брегматисус от середины большого родничка до подзатылочной кости = 9,5 см, окружность сирс. сублингва-брегматисус 32 — 33 см.

Большой поперечный — д. бипариеталис отдаленные точки теменных бугров = 9,5 см.

Малый поперечный — д. бифемпоралис между висками =8 см.

На плоде определяют поперечный размер плечевого пояса = 12 см, окружность 35 — 36 см, поперечный размер ягодичек = 9 — 9,5 см, окружность 27 — 38 см, измеряют рост новорожденного, в среднем 50—53 см, массу — в среднем 3500,0.

## ЛЕКЦИЯ №2.

**Физиологические роды. Причины начало родов и ее управление.**

**Периоды родов и биомеханизм. Ведение физиологических родов. Роды в тазовом предлежании.**

**Цель:** Изучить причины , наступления родов, периоды родов а также их биомеханизм .

**Актуальность:** Физиологическая сущность родов заключается в изгнании плода и элементов плодного яйца за пределы половых органов по окончании утробного цикла развития плода.

**РОДЫ** — это много звеньевой динамический биологический процесс протекающий при участии фетоплацентарного комплекса и всех органов и систем роженицы, в первую очередь нервной и эндокринной систем, полуцирующих нейрогуморальные факторы родов.

**Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                               |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время – 80 мин           | Количество студентов - поток                                                                  |
| Форма проведения занятия | Учебная лекция                                                                                |
| План лекционного занятия | Вводное слово<br>Периоды развития плода<br>Дородовый уход<br>Подходы к родовому уходу<br>Роды |

**Цель лекционного занятия:** дать представление о «физиологических родах.», её цели, задачах и основных методах ее исследования

|                               |                                      |
|-------------------------------|--------------------------------------|
| <b>Педагогические задачи:</b> | <b>Результаты учебного процесса:</b> |
|-------------------------------|--------------------------------------|

|                                                                                                                    |                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                    | студент должен усвоить                                                                                                         |
| Дать определение «физиологические роды»                                                                            | Основную сущность физиологических родов                                                                                        |
| Разобрать основные методы исследования                                                                             | Усвоить основные методы исследования                                                                                           |
| Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при физиологических родах | Иметь представление об основных направлениях физиологических родов<br>Иметь понятие об основных приёмах и методах исследования |
| Методы и техника обучения                                                                                          | Учебная лекция, блиц - опрос                                                                                                   |
| Средства обучения                                                                                                  | Таблицы, учебная доска, видеопроектор                                                                                          |
| Условия обучения                                                                                                   | Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видеолекции                                                                |

### Технологическая карта лекционного занятия

| Этапы, время                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                         |
|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 80 мин                          | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Студент                                                                                                                                 |
| 1 этап: Введение – 10 мин.      | Вступительное слово о физиологических родов<br>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Слушает, записывает                                                                                                                     |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.) | Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.<br><br>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования при физиологических родах.<br>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.<br><br>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы<br><br>Определение и цели определения физиологических родов. Основные направления и составные части | Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Активно участвует в усвоении основных |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                           |
|----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
|                                        | физиологических родов. Основные методы исследования.                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы              |
| 3 этап:<br>Заключительный<br>(10 мин.) | Подводит итог лекционного занятия.<br>напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции.<br><br>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии.<br><br>14.даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «ранние токсикозы беременных | Уточняет неясные вопросы.<br><br>Записывает задание для следующих занятий |

### **Периоды развития плода.**

Аntenатальное развитие плода – это с момента оплодотворения до начала родовой деятельности.

Интранатальный – от начала родовой деятельности до рождения.

Постнатальный – с момента рождения до 6 суток, ранний постнатальный, до 28 суток поздний постнатальный период.

Критические периоды развития эмбриона:

А) передимплантационный

Б) органогенез

Г) плацентация.

Эмбрион наиболее чувствителен к воздействию вредных факторов на организм матери: интоксикации, нарушения питания и режима дня, гипоксии, инфекции, вибрации, радиации, курении, наркомании, алкоголизма и др.

## **ДОРОДОВЫЙ УХОД**

*Цель дородового ухода* - помочь женщине оставаться здоровой и тем самым сохранить здоровье будущего ребенка. Дородовой уход также включает в себя помощь и поддержку, беременной женщины и ее партнеру или семье, в частности помощь в освоении родительских ролей. Это означает, что

медицинские работники должны не только обеспечивать уход, но и информировать и обучать беременную женщину и ее партнера или членов семьи.

### **Задачи обучения:**

Понять важность дородового ухода.

Понять цели дородового ухода.

Узнать основные принципы дородового ухода, основанные на наилучших доказательствах.

Быть в состоянии объяснить важность посещения женской консультации до зачатия и в дородовом периоде.

Знать, какие анализы нужно проводить в процессе дородового ухода.

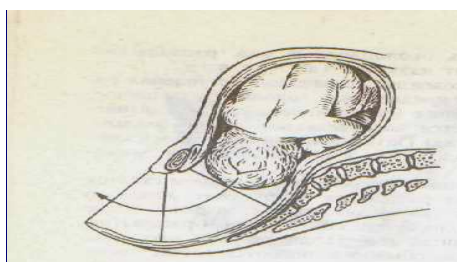
Описать подход, ориентированный на проблему, как альтернативу традиционному плановому оцениванию риска, и объяснить его преимущества.

Быть в состоянии расставить приоритеты относительно ухода в критических ситуациях с привлечением женщины и/или ее семьи к участию в принятии решения.

**РОДЫ** – это много звеньевой динамический биологический процесс протекающий при участии фетоплацентарного комплекса и всех органов и систем роженицы, в первую очередь нервной и эндокринной систем, полуцирующих нейрогуморальные факторы родов.

Физиологическая сущность родов заключается в изгнании плода и элементов плодного яйца за пределы половых органов по окончании утробного цикла развития плода.

**Срочные роды** – это процесс изгнания плода и элементов плодного яйца из матки после окончания 40 нед. – ного цикла его внутриутробного развития.



Только при адекватности реакции системы мат – плацента – плод создаются необходимые условия для полноценного развития плода и начала родов. Как известно, во время беременности осуществляется перестройка всех органов и систем организма матери, направленная на создание наиболее благоприятных условий для развития плодного яйца и вынашивания беременности. По мере приближения к окончанию срока беременности в организме матери и плода нарастает темп особых динамических процессов, обеспечивающих готовность

матки к родам, которые в генитически детерминированный момент приводят к наступлению регулярной родовой деятельности и родам.

Самопроизвольное возникновение сокращения миометрия при беременности в норме наступает при условии готовности к родам организма матери и полной зрелости плода. Это соответствует при нормальной беременности в среднем 280 дням, или 10 лунным месяцам, или 40 неделям беременности.

Роды, наступившие между 28–й и 36–й неделями беременности, считаются преждевременными, а после 42 – й недели – запоздалыми.

В настоящее время роды рассматриваются как сложный биологический процесс, строго контролируемый генетическим аппаратом матери и связанный со многим и плода. Регуляция этих процессов в целостной системе мать – плацента – плод подчинена центральным нервным и гуморальным системам организмов матери и плода.

На основании результатов исследований (Е.М.Михайленко 1980), посвященных изучению механизмов развития родовой деятельности раскрыты взаимосвязанные и взаимообусловленные механизмы инициации родовой деятельности.

Начало подготовительного периода к родам совпадает с началом созревания эпифизарно – гипоталамо – гипофизарной системы плода, активно стимулирующей его рост и функцию надпочечников. При этом происходит синтез кортикотропина, стимулирующего в плаценте переход ИИ – дезоксикортизода в кортизол, что и является II этапом на пути подготовки организма матери к родам. В организме матери начинает изменяться баланс половых стероидов, хориомамотропина (плацентарного лактогена), хориогонадотропина (в крови увеличивается содержание эстрогенов, особенно эстрадиола и уменьшается содержание прогестерона, хориогонадотропина и хориомамотропина) – это составляет сущность ИИ этапа, изменений в системе мать – плацента – плод, предшествующего наступлению родов. Этот период характеризуется в основном выбросом в кровь матери серотонина и  $17\beta$  - эстрадиола. Наряду с этим происходит увеличение (под влиянием усиленной продукции эстрогенов) синтеза эндогенных простагландинов (ПГ)  $G2\alpha$  что характерно для основного этапа развития родов. ПГ  $G2\alpha$ , по мнению многих авторов, являются основным и непосредственным стимулятором миометрия, вызывают начало сокращения матки в родах.

По мнению Лерат (Лерат) (1978), наиболее важным фактором инициации родовой деятельности являются гормоны синтезируемые в организме матери (окситоцин, ПГ), в плаценте (эстрогены, прогестерон) и в организме матери (окситоцин, ПГ), в плаценте (эстрогены, прогестерон) и в организме плода (гормоны коркового вещества надпочечников и задней доли гипофиза). Автором подчеркивается важная роль надпочечников и гипофиза плода в формировании первичных сигналов начало родовой деятельности.

Уровень эстрогенов как основного триггера для синтеза ПГ, кроме подобных механизмов, может обеспечиваться и активностью ферментных систем. Сигналы в данной системе передаются при помощи, нейрогормонов (биогенных аминов, в частности дофамина, серотонина и др.), а также стероидов и биохимическими изменениями в половой системе, как во время беременности и подготовки к родам, так и во время родов.

Установлено, что перед родами отмечается увеличение выброса в кровь матери кетахоламинов. Дивес и соавт, 1981г. выявлено значительная положительная корреляция между сроком беременности и концентрацией адреналина, норадреналина и дафамина в крови матери. Что свидетельствует, по их мнению, о прогрессирующей созревания адренергических систем плода в период окончания развития беременности. Подобные метаболические сдвиги, оказывая местное действия на уровне фетоплацентарного комплекса, стимулируют появление утеротонических ПГ в децидуальной оболочке. Утеротонический ПГ во время менструального цикла действуют лютеолитически, уменьшают синтез прогестерона и сенсибилизируют миометрий к окситоическим веществам.

ПЕРВЫЙ ПЕРИОД – период раскрытия продолжается от начала регулярной родовой деятельности до полного раскрытия маточного зева. Средняя его продолжительность у первородящих 12 – 18 ч, у повторнородящих 6 – 9 ч. сократительная деятельность матки характеризуется родовыми схватками, механизм возникновения и распространения которых регулируется сложной системой нейроэндокринных и гуморальных факторов, подчиненных физиологическому закону тройного нисходящего градиента.

Темп раскрытия акушерского зева у первородящих – 1 см/ч., у повторнородящих 2 см/ч. Завершается первый период родов полным раскрытием маточного зева. Также совершается первый момент механизма родов (сгибание и вставление головки) и излитие вод. Возможно излитие вод преждевременно (до начала или одновременно с началом родовой деятельности), и рано (до полного раскрытия) и запоздало (во втором периоде родов).

Высокий надрыв плодных оболочек до начала родовой деятельности следует считать преждевременным излитием вод в связи с опасностью восходящей инфекции и выключением функции неполноценного плодного пузыря. Ведение первого периода родов в остальном предопределяет исход родов для матери и плода. От его правильности в прямой зависимости находится частота осложнений во втором, третьем и в раннем послеродовом периодах. В первом периоде родов следует обратить внимание на ряд вопросов. К ним относятся:

тщательная оценка соматического и акушерского анамнеза;  
клинико-инструментальное наблюдение за общим состоянием роженицы;

сократительной деятельностью матки и состоянием плода с целью своевременной диагностики осложнений в родах;  
динамическая оценка правильности с и соответствия механизма родов;  
прогнозирование вероятных осложнений;  
составление плана ведения родов.

Основным объективным методом оценка течения родового акта является влагалищное исследование, которое обязательно в порядке должно производиться при первичном осмотре роженицы и после излития околоплодных вод. Во всех остальных случаях оно должно быть четко обосновано показаниями.

Описание данных влагалищного исследования завершается клиническим диагнозом, конструкция которого строится в такой последовательности.

Период родов с указанием срока родоразрешения;

Члена расположение плода;

Акушерские осложнения беременности;

Акушерские осложнения во время родов;

Экстрагенитальная патология;

Состояние плода.

После клинического диагноза следует заключение, которое должно содержать план родоразрешения, схему лечебных и профилактических мероприятий с учетом предполагаемых осложнений и ведения родов на данном этапе.

Принцип управления в первом периоде родов заключается в мероприятиях, направленных на уменьшение травматичности родов, что достигается путем регуляции родовой деятельности с помощью спазмолитические и обезболивающих средств, своевременным предоставлением отдыха, обоснованной амниотомией и проводимием профилактических мероприятий в отношении плода.

При физиологическом течение родового акта плодный пузырь вскрывается самостоятельно при полном или почти полном раскрытии маточного зева. В ряде случаев с целью нормализации сократительной деятельности матки следует произвести раннюю амниотомию:

при многоводие;

плоском плодном пузыре;

нефункционирующем вялом плодном пузыре;

при высоком его надрыве.

ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ – ПЕРИОД ИЗГНАНИЯ, начинается с момента полного раскрытия маточного зева (на 10 – 20 см), которое сопровождается своевременным излитием околоплодных вод и началом поступательного движения предлежащей части плода, из плоскости входа в плоскость широкой части малого таза и заканчивается рождением ребенка. Во втором периоде совершаются основные моменты механизма родов внутренней поворот, разгибание, наружный поворот головки и внутренней поворот плечиков.

Сократительная деятельность матки характеризуется интенсивными схватками, к которым присоединяются потуги, носящие рефлекторный характер (воздействие предлежащей части на рецепторный аппарат тканей нижнего отдела родового канала). Продолжительность периода изгнания от 30 мин. до 2ч.

Задачами ведения второго периода родов является:

наблюдение постоянное за состоянием плода в связи опасностью возникновения острой гипоксии;

наблюдением за состоянием рожениц;

управление силой и частотой потуг;

оказание ручного пособия акушерской или врачом в зависимости от вида предлежания.

ТРЕТИЙ ПЕРИОД РОДОВ – ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД, самый короткий и одновременно самый ответственный в связи с опасностью возникновения кровотечения. Он начинается с момента рождения ребенка и заканчивается рождением последа.

В его течение различают три фазы:

И фаза – от момента рождения ребенка до начала отделения последа;

ИИ фаза – отделения плаценты;

ИИИ фаза – рождения последа.

Средняя продолжительность 5 – 10 мин. сократительная способность матки характеризуется возобновлением схваток, обеспечивающих отслоение плаценты и потугами, в результате которых рождается послед.

Последовый период сопровождается физиологической кровопотерей, объем которой соответствует количеству крови, находящихся в межворсинчатых пространствах и не должна превышать 250 мл или 0,5% массы тела роженицы. Прекращение кровопотери ограничение её физиологического объема обусловлено сокращением миометрия, скручиванием концевых спиральных

веточек артерий и быстрым процессом тромбообразования в сосудах плацентарной площадки.

Течение третьего периода зависит от места прикрепления плаценты, самым благоприятным является верхний отдел задней стенки матки, в меньшей степени верхний отдел передней стенки. Неблагоприятными формами локализации плаценты являются область дна, углов и боковых стенок. Течение третьего периода зависит также от глубины распространения ворсин хориона. В норме ворсин хориона находятся на уровне спонгиозного слоя децидуальной оболочки. Течение третьего периода зависит от особенностей течения первого и второго периодов родов.

Задачей ведения третьего периода родов является предупреждение возможности кровотечения. Физиологической кровопотерей считают величину до 250 мл пограничной от 250 до 400 мл в зависимости от веса тела.

Тактика ведения третьего периода родов носит выжидательный – активный характер и определяется в первую очередь объемом кровопотери.

Показаниями для ручного обследования матки является:

явный дефект плацентарной или подозрение на него;

наличие добавочной доли плаценты, завершившейся в матки (определяется по обрыву сосудов на оболочках);

полный или почти полный обрыв и задержка в матке хориальной оболочки;

кровотечение продолжающийся после достижения кровопотери 250 мл.

При рациональном ведении родов следует придерживаться соблюдения некоторых положений. Длительность родов не должна превышать 24 – 30 ч. (в это время не входит подготовительный период);

### ***Раскрытие шейки матки***

Это наиболее важный показатель течения родов. Раскрытие обозначается на графике знаком «Х»;

Сокращения (схватки);

Частота (выраженная как число сокращений за 10 минут);

Длительность в секундах;

### ***Окситоцин:***

Дозировка может записываться для каждого периода в один час;

Лекарственные препараты и В/В растворы;

Место для информации;

Кровяное давление, пульс и температура;

Кровяное давление и пульс – рекомендуется записывать каждый час или чаще;

Температура – рекомендуется записывать через каждые 3 – 4 часа.

## ***Моча:***

Количество;

Анализы (кровь, белок и ацетон);

Записывается после каждой порции мочи.

Первые отметки о раскрытии шейки матки в активной фазе родов делаются в соответствующих точках вдоль линии бдительности. В идеальной ситуации роды затем протекают медленнее, данная кривая зависимости раскрытия от времени будет перемещаться в направлении линии действия. Линия действия на партограмме будет на 4 часа сдвинута вправо от линии бдительности. Если наносимая линия пересекает Линию действия, то необходимо подумать о соответствующем вмешательстве.

Представляется, что методика осмотров играет большую роль, нежели их частота. На партограмме можно видеть, что время проведения аускультации сердца плода имеет большое значение для истинного отображения частоты сердечных сокращений плода. Это положение иллюстрируется (очень кратко) на примере вариантов частоты сердечных сокращений.

Периодическая аускультация более приемлема и предпочтительна.

Целью партограммы является формирование общей картины состояния матери и ребенка, поэтому необходимо всестороннее наблюдение.

Наиболее важной частью партограммы является наблюдение за раскрытием шейки матки в зависимости от времени, а также продвижением предлежащей части (обычно головки) плода. Очень важно отметить, что вагинальный осмотр при родах должен сопровождаться наблюдением за положением предлежащей части. Также необходимо сказать, что многие ошибки ведения родов совершаются именно из – за отсутствия такого наблюдения.

## ***Кормление роженицы во время родов.***

Роды требуют энергетических затрат. Так как продолжительность родов не может быть предсказана, источник энергии должен постоянно восполняться. Резкое ограничение питания в родах ведет к дегидратации и ацидозу, которые могут быть предотвращены путем приема жидкости внутрь и легкой пищи во время родов.

Современный подход оставляет женщине самой решать вопрос о приеме пищи и питья во время физиологических родов.

## ***Партнерские роды.***

При проведении партнерских родов роль акушерки заключается в физической и эмоциональной поддержке в течение всего процесса родов. Присутствующий при родах акушер должен объяснить женщине все проводимые процедуры и результаты медицинских обследований. Женщину следует информировать о прогрессе родов и уточненном ожидаемом времени рождения ребенка.

Присутствие в родильном зале кого – либо из близких людей (вместе с акушером) оказывает значительный положительный эффект на прогресс и исход родов послеродовую адаптацию матери, взаимоотношение между матерью и ребенком. Грудное вскармливание и на супружеские отношения. При этом значительно сокращается продолжительность родов и частота кесарева сечения, уменьшается применение обезболивающих средств, необходимость в предоставлении срочной медицинской помощи новорожденным. Это оказывает также положительное воздействие на грудное вскармливание, лучшее состояние новорожденного.

### **Лекция № 3.**

#### **Ранние токсикозы беременных**

##### **Гипертензивные состояния при беременности**

**Цель:** Изучить причины, наступления ранних токсикозов, а также их биомеханизм

**Актуальность:** Токсикоз - это нарушение процесса адаптации организма к беременности, проявление особой извращенной реакции организма женщины на беременность. Нарушению физиологических процессов приспособления организма к беременности (*токсикоз*) способствуют следующие причины.

##### **Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                                                     |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время – 80 мин           | Количество студентов - поток                                                                                        |
| Форма проведения занятия | Учебная лекция                                                                                                      |
| План лекционного занятия | Вводное слово<br>Причины ранних токсикозов и резус иммунизации<br>Тактика при ранних токсикозов и резус иммунизации |

**Цель лекционного занятия:** дать представление о «ранних токсикозов и резус иммунизации», её цели, задачах и основных методах ее исследования

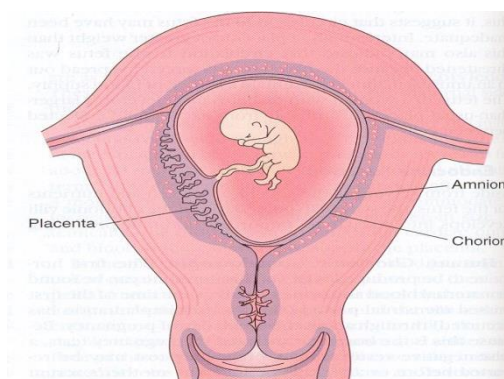
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                                |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Педагогические задачи:</b>                                                                                                       | Результаты учебного процесса:<br>студент должен усвоить                                                                                        |
| Дать определение «ранних токсикозов и резус иммунизации.»<br>Разобрать основные методы исследования                                 | Основная сущность ранних токсикозов и резус иммунизации<br>Усвоить основные методы исследования                                                |
| Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при ранних токсикозов и резус иммунизации. | Иметь представление об основных направлениях ранних токсикозов и резус иммунизации<br>Иметь понятие об основных приёмах и методах исследования |
| Методы и техника обучения                                                                                                           | Учебная лекция, блиц - опрос                                                                                                                   |
| Средства обучения                                                                                                                   | Таблицы, учебная доска, видеопроектор                                                                                                          |
| Условия обучения                                                                                                                    | Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видеолекции                                                                                |

### Технологическая карта лекционного занятия

| Этапы, время                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                            |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 80 мин                          | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Студент                                                    |
| 1 этап: Введение – 10 мин.      | Вступительное слово о ранних токсикозов и резус иммунизации.<br>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                   | Слушает, записывает                                        |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.) | Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.<br><br>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования ранних токсикозов и резус иммунизации.<br>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.<br><br>Представляет вниманию студентов основные | Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. |

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                           |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                | <p>вопросы темы</p> <p>Определение и цели определения ранних токсикозов и резус иммунизации. Основные направления и составные части ранних токсикозов и резус иммунизации. Основные методы исследования.</p>                                                                                                                                                                                                                 | <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| <p>3 этап:</p> <p>Заключительный (10 мин.)</p> | <p>Подводит итог лекционного занятия. Напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «воспалительные заболевания женских половых органов» и кровотечение в первой половине беременности</p> | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>                          |

К токсикозам беременных относят ряд заболеваний, которые возникают при беременности, осложняют ее течение и, как правило, прекращаются после ее окончания. Токсикоз этиологически связан с беременностью. После родов (или аборта) обычно полностью исчезают все проявления токсикозов; отдаленные последствия наблюдаются только после тяжелых и длительно протекающих форм этих заболеваний.



**Токсикоз** - это нарушение процесса адаптации организма к беременности, проявление особой извращенной реакции организма женщины на

беременность.

Нарушению физиологических процессов приспособления организма к беременности (токсикоз) способствуют следующие причины.

Патологические процессы, нарушающие функцию рецепторного аппарата матки и способствующие возникновению ненормальных импульсов, исходящих от плодного яйца. К таковым относятся воспалительные заболевания половых органов (особенно матки) недоразвитие или неправильное развитие матки и ее рецепторного аппарата, изменения в эндометрии, связанные с эндокринными и другими нарушениями, что способствует появлению токсикоза беременных.

Изменения в центральной нервной системе, способствующие неправильной переработке импульсов (даже нормальных), исходящих от плодного яйца. Это происходит при дискоординации основных нервных процессов в коре головного мозга, а также в системе кора - подкорка, при перевозбуждении ретикулярной формации и вегетативных центров, расположенных в гипоталамусе, что также способствует появлению токсикоза. Изменения в нервной системе вызывают нарушение процесса физиологической перестройки желез внутренней секреции, обмена веществ, функций сердечно-сосудистой, кроветворной и других систем. Нарушение нейрогуморальной регуляции процессов обмена ведет к изменению физиологических соотношений в содержании электролитов, микроэлементов, гормонов, белковых фракций и других веществ. В результате нарушенного обмена из тканей в кровь поступают не только конечные (безвредные) продукты обмена, но также промежуточные продукты, которые могут вызывать аутоинтоксикацию (токсикоз) организма. Изменению функций нервной системы, а следовательно, возникновению токсикозов способствуют заболевания, перенесенные ранее и сопутствующие беременности, тяжелые переживания, переутомление, неправильное питание, нарушения гигиенического режима и другие факторы, ослабляющие устойчивость организма женщины.

Ранний токсикоз, возникающий в первой половине беременности (обычно в первые 1-3 месяца); К ранним токсикозам также относятся:

рвота беременных (легкая форма, умеренная рвота);

чрезмерная рвота;

3)птиализм.

Часто встречающиеся формы

Редкие формы

а) рвота беременных ( легкая, средняя, тяжелая ).

б) смолотечение

## 2.Дерматозы беременных

тетания беременных  
остеомаляция беременных  
бронхиол астма  
экзема беременных  
жировой гепатоз



К редким формам токсикозов относят: дерматозы, бронхиальную астму, желтуху, тетанию, остеомаляцию беременных. Эти заболевания могут возникнуть в первой и во второй половине беременности.

### **Ранний токсикоз беременных.**

Высказано много предположений о причинах возникновения раннего токсикоза беременных. Особенное внимание уделялось изучению патогенеза рвоты беременных. Основной причиной возникновения рвоты беременных при токсикозе является нарушение взаимоотношений между деятельностью коры головного мозга, функциями вегетативной нервной системы и внутренних органов. Этому нарушению нередко предшествуют патологические процессы, воздействующие на вегетативную нервную систему и рецепторы матки (перенесенные инфекционные заболевания, интоксикации, заболевания внутренних органов, воспалительные процессы и травмы эндометрия, связанные с абортами и др.). Возникновению токсикоза способствует то, что при длительной патологической импульсации происходит перераздражение вегетативных центров подкорки (в частности, ретикулярной формации ствола головного мозга) и понижение основных нервных процессов в коре головного мозга. В таких условиях импульсы, связанные с раздражением рецепторов матки плодным яйцом, приводят к дальнейшему повышению возбудимости подкорки и резкому усилению реактивности вегетативной нервной системы. В связи с изменениями, возникающими в нервной системе, физиологические процессы адаптации организма к беременности не осуществляются, что и ведет к возникновению токсикоза. Изменения, возникающие в эндокринной системе, обмене веществ, пищеварительных и других органах нередко приобретают патологический характер. Возникающие нарушения пищеварения, ферментных систем, обмена

веществ, метаболизма гормонов, иммунологических и других реакций способствуют дальнейшему ослаблению основных нервных процессов.

## **ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ**

**ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ** - (тохисосис гравидарум; греч. тохикос служащий для смазывания стрел, т. е. ядовитый + -осис) - заболевания беременных, причинно связанные с развивающимся плодным яйцом; как правило, исчезают в послеродовом периоде, а иногда еще во время беременности. Иногда токсикозы беременных называют токсемиями, невروزами, аллергозами беременных, что отражает различные представления о происхождении этой патологии. Различают ранние токсикозы беременных, развивающиеся в первой половине беременности, и поздние, возникающие во второй ее половине. Ранние токсикозы беременных, согласно наиболее распространенному представлению, связаны с извращенными реакциями центральной нервной системы, эндокринной и других систем в ответ на раздражение нервных рецепторов матки плодным яйцом и на его гуморальные воздействия. Повышение возбудимости подкорковых структур (например, рвотного центра, центров слюноотделения, терморегуляции) приводит к развитию наиболее частых форм раннего токсикоза - рвоте, слюнотечению, которым иногда сопутствует субфебрилитет.

**Рвота беременных возникает на фоне тошноты**, бывает от 2-4 до 20 раз в день и более. Отмечаются понижение аппетита, изменение вкусовых и обонятельных ощущений; нередко рвота сочетается со слюнотечением - птиализмом (выделение слюны за 1 сутки может превысить 1 литр). Недостаточное поступление питательных веществ, обезвоживание приводят к нарушению углеводного, белкового, жирового, минерального обмена, что сопровождается накоплением в организме токсических продуктов. В моче появляются кетоновые тела, гиалиновые цилиндры. Беременная теряет в весе. В тяжелых случаях наступают истощение, резкая слабость, апатия, отмечаются субфебрильная температура, тахикардия (частота пульса 90-120 уд/мин), артериальная гипотензия. На фоне рвоты может развиваться желтуха, которая часто сопровождается зудом кожи и в некоторых случаях завершается опасной для жизни беременной токсической дистрофией печени.

**Слюнотечение, желтуха, зуд кожи** (иногда только в области вульвы) встречаются и как самостоятельные формы раннего токсикоза беременных. Проявлениями раннего токсикоза беременных могут быть также экзема, редко тетания, остеомалация. Последние две формы токсикоза беременных возникают вследствие нарушения кальциево-фосфорного обмена (с потерей организмом кальция), иногда на фоне изменения функции паращитовидных желез.

**В случае выявления раннего токсикоза беременных** акушерка должна проследить за тем, чтобы женщина была госпитализирована. При рвоте рекомендуется легкоусвояемая, богатая витаминами пища. Принимать ее следует лежа, маленькими порциями. С целью воздействия на нервную систему назначают дроперидол, супрастин, электросон, иглоукалывание. В качестве противорвотных средств используют этаперазин, церукал. При слюнотечении применяют атропин. Для устранения обезвоживания, интоксикации внутривенно вводят изотонический раствор хлорида натрия, 40% раствор глюкозы, раствор Рингера-Локка, реополиглюкин, альбумин (общий объем вводимой жидкости достигает 1,5-2 литра в сутки). Показаны инсулин, комплекс витаминов (С, В1, В6, В12 и др.), кокарбоксилаза. При своевременном и рациональном лечении прогноз в большинстве случаев благоприятный. Возможно отрицательное воздействие на плод (гипоксия, гипотрофия). Отсутствие эффекта от лечения, непрекращающаяся рвота, стойкий субфебрилитет, прогрессирующее похудание, выраженная тахикардия, протеинурия, цилиндрурия, желтуха являются показаниями для прерывания беременности.

**При тетании, остеомалации показана терапия,** направленная на нормализацию кальциево-фосфорного обмена (препараты кальция, УФ-облучение и др.). Лечение зуда кожи, экземы проводится так же, как и вне беременности.

**У перенесших ранний токсикоз беременных** во второй половине беременности чаще развиваются поздние токсикозы беременных, в связи с чем за ними необходимо особенно тщательное наблюдение в женской консультации (или на ФАП). Во второй половине беременности рекомендуется диета с ограничением приема жидкости и соли, гигиенический режим. Рекомендуемая продукция: Пожалуй, наиболее распространенным недомоганием большинства женщин, ожидающих ребенка, является токсикоз. Токсикоз- это не болезнь, а состояние организма, связанное с беременностью. Он, как правило, возникает в самом начале беременности, самостоятельно прекращаясь после 12-14 недель. Токсикоз первой половины возникает при нарушении механизма адаптации организма женщины к беременности. Предрасполагают к развитию токсикоза хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, заболевания щитовидной железы, неправильное питание, нервное перенапряжение. Симптомы раннего токсикоза хорошо известны: это снижение аппетита, тошнота, слюнотечение, рвота, понижение артериального давления, необычная реакция на запахи. Различают 3 степени рвоты беременных:

**1 степень-легкая.** Частота рвоты не превышает 5 раз в сутки, бывает чаще натощак, может быть вызвана приемом пищи или неприятным запахом. Это

снижает аппетит и угнетает настроение беременной женщины. Потери веса нет.

**2 степень-средней тяжести.** Рвота повторяется от 6 до 10 раз в сутки, иногда не зависит от приема пищи. Женщина жалуется на слабость, головокружение. Незначительно снижается артериальное давление. Потеря веса 2-3 кг в месяц

**3 степень-тяжелая (неукротимая рвота беременных).** Рвота повторяется до 20-25 раз в сутки, может возникать от любого движения беременной. Из-за того, что рвота повторяется ночью, нарушается сон. Потеря веса достигает 8-10 кг в месяц и более. В организме беременной не удерживаются ни пища, ни вода, что приводит к значительному обезвоживанию и нарушению всех видов обмена. Кожа становится сухой, повышается температура тела до 37,2-37,5 градусов, учащается пульс до 120 ударов в минуту, артериальное давление снижено, выражена интоксикация организма, снижено выделение мочи.

Если Вас беспокоит тошнота, рвота 2-3 раза в день, нет жалоб на ухудшение самочувствия, то медикаментозного лечения не требуется и состояние плода не страдает. Отрегулируйте свое питание, режим труда и отдыха. Обязательно контролируйте свой вес, артериальное давление.

### **Гипертензивные состояния при беременности.**

***Презеклампсия** – это синдром мультисистемной дисфункции, возникающий при беременности, в основе которого лежит увеличение проницаемости сосудистой стенки с последующим развитием волевических и гемодинамических нарушений;*

***Эклампсия** – это состояние, при котором в клинических проявлениях презеклампсии преобладают поражения головного мозга, сопровождаемые судорожным синдромом и комой.*

Трудно классифицировать заболевание, этиология которого до сих пор остается загадкой, а рассмотрение клинической физиологии в большинстве случаев начинается с объяснения, что делать, деликатно обходя ответ на вопрос: *что это такое?*

Дело в том, что следует четко дифференцировать хроническую артериальную гипертензию, *на фоне которой протекает беременность* (чаще всего это гипертоническая болезнь) от артериальной гипертензии, *обусловленной беременностью, то есть от презеклампсии.* Не сделав этого четкого разделения, врачи часто назначают одну и ту же программу инфузионной и антигипертензивную терапию при таких совершенно различных состояниях, имеющих к тому же внутренние подгруппы. Более того, при артериальной

гипертензии, обусловленной беременностью, развивается генерализованное повреждение эндотелия как проявление полиорганной недостаточности

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Данные о частоте случаев преэклампсии в разных странах весьма противоречивы: от 1 случая на 147 родов до 1 случая на 35 000 родов [Рамин К.Д.]. В развивающихся странах эклампсия встречается в 20 раз чаще, составляя в среднем 1 случай на 2000 родов. В мире ежегодно от эклампсии или связанных с нею осложнений погибает около 50 000 женщин

[Дулей Л]. В случаях многоплодной беременности частота эклампсии достигает 3,6 %. В 15 % случаев эклампсия возникает до родов, оставшаяся часть приходится непосредственно на момент родов и послеродовый период.

Уровень материнской и перинатальной смертности, связанный с преэклампсией и эклампсией, в последние десятилетия хотя и имеет отчетливую тенденцию к снижению, все же пока составляет соответственно 1 и 10 %. В некоторых странах уровень материнской смертности при эклампсии достигает 17,5 %, а перинатальной смертности 13-30 % [Стоне Ж.Л. Эт. ал.]. В нашей стране отмечается отчетливая тенденция увеличения частоты преэклампсии за счет тяжелых форм [Токова З.З. и соавт., 1998]. Эклампсия встречается и в дородовом периоде (чаще всего), и во время родов, и в послеродовом периоде.

### ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ.

**Тромбоцитопения** (снижение уровня тромбоцитов до  $150 \times 10^3$  / мл и менее регистрируется у трети пациенток с преэклампсией. Выраженная тромбоцитопения ( $100 \times 10^3$  / мл и менее ) встречается только у 15 % беременных женщин с тяжелой формой преэклампсии и чаще всего сопровождается ХЕЛПП- синдромом.

**Нарушение зрения и неврологическая симптоматика** включают в себя фотофобию, диплопию, скотому и амавроз. Эти различные клинические проявления нарушения зрения встречаются у 25 % женщин с преэклампсией. Потеря зрения – к счастью, довольно редкое осложнение, встречающееся у 1-3 % женщин с эклампсией . В большинстве случаев потеря зрения обусловлена поражением сетчатки, включающим в себя отек, сосудистые изменения и отслойка сетчатки.

Оправданным выглядит включение в число дополнительных критериев головную боль. Хотя поводов для возникновения ее у человека более чем достаточно, тем не менее этот симптом встречается у 40 % беременных с преэклампсией и у 80 % беременных женщин, у которых в последствии развивается эклампсия.

Довольно часто неврологическая симптоматика является клиническим проявлением гипогликемии, нередко осложняющей течение преэклампсии и эклампсии.[ эглей С.С. Эт.ал.].

При увеличении активности сывороточных трансаминаз самой важной задачей врача является выяснение причин таких нарушений, поскольку исход для матери и плода зависит от своевременности постановки правильного диагноза и тактики интенсивной терапии.

Сбор анамнеза у беременной с измененными печеночными пробами отличается от такового у других больных. Зуд – это характерный признак холестаза беременных. Обычно он всего сильнее на ладонях и стопах, а затем начинает распространяться по всему телу. За зудом часто следует желтуха. Нередко именно кожный зуд является кардинальным симптомом, который позволяет дифференцировать внутрипеченочный холестаз беременных от других состояний.

Основными признаками рвоты беременных являются постоянная тошнота и позывы на рвоту, однако, если они сопровождаются головной болью и периферическими отеками, это может указывать на раннее развитие преэклампсии. Если же вышеуказанным симптомом добавляется боль в животе в сочетании с артериальной гипотонией или без нее, особенно в конце беременности, то нужно, исключив преждевременную отслойку плаценты, в первую очередь подозревать разрыв печени.

Необходимо обращать внимание на локализацию боли, ее продолжительность и характер. Боль в правом верхнем квадранте живота свидетельствует, вероятнее всего, об острой жировой дистрофии, особенно в конце беременности. Схваткообразная боль в правом подреберье, порой сопровождающаяся лихорадкой, скорее всего указывает на холестаз или желчную колику. В числе других важных симптомов, на которые следует обратить внимание, головная боль, лихорадка, периферические отеки, пенистая моча, олигурия, бессонница, изменения стула (например, ахолия или диарея), потеря или резкая прибавка веса, головокружение, любая очаговая неврологическая симптоматика.

**Эклампсические судороги** – часто могут развиваться без какой – либо предшествующей ауры. В то же время части пациенток судорожному синдрому могут предшествовать чувство страха, повышенная возбудимость и гиперрефлексия. У 80 % пациенток эклампсические судороги возникают до или во время родов. Несмотря на то что существуют описания эклампсии даже спустя 23 суток после родов, при возникновении эклампсии спустя 24 часа после родов необходимо исключить другие мозговые явления, которые могли послужить причиной.

## АНТИГИПЕРТЕНЗИВНАЯ ТЕРАПИЯ

Тем не менее простота и доступность измерения артериального давления, его связь со многими осложнениями преэклампсии сделали этот критерий одним из основных причин при оценке эффективности проводимой интенсивной терапии. По той же причине и сама антигипертензивная терапия остается одним из главных компонентов в комплексе интенсивной терапии артериальной гипертензии, обусловленной беременностью, хотя нередко она проводится бессистемно.

**Цель лечения** – поддержание артериального давления в пределах, сохраняющих на нормальном уровне маточно – плацентарный кровоток и снижающих риск развития преэклампсии и осложнений. Желательно, чтобы АД не превышало 160/100 мм рт.ст. Хотя эти рекомендации применяются очень давно, в литературе не удалось встретить ни одного статистически достоверного подтверждения их целесообразности.

**Метилдопа** – центральный пресинаптический  $\alpha_2$  – адреноблокатор – широко применяется для лечения АГ у беременных. Доза препарата составляет от 500 до 2000 мг в день, назначается в несколько приемов. Препарат в большей степени экскретируется почками.

**Бета – адреноблокаторы** применяются для лечения артериальной гипертензии у больных с гипертрофической кардиомиопатией, мигренозными головными болями и аритмиями. Бета – блокаторы особенно показаны для лечения артериальной гипертензии у больных с синдромом Марфана и коарктацией аорты. Осторожность необходима у беременных с бронхиальной астмой или хронической легочной патологией.

**Лабеталол**, комбинированный альфа и Бета -адреноблокатор, особенно выгодно использовать для внутривенного введения при лечении неотложных гипертонических состояний во время беременности и родов. Прямой артериальной вазодилататор гидролазин (апрессин) традиционно применяется в комбинации с диуретиками и симпатолитиками. Наиболее часто встречаемые побочные эффекты – увеличение ЧСС и сердечного выброса через барорецепторный механизм, головокружения и головная боль, а также задержка жидкости в результате активации ренин-ангиотензиновой системы. Гидралазин в дозе более 200 мг в день может спровоцировать волчаночно-подобный синдром, особенно у тех больных, у которых метаболизм препарата замедлен ( так называемые медленные ацетиляторы ).

Среди относительно новых антигипертензивных препаратов для лечения не осложненной артериальной гипертензии, на фоне которой протекает беременность, в последнее десятилетие очень популярны стали антагонисты кальция.

**Нифедипин**, препарат из группы дигидропиридинов, мало влияя на сердце, действует, в основном, как вазодилататор. Он широко используется при преждевременных родах, поскольку не обладает отрицательным действием на плод. Широкомасштабных исследований по лечению этим препаратом хронической артериальной гипертензии у беременных не проводилось. Но препарат постепенно завоевывает все большую популярность, особенно его лекарственная форма « ретард » с медленным высвобождением в кишечнике, которую можно принимать один раз в день. Дозы, применяемые для лечения артериальной гипертензии ( от 30 до 60 мг в день ), выше тех, которые применяются для токолиза.

**Верапамил**, другой препарат из группы антагонистов кальция, обладает прямым отрицательным инотропным и хронотропным эффектом, безопасен для беременных при лечении суправентрикулярных аритмий и гипертрофической кардиомиопатии и является эффективным антигипертензивным препаратом в дозах от 120 до 360 мг в день. Он может быть использован вместо Бета – блокаторов, если требуется замедление сердечного ритма у больных с бронхиальной астмой. Препарат оказывает прямое действие на гладкую мускулатуру желудочно – кишечного тракта, может приводить к запорам, которые у беременных и так бывают очень часто.

Полная противоположность антагонистам кальция – препараты из группы ингибиторов ангиотензин превращающего фермента и антагонисты рецепторов ангиотензина. ИИ, например, эналаприл, лизиноприл, каптоприл, лозартан и валсартан, которые абсолютно противопоказаны во время беременности. Они приводят к задержке роста плода, маловодию, врожденным пороком развития, почечной недостаточности у новорожденных и их гибели. Ингибирование действия ангиотензина ИИ вызывает нарушение физиологических процессов у плода и новорожденного, особенно это касается поддержания клубочковой фильтрации. Женщины с хронической артериальной гипертензией, получающие такие препараты, должны быть предупреждены, что перед планируемой беременностью препарат должен быть отменен, или его отменяют, как только диагностируется беременность. Поскольку эти препараты также назначаются женщинам с сахарным диабетом, даже в отсутствие у них артериальной гипертензии, их также необходимо предупредить о последствиях или заменить эти препараты, например на антагонисты кальция.

## **ЛЕКЦИЯ №4.**

### **НЕВЫНАШИВАНИЕ И ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.**

**Цель:** Изучить этиопатогенетические факторы, клиническое проявление, а также современные методы лечения инфузионно-трансфузионную терапию при невынашивании и перенашивании беременности.

**Актуальность:** В настоящее время нет исчерпывающей классификации причин невынашивания беременности, это обусловлено тем, что трудно свести в единую систему все многообразие причин, ведущих к прерыванию беременности, в связи с этим данная проблема весьма актуальна по сей день.

**Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                                                                                                |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время – 80 МИН           | Количество студентов - поток                                                                                                                                   |
| Форма проведения занятия | Учебная лекция                                                                                                                                                 |
| План лекционного занятия | Вводное слово<br>Причины невынашивания беременности<br>Тактика ведения беременности у пациенток с привычной потерей беременности<br>Перенашивание беременности |

**Цель лекционного занятия:** дать представление о «невынашивание и перенашивание беременности.», её цели, задачах и основных методах ее исследования

|                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Педагогические задачи:</b>                                                                                                                                                                                                                                       | Результаты учебного процесса:<br>студент должен усвоить                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>Дать определение «невынашивания и перенашивания беременности.»</p> <p>Разобрать основные методы исследования</p> <p>Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при невынашивании и перенашивании беременности.</p> | <p>Основная сущность невынашивания и перенашивания беременности</p> <p>Усвоить основные методы исследования</p> <p>Иметь представление об основных направлениях невынашивания и перенашивания беременности</p> <p>Иметь понятие об основных приёмах и методах исследования</p> |
| Методы и техника обучения                                                                                                                                                                                                                                           | Учебная лекция, блиц - опрос                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Средства обучения                                                                                                                                                                                                                                                   | Таблицы, учебная доска, видеопроектор                                                                                                                                                                                                                                          |
| Условия обучения                                                                                                                                                                                                                                                    | Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видеолекции                                                                                                                                                                                                                |

**Технологическая карта лекционного занятия**

| Этапы, время                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 80 мин                                | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Студент                                                                                                                                                                                              |
| 1 этап: Введение – 10 мин.            | Вступительное слово о невынашивании и перенашивании беременности.<br>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Слушает, записывает                                                                                                                                                                                  |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.)       | Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.<br><br>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования невынашивания и перенашивания беременности.<br>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.<br><br>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы<br><br>Определение и цели определения невынашивания и перенашивания беременности. Основные направления и составные части невынашивания и перенашивания беременности. Основные методы исследования. | Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы |
| 3 этап:<br>Заключительный - (10 мин.) | Подводит итог лекционного занятия.<br>напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции.<br><br>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии.<br><br>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «воспалительные заболевания женских половых органов» и кровотечение в первой половине беременности                                                                                                                                                           | Уточняет неясные вопросы.<br><br><br><br><br><br>Записывает задание для следующих занятий                                                                                                            |

Самопроизвольное прерывание беременности в сроки зачатия до 37 недель, считая с первого дня последней менструации. Прерывание беременности в сроки от зачатия до 22 недель – называют самопроизвольным абортом (выкидышем). Прерывание беременности в сроки 28 – 37 недель называют преждевременными родами. Срок гестации от 22 – 28 недель по номенклатуре ВОЗ относят и очень ранним преждевременным родам.

Самопроизвольный аборт относят и основным видам акушерской патологии. Частота их составляет от 15 до 20 % от всех желанных беременностей.

**Привычный выкидыш** - самопроизвольные прерывании беременности два и более раз под. Частота привычного невынашивания в популяции составляет 2-х от числа беременностей. В структуре невынашивания частота привычного выкидыша составляет от 5 до 20 %.

**Привычное невынашивание** – полиэтиологическое осложнение беременности, в основе которого лежат нарушения функции репродуктивной системы.

В настоящее время в мировой литературе принят термин « привычная потеря беременности » (ресуррент прегнансй лос), а не привычный выкидыш. Это обусловлено тем, что в I триместре в 75 % сначала гибель эмбриона – плода, а только потом могут быть явления угрозы прерывания или выкидыш. Благодаря возможностям ультразвукового исследования, диагноз неразвивающаяся беременность или анэмбриония нередко ставится до появления симптомов прерывания.

**Этиология:** В настоящее время нет исчерпывающей классификации причин невынашивания беременности, это обусловлено тем, что трудно свести в единую систему все многообразие причин, ведущих прерыванию беременности.

### **Причины невынашивания беременности:**

Генетические

Эндокринные

Иммунологические (ауто – иммунные, алло иммунные)

Инфекционные

Тромбофилические

Патология матки (пороки развития, генитальный инфантилизм, гипоплазия матки, истмик – цервикальная недостаточность, внутриматочные синехии).

**И Социально– биологические факторы.**

С местом жительства.

Тяжелые климатические условия.

Трудности оказания специализированной помощи в отдаленных районах.

Сезонная вариабельность – осенние и весенние месяцы частота осложнений увеличивается.

Условия труда – профессия, характер труда (химические вредности, вибрация, реакция).

Частота привычного потери беременности у женщин пользующихся с несколькими видами транспорта по пути и работе.

Паритет женщины и возраст женщины.

Определенный уклад в семье, обилие домашних работ, характер отношения между супругами.

.

### **ИВ. Инфекционные аспекты невынашивания.**

Чрезвычайно много работ в последнее время о роли инфекции при преждевременных родах, преждевременном излитии околоплодных вод, показывающих, что инфекция основная причина преждевременных родов.

Вирусные заболевания во время беременности могут приводить к анэмбрионии, не развивающейся беременности, самопроизвольным выкидышам, антенатальной гибели плода, и порокам развития плода, в/у инфекции. Важное значение в характере нарушений имеют следующие:

**Срок беременности.**

**Вид инфекции.**

Вирусы могут передаваться плоду несколькими путями, но наибольшее значение имеет трансплацентарный путь передачи инфекции. Плацента представляет собой физиологический барьер, препятствующий проникновению вируса к плоду, однако на ранних этапах беременности быстро делящиеся клетки формирующегося трофобласта, имеющие высокий уровень обменных процессов, являются прекрасной средой для репликации вирусных частиц, которые могут оказывать прямое повреждающее действие на плаценту. Плацента проницаема практически для всех вирусов. Вирусы с током крови могут достигать плодных оболочек, адсорбироваться на них и инфицировать околоплодные воды, а затем и последующие вирусы приводят при беременности и выкидышам.

Грипп.

Краснуха.

Корь.

Полиомиелит

Паратит.

Гепатит А

Гепатит В

Парвовирус

Герпес – вирусные инф. ( цитомегаловирус, вирус простого герпеса).

**ТОРЧ** - инфекция состоит из 5 групп инфекций которая занимает второе место после СПИДА. В эту группу входят следующие инфекции.

ЦМВ.

Хламидии.

Токсоплазмоз.

Микоплазма.

Уреаплазма.

## **В. Иммунологические аспекты невынашивания беременности.**

### **Причины бывают:**

Аутоиммунные

Алло иммунные

**Аутоиммунный** характеризуется с антифосфолипидные синдромом.

**Алло иммунные** - Rh кровь, гемолитическая болезнь анемии.

**АФС** – критерии для классификации и определении АФС:

Сосудистые тромбозы

При беременности.

а) одна или более неясная смерть морфологически нормального плода старше 10 недель беременности.

б) одни или более преждевременные роды морфологически нормальным новорожденным до 34 недель гестации из-за преэклампсии или эклампсии, или тяжелой плацентарной недостаточности.

## **ВИ. Тромбофилические осложнения и их роль в не вынашивания.**

Состояния системы гемостаза определит течение и исход беременности для матери и плода. Системой гемостаза или системой регуляции агрегатного состояния крови (РАСК) называют биологическую систему, которая обеспечивает регуляцию агрегационного состояния крови и поддержание необходимого для организма гемостатического потенциала.

**Диагностика заключается в следующем:**

Наследственность – выяснить наследственный анамнез супружеской пары, заболевания родителей, братьев, сестер.

Социальные условия жизни семьи.

Перенесенные заболевания

Менструальная функция

Детородная функция

**Специальные методы исследования:**

а) **Гистеросальпингография** - с помощью этого метода выявляют пороки развития, наличие внутриматочных синехий, истмико – цервикальную недостаточность, гипоплазию матки;

б) **Лапароскопия** - для уточнения характера порока развития;

в) Резонансная томография;

г) Соногистеросальпингография;

д) Тесты функциональной диагностики;

е) Гормональные исследования;

з) генетическое обследование;

к) бактериологическое и вирусологическое обследование;

л) иммунологическое исследование;

м) исследование гемостазиограммы;

н) ультразвуковое исследование;

**Клиника:**

Неполный аборт;

Полный аборт;

Преждевременные роды;

Неразвивающаяся беременность.

Тактика подготовки к беременности женщин с привычным невынашиванием беременности.

**Тактика ведения пациенток с неполноценной лютеиновой фазой вне беременности.**

Циклическая гормональная терапия:

а) фемостан, дюфастон – по 10 мг по 1 таблетке 28 дней;

б) микрофолин с 5 дня цикла в дозе 50 мг в сутки с 15 дня по 18 день цикла к таблетке микрофолина добавляют прогестерон 10 мг в/м. Вместо инъекционного прогестерона можно применять дюфастон по 10 мг 2 раза в день в те же дни или утрожестон 100 мг 2 раза в сутки. Все это назначается под контролем графиков ректальной температуры. Если не удастся нормализовать 1 фазу назначается;

в) Кломифен или клостелбегит в дозе 50 мг с 5 дня цикла в течение 5 дней не больше 3х циклов.

### **Тактика подготовки и беременности пациенток с гиперандрогений.**

а) Дексаметазона в дозе от 0,125 мг до 0,5 мг под контролем 17 КС в моче или 17 ОП – ДЭА – С в крови;

б) метаболическая терапия;

в) витаминотерапия;

г) клостелбегит или Кломифен в дозе 50 мг с 5 по 9 день цикла на фоне приема дексаметазона;

д) Диане – 35 на два – три цикла + дексаметазона с 1 го дня цикла.

### **Тактика подготовки и беременности пациенток с яичниковой формой гиперандрогении.**

а) дексаметазона 0,5 мг 4 раза в день в течение 3 х дней с 6 го дня менструального цикла.

б) В последующие 3 дня одновременно в/м вводится ХГ в дозе 1500 – 3000 МЕ на фоне определение содержания андрогенов проводят на 5-й день цикла, 8 – й день после применения дексаметазона и 11 й день цикла после введения ХН;

в) Дюфастон в дозе 10 мг х 2 раза в день с 16 дня цикла в течение 10 дней;

г) стимуляция клостелбегитом или кломифеном в течение 2-3 х циклов;

д) во время этого этапа лечения можно рекомендовать оральную контрацепцию с антиандрогенными действием – Диане – 35, рекомендовать использования верошпирона

( спиронолактона ) в дозе 100 мг в сутки в 1 фазу цикла 10 дней для снижения уровня тестостерона.

### **При смешанной формы гиперандрогении.**

- а) снижение массы тела нормализация липидного, углеводного обмена.
- б) применения седативных средств.
- в) сеансы иглорефлексотерапии.
- г) Диане – 35 с целью подготовки и беременности.

### **Тактика подготовки и беременности инфекционного генеза.**

**1 этап** – индивидуально подобранные антибиотики, трихопол, антибиотики в терапевтических дозах с 1 по 7-9 день цикла.

- а) Хламидиоз румез по 0,15 – 3 раза в день, 7 дней; сумамед по 0,5 – 2 раза в день; эритромицин 0,5 – 4 раза в день в течение 9 дней, вильпрофен по 0,5 – 3 раза в день в течении 9 дней;
- б) энзимотерапия – они разрушая иммунные комплексы, делают микроорганизмы более доступными для действия антибиотиков;
- в) при стрептококковой группы: ампициллин в дозе 1-2 г каждые 6 часов 3-7 дней;
- г) вагинальное лечение далацин 2 % аппликации во влагалище, на ночь курс лечения 7 дней 2 ацилакт или лактобактерин в свечах вагинально 10 дней.
- д) альтернативное лечение: метранидазол по 0,5 вагинальные таблетки 7 дней, гиналгин – таблетки вагинальные.
- е) иммуномодулирующая терапия иммуномодулин 1,0 гр в/м, Т – актовегин 2,0 гр в/м.

**2 этапе** лечения необходимо провести оценку интерферонового статуса и при выявлении иммунодефицита применяется следующие препараты:

- а) лорифон – 2 мл 1 раз в день с интервалом в 3-4 дня, курс лечения не более 2х недель;
- б) ридостин – по 2 мл на 1,3,6,8 и 10 дней цикла. При беременности.
- в) циклоферон – в/м 1 мл ( 0,25 ) на 1,2,4,6,8,11,14 день цикла
- г) неовир – 3 инъекции по 250 – 500 мл с интервалом 16 – 24 часа. При беременности противопоказан.

### **Курс метаболической терапии;**

1 комплекс 5-6 дней с 8-9 дня цикла по 13-14 день;

ИКБ 100 мл 1 раз в/м

Рибофлавин моноклеаза 1,0 в/м 1 раз в день

пантотанат кальция 0,1 – 3 раза;

Липоевая кислота 0,25 – 3 раза;

Витамин Е 1 капсула ( 0,1 ) – 3 раза

2 комплекс с 15 по 22 день цикла;

рибоксин 0,2 – 3 раза в день

пиридонсальфосфат 0,005 – 3 раза;

фолиевая кислота 0,001 – 3 раза;

фитин 0,25 – 3 раза;

оратат калия 0,5 – 3 раза до еды;

Витамин Е 1 кап. ( 0,1 ) – 3 раза;

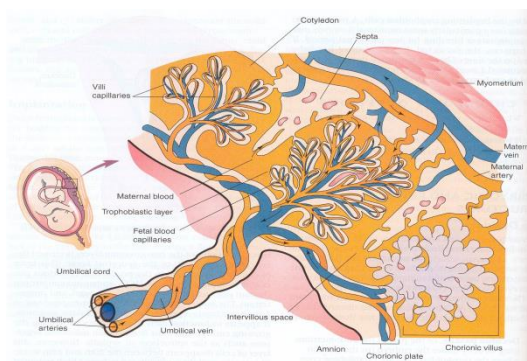
## Перенашивание беременности.

Определение продолжительности физиологической беременности представляет большие трудности, так как ее длительность подвержена значительным индивидуальным колебаниям.

Как известно, беременность начинается с момента оплодотворения яйцеклетки, поэтому понятно стремление многих авторов исчислять продолжительность беременности от момента овуляции. Однако определить момент овуляции очень трудно, а данные лабораторных исследований не всегда дают четкие результаты.

На продолжительность беременности оказывают влияние многие факторы: длительность менструального цикла, возраст женщины, количество предшествующих родов, условия труда и быта, пол плода перенесенные и сопутствующие гинекологические и экстрагенитальные заболевания, осложненное течение данной беременности и др.

Условия внешней среды также оказывают влияние на продолжительность беременности. Установлено, что при тяжелом физическом труде роды обычно наступают на 5-20 дней раньше ожидаемого срока и, наоборот при его отсутствии роды могут запаздывать на 20 дней и более (Тимонен эт ал., 1966, и др.).



Перенесенные ранее и сопутствующие гинекологические и экстрагенитальные заболевания также оказывают влияние на продолжительность беременности (Фефилов А. И., 1973; Чернуха Е. А., 1977 и др.).

Для определения срока беременности и предполагаемого дня родов обычно используют данные о дне последней менструации, времени околдотворяющего полового сношения, первом шевелении плода, а также сведения, полученные при первой явке беременной в женскую консультацию, данные инструментальных методов исследования (ультразвук) и др.

Однако в широкой практике срок беременности обычно определяют по дате последней менструации, предполагаемому дню овуляции, первой явке беременной в женскую консультацию, а также по данным объективного и специального исследования.

До настоящего времени в литературе нет четкого определения, какую беременность следует считать переносенной. Это связано со многими обстоятельствами. Перенашивание беременности – сложный биологический процесс, тесно связанный с такими факторами, как продолжительность нормальной беременности, механизм начала родов, внутриутробное развитие плода и т.д.

Перенашивание представляет собой хронологическое понятие, тогда как перезрелость является понятием биологическим. Впервые признаки перезрелости у новорожденного были описаны еще в 1902 г. Баллантйне, позже Рунге (1948) и Слиффорд (1954).

Хорманн (1962) предлагает термин «перенашивание» использовать не в связи с продолжительностью беременности, а в связи с состоянием плаценты и говорить о «функциональном перенашивании» (превышение функциональных возможностей плаценты).

Современные авторы считают оправданным различать **и с т и н н о е**

(биологическое) перенашивание беременности и мнимое (хронологическое), или пролонгированную беременность.

**И с т и н н о п е р е н о ш е н н о й** следует считать беременность, которая продолжается более 10-14 дней после ожидаемого срока родов (290 – 294 дня). Ребенок рождается с признаками перезрелости и жизнь его находится в опасности (фетал дистресс).

Обычно в этих случаях имеются изменения со стороны плаценты (петрификаты, жировое перерождение и др.).

**Пролонгированной**, или физиологически удлиненной, следует считать беременность, которая продолжается более 294 дней и заканчивается рождением доношенного, функционально зрелого ребенка без признаков перезрелости и опасности для его жизни.

Что касается новорожденного, то при биологически переносимой беременности его называют «**фетус хйперматурус**», а при хронологически удлиненной – «**фетус пост матурус**» (Мествердт, 1958). Такое деление перенашивания беременности целесообразно, так как тактика ведения беременности и родов в этих случаях должна быть различной.

В связи с отсутствием единого мнения о том, какую же беременность считать переносимой, в литературе имеются весьма противоречивые сведения о частоте перенашивания. Однако согласно данным большинства авторов частота перенашивания колеблется от 1,4 до 14 %, составляя в среднем 8 %.

Учитывая, что определение срока предполагаемых родов по дате последней менструации является менее точным, чем по дате овуляции, следует ожидать, что и частота перенашивания, определяемая по дате последней менструации, также будет выше.

## **КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА ПЕРЕНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ ОСОБЕННОСТИ АНАМНЕЗА И КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

Клинические симптомы переносимой беременности выражены неярко, поэтому ее диагностика вызывает значительные трудности. Диагноз переносимой беременности обычно ставят на основании анамнестических и объективных данных, результатов клинического, лабораторного и инструментального исследования. Наблюдение исследование необходимо проводить в динамике. Очень важно не просто установить наличие хронологического перенашивания беременности, но и выявить его характер, т.е. имеется ли истинное перенашивание или пролонгирование беременности. Диагноз перенашивания подтверждают после родов при осмотре ребенка и последа.

Данные акушерского обследования. Одним из симптомов переносимой беременности является уменьшение окружности живота, которое объясняют дегидратацией плод постепенно развивающейся его гипотрофией, а также маловодием вследствие недостаточности продукции амниотической жидкости. Л. Ярков и Ат. Куцулов (1971) наблюдали уменьшение окружности живота на 5-10 обычно после 290-го дня беременности.

Для переношенной беременности характерно снижение тургора кожи беременной. Одновременно с уменьшением окружности живота наблюдается задержка нарастания массы тела беременной, вслед за которым наступает резкое или слабо выраженное падение массы тела, которое может достичь 1 кг и более. Хеберер (1953) снижение массы тела на 1 кг и более рассматривает как симптом переношенной беременности и как признак внутриутробного страдания плода.

При переношенной беременности уменьшается лонномечевидное расстояние, что связано с теми же факторами которые способствуют уменьшению окружности живота и снижению массы тела беременной.

При динамическом наблюдении отмечается увеличение плотности матки, что обусловлено уменьшением количества околоплодных вод и ретракцией мускулатуры матки. Маловодие приводит к некоторому ограничению подвижности плода вследствие более плотного обхватывания его маткой. При влагалищном исследовании обычно отмечают увеличение плотности костей черепа, узость швов и родничков.

Изменение характера сердечных тонов плода при аускультации (изменение частоты, звучности, чистоты, ритма) неспецифичны для переношенной беременности, а скорее свидетельствуют о гипоксии плода, обусловленной плацентарной недостаточностью.

Нередко при переношенной беременности отмечается усиление или ослабление двигательной активности плода как проявление его внутриутробной гипоксии.

Спорным является значение «зрелости» шейки матки в диагностике перенашивания беременности. Состояние шейки матки имеет важное значение как тест готовности матки к родам и как прогностический тест характера родовой деятельности. Частота зрелой шейки матки при перенашивании беременности, по данным Т.А. Баримовой (1973), Н.А. Степанянц (1974), Лангер и Воллф (1964), колеблется от 27,7 до 89,0 %.

Таким образом, по данным объективного обследования, для переношенной беременности характерно уменьшение окружности живота, маловодие, снижение тургора кожи, высокое стояние дна матки и большая окружность живота, чем при доношенной беременности, уменьшение лонномечевидного расстояния в динамике, отсутствие нарастания или снижение массы тела беременной, значительные размеры плода и ограничение его подвижности,

увеличение плотности костей черепа, узость швов и родничков, изменения характера сердечных тонов плода, усиление или ослабление движений плода, выделение молока вместо молозива, частое наличие «незрелой» шейки матки.

К числу клинических симптомов перенашивания, обнаруживаемых после родов, относятся признаки перезрелости (переношенность) плода и макроскопические изменения плаценты. К признакам переношенности ребенка относятся темно-зеленая окраска кожных покровов, плодных оболочек, пуповины, мацерация кожи (у живого ребенка), особенно на руках и ногах («банные» стопы и ладони); уменьшение или отсутствие сыровидной смазки; уменьшение подкожной жировой клетчатки и образование складок, снижение тургора кожи («старческий» вид ребенка); крупные размеры ребенка (реже гипотрофия); длинные ногти пальцев рук; плохо выраженная конфигурация головки, плотные кости черепа, узкие швы и небольшие размеры родничков. Плод можно считать переношенным (перезрелым), если имеется сочетание хотя бы двух-трех указанных выше признаков.

При установлении диагноза на основании данных анамнеза и клиники возможны ошибки:

- а) своевременно не диагностируется переношенная беременность;
- б) диагностируется переношенная беременность в том случае, когда её нет.

Ошибки при постановке диагноза переношенной беременности имеют различные причины: а) неправильные данные относительно первого дня последней менструации и оплодотворяющего коитуса (ошибки могут быть случайными и умышленными); б) нарушения менструального цикла; в) отклонения в сроках овуляции («ранняя» или «поздняя» овуляции) при нормальном менструальном цикле; г) индивидуальная продолжительность беременности; д) наступление беременности у лактирующей женщины.

До сих пор большинство практических акушеров гинекологов ставят диагноз переношенной беременности на основании данных анамнеза и клиники. Данные клиники особенно информативны при динамическом наблюдении за беременной с подозрением на перенашивание.

При современном уровне развития акушерской науки при постановке диагноза переношенной беременности следует широко использовать параклинические объективные методы исследования, которые в ряде случаев помогают превратить вероятный диагноз в достоверный.

Определение срока беременности по данным анамнеза и формулам Негеле, Скульского, Жорданиа, «Календарю беременности» и др;

наружное (высота стояния дна матки, окружность живота и др.). И внутреннее («зрелость» шейки матки, плотность костей черепа, состояние швов и родничков) акушерское обследование;

электро- и фонокардиография плода;  
 амниоскопия;  
 ультразвуковое сложное сканирование;  
 кольпоцитология;  
 определение уровня эстрогенов, особенно эстриола, и прогестерона ( прегнандиола ) в моче, амниотической жидкости;  
 определение концентрации плацентарного лактогена, хорионального гонадотропина и кортикостероидов;  
 амниоцентез с последующим исследованием амниотической жидкости (молочная кислота, глюкоза, креатинин, общий белок, лецитин/сфингомиелин, активность ЛДГ и ТЩФ, цитология и др );  
 окситоциновый тест и другие функциональные пробы.

Течение родов при переносной беременности характеризуется большим числом осложнений. К ним относится несвоевременное излитие околоплодных вод, развитие аномалий родовой деятельности, затяжное течение родов, гипоксия плода, большое число оперативных вмешательств в родах, высокая частота кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде, большое число разрывов мягких тканей родовых путей. В связи с этим при ведении родов у женщин с переносной беременностью требуется большой клинический опыт врача.

## **ЛЕКЦИЯ № 5:**

### **РЕЗУС ФАКТОР В АКУШЕРСТВЕ ИММУНОКОНФЛИКТНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПЛОДА.**

**Цель:** Изучить этиопатогенетические факторы, клиническое проявление, а также современные методы лечения инфузионно-трансфузионную терапию при резус фактора в акушерстве.

**Актуальность:** *Резус конфликт – несовместимость между эритроцитарных антигенов матери и плода.*

*Гемолитическая болезнь – развивается за счёт sensibilization ABO и резус системы антигенов матери и плода.*

#### **Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                                       |
|--------------------------|-------------------------------------------------------|
| Время – 80 мин           | Количество студентов - поток                          |
| Форма проведения занятия | Учебная лекция                                        |
| План лекционного занятия | Вводное слово<br>Причины гемолитической болезни плода |

|  |                                                      |
|--|------------------------------------------------------|
|  | Тактика при заболевании гемолитической болезни плода |
|--|------------------------------------------------------|

**Цель лекционного занятия:** дать представление о «резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода», её цели, задачах и основных методах ее исследования

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Педагогические задачи:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             | Результаты учебного процесса:<br>студент должен усвоить                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <p>Дать определение «резус фактор в акушерстве, гемолитическая болезнь плода.»</p> <p>Разобрать основные методы исследования</p> <p>Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при заболевании резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода.</p> | <p>Основная сущность заболевания резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода</p> <p>Усвоить основные методы исследования</p> <p>Иметь представление об основных направлениях заболевания резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода</p> <p>Иметь понятие об основных приёмах и методах исследования</p> |
| Методы и техника обучения                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Учебная лекция, блиц - опрос                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Средства обучения                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Таблицы, учебная доска, видеопроектор                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Условия обучения                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видеолекции                                                                                                                                                                                                                                                                  |

### Технологическая карта лекционного занятия

|                            |                                                                                            |                     |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Этапы, время               |                                                                                            |                     |
| 80 мин                     | Преподаватель                                                                              | Студент             |
| 1 этап: Введение – 10 мин. | Вступительное слово о заболевании резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода. | Слушает, записывает |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                       | Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                             |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.)       | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования заболевания резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода.</p> <p>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>Определение и цели определения заболевания резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода. Основные направления и составные части заболевания резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода. Основные методы исследования.</p> | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br>Заключительный - (10 мин.) | <p>Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «воспалительные заболевания женских половых органов» и кровотечение в первой половине беременности</p>                                                                                                                                                                                                                                             | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>                                                                                            |

**Резус конфликт** – несовместимость между эритроцитарных антигенов матери и плода.

Гемолитическая болезнь – развивается за счёт сенсibilизации АВО и резус системы антигенов матери и плода.

*РЕЗУС КОНФЛИКТ встречается на 1:200-256 родов.*

Резус фактор 1940 г.

Ландштейнер и Виннер

выявили в сыворотке крови иммунизированного животного.

Резус фактор 3 вида:

- Д антиген
- С антиген
- Е антиген

55% резус-положительных людей белой расы являются гетерозиготами по Д-гену. Если Rh-отрицательная женщина беременна от Rh-положительного мужчины, то плод имеет 50% шансов быть гетерозиготным Rh-положительным как отец и 50% шансов быть резус-отрицательным.



## Критерии степени тяжести гемолитической болезни

| Основные клинические признаки                              | Степень тяжести гемолитической болезни |                              |                        |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------|------------------------|
|                                                            | I                                      | II                           | III                    |
| Анемия (содержание гемоглобина в крови пуповины, г/л)      | >150<br>(>%)                           | 149-100<br>(15,1-%)          | <100<br>(<10 г%)       |
| Желтуха (содержание билирубина в крови пуповины, мкмоль/л) | < 85,5<br>(< 5,0 мг %)                 | 85,6-136,8<br>(5,1-8,0 мг %) | > 136,9<br>(> 8,1 мг%) |
| Отечный синдром                                            | Пастозность подкожной клетчатки        | Пастозность и асцит          | Универсальный отек     |

## Нормативные показатели объема плаценты при физиологически протекающей беременности

| Сроки беременности, нед | Объем плаценты |
|-------------------------|----------------|
| 20                      | 128,03±14,10   |
| 21                      | 152,83±13,29   |
| 22                      | 172,47±5,55    |
| 23                      | 208,97±14,90   |
| 24                      | 227,48±17,65   |
| 25                      | 242,61±14,01   |
| 26                      | 277,48±9,76    |
| 27                      | 296,48±14,04   |
| 28                      | 316,50±7,84    |
| 29                      | 340,82±11,16   |
| 30                      | 368,12±14,65   |
| 31                      | 397,51±10,50   |
| 32                      | 414,57±17,64   |
| 33                      | 435,17±14,57   |
| 34                      | 468,92±22,40   |
| 35                      | 500,44±25,69   |
| 36                      | 535,86±26,86   |
| 37                      | 551,23±23,77   |
| 38                      | 579,01±27,5    |
| 39                      | 613,12±31,70   |
| 40                      | 649,98±28,34   |

Амниоцентез, оптическая плотность билирубина

0,15 - 0,22 – легкая ГБ 0,23 - 0,34 – средняя ГБ 0,35 - 0,70 – тяжёлая ГБ 0,70 - > мертвый плод

Определение белка в пуповинной крови

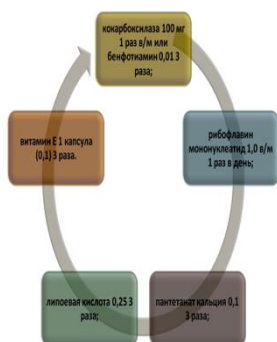
Легкая степень – протеин - 2,1 г/л

Средняя степень – протеин 3,4 г/л

Тяжелая степень – протеин 80% повышается.

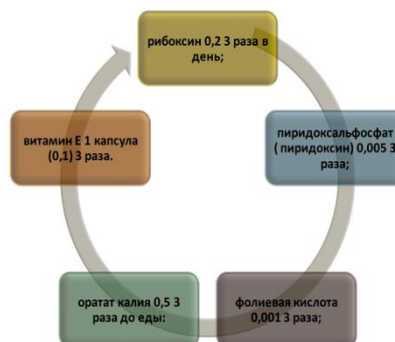
### Профилактика плацентарной недостаточности

I комплекс — 5-6 дней с 8-9 по 13-14 день цикла вне беременности. Во время беременности по 5 дней каждый комплекс и перерыв в 10 дней:



### Профилактика плацентарной недостаточности

II комплекс — с 15 по 22 день цикла:



$$\text{ппб} = \frac{B2-B1}{\text{ч}}$$

*ППБ – Почасовой прирост билирубина.*

*B2 – Билирубин 2 часа.*

*B1 – Билирубин 1 часа.*

*ч – Часы.*

*Инвазивным методом гемолитической болезни новорожденного является заменное переливание крови.*

---

## ЛЕЧЕНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО В РАННЕМ НЕОНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ.

- **Заменное переливание крови**
- **Фототерапия**
- **В/в введение стандартных иммуноглобулинов**



*Профилактика:*

Соблюдение правил переливания крови.

Рациональное ведение родов.

Планирование семьи.

Уменьшение число аборт.

Послеродовая и послеабортная прививка Антирезус анти Д 1,0 мл.

**Лекция №6**

## **Беременность и роды при инфекциях мочеполовых путей и анемии.**

**Цель:** Изучить этиопатогенетические факторы, клинические проявления, а также современные методы лечения инфузионно-трансфузионную терапию при анемии и инфекций мочеполовых путей при беременности.

**Актуальность:** *Резус конфликт – несовместимость между эритроцитарных антигенов матери и плода.*

*Гемолитическая болезнь – развивается за счёт сенсибилизации АВО и резус системы антигенов матери и плода.*

### **Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                                                           |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время – 80 мин           | Количество студентов - поток                                                                                              |
| Форма проведения занятия | Учебная лекция                                                                                                            |
| План лекционного занятия | Вводное слово<br>Причины гемолитической болезни плода<br>Тактика при анемии и инфекций мочеполовых путей при беременности |

**Цель лекционного занятия:** дать представление о «анемии и инфекций мочеполовых путей при беременности», её цели, задачах и основных методах ее исследования

|                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Педагогические задачи:</b>                                                                                                                      | Результаты учебного процесса:<br>студент должен усвоить                                                                                                                   |
| Дать определение «анемия и инфекция мочеполовых путей при беременности.»                                                                           | Основная сущность заболевание анемий и инфекций мочеполовых путей при беременности                                                                                        |
| Разобрать основные методы исследования                                                                                                             | Усвоить основные методы исследования                                                                                                                                      |
| Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при анемии и инфекций мочеполовых путей при беременности. | Иметь представление об основных направлениях заболевание анемий и инфекций мочеполовых путей при беременности<br>Иметь понятие об основных приёмах и методах исследования |
| Методы и техника обучения                                                                                                                          | Учебная лекция, блиц - опрос                                                                                                                                              |
| Средства обучения                                                                                                                                  | Таблицы, учебная доска, видеопроектор                                                                                                                                     |

|                  |                                                                 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Условия обучения | Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видеолекции |
|------------------|-----------------------------------------------------------------|

### Технологическая карта лекционного занятия

| Этапы, время                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 80 мин                                | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Студент                                                                                                                                                                     |
| 1 этап: Введение – 10 мин.            | Вступительное слово о анемии и инфекций мочеполовых путей при беременности. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Слушает, записывает                                                                                                                                                         |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.)       | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования заболевания резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода.</p> <p>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>Определение и цели определения заболевания резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода. Основные направления и составные части анемии и инфекций мочеполовых путей при беременности. Основные методы исследования.</p> | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br>Заключительный - (10 мин.) | <p>Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Уточняет неясные                                                                                                                                                            |

|  |                                                                                                                                                                                                                                          |                                                          |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
|  | студентов в лекционном занятии.<br><br>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «воспалительные заболевания женских половых органов» и кровотечение в первой половине беременности | вопросы.<br><br>Записывает задание для следующих занятий |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

## Пиелонефрит и беременность

ПИЕЛОНЕФРИТ — САМОЕ ЧАСТОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОЧЕК И ВТОРОЕ ПО ЧАСТОТЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ У ЧЕЛОВЕКА (ПОСЛЕ ИНФЕКЦИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ). У ДЕВОЧЕК ВСТРЕЧАЕТСЯ В 2 РАЗА ЧАЩЕ, ЧЕМ У МАЛЬЧИКОВ, А У ЖЕНЩИН, ТЕМ БОЛЕЕ С ВОЗРАСТОМ, ЭТО РАЗЛИЧИЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ. ОБЪЯСНЯЕТСЯ ЭТО ВЗАИМОСВЯЗЬЮ МОЧЕВОЙ И ПОЛОВОЙ СИСТЕМ У ЖЕНЩИН, ОСОБЕННОСТЯМИ УРОДИНАМИКИ И ЦИКЛИЧЕСКИМИ ГОРМОНАЛЬНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ. ЗАБОЛЕВАНИЕ НАБЛЮДАЕТСЯ У 5-12 % БЕРЕМЕННЫХ, У КОТОРЫХ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ К БОЛЕЗНИ ОБУСЛОВЛЕНА МНОГОЧИСЛЕННЫМИ АНАТОМО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ.

*пиелонефрит* — ЭТО ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС В ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ТКАНИ, КАНАЛЬЦЕВОМ АППАРАТЕ И ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЕ ПОЧЕК. ВЫЗЫВАЕТСЯ РАЗНООБРАЗНЫМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ (БАКТЕРИИ, ВИРУСЫ, ГРИБЫ, ПРОСТЕЙШИЕ), НО ЧАЩЕ КИШЕЧНОЙ ПАЛОЧКОЙ, ЭНТЕРОКОККАМИ, ПРОТЕЕМ, СТАФИЛОКОККАМИ, СТРЕПТОКОККАМИ. ОСНОВНЫЕ ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ — ГЕМАТОГЕННЫЙ И ВОСХОДЯЩИЙ ИЗ УРЕТРЫ И МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЧЕРЕЗ МОЧЕТОЧНИК В ЛОХАНКУ, ЧЕМУ СПОСОБСТВУЮТ ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЕ И ЛОХАНОЧНО-РЕНАЛЬНЫЕ РЕФЛЮКСЫ. У ЖЕНЩИН БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ УСЛОВНО-ПАТОГЕННАЯ ФЛОРА. В РАЗВИТИИ БОЛЕЗНИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВАЖНАЯ РОЛЬ ОТВОДИТСЯ НАРУШЕНИЮ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ В ПОЧКАХ В СВЯЗИ С ЗАМЕДЛЕНИЕМ УРОДИНАМИКИ ДИНАМИЧЕСКОГО И МЕХАНИЧЕСКОГО ХАРАКТЕРА. НЕДЕРЖАНИЕ И НЕУДЕРЖАНИЕ МОЧИ С БАКТЕРИУРИЕЙ, А ТАКЖЕ ПУЗЫРНОМОЧЕТОЧНИКОВЫЕ И МОЧЕТОЧНИКОВО-ЛОХАНОЧНЫЕ РЕФЛЮКСЫ ПРИ РАЗВИТИИ БОЛЕЗНИ МОГУТ БЫТЬ ПЕРВИЧНЫМ (ПРИЧИНОЙ) ИЛИ ВТОРИЧНЫМ (СЛЕДСТВИЕМ) ЯВЛЕНИЕМ. ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ РАЗВИТИЮ БОЛЕЗНИ СПОСОБСТВУЕТ СУЩЕСТВЕННОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ УРОВНЯ ПРОГЕСТЕРОНА, КОТОРЫЙ РАСШИРЯЕТ МОЧЕВЫЕ ПУТИ И СНИЖАЕТ УРОДИНАМИКУ. факторами риска пиелонефрита беременных являются бактериурия и перенесенный ранее пиелонефрит. по клинике различают острый и хронический пиелонефрит.

## Хронический пиелонефрит

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ — НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРЫМ БОЛЕЮТ 5-7% БЕРЕМЕННЫХ. ЭТО БАКТЕРИАЛЬНОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ТКАНИ, КАНАЛЬЦЕВ И ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ. КЛАССИФИКАЦИЯ, ПРИНЯТАЯ НА ВСЕСОЮЗНОМ СИМПОЗИУМЕ ПО ПИЕЛОНЕФРИТУ В 1980 Г., НАИБОЛЕЕ РАЦИОНАЛЬНО ОБОБЩИЛА ВСЕ РАНЕЕ СУЩЕСТВОВАВШИЕ КЛАССИФИКАЦИИ ПИЕЛОНЕФРИТОВ И ОТРАЖАЕТ ФОРМУ, ТИП, АКТИВНОСТЬ БОЛЕЗНИ И ФУНКЦИЮ ПОЧЕК.

### Гломерулонефрит и беременность

ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ — РЕДКОЕ (0,1-0,15%), НО ВЕСЬМА ОПАСНОЕ ИНФЕКЦИОННО-АЛЛЕРГИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН, ВЫЗЫВАЕТСЯ БЕТАГЕМОЛИТИЧЕСКИМ СТРЕПТОКОККОМ ГРУППЫ А, А ТАКЖЕ ДРУГИМИ ВОЗБУДИТЕЛЯМИ (БАКТЕРИИ, ВИРУСЫ). ОБЫЧНО ЕМУ ПРЕДШЕСТВУЕТ ИНФЕКЦИЯ В ВИДЕ АНГИНЫ, ПИОДЕРМИИ И ДР. ПОСЛЕ НЕЕ (ЧЕРЕЗ 2-3 НЕДЕЛИ) РАЗВИВАЕТСЯ ПО ТИПУ АУТОИММУННОГО ПРОЦЕССА АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ. ПРЕДРАСПОЛАГАЮЩИМИ ФАКТОРАМИ ЯВЛЯЮТСЯ ПЕРЕОХЛАЖДЕНИЕ, СТРЕССОВЫЕ СОСТОЯНИЯ, ДРУГИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ РАЗЛИЧАЮТ ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ.

ОСТРЫЙ ДИФфуЗНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ВСТРЕЧАЕТСЯ КРАЙНЕ РЕДКО И МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ ВНЕЗАПНО ИЛИ ПОСТЕПЕННО, НЕЗАМЕТНО. ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ БОЛЕЗНИ: ПРОТЕИНУРИЯ, ГЕМАТУРИЯ, ЦИЛИНДРУРИЯ, АЗОТЕМИЯ, ПОВЫШЕНИЕ ТИТРА АНТИСТРЕПТОЛИЗИНА, АНТИГИАЛУРОНИДАЗЫ И КОМПЛЕМЕНТА СЫВОРОТКИ КРОВИ. ЗАТЕМ В СВЯЗИ С ЗАДЕРЖКОЙ ЖИДКОСТИ И ГИПЕРВОЛЕМИЕЙ ПОВЫШАЕТСЯ АД. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ДОЛЖНА ПРОВОДИТЬСЯ С ТОКСИКОЗОМ БЕРЕМЕННЫХ, ОСОБЕННО ЕСЛИ ОН РАНО РАЗВИВАЕТСЯ. ОБЫЧНО ОСТРЫЙ ДИФфуЗНЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ВЫРАЖЕННЫМИ СИМПТОМАМИ ВОСПАЛЕНИЯ ПОЧЕК. ТЯЖЕЛОЕ СОСТОЯНИЕ СОХРАНЯЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ НЕДЕЛЬ, ЗАТЕМ ПОСТЕПЕННО УЛУЧШАЕТСЯ: ВОССТАНАВЛИВАЕТСЯ ДИУРЕЗ, СНИЖАЕТСЯ АД И БОЛЕЕ МЕДЛЕННО ИСЧЕЗАЕТ АЗОТЕМИЯ. ЕСЛИ СИМПТОМЫ НЕ ПРОХОДЯТ, ТО ЗАБОЛЕВАНИЕ ПЕРЕХОДИТ В ХРОНИЧЕСКУЮ ФОРМУ.

ЕСЛИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ДИАГНОСТИРУЕТСЯ ОСТРЫЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ, ТО ТРЕБУЕТСЯ СООТВЕТСТВУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ: ВОССТАНОВЛЕНИЕ ВОДНОГО БАЛАНСА, ПРИ ГИПЕРГИДРАТАЦИИ — ОГРАНИЧЕНИЕ ЖИДКОСТИ, СТИМУЛЯЦИЯ ДИУРЕЗА БОЛЬШИМИ ДОЗАМИ Фуросемида (100-400 мг/сут), ДИЕТА С ОГРАНИЧЕНИЕМ БЕЛКА И ДОСТАТОЧНЫМ СОДЕРЖАНИЕМ УГЛЕВОДОВ, ПРИМЕНЕНИЕ БЫСТРОДЕЙСТВУЮЩИХ СЕРДЕЧНЫХ ГЛИКОЗИДОВ, ГИПОТЕНЗИВНЫХ СРЕДСТВ (ДИГИДРОЛАЗИН, ПРЕПАРАТЫ РАУВОЛЬФИИ И ДР.). ПРИ ПРОГРЕССИРОВАНИИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ МОЖЕТ ПОТРЕБОВАТЬСЯ ПРОВЕДЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗА. ПАРАЛЛЕЛЬНО НАЗНАЧАЕТСЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТЕКАЕТ В РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ: НЕФРОТИЧЕСКОЙ, ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ, СМЕШАННОЙ И

ЛАТЕНТНОЙ. ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ ПРЕВАЛИРУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ СИМПТОМЫ: ОТЕКИ, ПРОТЕИНУРИЯ, ГИПОПРОТЕИНЕМИЯ И ДИСПРОТЕИНЕМИЯ, ГИПЕРХОЛИСТЕРИНЕМИЯ, ВЫРАЖЕННАЯ МНОГООБРАЗНАЯ ЦИЛИНДРУРИЯ. АД МОЖЕТ ОСТАВАТЬСЯ В НОРМАЛЬНЫХ ПРЕДЕЛАХ.

ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ФОРМА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ВЫСОКИМ АД, ВЫРАЖЕННЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ГЛАЗНОГО ДНА (РЕЗКОЕ СУЖЕНИЕ АРТЕРИЙ) И УМЕРЕННЫМ МОЧЕВЫМ СИНДРОМОМ (ГЕМАТУРИЯ, ПРОТЕИНУРИЯ, ЦИЛИНДРУРИЯ). МОГУТ БЫТЬ НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫЕ ОТЕКИ И ИЗМЕНЕНИЯ СО СТОРОНЫ СЕРДЦА (УВЕЛИЧЕНИЕ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА, АКЦЕНТ ИИ ТОНА НА АОРТЕ).

ЧАЩЕ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ВСТРЕЧАЕТСЯ СМЕШАННАЯ ФОРМА, КОТОРАЯ ПРОТЕКАЕТ ПРИ СОЧЕТАНИИ СИМПТОМОВ ОБЕИХ ПРЕДЫДУЩИХ ФОРМ, МЕНЕЕ ВЫРАЖЕННЫХ.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН НАБЛЮДАЕТСЯ ЛАТЕНТНОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА. ПРИ ЭТОМ ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫЕ СИМПТОМЫ (ВЫСОКОЕ АД, ИЗМЕНЕНИЯ НА ГЛАЗНОМ ДНЕ, ОТЕКИ) МОГУТ ОТСУТСТВОВАТЬ И НЕЗНАЧИТЕЛЬНО ПРОЯВЛЯТЬСЯ СИМПТОМЫ МОЧЕВОГО СИНДРОМА: МИКРОГЕМАТУРИЯ, МИКРОПРОТЕИНЕМИЯ, ЕДИНИЧНЫЕ ЦИЛИНДРЫ.

ПРИ МЕГАЛОБЛАСТНЫХ АНЕМИЯХ: САМОПРОИЗВОЛЬНЫЕ ВЫКИДЫШИ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ, ОПГ-ГЕСТОЗЫ, ПОРОКИ РАЗВИТИЯ И ГИПОКСИЯ ПЛОДА; ОСЛОЖНЕНИЯ РОДОВ — СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, КРОВОТЕЧЕНИЕ; ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА — ПОСЛЕРОДОВЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. АНЕМИЯ У НОВОРОЖДЕННЫХ ОТСУТСТВУЕТ.

ОСНОВНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ ВИТАМИНА В<sub>12</sub> ПОДКОЖНО В ДОЗЕ 200-400 МКГ/СУТ В ТЕЧЕНИЕ 4-6 НЕДЕЛЬ, ПОСЛЕ НОРМАЛИЗАЦИИ ГЕМОГРАММЫ — 1 РАЗ В НЕДЕЛЮ 2-3 МЕСЯЦА, ЗАТЕМ 1 РАЗ В 2 НЕДЕЛИ 6 МЕСЯЦЕВ. ПРИ ФОЛИЕВО-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ НАЗНАЧАЮТ ФОЛИЕВУЮ КИСЛОТУ ПО 5-15 МГ/СУТ ВНУТРЬ, ЛУЧШЕ С ВИТАМИНОМ В<sub>12</sub> И ВИТАМИНОМ С — 100 МГ/СУТ ДО НОРМАЛИЗАЦИИ ЭРИТРОПОЭЗА, ЗАТЕМ 1 МГ/СУТ НА ПРОТЯЖЕНИИ ВСЕЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ЛАКТАЦИИ. ПРИ ТЯЖЕЛОЙ АНЕМИИ ПОКАЗАНЫ ТРАНСФУЗИИ ЭРИТРОЦИТАРНОЙ МАССЫ ПО 250-300 МГ ДО 5-6 ТРАНСФУЗИЙ НА КУРС.

ПРОФИЛАКТИКА ФОЛИЕВО-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ПОЛНОЦЕННОМ ПИТАНИИ (СВЕЖИЕ ОВОЩИ, ФРУКТЫ, ПЕЧЕНЬ, ЯЙЦА, ОРЕХИ, СЫР, МОЛОКО) И НАЗНАЧЕНИИ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ БЕРЕМЕННЫМ ГРУППЫ РИСКА ПО РАЗВИТИЮ ЕЕ ДЕФИЦИТА (НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОЕ ПИТАНИЕ, МНОГОПЛОДИЕ, МНОГОРОЖАВШИЕ, ИМЕЮЩИЕ В АНАМНЕЗЕ ЧАСТЫЕ АБОРТЫ, ВЫКИДЫШИ, РЕЗЕКЦИЮ ТОНКОЙ КИШКИ, ДЛИТЕЛЬНЫЙ ПРИЕМ ФЕНОБАРБИТАЛА, ДИФЕНИНА, ОРАЛЬНЫХ КОНТРАЦЕПТИВОВ).

## **ЛЕКЦИЯ №7.**

### **Неудовлетворительный прогресс родов. Дистоция плечиков.**

**Цель:** Изучить причины родоразрешающих операций, а также их биомеханизм .

**Актуальность:**

**Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                           |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время – 80 мин           | Количество студентов - поток                                                              |
| Форма проведения занятия | Учебная лекция                                                                            |
| План лекционного занятия | Вводное слово<br>Причины родоразрешающих операций<br>Тактика при родоразрешающих операций |

**Цель лекционного занятия:** дать представление о «родоразрешающих операций», её цели, задачах и основных методах ее исследования

|                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Педагогические задачи:</b>                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Результаты учебного процесса:</b><br>студент должен усвоить                                                                                                                                                                                                     |
| Дать определение «родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.»<br>Разобрать основные методы исследования<br>Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при родоразрешающих операций. | Основная сущность заболевание резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода<br>Усвоить основные методы исследования<br>Иметь представление об основных направлениях родоразрешающих операций<br>Иметь понятие об основных приёмах и методах исследования |
| Методы и техника обучения                                                                                                                                                                                                                                               | Учебная лекция, блиц - опрос                                                                                                                                                                                                                                       |
| Средства обучения                                                                                                                                                                                                                                                       | Таблицы, учебная доска, видеопроектор                                                                                                                                                                                                                              |
| Условия обучения                                                                                                                                                                                                                                                        | Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видеолекции                                                                                                                                                                                                    |

**Технологическая карта лекционного занятия**

|              |  |  |
|--------------|--|--|
| Этапы, время |  |  |
|--------------|--|--|

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                             |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 80 мин                                    | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Студент                                                                                                                                                                     |
| 1 этап: Введение<br>– 10 мин.             | Вступительное слово о родоразрещающих операций.<br>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Слушает, записывает                                                                                                                                                         |
| 2 этап:<br><br>Основной - (60 мин.)       | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования родоразрещающих операций.</p> <p>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>Определение и цели определения родоразрещающих операций. Основные направления и составные части заболевания родоразрещающих операций. Основные методы исследования.</p> | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br><br>Заключительный - (10 мин.) | <p>Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «воспалительные заболевания женских половых органов» и кровотечение в первой половине беременности</p>                                                                                                                        | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>                                                                                            |

## **ЛЕКЦИЯ №8.**

### **Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности послеродовое вагинальное кровотечение. (аномалия прикрепления плаценты, гипотония матки, дефект последа).**

**Цель:** Изучить этиопатогенетические факторы, клинические проявления, а также современные методы лечения инфузионно-трансфузионную терапию при акушерских кровотечениях.

**Актуальность:** Акушерские кровотечения являются одним из частых и серьезных осложнений беременности и родов. Частота их в последние годы составляет 2,7-2,9% общего числа родов, в 20-25% случаев они являются причиной материнской летальности.

В акушерской практике кровотечения продолжают оставаться наиболее серьезной проблемой, так как среди причин материнской летальности они составляют 20-25%.

#### **Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                          |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время – 80 мин           | Количество студентов - поток                                                             |
| Форма проведения занятия | Учебная лекция                                                                           |
| План лекционного занятия | Вводное слово<br>Причины акушерских кровотечений<br>Тактика при акушерских кровотечениях |

**Цель лекционного занятия:** дать представление о «акушерских кровотечениях», её цели, задачах и основных методах ее исследования

|                                                                                                                        |                                                                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Педагогические задачи:</b>                                                                                          | Результаты учебного процесса:<br>студент должен усвоить                                                                          |
| Дать определение «акушерских кровотечений.»                                                                            | Основная сущность акушерских кровотечений                                                                                        |
| Разобрать основные методы исследования                                                                                 | Усвоить основные методы исследования                                                                                             |
| Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при акушерских кровотечениях. | Иметь представление об основных направлениях акушерских кровотечений<br>Иметь понятие об основных приёмах и методах исследования |

|                           |                                                                 |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Методы и техника обучения | Учебная лекция, блиц - опрос                                    |
| Средства обучения         | Таблицы, учебная доска, видеопроектор                           |
| Условия обучения          | Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видеолекции |

### Технологическая карта лекционного занятия

| Этапы, время                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 80 мин                          | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Студент                                                                                                                                                                                              |
| 1 этап: Введение – 10 мин.      | Вступительное слово о акушерских кровотечениях.<br>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Слушает, записывает                                                                                                                                                                                  |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.) | Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.<br><br>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования акушерских кровотечений.<br>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.<br><br>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы<br><br>Определение и цели определения акушерских кровотечений. Основные направления и составные части акушерских кровотечений. Основные методы исследования. | Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы |
| 3 этап:                         | Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                      |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                           |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| Заключительный<br>(10 мин.) | разбирались на лекции.<br><br>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии.<br><br>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «воспалительные заболевания женских половых органов» и кровотечение в первой половине беременности | Уточняет неясные вопросы.<br><br>Записывает задание для следующих занятий |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|

Акушерские кровотечения являются одним из частых и серьезных осложнений беременности и родов. Частота их в последние годы составляет 2,7-2,9% общего числа родов, в 20-25% случаев они являются причиной материнской летальности.

В акушерской практике кровотечения продолжают оставаться наиболее серьезной проблемой, так как среди причин материнской летальности они составляют 20-25%.

Анализ смертности беременных и рожениц от кровотечения свидетельствует об определенных дефектах в организации лечебно-профилактического процесса в ж/к и родильных домах.

В последние годы частота и структура акушерских кровотечений существенно изменились. Число акушерских кровотечений в последовом периоде уменьшились, однако чаще стали наблюдаться кровотечения, обусловленные отслойкой нормально расположенной плаценты и её предлежанием и кровотечения на фоне нарушения гемостаза.

Кровотечения во второй половине беременности чаще всего обусловлены: преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты; предлежанием плаценты; разрывами матки.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

**ПОНРП** – это отделение плаценты до рождения плода (во время беременности, в первом или во втором периодах родов). Встречается эта патология в 0,5-1,5% случаев.

Различают частичную и полную отслойку плаценты, прогрессирующую и непрогрессирующую, легкую и тяжелую форму.

Ведущей причиной этой патологии является преэклампсия, особенно в сочетании с экстрагенитальными заболеваниями – гипертонической болезнью, пиелонефритом, сахарным диабетом, заболеваниями сердечно – сосудистой системы, В 12- фолиеводефицитной анемией и другими заболеваниями, которые оказывают наиболее неблагоприятное влияние на состояние периферического кровообращения и являются фоном для развития преэклампсии.

В родах причиной ПОНРП может быть:

дискоординированная родовая деятельность;  
внезапное и быстрое излитие околоплодных вод при многоводии;  
рождение первого плода при монохориальной двойне;  
локализация плаценты на межмышечном узле;  
хронический базальный эндометрит;  
преждевременное старение плаценты;  
переношенная беременность.

Преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, как правило, предшествует хроническое нарушение маточно – плацентарного кровообращения:

спазм артериол и капилляров базального отдела децидуальной оболочки;  
повышение вязкости крови со стазом эритроцитов, их агрегацией, лизисом и высвобождением кровяного тромба – пластина;  
ДВС – синдром.

Ухудшение микрокровотока в плаценте приводит к уменьшению эластичности сосудистой стенки, повышению ее проницаемости, что способствует разрыву артериол, капилляров, формированию микрогематом, которые, постепенно сливаясь, разрушают базальную пластинку децидуальной ткани, захватывают межворсинчатые пространства, образуя ретроплацентарную гематому. Излившаяся при отслойке плаценты кровь диффузно имbibирует миометрий порой до висцеральной брюшины параметрия, возникает маточно – плацентарная апоплексия, описанная Кувелером.

Клиника. ПОНРП зависит от степени отслойки, тяжести сопутствующей патологии. ПОНРП чаще наблюдается у первобеременных. Неизменным фоном для развития отслойки является осложнение беременности преэклампсией, как правило, длительно текущей, сочетающейся с теми или иными соматическими заболеваниями.

Ведущими симптомами ПОНРП являются кровотечение и боли. Кровотечение может быть внутренним, наружным и комбинированным. Наиболее опасно внутреннее кровотечение. Варианты кровотечения зависят от локализации гематомы. В случае возникновения гематомы в центре плаценты наружного кровотечения может и не быть или оно появляется позже. При отслойке плаценты по периферии кровь даже при небольшой гематоме может быстро отслоить оболочки и кровотечение становится наружным.

Болевой синдром – второй чрезвычайно важный признак ПОНРП. Боль первоначально локализуется в той области матки, где расположена плацента, и постепенно распространяется на остальные ее отделы. Болевой синдром более выражен при отслойке с образованием ретроплацентарной апоплексии. В том случае внезапно возникают сильные распирающие боли в животе. Общее состояние женщины резко ухудшается, нарушается гемодинамика. Пульс и дыхание учащаются, артериальное давление прогрессивно снижается, кожные покровы бледнеют. Матка в состоянии гипертонуса, напряжена, болезненна при пальпации, увеличена в размерах, иногда асимметрична, быстро развивается картина геморрагического шока и симптомы внутриутробной гипоксии плода.

Имеется определенная зависимость между степенью отслойки плаценты, объемом ретроплацентарной гематомы, степенью напряжения матки и состоянием плода. При отслойке до 1/3 плаценты плод находится в состоянии гипоксии, при отслойке меньшей площади плаценты, если имели место морфологические или функциональные признаки ее недостаточности. Гипертонус матки свидетельствует о величине ретроплацентарной гематомы, содержащей более 150 мл крови, и указывает на риск гибели плода. В случаях внутриутробной гибели плода объём ретроплацентарной гематомы, содержащей более 150 мл крови указывает на риск гибели плода. В случаях внутриутробной гибели плода объём ретроплацентарной гематомы достигает 500 мл и более. При ретроплацентарной гематоме объёмом 1000 мл и более обязательно имеют место признаки геморрагического шока и ДВС – синдрома.

Обильные кровотечения, которые нередко наблюдаются после родоразрешения, обусловлены атонией матки в сочетании с острой коагулопатией. Матка, пропитанная кровью, теряет способность сокращаться, а кровь не свертывается, так как содержит небольшое количество прокоагулянтов вследствие их длительного предшествующего внутрисосудистого потребления. При повышении фибринолитической активности синдром ДВС быстро переходит в ИИИ – ИВ фазу, кровотечение принимает генерализованный, неукротимый характер. Быстро прогрессирует шок.

В более легких случаях отслойки наблюдаются небольшие боли в животе, повышение тонуса матки и болезненность ее при пальпации в месте отслойки плаценты. Наружное кровотечение может отсутствовать. Отслойка небольшого участка плаценты может остаться незамеченной.

Диагностика ПОНРП:

кровотечение при ПОНРП – чаще в II периоде родов, ИИИ триместре беременности, реже во II периоде родов и во II триместре беременности, чаще внутреннее, реже наружно-внутреннее;

боль выражена при ПОНРП;

состояние матки при ПОНРП матка плотная, напряженная, нередко с локальным выпячиванием и болезненностью;

при ПОНРП матка пальпируется с трудом, сердцебиение страдает или отсутствует;

раздражение брюшины при ПОНРП может быть;

сопутствующая патология при ПОНРП – преэклампсия, гипертоническая болезнь, болезни почек.

Велика роль в диагностике ПОНРП ультразвукового сканирования.

Патологоанатомической (морфологический) диагноз ПОНРП устанавливают по виду материнской части плаценты (наличие фасеток, вдавлений при неполной отслойке плаценты) и на основании результатов микроскопического исследования (обширные микроинфаркты, фибриновые тромбы, склероз ворсин, истончение и отсутствие децидуальной ткани и др.).

Лечение прогрессирующей ПОНРП оперативное. Недопустимо консервативное ведение родов в случаях ПОНРП, так как при удлинении времени от отслойки плаценты до родоразрешения увеличивается маточно – плацентарная апоплексия, происходит повреждение нервно – мышечного аппарата матки, что в дальнейшем может привести к развитию атонического кровотечения. Кроме того, усугубляются нарушения в системе гемокоагуляции, что также способствует усилению послеродового кровотечения и быстрому развитию необратимого шока. В связи с этим кесарево сечение является операцией выбора при ПОНРП. Если во время операции обнаружена имбибиция матки кровью, то показано удаление матки.

После кесарева сечения или после самопроизвольных родов следует помнить об опасности коагулопатического кровотечения, при возникновении которого показано оперативное лечение в объеме экстирпации матки.

С целью профилактики ПОНРП следует совершенствовать диспансеризацию беременных, выделить женщин в группы повышенного риска по возникновению акушерских кровотечений. Обращать внимание на опасность возможной отслойки плаценты у беременных с преэклампсией, поэтому своевременно проводить профилактику и лечение преэклампсией.

## **Лекция 9. Вагинальное кровотечение во время родов - разрыв матки и родовых путей.**

### **Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                          |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время – 80 мин           | Количество студентов - поток                                                             |
| Форма проведения занятия | Учебная лекция                                                                           |
| План лекционного занятия | Вводное слово<br>Причины акушерских кровотечений<br>Тактика при акушерских кровотечениях |

**Цель лекционного занятия:** дать представление о «акушерских кровотечениях», её цели, задачах и основных методах ее исследования

|                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Педагогические задачи:</b>                                                                                                                                                                                                  | Результаты учебного процесса:<br>студент должен усвоить                                                                                                                                                                                  |
| <p>Дать определение «акушерских кровотечений.»</p> <p>Разобрать основные методы исследования</p> <p>Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при акушерских кровотечениях.</p> | <p>Основная сущность акушерских кровотечений</p> <p>Усвоить основные методы исследования</p> <p>Иметь представление об основных направлениях акушерских кровотечений</p> <p>Иметь понятие об основных приёмах и методах исследования</p> |
| Методы и техника обучения                                                                                                                                                                                                      | Учебная лекция, блиц - опрос                                                                                                                                                                                                             |
| Средства обучения                                                                                                                                                                                                              | Таблицы, учебная доска, видеопроектор                                                                                                                                                                                                    |
| Условия обучения                                                                                                                                                                                                               | Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видеолекции                                                                                                                                                                          |

### Технологическая карта лекционного занятия

| Этапы, время                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 80 мин                                | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Студент                                                                                                                                                                     |
| 1 этап: Введение – 10 мин.            | Вступительное слово о акушерских кровотечениях.<br>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Слушает, записывает                                                                                                                                                         |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.)       | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования акушерских кровотечений.<br/>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>Определение и цели определения акушерских кровотечений. Основные направления и составные части акушерских кровотечений. Основные методы исследования.</p> | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br>Заключительный - (10 мин.) | <p>Подводит итог лекционного занятия. Напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «воспалительные заболевания женских половых органов» и кровотечение в первой половине</p>                                                                                                                   | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих</p>                                                                                                    |

|  |              |         |
|--|--------------|---------|
|  | беременности | занятий |
|--|--------------|---------|

послеродовое кровотечение – это потеря крови > 500 мл во время или сразу после 3-го периода при родах через естественные родовые пути или > 1000 мл при кесаревом сечении. Диагноз ставится на основе клинических данных. Лечение зависит от этиологии кровотечения.

### Причины

К наиболее распространенным причинам послеродового кровотечения относится

### Overview of Postpartum Hemorrhage

#### Атония матки

**К факторам риска атонии матки** относятся:

маточное перерастяжение (вызванное многоплодной беременностью, многоводием или аномально крупным плодом);

затяжные или проблемные роды;

многоплодные роды (рождение 5 и более жизнеспособных плодов);

миорелаксанты;

стремительные роды;

Хориоамнионит

**Другие причины послеродового кровотечения** включают в себя:

Разрыв тканей родовых путей

Расширение эпизиотомии

Разрыв матки

Нарушения гемостаза

Оставшиеся ткани плаценты

Гематома

инверсия матки (выворот матки),

Хориоамнионит

Субинволюцию (неполную инволюцию) плацентарной площадки (может встречаться и через 1 месяц после родов)

Миома матки может способствовать послеродовым кровотечениям. Анамнез предыдущего послеродового кровотечения свидетельствует о повышенном риске.

Диагностика

Клиническая оценка

Диагноз послеродового кровотечения устанавливают клиническим путем.

## Лечение

Удаление остатков плацентарной ткани и восстановление дефектов родовых путей

Препараты, стимулирующие сокращение матки (например, окситоцин, простагландины, метилэргоновин)

Инфузионная реанимация, а иногда переливание крови

Иногда хирургическая биопсия легки

Объем циркулирующей крови восполняют 0,9% раствором натрия хлорида до 2 л внутривенно; если этот объем недостаточен, проводится переливание крови.

Лечение послеродового кровотечения

Порядок ушивания разрывов шейки матки

Порядок ушивания разрывов промежности второй степени

Гемостаз пытаются обеспечить бимануальным массажем матки и внутривенным введением окситоцина. Сразу после рождения плаценты прибегают к внутривенному введению окситоцина (10 или 20 [до 80] ед. на 1000 мл физраствора) со скоростью 125–200 мл/ч. Препарат продолжают вводить до тех пор, пока матка не сократится; затем дозу препарата постепенно уменьшают или прекращают введение. Окситоцин не рекомендуется вводить внутривенно болюсно, потому что это может спровоцировать тяжелую гипотензию. Кроме того, проводится обследование полости матки для выявления разрывов и остатков плацентарной ткани. Также осматривают матку и влагалище; разрывы зашивают.

Атонию матки может уменьшить опорожнение мочевого пузыря с помощью катетера. 15-метил простагландин F<sub>2α</sub> по 250 мкг внутримышечно каждые 15–90 мин до 8 доз или метилэргоновин по 0,2 мг внутримышечно каждые 2–4 ч (с последующим введением 0,2 мг дважды или трижды в день в течение 1 недели) следует использовать, если чрезмерное кровотечение продолжается во время инфузии окситоцина; во время кесарева сечения эти препараты могут быть введены непосредственно в миометрий. Окситоцин в дозе 10 единиц также можно непосредственно ввести в миометрий. Простагландины противопоказаны больным астмой; метилЭргоновин противопоказан при гипертонии. Иногда можно для повышения тонуса матки ректально ввести мизопропрост в дозировке 800–1000 мкг.

Тампонада матки или использование баллона Бакри иногда может остановить кровотечение. Этот баллон может вмещать до 500 мл и выдерживать внутреннее и наружное давление до 300 мм рт. ст. Если не удастся достичь гемостаза таким образом, предпринимают наложение шва по Линчу (шва,

сжимающего нижний маточный сегмент), лигирование подчревной артерии или гистерэктомию. Разрыв матки требует хирургической коррекции.

Производят восполнение крови в зависимости от степени кровопотери и клинических признаков шока. Гемостаз у женщин с массивным кровотечением, угрожающим жизни, может обеспечить инфузия фактора VIIa (50–100 мкг/кг, медленно внутривенно болюсно в течение 2–5 мин). Введение продолжают каждые 2–3 ч до достижения гемостаза.

### Профилактика

Проводится пренатальная (дородовая) диагностика предрасполагающих факторов (например, миомы матки, многоводия, многоплодной беременности, нарушений гемостаза у матери, наличие раннего и позднего послеродового кровотечения в анамнезе) и по возможности их коррекция.

Если у женщины редкий тип крови, следует заранее позаботиться, чтобы кровь такого типа была в наличии. Родоразрешение должно быть максимально бережным с минимумом вмешательств.

После отделения плаценты вводят 10 ед окситоцина в/м или раствор окситоцина (10–20 ед в 1000 мл по 125–200 мл/ч в течение 1–2 ч) с целью сокращения матки и уменьшения кровопотери.

После выделения последа его тщательно исследуют на предмет целостности; если имеются дефекты последа, выполняют ручное обследование полости матки и удаление частей последа. В редких случаях бывает необходимо выскабливание.

Необходим контроль за сокращением матки и количеством крови, выделяющейся из половых путей, в течение 1 ч после завершения 3-й стадии родов.

В последние годы большинство авторов выделяют понятие «массивная кровопотеря» в связи со следующими причинами:

- Массивные кровотечения имеют иные этиологические причины;
- Массивные кровотечения практически всегда сопровождаются шоком и нарушениями в системе гемокоагуляции;
- Именно массивные кровотечения – причина материнской смертности.

Кровопотерю в родах до 500 мл (менее 0,5% от массы тела) принято считать

физиологической; 800-1000 мл (1,1-1,5% от массы тела)- патологической, более 1000мл (более 1,5% от массы тела)- массивной.

В то же время в клинической практике иногда достаточно сложно провести дифференцировку между физиологической и обычной, обычной и массивной кровопотерей. Попытки очертить границы с помощью определения условных нормативов (до 400мл, выше 1500 мл и т.д.) едва ли правильны, потому что организм беременной, роженицы или родильницы в зависимости от ситуации по-разному реагирует на потерю крови. Именно поэтому при оценке кровопотери в акушерской практике приходится учитывать не только показатели массы тела и роста, но и исходные запасы железа, белка плазмы, показатели красной крови, степень гиповолемии и др. следовательно, нет ничего удивительного в том, что граница между кровопотерей физиологической и неакушерской может лежать в пределах 250-600 мл (в среднем 400 мл, или 0,5% массы тела, или 10% ОЦК), а граница между кровопотерей неакушерской и массивной может варьировать еще шире: от 1000 до 1800 мл (в среднем 1500 мл, или 2% массы тела, или 30% ОЦК). Кроме того, крайне важен темп кровопотери, особенно опасны ситуации, когда он превышает 150мл/мин.

В структуре неакушерских кровопотерь ведущее место традиционно занимает гипотония матки. Примерно 70% всех кровотечений в акушерстве относится к послеродовым гипотоническим кровотечениям, 20% обусловлены отслойкой плаценты, разрывом матки, повреждением родовых путей, 10% приходится на долю вращающейся плаценты и нарушения ее отделения и только 1%- на коагулопатию.

В структуре массивных кровотечений картина совершенно иная. Массивные кровотечения обусловлены рядом причин и их комбинацией. Но всегда в комплексе причин есть либо исходная, либо возникшая вследствие массивной кровопотери патология гемостаза – коагулопатия. В случаях потери 10-25% ОЦК в свертывающей системе (как артериальной, так и венозной крови) наблюдаются сдвиги в сторону гиперкоагуляции. При более массивных кровопотерях меньшего объема. Однако ДВС может возникнуть и при кровопотерях меньшего объема. Это зависит от скорости удаления крови и исходного состояния организма беременной (сопутствующие воспалительные и экстрагенитальные заболевания, преэклампсия и др.).

## **Лекция 10. Узкий таз в современном акушерстве. Диспропорция головки плода и таза матери. Неправильное положение плода.**

**Цель:** Изучить причины родоразрешающих операций, а также их биомеханизм .

**Актуальность:**

Технологический модель учебного занятия:

|                          |                                                                                           |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время – 80 мин           | Количество студентов - поток                                                              |
| Форма проведения занятия | Учебная лекция                                                                            |
| План лекционного занятия | Вводное слово<br>Причины родоразрешающих операций<br>Тактика при родоразрешающих операций |

**Цель лекционного занятия:** дать представление о «родоразрешающих операций», её цели, задачах и основных методах ее исследования

|                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Педагогические задачи:</b>                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>Результаты учебного процесса:</b><br>студент должен усвоить                                                                                                                                                                                                                        |
| <p>Дать определение «родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.»</p> <p>Разобрать основные методы исследования</p> <p>Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при родоразрешающих операций.</p> | <p>Основная сущность заболевание резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода</p> <p>Усвоить основные методы исследования</p> <p>Иметь представление об основных направлениях родоразрешающих операций</p> <p>Иметь понятие об основных приёмах и методах исследования</p> |
| <b>Методы и техника обучения</b>                                                                                                                                                                                                                                                       | Учебная лекция, блиц - опрос                                                                                                                                                                                                                                                          |

|                   |                                                                 |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------|
| Средства обучения | Таблицы, учебная доска, видеопроектор                           |
| Условия обучения  | Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видеолекции |

### Технологическая карта лекционного занятия

| Этапы, время                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 80 мин                          | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Студент                                                                                                                                                              |
| 1 этап: Введение – 10 мин.      | Вступительное слово о родоразрещающих операций.<br>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Слушает, записывает                                                                                                                                                  |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.) | Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.<br><br>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования родоразрещающих операций.<br>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.<br><br>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы<br><br>Определение и цели определения родоразрещающих операций. Основные направления и составные части заболевания родоразрещающих операций. Основные методы исследования. | Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.<br><br>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы |
| 3 этап:<br>Заключительный       | Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                      |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                  |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| (10 мин.) | <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «воспалительные заболевания женских половых органов» и кровотечение в первой половине беременности</p> | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p> |
|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

### Цель занятия

- обсудить понятие об анатомическом узком тазе, формах и степенях сужения;
- дать понятие о клинически узком тазе;
- рассмотреть причины диспропорции головки плода и таза матери;
- рассмотреть на фантоме биомеханизмы родов при различных формах сужения таза и их степенях;
- проанализировать возможные осложнения беременности и родов для матери и ребенка при различных формах узкого таза;
- научить диагностике узкого таза;
- обсудить принципы ведения беременности и родов.

### Задачи

*Студент должен знать:*

- роль анатомически узкого таза в течение и исходе родов для матери и плода;
- значение наружного и внутреннего акушерского исследования в диагностике различных форм и степеней сужения таза;
- дополнительные методы исследования (ультразвуковая пельвиометрия, рентгенопельвиометрия, кардиомониторинг, УЗ биометрия плода);
- принципы ведения родов и их осложнения при данной патологии.

*Студент должен уметь:*

Тщательно собрать анамнез, произвести наружный осмотр беременной, включая антропометрию, оценить данные наружного тазоизмерения и внутреннего акушерского исследования, результаты функциональной оценки состояния плода, вычислить предполагаемую массу плода, выбрать способ родоразрешения.

### 4.Мотивация

Несмотря на значительные снижение в последнее время частота грубо деформированных тазов и резких степеней их сужения, проблема узкого таза не потеряла своей актуальности в связи с процессом акселерации, увеличением массо-ростовых показателей населения, увеличением смещанных форм узкого таза и массы тела новорожденных.

Рациональное ведение родов при узком тазе до сих пор относятся к наиболее трудным разделам практического акушерства, так как узкий таз является одной из причин материнского и детского травматизма, материнской и перинатальной смертности.

В связи с этим в родах необходимо тщательное наблюдение за состоянием роженицы и плода, характером родовых сил и особенностями механизма родов.

Необходимость изучения данной темы, ее значимость в изучении курса и профессиональная направленность заключается в усовершенствовании и обновлении знания студентов, будущих ВОП по теме узкий таз. Выявлять группу риска женщин на развитие КУТа в родах и проводить профилактические мероприятия во время беременности и в родах. Помочь студенту овладеть практическими навыками на уровне СВП, СВА и оказать первую помощь на догоспитальном уровне.

#### 5. Межпредметные и внутри предметные связи

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, топографической анатомии, гистологии, нормальной и патологической физиологии, эндокринологии и микробиологии.

Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими эндокринологии, терапии, травматологии, хирургии, патологического акушерства, гинекологии, гематологии, гигиены, терапии, педиатрии, травматологии.

#### 6. Содержание занятия

##### 6.1. Теоретическая часть

#### УЗКИЙ ТАЗ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ.

Несмотря на значительное снижение частоты грубо деформированных тазов и резких степеней его сужения, проблема узкого таза не потеряла своей актуальности. Интерес к этой проблеме диктуется процессом акселерации, увеличением весо-ростовых показателей населения, возрастанием смешанных форм узкого таза, увеличением массы новорожденных.

Роды при узком тазе характеризуются высокой частотой несвоевременного излития околоплодных вод, аномалий родовой деятельности, преждевременной отслойки плаценты, кровотечениями в последовом и раннем послеродовом периодах, тяжелым родовым травматизмом матери и плода, высокими показателями оперативного родоразрешения, а также послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний.

Рациональное ведение родов при узком тазе до сих пор относится к наиболее трудным разделам практического акушерства (Калганова Р.И., 1965; Чернуха Е.А. и соавт., 1991 г.; Лангниске Д. 1987 и др.).

### **Определение понятия « анатомически» и « клинически» узкого таза.**

При диспропорции головки плода и таза матери часто возникают осложнения в родах, когда головка плода оказывается несоразмерно великой по сравнению с тазовым кольцом, что наблюдается иногда и при нормальных размерах таза. В таких случаях, реже при хорошей родовой деятельности, продвижение головки по родовому каналу может приостановиться - таз оказывается узким, функционально недостаточным. Если головка плода невелика, то даже при значительном сужении таза несоответствия между головкой и тазом может и не быть, и роды совершаются силами природы без всяких осложнений. В таких случаях анатомически суженный таз оказывается функционально достаточным.

Таким образом, возникает необходимость разграничить два понятия: анатомически и клинически (функционально) узкий таз.

*Клинически узкий таз (диспропорция головки плода и таза матери )- это несоответствие между головкой плода и тазом матери, независимо от размеров последнего. ( Калганова Р.И., 1965г.)*

### **Частота встречаемости анатомически и возникновения клинически узкого таза.**

Частота анатомически узкого таза колеблется от 1,04 до 7,7% (Калганова Р.И., 1965; Чернуха Е.А., 1991; Бартон Ж. Эт ал, 1982; Стеер Ч.М., 1983; Лангнискел Д., 1987 и др.). Такие большие колебания частоты можно объяснить отсутствием единой классификации узких тазов и разными диагностическими возможностями.

Частота возникновения клинически узкого таза при анатомическом сужении таза – 25-30 %, при нормальных размерах таза – 0,3 %.

Анатомический узкий таз – это такой таз, у которого имеется укорочение всех размеров или одного на 2 см и более. За границу узкого таза принимают величину истинной конъюгаты 10 см и менее.

Причины возникновения АУТ многообразны.

- нарушения внутриутробного развития девочки:
- нарушение гормонального баланса в пре– и пубертатном периодах:
- рахит
- тяжелые соматические заболевания в детстве
- травмы
- туберкулёз
- травмы и др.

АУТ принято различать по степени сужения и по форме. В клиническую практику вошло деление на три степени сужения АУТ (по М.С.Малиновскому):

I степень сужения - величина истинной конъюгаты составляет 10–8 см. При таком сужении таза у 80 % женщин роды возможны через естественные родовые пути.

II степень сужения – истинная конъюгата - 8-6 см. Роды через естественные родовые пути возможны у 5-10% женщин при небольших размерах плода и при недоношенном плоде. В основном роды завершаются операцией кесарева сечения, (либо плодоразрешающей операцией).

III степень сужения – величина истинной конъюгаты составляет 6 см и меньше. Таз при III степени сужения называется абсолютно узким тазом. Родоразрешение через естественные родовые пути невозможно даже при помощи плодоразрушающих операций. Единственным методом родоразрешения является кесарево сечение (абсолютно узкий таз).

При определении степени сужения таза следует учитывать толщину костей, которая определяется по объему запястья (индекс Соловьева). При индексе равном 14 см и менее, степень сужения будет менее выраженной при одинаковом размере наружной конъюгаты, чем при индексе более 16 см более.

По форме таза различают часто встречающиеся и редко встречающие УТ

Часто встречающиеся:

Общеравномерносуженный таз

Простой плоский таз

Плоскорахитический таз

Поперечносуженный

К редко встречающимся узким тадам относят

Кососмещенный и кососуженный таз

Воронкообразный таз

Спондилолистетический таз

Остеомалятический таз

Таз суженный экзостозами и костными опухолями

Кифотический таз и др. редкие формы

Общеравномерносуженный таз встречается у женщин невысокого роста и характеризуется уменьшением всех размеров таза на 1-2 см и более. Сопровождается уменьшением высоты крестца при сохраненной его кривизне, выраженным уменьшением лонного угла и высоты симфиза. Обычно уменьшены все наружные размеры.

Ведение беременности при АУТ и КУТ.

Все беременный с АУТ входят в группу риска на перинатальную патологию. Важное значение приобретает для исхода беременности и родов своевременное выявление и взятие на учет всех беременных с узким тазом, проведение общих оздоровительных мероприятий во время беременности, госпитализация на дородовую подготовку, выбор метода родоразрешения в 38 недель беременности.

В группу риска на развитие КУТ относятся женщины с АУТ, крупным плодам, неправильным предлежанием и вставлением головки, гидроцефалией плода. Беременные группы риска на КУТ также госпитализируются за 2-3 недели до родов для полного обследования, дородовой подготовки и выбора тактики ведения родов.

Одним из частых осложнений родов является дородовой и раннее излитие околоплодных вод. Причина несвоевременного разрыва плодного пузыря лежит в несвоевременном вставлении головки. Опасность разрыва плодного пузыря заключается в том, что при этом отходят не только передние воды, но и задние, что является благоприятным моментов выпадения пуповины и мелких частей плода, а также восхождению инфекции из влагалища в матку и развитию эндометрита в родах. Для предупреждения несвоевременного разрыва плодного пузыря роженицу рекомендуется укладывать на бок. При плоских тазах ее укладывают на тот бок, где расположен большой родничок (в дальнейшем он должен опускаться первым), при общеравномерносуженном тазе – на ту же сторону.

С целью сохранения плодного пузыря во время периода раскрытия назначается постельный режим. При этом рекомендуется положение на боку.

В периоде раскрытия следует следить за характером родовой деятельности, состоянием внутриутробного плода, особенностями биомеханизма родов, учитывая риск развития аномалии родовой деятельности, риск на перинатальную патологию и развитие клинического узкого таза. При возникновении отклонения в течение родов (клинический узкий таз, слабость родовой деятельности и др.) необходимо своевременно, не ожидая асфиксии плода, развития эндометрита, родовой травмы плода, поставить вопрос об абдоминальной родоразрешении.

Часто при диспропорции головки плода и таза матери наблюдается неудовлетворительный прогресс родов. Чаше возникает вторичное прекращение раскрытия шейки матки и опускания предлежащей части плода при наличии хороших схваток. Если родовая деятельность продолжается при клинически узком тазе, она может остановиться или затрудниться. Наилучший способ определить соответствие головки плода и таза матери (клинически узкий таз) возможно только во время вагинальных родов.

Если диагноз клинически узкого таза подтвержден, необходимо провести кесарево сечение.

Если плод мертв:

Провести краниотомию.

Если акушер не имеет достаточного опыта в проведении краниотомии, провести кесарево сечение.

Симптомы, подтверждающие запущенный клинически узкий таз (обструктивные роды):

Вторичная остановка раскрытия шейки матки и опускание предлежащей части плода.

Смещение костей черепа плода третьей степени.

Шейка матки плохо прилежит к предлежащей части плода.

Отек шейки матки.

Растяжение нижнего сегмента матки.

Образование ретракционного кольца.

Дистресс матери или плода.

Разрыв неоперированной матки обычно вызван обструктивными родами.

Если плод живой, шейка матки полностью раскрыта и головка плода находится на 0 плоскости или ниже - проведите вакуум-экстракцию.

Если плод живой, но шейка матки раскрыта не полностью, или если головка плода находится слишком высоко для вакуум-экстракции, провести кесарево сечение.

Если плод мертв:

Провести краниотомию.

Если акушер не имеет достаточного опыта в проведении краниотомии, провести кесарево сечение.

## УЗКИЙ ТАЗ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ.

Несмотря на значительное снижение частоты грубо деформированных тазов и резких степеней его сужения, проблема узкого таза не потеряла своей актуальности. Интерес к этой проблеме диктуется процессом акселерации, увеличением весо-ростовых показателей населения, возрастанием смешанных форм узкого таза, увеличением массы новорожденных.

Роды при узком тазе характеризуются высокой частотой несвоевременного излития околоплодных вод, аномалий родовой деятельности, преждевременной отслойки плаценты, кровотечениями в последовом и раннем послеродовом периодах, тяжелым родовым травматизмом матери и плода, высокими показателями оперативного родоразрешения, а также послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний.

Рациональное ведение родов при узком тазе до сих пор относится к наиболее трудным разделам практического акушерства (Калганова Р.И., 1965; Чернуха Е.А. и соавт., 1991 г.; Лангнискел Д. 1987 и др.).

### **Определение понятия « анатомически» и « клинически» узкого таза.**

При диспропорции головки плода и таза матери часто возникают осложнения в родах, когда головка плода оказывается несоразмерно великой по сравнению с тазовым кольцом, что наблюдается иногда и при нормальных размерах таза. В таких случаях, реже при хорошей родовой деятельности, продвижение головки по родовому каналу может приостановиться - таз оказывается узким, функционально недостаточным. Если головка плода невелика, то даже при значительном сужении таза несоответствия между головкой и тазом может и не быть, и роды совершаются силами природы без всяких осложнений. В таких случаях анатомически суженный таз оказывается функционально достаточным.

Таким образом, возникает необходимость разграничить два понятия: анатомически и клинически (функционально) узкий таз.

*Клинически узкий таз (диспропорция головки плода и таза матери )*- это несоответствие между головкой плода и тазом матери, независимо от размеров последнего. ( Калганова Р.И., 1965г.)

### **Частота встречаемости анатомически и возникновения клинически узкого таза.**

Частота анатомически узкого таза колеблется от 1,04 до 7,7% (Калганова Р.И., 1965; Чернуха Е.А., 1991; Бартон Ж. Эт ал, 1982; Стеер Ч.М., 1983; Лангнискел Д., 1987 и др.). Такие большие колебания частоты можно объяснить отсутствием единой классификации узких тазов и разными диагностическими возможностями.

Частота возникновения клинически узкого таза при анатомическом сужении таза – 25-30 %, при нормальных размерах таза – 0,3 %.

Анатомический узкий таз – это такой таз, у которого имеется укорочение всех размеров или одного на 2 см и более. За границу узкого таза принимают величину истинной конъюгаты 10 см и менее.

Причины возникновения АУТ многообразны.

- нарушения внутриутробного развития девочки:
- нарушение гормонального баланса в пре– и пубертатном периодах:
- рахит
- тяжелые соматические заболевания в детстве
- травмы
- туберкулез

- травмы и др.

АУТ принято различать по степени сужения и по форме. В клиническую практику вошло деление на три степени сужения АУТ (по М.С.Малиновскому):

I степень сужения - величина истинной конъюгаты составляет 10–8 см. При таком сужении таза у 80 % женщин роды возможны через естественные родовые пути.

II степень сужения – истинная конъюгата - 8-6 см. Роды через естественные родовые пути возможны у 5-10% женщин при небольших размерах плода и при недоношенном плоде. В основном роды завершаются операцией кесарева сечения, (либо плодоразрешающей операцией).

III степень сужения – величина истинной конъюгаты составляет 6 см и меньше. Таз при III степени сужения называется абсолютно узким тазом. Родоразрешение через естественные родовые пути невозможно даже при помощи плодоразрушающих операций. Единственным методом родоразрешения является кесарево сечение (абсолютно узкий таз).

При определении степени сужения таза следует учитывать толщину костей, которая определяется по объему запястья (индекс Соловьева). При индексе равном 14 см и менее, степень сужения будет менее выраженной при одинаковом размере наружной конъюгаты, чем при индексе более 16 см более.

По форме таза различают часто встречающиеся и редко встречающие УТ

Часто встречающиеся:

Общеравномерносуженный таз

Простой плоский таз

Плоскорахитический таз

Поперечносуженный

К редко встречающимся узким тадам относят

Кососмещенный и кососуженный таз

Воронкообразный таз

Спондилолистетический таз

Остеомалятический таз

Таз суженный экзостозами и костными опухолями

Кифотический таз и др. редкие формы

Общеравномерносуженный таз встречается у женщин невысокого роста и характеризуется уменьшением всех размеров таза на 1-2 см и более. Сопровождается уменьшением высоты крестца при сохраненной его кривизне, выраженным уменьшением лонного угла и высоты симфиза. Обычно уменьшены все наружные размеры.

Особенности биомеханизма родов:

Головка вставляется стреловидным швом в косом размере входа малого таза в состоянии максимального сгибания.

Проводной точкой является малый родничок. Клиновидное вставление головки (ассинклитизм Редерера).

Длительное разгибание головки и смещения её в сторону промежности вследствие резкого сужения лонной дуги.

Клиническое течение родов при общеравномерносуженном тазе характеризуется длительным течением.

Простой плоский таз характеризуется уменьшением всех прямых размеров таза вследствие того, что крестец смещен к симфизу при нормальных поперечных размерах таза.

### Особенности биомеханизма родов

Головка вставляется стреловидным швом в поперечном размере таза

Разгибание головки

Пердне-теменное вставление (асинклитизм Негеля).

Среднее и низкое поперечное стояние головки

Плоскорихитический таз характеризуется деформацией верхней части крестца, подвздошные кости отклонены кнаружи, лобковая дуга расширена. Вход в таз удлинён в поперечнике, наиболее сужен прямой размер входа в малый таз. Остальные размеры не изменены или увеличены, полость малого таза расширена. Таз низкий и уплощенный. Крестец уплощен, укорочен, утончен.

### Особенности биомеханизма родов

Разгибание головки

Длительное высокое поперечное стояние головки

Асинклитическое вставление головки. Чаще наблюдается переднетеменное вставление (асинклитизм Негеля), когда задняя теменная кость упирается в выступающий кпереди мыс и задерживается на этом месте, а передняя теменная кость постепенно опускается в полость таза. При этом стреловидный шов располагается ближе к мысу. Реже наблюдается заднетеменное вставление (асинклитизм Литцмана) ; при этом стреловидный шов располагается ближе к симфизу. Это неблагоприятное асинклитическое вставление, роды через естественный родовые пути невозможны.

Клиническое течение родов характеризуется быстрыми, “штурмовыми родами” после прохождения головки через суженный вход таза, так как полость таза расширена.

Поперечносуженный таз характеризуется уменьшением поперечных размеров таза на 0,5-1 см и более при нормальном или увеличенном прямом размере. Отмечается уплощение крестца, увеличение его высоты, высокое стояние мыса, уменьшение поперечных размеров выхода таза и поперечника ромба Михаэлиса.

## ЛЕКЦИЯ №11

### Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.

**Цель:** Изучить причины родоразрешающих операций, а также их биомеханизм .

**Актуальность:**

**Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                           |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время – 80 мин           | Количество студентов - поток                                                              |
| Форма проведения занятия | Учебная лекция                                                                            |
| План лекционного занятия | Вводное слово<br>Причины родоразрешающих операций<br>Тактика при родоразрешающих операций |

**Цель лекционного занятия:** дать представление о «родоразрешающих операций», её цели, задачах и основных методах ее исследования

|                                                                                                              |                                                                                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Педагогические задачи:</b>                                                                                | Результаты учебного процесса:<br>студент должен усвоить                                                                           |
| Дать определение «родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.»          | Основная сущность заболевание резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода                                             |
| Разобрать основные методы исследования                                                                       | Усвоить основные методы исследования                                                                                              |
| Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при родоразрешающих | Иметь представление об основных направлениях родоразрешающих операций<br>Иметь понятие об основных приёмах и методах исследования |

|                           |                                                                 |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| операций.                 |                                                                 |
| Методы и техника обучения | Учебная лекция, блиц - опрос                                    |
| Средства обучения         | Таблицы, учебная доска, видеопроектор                           |
| Условия обучения          | Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видеолекции |

### Технологическая карта лекционного занятия

| Этапы, время                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 80 мин                          | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Студент                                                                                                                                                              |
| 1 этап: Введение – 10 мин.      | Вступительное слово о родоразрешающих операций.<br>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Слушает, записывает                                                                                                                                                  |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.) | Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.<br><br>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования родоразрешающих операций.<br>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.<br><br>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы<br><br>Определение и цели определения родоразрешающих операций. Основные направления и составные части заболевания родоразрешающих операций. Основные методы исследования. | Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.<br><br>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                  |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| 3 этап:<br>Заключительный<br>(10 мин.) | <p>Подводит итог лекционного занятия.<br/>напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «воспалительные заболевания женских половых органов» и кровотечение в первой половине беременности</p> | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p> |
|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

Несомненно, что родоразрешение таких беременных должно проходить в акушерских стационарах, где имеются условия для оказания высококвалифицированной хирургической, анестезиологической и неонатальной помощи.

### **Частота операции кесарево сечения**

*На частоту кесарево сечения влияют многие факторы:*

Уровень стационарного родовспоможения

Удельный вес акушерской патологии

Принятые установки лечения (протокол)

Мощность родовспомогательного учреждения и его профиль

Уровень экономического развития страны

**Классификация показаний к абдоминальному родоразрешению -Кесареву сечению (М.С. Малиновскому 1974 г.)**

#### **А. Абсолютные показания**

Абсолютно суженный таз, когда истинная конъюгата не превышает 6 см.

Рубцовые сужения влагалища.

Опухоли мягких и костных частей таза, миомы матки, опухоли яичников при неблагоприятной локализации.

#### **Б. Относительные показания**

1. Суженный таз, когда в родах возникает клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери и врачу необходимо решить дилемму — перфорация головки или кесарево сечение?

2. Стенозы мягких родовых путей.

3 Опухоли таза и половых органов, в том числе рак матки.

4.Предшествовавшие операции на половых органах (фистулоррафия, зашивание разрыва матки).

5. Предлежание плаценты.

6. Эклампсия.

Редкие показания (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, неблагоприятные вставления головки, выпадение пуповины, ягодичные предлежания в сочетании с другой патологией и пр.)

**Многие зарубежные авторы разделяют все показания к кесареву сечению на 3 группы:**

**I группа. Материнские**

Анатомический и клинический узкий таз

Преэклампсия тяжелой степени и эклампсия

Кровотечение в конце беременности и в начале родов

Экстрагенитальные заболевания

Рубец на матке

Угрожающий разрыв матки

**II группа. Детские**

Угрожающая внутриутробная гипоксия плода

Резус конфликт

Мертворождение в анамнезе

**III группа. Смешанные**

Перенашивание беременности

Слабость родовой деятельности

Аномалии положения плода

Сахарный диабет

**Противопоказания к хирургическому родоразрешению**

**I группа противопоказаний:**

Неблагоприятное состояние плода: внутриутробная смерть, глубокая недоношенность, уродства плода, выраженная или длительно существующая внутриутробная гипоксия плода, при котором нельзя исключить мертворождение или раннюю смерть.

Нецелесообразно производить кесарево сечение, если были предварительные попытки к влагалищному оперативному родоразрешению – наложение акушерских щипцов, поворот плода на ножку, вакуум-экстракция, эмбриотомия.

**II группа противопоказаний:**

Инфекция в родах

Безводный период более 6-8 часов с предполагаемой потенциальной инфекцией в родах.

Затяжные роды свыше 24 ч.

Клинически выраженная инфекция (лейкоцитоз, повышение СОЭ, температура)

**Условия для производства операции кесарева сечения**

Живой, достаточно доношенный плод

Определение оптимального времени производства операции

Наличие опытного специалиста

Согласие матери.

### **Послеоперационное ведение**

Послеоперационное ведение больных после кесарева сечения осуществляют с учетом кровопотери, сопутствующей патологии и метода операции.

Целесообразно соблюдение принципов ранней послеоперационной активности и при необходимости подключение антикоагулянтной терапии.

По окончании операции прикладывают пузырь со льдом на нижний отдел живота на 1,5—2 ч. Рекомендуются дыхательная гимнастика, активные движения в постели, раннее вставание. Проводят профилактику пареза кишечника, послеоперационной пневмонии, мероприятия по улучшению сокращения матки. Общепрезболивающие средства назначают в течение 2 сут после операции, транс-фузионную терапию проводят по показаниям.

### **Роды при неправильных положениях плода**

#### ***Что называется неправильным положением плода?***

Неправильным положением плода называется такая клиническая ситуация, при которой ось плода пересекается с осью матки.

#### ***Какие бывают неправильные положения плода?***

К неправильным положениям плода относятся поперечные и косые положения.

#### ***Что называется поперечным положением плода?***

Поперечным положением (ситус трансверсус) называется такая клиническая ситуация, при которой ось плода пересекает ось матки под прямым углом.

### **Косое положение плода**

#### ***Что называется косым положением плода?***

Косым положением (ситус обликуус) называется такая клиническая ситуация, при которой ось плода пересекает ось матки под острым углом. При этом нижерасположенная часть плода размещается в одной из подвздошных впадин большого таза. Косое положение является по существу переходным состоянием: во время родов оно превращается либо в продольное, либо в поперечное.

#### ***Как определяются позиция и вид позиции плода при поперечном положении плода?***

Позиция плода при поперечном положении определяется по положению головки: если головка слева — первая. Поперечное положение позиция, если головка справа — вторая позиция.

Вид позиции при поперечном положении определяется по спинке: если она обращена кпереди—передний вид, если кзади — задний.

## ЛЕКЦИЯ 12

### Послеродовая инфекция.

**Цель:** Изучить этиопатогенетические факторы, клинические проявления, а также современные методы лечения инфузионно-трансфузионную терапию при послеродовой инфекции.

**Актуальность:** Гнойно – септические заболевания у беременных, рожениц и родильниц всегда составляли весьма важный в научном и практическом отношении раздел акушерства.

#### Технологический модель учебного занятия:

|                          |                                                                                     |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Время – 80 мин           | Количество студентов - поток                                                        |
| Форма проведения занятия | Учебная лекция                                                                      |
| План лекционного занятия | Вводное слово<br>Причины послеродовой инфекции<br>Тактика при послеродовой инфекции |

**Цель лекционного занятия:** дать представление о «послеродовой гипертермии», её цели, задачах и основных методах ее исследования

|                                                                                                                     |                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Педагогические задачи:</b>                                                                                       | Результаты учебного процесса:<br>студент должен усвоить                                                                        |
| Дать определение «послеродовая инфекция»                                                                            | Основная сущность послеродовой инфекции                                                                                        |
| Разобрать основные методы исследования                                                                              | Усвоить основные методы исследования                                                                                           |
| Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при послеродовой инфекции. | Иметь представление об основных направлениях послеродовой инфекции<br>Иметь понятие об основных приёмах и методах исследования |
| Методы и техника обучения                                                                                           | Учебная лекция, блиц - опрос                                                                                                   |
| Средства обучения                                                                                                   | Таблицы, учебная доска, видеопроектор                                                                                          |
| Условия обучения                                                                                                    | Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видеолекции                                                                |

#### Технологическая карта лекционного занятия

| Этапы, время                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 80 мин                                | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Студент                                                                                                                                                              |
| 1 этап: Введение – 10 мин.            | Вступительное слово о послеродовой инфекции.<br>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Слушает, записывает                                                                                                                                                  |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.)       | Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.<br><br>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования послеродовой гипертермии.<br>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.<br><br>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы<br><br>Определение и цели определения послеродовой инфекции. Основные направления и составные части послеродовой инфекции. Основные методы исследования. | Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.<br><br>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы |
| 3 этап:<br>Заключительный - (10 мин.) | Подводит итог лекционного занятия.<br>напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции.<br><br>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии.<br><br>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «воспалительные заболевания женских половых органов» и кровотечение в первой половине беременности                                                                                               | Уточняет неясные вопросы.<br><br>Записывает задание для следующих занятий                                                                                            |

Гнойно – септические заболевания у беременных, рожениц и родильниц всегда составляли весьма важный в научном и практическом отношении раздел акушерства.

Послеродовая инфекция представляет собой типичную раневую инфекцию, которая в силу анатомических особенностей женских половых органов и их физиологических функций в процессе родов и в ранний послеродовый период имеет свои характерные особенности. Единственной и непосредственной причиной послеродовых заболеваний является инфекционная возбудимость.

Проявляется эта патология только при несоблюдении санитарно-гигиенического режима в родовспомогательных учреждениях, нарушении правил асептики и антисептики, недооценки роли органов генитальной инфекции и снижении защитных сил организма, а также при некоторых особенностях течения беременности и родов.

Различные послеродовые заболевания чаще всего возникают на фоне тех или иных факторов, среди которых ведущую роль играют затяжные роды, длительный безводный промежуток, многократные влагалищные осмотры и брюшностеночные родоразрешающие операции, а также некоторые диагностические манипуляции (амниоскопия, прямая ЭКГ плода и др.)

### ***АКУШЕРСКИЙ ПЕРИТОНИТ.***

***Перитонит – в послеродовом периоде в основном может быть обусловлен тремя причинами:***

- ожнениями после кесарева сечения.

обострением воспалительного процесса придатков матки;  
сепсисом;

В 98 % возникает после кесарева сечения.

**Перитонит**-после кесарева сечения среди всех форм гнойно – септических заболеваний после родов и абортв встречается в 4,6 – 7% случаев.

Летальность остается высокой и достигает 26 – 35%. В структуре материнской летальности от септических заболеваний, на долю перитонита приходится 36,4%.

***Согласно определению И.В. Давыдовского перитонитом обозначают воспаление брюшины может быть:***

острым  
хроническим  
местным  
общим.

Диагноз перитонита устанавливается на оснований местных признаков и общей реакцией организма. Перитонит после кесарева сечения имеет несколько клинических форм в зависимости от патогенеза. Он возникает вследствие неполноценности швов на матке, инфицирования брюшной полости во время кесарева сечения, при хориоамнионите у женщины или на фоне длительно неразрешающего пареза кишечника. Значительно реже

перитонит может развиваться при ранении кишечника во время кесарева сечения или при разрыве гнойных образований придатков матки.

**Этиология** перитонита – бактериальная. Чаще всего ведущая роль принадлежит кишечной флоре смешанной грамм негативной флоре, реже стафилококку.

**При акушерском перитоните в зависимости от стадии может наблюдаться.**

серный

фибринозный

гнойный экссудат

По данным В.И. Кулакова при перитоните стафилакокки были выявлены в 19,6 % случаев, кишечная палочка в 20,3 % прочие микроорганизмы в 4,7%, роста флоры не было в 39,2 % случаев. У большинства больных отмечается смешанный характер инфекции. Характер экссудата при перитоните после кесарева сечения может быть различным.

Наличие гнойного экссудата в брюшной полости всегда совпадает с клиническими признаками расхождения послеоперационного шва на матке.

Перитонит после кесарева сечения имеет все признаки послеоперационного воспаления брюшины наличие клинических проявлений, отсутствие синдрома « мышечной защиты », боли на начальных этапах заболевания, быстро развивающаяся интоксикация. Он не обусловлен деструктивным процессом кишечника. Нарушение функции кишечника обусловлена нарастающими явлениями интоксикации, особенно нарушением водно – солевого баланса, гиповолемией и нарушением микро циркуляции в сосудах желудка и кишечника.

Клиническое течение и особенности патогенеза перитонита после кесарева сечения во многом обусловлены способом инфицирования брюшины.

Течение перитонита характеризуется тремя фазами.

**Первая начальная,** фаза обозначаются многими авторами как реактивная. Для данной фазы характерно образование экссудата.

**Вторая фаза** перитонита – токсическая. Для нее характерно подавление защитных механизмов, постепенное развитие нарушений гемодинамики, микроциркуляции, функции почек, печени, нарастающая гипоксия и нарушение тканевого дыхания.

**Третья фаза** – терминальная опровождается гиповолемическим, септическим шоком нарушением сердечной деятельности.

Если в первой фазе перитонита лечение, как правило, бывает эффективным, то во второй и третьей сомнительным или неблагоприятным.

Перитонит после кесарева сечения характеризуется быстро наступающей токсической фазой, реактивная фаза выражена недостаточно. Необходимо принимать во внимание динамику патологического процесса. Однако нужно иметь в виду, что на фоне интенсивной терапии яркие проявления интоксикации могут отсутствовать. Кроме того, в современных условиях относительно часто встречаются «стертые» формы заболевания протекающие без ярких клинических признаков, но с выраженными изменениями внутренних органов и очага инфекции.

Кардинальными симптомами разлитого гнойного перитонита являются боли в животе, симптом Щеткина – Блюмберга, защитное напряжение мышц живота, рвота, паралитическая непроходимость кишечника (парез). Симптомы, обусловленные интоксикацией, не должны относиться к типичным признакам перитонита, они характеризуют фазу интоксикацией и варьируют в зависимости от качества и полноты проводимой терапии.

Тахикардия, гипотония, сухость слизистых оболочек, нарушения ритма сердца могут поддаваться коррекции и не являются патологичными для клинической картины перитонита после кесарева сечения.

Клиническая картина перитонита развивающегося на фоне хориоамнионита ( имевшегося до кесарева сечения ) характеризуется ранним началом ( на 1-2-е сутки после операции ), высокой температурой тела, выраженной тахикардией, парезом кишечника. Защитное напряжение мышц живота отсутствует, симптом Щеткина – Блюмберга и боли в животе не выражена, рвоты не бывает. Раннее начало перитонита позволяет исключить точную причину инфицирования, как расхождение швов на матке. При динамическом наблюдений в течении 12-24 часов отмечается ухудшение общего состояния, парез кишечника принимает стойкий характер, перестает определяться его перистальтика, становятся не эффективными меры стимуляции кишечника, усиливается жажда язык становится сухим нарастает тахикардия. Появляется рвота застойными массами у 10 % больных отмечается атония желудка со значительным его расширением. Желудочное содержимое может иметь геморрагический характер, что свидетельствует о глубоком

Сепсис представляет собой сложный комплекс клинических и патологоанатомических явлений, обусловленных реактивными свойствами микроорганизма, характером возбудителя инфекции состоянием септического очага. Сепсис является тяжелым неспецифическим инфекционным процессом протекающий на фоне измененной реактивности организма. Сепсис всегда является вторичным процессом, даже если с самого начала протекает в виде молниеносно развивающегося, не оставляющего времени для развертывания местных патологических проявлений. Этот процесс является результатом

недостаточного лечения на предыдущих этапах гнойно – септического процесса.

Акушерский сепсис чаще всего возникает вследствие попадания инфекции в матку в процессе родов или в послеродовом периоде. Определенную роль играет инфицирование остатков плацентарной ткани и сгустков крови. Распространение инфекции возможно также гематогенным и лимфогенным путями. Распространению инфекции способствует наличие хронических или острых экстрагенитальных воспалительных заболеваний во время беременности и в родах, инфицирование во время родового акта (затяжные роды, длительный безводный промежуток, родовой травматизм, задержка частей последа в матке). Сепсис после родов протекает особенно тяжело после вирусной инфекции, перенесенной во время беременности или вскоре после родов.

Течение сепсиса зависит не только от реакций макроорганизма, которая в основном определяется свойствами иммунной защиты, но и от характера микроорганизма. Преобладание стафилококка привело к более торпидному течению патологического процесса со склонностью к поражению многих внутренних органов, устойчивости к антибактериальной терапии.

Сепсис, вызванный грамм отрицательной флорой, чаще осложняется инфекционно – токсическим шоком.

Факультативные анаэробы и бактериоды, как возбудители послеродового сепсиса чаще поражают гепатобилиарную систему, почки, вызывает гемолиз.

Аденовирусный сепсис отмечается блокадой иммунной системы женщины, что ведет к быстрому течению, отсутствию заградительной воспалительной реакции в тканях и поражению внутренних органов.

#### КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА И СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА.

| <i><b>Патологичес. процесс</b></i>                                         | <i><b>Клинико – лаборатор признаки.</b></i>                                                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ССВО ( ССВР )                                                              | Характеризуется 2 или более признаками:<br>температура > 38 <sup>0</sup> С или < 36 <sup>0</sup> С,<br>ЧСС > 90 мин.<br>ЧД > 20 мин.<br>Лейкоцитоз в крови > 12 тыс/ мл или<br>< 4 тыс/мл или незрелых форм 10 % |
| Сепсис- системный<br>воспалительный ответ на<br>инвазию<br>микроорганизмов | Наличие очага инфекции и 2 или более признаков<br>ССВО.                                                                                                                                                          |

|                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Сепсис синдром – сепсис сочетающийся с органной дисфункцией, нарушениями тканевой перфузии</p>                                       | <p>Головная боль;<br/>Угнетения нервной системы, помрачение или даже потеря сознания;<br/>Постоянно повышена температура тела.<br/>Артериал. гипотония<br/>Тахикардия – 120 – 130 уд..мин<br/>тахипноэ – 30<br/>повышается ЦВД<br/>увелич СОЭ - 40 – 65 мм/час<br/>лейкоцита.</p> <p>Спленомегалия<br/>В мочи появляются белок и форменные элементы .<br/>Снижение тромбина в крови 45 – 50 %.</p> |
| <p>Септической шок – признаки тканевой и органной гипоперфузии и артер. Гипотонией, не устраняющийся с помощью инфузионной терапии.</p> | <p>гипертермия 39 – 41<sup>0</sup> С, озноб<br/>изменения психического состояния.<br/>Нарушения макро и микроциркуляции<br/>Метаболитический ацидоз.<br/>Снижение моче отделения ниже 30 мл/г.<br/>Тромбоциты – 150 – 109/л., протромб. инд.&lt; 70 %<br/>Креатинин &gt; 0,176 ммоль/л, натрий в мочи инд &lt; 40 ммоль/л<br/>Увеличение АЛТ, АСТ и щелочной фосфатазы в 2 раза от нормы.</p>      |
| <p>Рефракторный септической шок</p>                                                                                                     | <p>- сохраняющая артериальная гипотония не смотря на адекватную инфузию и применение инфузионной и сосудистой поддержки.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                       |

### Лекция 13. Акушерский перитонит.

#### Технологический модель учебного занятия:

|                          |                                                                                     |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Время – 80 мин           | Количество студентов - поток                                                        |
| Форма проведения занятия | Учебная лекция                                                                      |
| План лекционного занятия | Вводное слово<br>Причины послеродовой инфекции<br>Тактика при послеродовой инфекции |

**Цель лекционного занятия:** дать представление о «послеродовой гипертермии», её цели, задачах и основных методах ее исследования

|                                                                                                                     |                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Педагогические задачи:</b>                                                                                       | Результаты учебного процесса:<br>студент должен усвоить                                                                        |
| Дать определение «послеродовая инфекция»                                                                            | Основная сущность послеродовой инфекции                                                                                        |
| Разобрать основные методы исследования                                                                              | Усвоить основные методы исследования                                                                                           |
| Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при послеродовой инфекции. | Иметь представление об основных направлениях послеродовой инфекции<br>Иметь понятие об основных приёмах и методах исследования |
| Методы и техника обучения                                                                                           | Учебная лекция, блиц - опрос                                                                                                   |
| Средства обучения                                                                                                   | Таблицы, учебная доска, видеопроектор                                                                                          |
| Условия обучения                                                                                                    | Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видеолекции                                                                |

#### Технологическая карта лекционного занятия

|                            |                                                                                       |                     |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Этапы, время               |                                                                                       |                     |
| 80 мин                     | Преподаватель                                                                         | Студент             |
| I этап: Введение – 10 мин. | Вступительное слово о послеродовой инфекции.<br>Объявляет тему занятия, цель, учебные | Слушает, записывает |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                       | вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                             |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.)       | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования послеродовой гипертермии.</p> <p>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>Определение и цели определения послеродовой инфекции. Основные направления и составные части послеродовой инфекции. Основные методы исследования.</p> | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br>Заключительный - (10 мин.) | <p>Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «воспалительные заболевания женских половых органов» и кровотечение в первой половине беременности</p>                                                                                                      | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>                                                                                            |

**Перитонит** – острое воспаление брюшины, сопровождающееся тяжелыми общими симптомами с прогрессирующим нарушением функций жизненно важных органов и систем и последующим развитием полиорганной недостаточности.

Акушерский перитонит (АП) – одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода.

## 1.2 Этиология и патогенез

Источником инфекции при АП в большинстве случаев является матка. Причинами могут быть хориоамнионит в родах, послеродовой эндометрит, несостоятельность или расхождение швов на матке после КС и др.

АП – мультифакторная патология, обусловленная энтеробактериями (*Escherichia coli*, *Pseudomonas* spp., *Klebsiella* spp., *Proteus* spp. и др.), грамположительными кокками (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus* spp. и др.), а также неспорообразующими анаэробами (бактероиды, пептококки, пептострептококки и др.). Наиболее тяжелые формы послеродового перитонита обусловлены аэробно-анаэробными ассоциациями [1, 2, 3].

Ведущее место в генезе акушерского перитонита принадлежит интоксикации, обусловленной бактериальными токсинами, тканевыми протеазами, биогенными аминами (гистамин, серотонин, кинин), гиповолемии и парезу ЖКТ. Под воздействием токсинов, бактерий и продуктов их жизнедеятельности, возникают глубокие патоморфологические изменения в организме, нарушаются метаболические процессы со сдвигом их в сторону катаболизма. Угнетаются обменные процессы во всех тканях, нарушается функция жизненно важных органов и система гемостаза. В процессе токсического поражения клеток организма активное участие принимают продукты метаболизма арахидоновой кислоты: тромбоксаны, простаглицлины и простагландины, которые, выделяясь в сыворотку крови и легочную лимфу, приводят к возникновению гемодинамических и вентиляционных нарушений [4, 5].

Особое место в патогенезе акушерского перитонита занимает парез кишечника. Перерастяжение кишечных петель жидкостью и газами приводит к нарушению двигательной, секреторной, всасывательной функций кишечника, расстройству межлуточного обмена и обезвоживанию. В его просвет поступают и там секвестрируются значительные объемы жидкости, содержащей большое количество белка, электролитов, в том числе ионов калия. Давление в просвете кишки повышается, возникает ее перерастяжение, ишемия стенки, что, в конечном счете, усиливает и усугубляет парез [6].

В терминальной стадии важное значение приобретает угнетение симпатических и парасимпатических нервных импульсов, нарушающее функцию жизненно важных органов [4, 6].

### 1.3 Эпидемиология

Частота перитонита после кесарева сечения варьирует в различных стационарах от 0,1 до 1,5%. В значительной мере она определяется контингентом беременных, рожениц и родильниц, а также уровнем оказания акушерской помощи. Чаще всего перитонит возникает после кесарева сечения (98%), значительно реже – вследствие гнойного сальпингоофорита и септикопиемии (1-2%). Более чем в 55% случаев перитонит развивается в следствие несостоятельности швов на матке, около 30% – при инфицировании брюшины внутриматочным содержимым при выполнении операции на фоне хориоамнионита, 15-20% – в результате нарушения барьерной функции кишечника. В структуре материнской летальности от послеродового сепсиса перитонит занимает 37-40% [7, 8].

## **Классификация**

### **В зависимости от способа инфицирования брюшины:**

первичный перитонит обусловлен поражением брюшины, инфицированным содержимым матки в случае операции, произведенной на фоне хориоамнионита, или проникновением в брюшную полость микрофлоры кишечника в связи с патологическими изменениями его стенки при послеоперационном парезе;

вторичный перитонит обусловлен несостоятельностью швов на матке, эндометритом, ранением во время операции соседних органов (мочевого пузыря, кишечника и др.).

### **По характеру экссудата:**

серозный;

фибринозный;

гнойный.

### **По степени распространенности:**

отграниченный;

диффузный;

распространенный;

разлитой.

### **По клиническому течению:**

перитонит с классическими признаками;

перитонит со стертой клинической картиной;

перитонит с затяжным течением, который характеризуется наличием обострений, связанных с образованием межпетельных, подпеченочных, поддиафрагмальных абсцессов.

## **2. Диагностика**

### **2.1 Жалобы и анамнез**

Рекомендуется различать 3 стадии перитонита [9-12].

**Уровень убедительности рекомендаций С** (уровень достоверности доказательств – 4).

**Комментарии:** Стадии перитонита:

*I фаза – реактивная стадия. Эта стадия обычно продолжается 24 ч.*

*II фаза – токсическая. Длительность стадии составляет 24-72 ч.*

*III фаза – терминальная. Продолжается данная фаза свыше 7 ч.*

*В клинической картине акушерского перитонита рекомендовано выделять раннее начало (на 1-2 сутки после операции), гипертермию (температура тела 39,0°C и выше), выраженную тахикардию, парез кишечника. В зависимости от времени послеоперационного периода, отмечается: к концу 2-х суток развивается паралитическая непроходимость кишечника, с 3-4 дня после операции быстро нарастают признаки интоксикации, появляется экссудация в брюшную полость, транссудация в кишечник, на 4-9-е сутки развивается перитонит на фоне эндометрита и несостоятельности швов на матке, сопровождающихся обильными гнойными выделениями из влагалища и попаданием содержимого матки в брюшную полость.*

*Перитонит со стертой клинической картиной характеризуется стойким учащением пульса, метеоризмом, временно уменьшающимся после стимуляции желудочно-кишечного тракта, выраженной болезненностью матки, особенно в области ее разреза, лейкоцитозом со сдвигом формулы влево, увеличение числа палочкоядерных лейкоцитов до 40%, лимфопенией, снижением содержания общего белка крови и альбуминов. В начале заболевания больным нередко устанавливают диагноз эндометрита. Применение антибиотиков еще более затушевывает клиническую картину. Однако для данного типа перитонита характерен выраженный и стойкий парез кишечника. Иногда консервативные мероприятия дают временный и неполный эффект. Симптомы раздражения брюшины часто отсутствуют и появляются уже в запущенной стадии заболевания [7, 9 - 12].*

## **Строение акушерско-гинекологического стационара . Плод как объект родов.**

### **Место проведения занятия, оснащение**

- кафедра акушерства и гинекологии, аудитория;
- муляж органов малого таза, кукла плода, женский таз;
- гинекологический тренажер: имитатор родов;
- стандартные модели беременности;
- классические модели родов;
- муляж «ЗОЕ»;
- наборы слайдов по темам дисциплины;
- методы работы в малых группах: метод инцидента, «круглого стола», разрешения проблем, «ручка на середине стола», «пчелиный рой» и др.;
- обучение и контроль практическим навыкам по системе ОСКЭ (объективный структурированный клинический экзамен).
- видеодвойка, ТВ;
- персональный компьютер (Пентиум-ИИИ);
- комплект слайдов с типичными состояниями при ультразвуковом сканировании беременных и гинекологических больных;
- комплект видеожурналов “ВЖОГ” (США), освещающих современные достижения в диагностике и лечении акушерских и гинекологических патологий;
- комплект видео- и кинофильмов с демонстрацией типичных акушерских и гинекологических манипуляций и операций.
- учебные компьютерные программы;
- обучающие и тестирующие мультимедиа-системы;
- использование электронной почты и ИНТЕРНЕТ;
- деловые игры и ситуационные задачи;
- видеофильм «Принципы соблюдения эпидемиологического режима в родильном стационаре»;
- слайды (структура акушерского комплекса, анатомия женских половых органов);
- комплект тестовых заданий.
- список отделений акушерского стационара;

- структура работы в отделениях акушерского стационара (функциональное значение каждого отделения);
- иллюстрации анатомии женских половых органов (связочный аппарат и мышцы тазового дна, кровоснабжение, иннервация и т.д.);
- схематическое изображение плоскостей малого таза с указанием косого, прямого и поперечного размеров;
- размеры головки и туловища плода;
- изображение формы пояснично-крестцового ромба у женщины с нормальными размерами таза.
- центр по обучению практическим навыкам
- отделения и лаборатории родильного комплекса.

### **Цель занятия**

- рассмотреть принципы организации работы акушерского стационара;
- изучить санитарно-эпидемиологический режим в родильных комплексах (структура родильного комплекса, особенности работы);
- ознакомить с работой отделений;
- ознакомить с медицинской документацией (история родов, партограмма, обменная карта);
- рассмотреть принципы безопасного материнства;
- изучить современные представления о профилактике внутрибольничной инфекции;
- изучить схему сбора анамнеза у беременных, рожениц и родильниц;
- обсудить клиническую анатомию женских половых органов с акушерской точки зрения (анатомические единицы образующие родовой канал, отделы костного таза, плоскости и размеры плоскостей малого таза, угол наклона и проводная ось таза, отличие таза женского от мужского);
- изучить особенности плода с акушерской точки зрения (размеры головки плода, плечиков и ягодичек доношенного плода);
- изучить акушерскую терминологию, характер расположения плода в матке и варианты различных расположений.

### **Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                                                                                     |
|--------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время –160 мин           | Количество студентов - 10                                                                                                                           |
| Форма проведения занятия | Учебная практика                                                                                                                                    |
| План лекционного занятия | Вводное слово<br>Определение и цели предмета гинекологии<br>Основные положения гинекологии<br>Определяющие компоненты и составные части гинекологии |

**Цель практического занятия: дать представление о предмете «акушерстве», её цели, задачах и основных методах её исследования**

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Педагогические задачи:                                                                                                                                                                                                                                       | Результаты учебного процесса:<br>студент должен усвоить                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p>Дать определение науки «акушерства»</p> <p>Разобрать основные методы исследования</p> <p>Дать представление об основных направлениях в составных частях акушерства</p> <p>Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов</p> | <p>-принципы организации работы акушерского стационара;</p> <p>-основы санитарно-эпидемиологического режима в родильных комплексах;</p> <p>-принципы работы приёмного, физиологического, обсервационного, детского отделений;</p> <p>-принципы безопасного материнства;</p> <p>-современные представления о профилактике внутриутробной инфекции;</p> <p>-клиническую анатомию женских половых органов;</p> <p>-структурные составляющие родовые пути;</p> <p>-особенности нормального членорасположения плода;</p> <p><b>-размеры туловища, головки плода</b></p> |
| Методы и техника обучения                                                                                                                                                                                                                                    | Учебная практика, блиц - опрос                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Средства обучения                                                                                                                                                                                                                                            | Таблицы, учебная доска, видеопроектор                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Условия обучения                                                                                                                                                                                                                                             | Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

**Технологическая карта практического занятия**

|                            |                                                                                                                                     |                     |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Этапы, время               |                                                                                                                                     |                     |
| 160 мин                    | Преподаватель                                                                                                                       | Студент             |
| 1 этап: Введение – 20 мин. | <p>Вступительное слово о предмете акушерства</p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия</p> | Слушает, записывает |

|                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>2 этап:<br/>Основной - (120 мин.)</p>      | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Основные этапы и направления развития акушерства</p> <p>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования</p> <p>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>Определение и цели определения акушерства</p> <p>Основные направления и составные части акушерства</p> <p>Основные методы исследования.</p> <p>Основные этапы в изучении гинекологических заболеваний</p> <p>Классификации гинекологических заболеваний</p>    | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| <p>3 этап:<br/>Заключительный - (20 мин.)</p> | <p>Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия <i>«Основы перинатальной помощи.обследование беременной. Диагностика беременности в ранние и поздние сроки. Принципы работы семейных поликлиник, орнанизация акушерской помощи в сельской местности и в городе. Роль семейной</i></p> <p><i>поликлиники при профилактики акушерских осложнений партнерские роды. Школа мам.</i></p> <p>»</p> | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>                                                                                            |

## Вопросы по теме

- 1.Периоды жизни женщины.
- 2.Анатомия наружных половых органов.
- 3.Анатомия внутренних половых органов
- 4.Кровообращение ЖПО
- 5.Связочный аппарат матки.
- 6.Строение стенок матки.
- 7.Связочный аппарат половых органов.
- 8.Клетчатка малого таза.
- 9.Строение и функции молочных желез.

## Интерактивные методы

### Метод «Паутина»

#### Шаги:

- 1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
- 2.Участники сидят по кругу.
- 3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
- 4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
- 5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

## Наружные половые органы

Наружные половые органы, являясь мощным эротическим стимулятором, обеспечивают наиболее сильное адекватное половое возбуждение мужчины и

женщины (комплекс эрогенных зон). С одной стороны, наружные половые органы служат защитой внутренних половых органов, а с другой стороны, обеспечивают проникновение мужского полового члена во влагалище. Во время полового акта наружные половые органы женщины функционально объединяются с влагалищем, поддерживают и усиливают половое возбуждение мужчины и специфическое сладострастное ощущение (оргазм).

Наружные половые органы состоят из *больших и малых половых губ, входа во влагалище, клитора, передней и задней спаяк, лобка (бугорок Венеры) и промежности.*

## ИССЛЕДОВАНИЕ ТАЗА

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

При осмотре обращают внимание на всю область таза, но особое значение придают пояснично-крестцовому ромбу (ромб Михаэлиса).

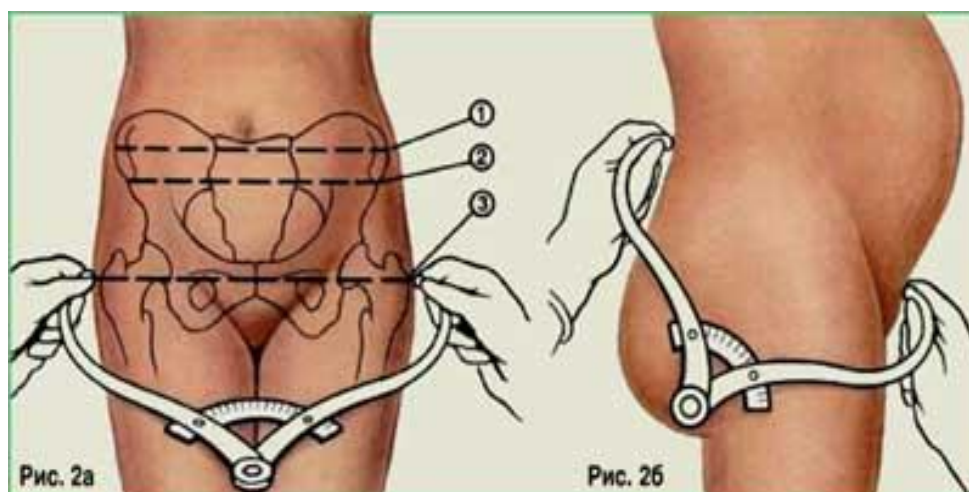
Ромб представляет собой площадку на задней поверхности крестца. Верхний угол ромба составляет углубление между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня, боковые углы соответствуют заднее – верхним остям подвздошных костей, нижний — верхушке крестца; сверху и снаружи ромб ограничен выступами больших спинных мышц, снизу и снаружи — выступами ягодичных мышц. При нормальном тазе, у хорошо сложенных женщин, ромб приближается к квадрату и хорошо виден при осмотре.

При неправильном телосложении и форме таза ромб выражен недостаточно отчетливо и форма его изменяется. При исследовании большого таза производится ощупывание остей и гребней подвздошных костей, симфиза и вертелов бедренных костей. При внутреннем исследовании тщательно прощупывают внутреннюю поверхность крестцовой впадины, боковых стенок таза и симфиза, пытаются дойти до мыса, если он доступен. При прощупывании таза выясняют приблизительно вместимость и форму его.

**Измерение таза.** Из всех методов исследования таза наиболее значение имеет измерение таза. Зная размеры таза, можно судить о течении родов, о возможных осложнениях при них, о допустимости самопроизвольных родов при данном тазе.

Большинства внутренние размеры таза недоступны для измерения. Поэтому обычно измеряют наружные размеры таза и по ним приблизительно судят о величине и форме малого таза. Измерение таза производится специальным инструментом — тазомером. Тазомер имеет форму циркуля, снабженного

шкалой, на которой нанесены сантиметровые и полусантиметровые деления. На концах ветвей тазомера имеются пуговицы; их



прикладывают к местам, расстояние между которыми подлежит измерению. Для измерения поперечного размера выхода таза сконструирован газомер с перекрещивающимися ветвями. При измерении таза становятся справа от женщины, которая лежит на спине с обнаженным животом, лицом к ней. Ветви тазомера берут в руки таким образом, чтобы большие и указательные пальцы держали пуговицы. Шкала с делениями обращена кверху. Указательными пальцами прощупывают пункты, расстояние между которыми измеряют, прижимают к ним пуговицы раздвинутых ветвей тазомера и отмечают по шкале величину искомого размера.

Обычно измеряют четыре размера таза: три поперечных и один прямой. Поперечные размеры следующие:

Дистантиа спинарум — расстояние между передневерхними остями подвздошных костей.

Пуговицы тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей. Размер этот обычно равняется 25—26 см.

2. Дистантиа сристарум — расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей. После измерения с дистантия спинарум пуговицы с остей передвигают по наружному краю гребней, подвздошных костей до тех пор, пока не определяют наибольшего расстояния; это расстояние будет дистантия сристарум, оно в среднем равняется 28—29 см.

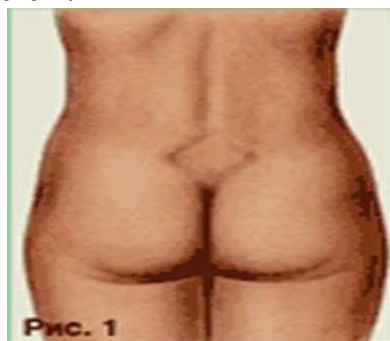
3. Дистантиа трачантерериса — расстояние между большими вертелами бедренных костей. Женщина продолжает лежать на спине, ноги вытянуты и сдвинуты друг к другу. Отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов и прижимают к ним пуговицы тазомера. Этот размер равен 30—31 см.

У тучных женщин прощупыванию вертелов мешает подкожно жировой слой. В подобных случаях предлагают женщине поворачивать ступни внутрь и кнаружи, этот прием облегчает нахождение вертелов.

По величине поперечных размеров можно с известной осторожностью судить о размерах малого таза. Имеет значение также соотношение между поперечными размерами. Например, в норме разница между дистанция спинарум и дистанция кристарум 3 см; если разница меньше, то это указывает на ненормальность в строении таза.

4. Сожугате эхтерна— наружная конъюгата — прямой размер таза.

Женщину укладывают на бок, нижележащую ногу сгибают в тазобедренном и коленном суставах, вышележащую вытягивают. Пуговку одной ветви тазомера устанавливают на верхненаружном крае симфиза, конец другой ветви прижимают к надкрестцовой ямке, которая находится между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня (надкрестцовая ямка совпадает с верхним углом ромба Михаэлиса). Наружная конъюгата в норме равна 20 см.



Верхненаружный край симфиза определяется легко; для уточнения расположения надкрестцовой ямки скользят пальцами по остистым отросткам поясничных позвонков по направлению к крестцу; ямка легко определяется осязанием под выступом остистого отростка последнего поясничного позвонка.

У тучных женщин прощупать надкрестцовую ямку трудно или даже невозможно. В подобных случаях соединяют боковые углы ромба Михаэлиса (соответствуют задневерхним остям) и отступают от центра этой поперечной линии вверх на 2 поперечных пальца (3—4 см). Это место соответствует надкрестцовой ямке. Сюда устанавливают пуговку тазомера.

Наружная конъюгата имеет большое значение, по ее величине можно судить о размере истинной конъюгаты.

## **Практическое занятие № 2**

### **Роды.**

#### **Технологический модель учебного занятия:**

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время –80 мин              | Количество студентов – 8-10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Форма проведения занятия   | <i>Учебная практика Роды. Периоды родов. Партнерские роды. Заполнение партограммы. Активное ведение IIII периода родов. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгара. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Первичная обработка новорожденного</i>                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| План практического занятия | <p>Вводное слово Роды. Периоды родов. Партнерские роды. Заполнение партограммы. Активное ведение IIII периода родов. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгара. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Первичная обработка новорожденного</p> <p>Определение и цели Основные положения цели</p> <p>Определяющие компоненты и составные цели Роды. Периоды родов. Партнерские роды. Заполнение партограммы. Активное ведение IIII периода родов. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгара. Биомеханизм родов при</p> |

|  |                                                                              |
|--|------------------------------------------------------------------------------|
|  | переднем виде затылочного предлежания.<br>Первичная обработка новорожденного |
|--|------------------------------------------------------------------------------|

### Технологическая карта практического занятия

| Этапы, время                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 80 мин                          | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Студент                                                                                                                                                              |
| 1 этап: Введение<br>– 10 мин.   | Вступительное слово о Родах, периодах родов. Заполнение партограммы, активное ведение ИИИ.<br><br>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Слушает, записывает                                                                                                                                                  |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.) | Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.<br><br>Основные этапы и направления развития акушерства<br><br>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования<br><br>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.<br><br>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы<br><br>Определение и цели определения родов, периодов родов.<br><br>Основные направления и составные части гинекологии<br>Основные методы исследования.<br>Основные этапы в изучении гинекологических заболеваний<br>Классификации гинекологических | Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.<br><br>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы |

|                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                  |
|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|                                        | заболеваний Дисфункциональное маточное кровотечение                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                  |
| 3 этап:<br>Заключительный<br>(10 мин.) | <p>Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «ДМК»</p> | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p> |

### Контрольные вопросы

- 1.Плоскости малого таза, их размеры?
- 2.Размеры головки плода.
- 3.Проводная линия таза.
- 4.Проводная, или ведущая, точка.
- 5.Определение биомеханизма родов.
- 6.Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
- 7.Что такое периоды родов?
- 8.Что такое контракция, ретракция и дистракция миометрия?
- 9.Особенности раскрытия шейки матки у первородящих и повторнородящих.
- 10.Что такое пояс внутреннего соприкосновения?
- 11.Что такое передние и задние околоплодные воды?

### Интерактивные методы

#### Метод «Паутина»

#### Шаги:

1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.

2.Участники сидят по кругу.

3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.

4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.

5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

## **Тесты**

**Для диагностики ранних сроков беременности наиболее важное значение имеют :**

**\*Иммунологические тесты на беременность**

Оценка вероятности признаков беременности

Оценка сомнительных признаков беременности

Биохимические тест

**Иммунологические тесты на беременность основываются на определении :**

**\*Хорионического гонадотропина**

Прогестерон в крови

Плацентарного лактогена

Эстроген в крови

**Наиболее важным признаком беременности при влагалищном исследовании является :**

\*Увеличение размеров матки в соответствии со сроком задержки менструации ее мягкая консистенция\$

Уплотненная матка

Увеличение размеров матки

Увеличение живота

**Дно матки на уровне лона соответствует сроку беременности :**

\*12 недель

7-8 недель

9-10 недель

16 недель

**Высота стояния дна матки при сроке беременности 20 недель :**

На уровне пупка

На 2 пальца ниже пупка

На 2 пальца выше пупка

Не измениться

**С чего начинается обследование беременной или роженицы ?**

\*С обследования по системам и органам

С аускультации живота

С измерения таза

С УЗИ

**Какой предполагаемый срок родов, если последняя менструация была 3 марта :**

\*10 декабря

30 декабря

10 ноября

3 ноября

**Какова чистота сердцебиение в норме ?**

\*В пределах 120-150 уд.в мин.

В пределах 80-90 уд.в мин.

В пределах 170-190 уд.в мин.

В пределах 70-90 уд.в мин.

**Четвертый метод Леопольда-Левицкого определяет :**

Характер подлежащей части и ее местоположение по отношению к плоскостям малого таза

Определяет высоту стояния дна матки

Определяет подлежащую часть

Размер головки плода

**Где должна быть расположена головка плода у первородящий при сроке 40 недель по отношению к плоскостям таза ?**

Прижата к входу в малый таз

Над входом в малый таз

Фиксирована малым сегментом во входе в таз

В шейки матки

**При какой позиции плода сердцебиение лучше всего выслушивается слева ?**

\*При первой

При второй

При третьей

При головке

**При какой позиции плода сердцебиение лучше всего выслушивается справа ?**

\*При второй

При третьей

При первой

При ягодичный

**При каких предлежаниях сердцебиение плода наиболее четко прослушивается ниже пупка ?**

При головных

При тазовых

При поперечных

При кассах

**При каких предлежаниях сердцебиение плода прослушивается выше пупка ?**

При тазовых

При головных

При поперечных

При кассах

**Когда сердцебиение плода выслушивается над лобком ?**

\*Если головка плода находится в полости малого таза или на тазовом дне

Если плод находится в поперечном положении

Если плод находится в ягодичном предлежании

Если плод находится в кассах предлежании

**Начиная с какой недели беременности можно выслушивать сердцебиение плода?**

25-26

10-12

27-28

18-20

**Сколько приемов наружного акушерского обследования?**

\*4

3

5

6

**Наиболее важный признак беременности при влагалищном исследовании**

Увеличение размеров матки, ее мягкая консистенция

Уплотнение матки при ее пальпации

Ассиметрия одного из углов матки

Боли при пальпации

**При каком сроке беременности выслушивание сердечных тонов плода становится возможным?**

\*20 НЕД

22 НЕД

16 НЕД

12 нед

**Дно матки на уровне лона соответствует сроку беременности**

\*12НЕД

7нед

9нед

6 нед

**Что относится к предположительным (сомнительным ) признакам беременности?**

Тошнота, рвота, изменения вкуса и обоняния

Движения плода, выслушивание сердечных тонов плода, раздражительность

Сонливость, неустойчивость характера, обнаружение плода при УЗИ

Прекращение менструации, увеличение молочных желез и выделение молозива

**Какие из нижеперечисленных признаков беременности относятся к вероятным?**

\*Прекращение менструации, увеличение молочных желез, выделение молозива

Тошнота, рвота, изменение вкуса и обоняния

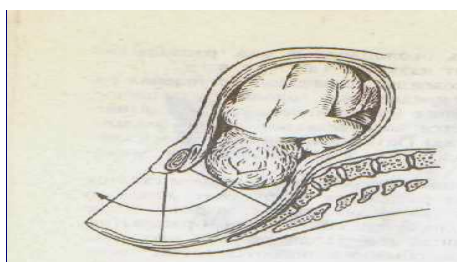
Движения плода, ощущаемые самой женщиной, а также при пальпации

Определение наличия плода при УЗИ

**РОДЫ** – это много звеньевой динамический биологический процесс протекающий при участии фетоплацентарного комплекса и всех органов и систем роженицы, в первую очередь нервной и эндокринной систем, полуцирующих нейрогуморальные факторы родов.

Физиологическая сущность родов заключается в изгнании плода и элементов плодного яйца за пределы половых органов по окончании утробного цикла развития плода.

**Срочные роды** – это процесс изгнания плода и элементов плодного яйца из матки после окончания 40 нед. – ного цикла его внутриутробного развития.



Только при адекватности реакции системы мат – плацента – плод создаются необходимые условия для полноценного развития плода и начала родов. Как известно, во время беременности осуществляется перестойка всех органов и систем организма матери, направленная на создание наиболее благоприятных условий для развития плодного яйца и вынашивания беременности. По мере приближения к окончанию срока беременности в организме матери и плода нарастает темп особых динамических процессов, обеспечивающих готовность матки к родам, которые в генетически детерминированный момент приводят к наступлению регулярной родовой деятельности и родам.

Самопроизвольное возникновение сокращения миометрия при беременности в норме наступает при условии готовности к родам организма матери и полной зрелости плода. Это соответствует при нормальной беременности в среднем 280 дням, или 10 лунным месяцам, или 40 неделям беременности.

Роды, наступившие между 28–й и 36–й неделями беременности, считаются преждевременными, а после 42 – й недели – запоздалыми.

В настоящее время роды рассматриваются как сложный биологический процесс, строго контролируемый генетическим аппаратом матери и связанный со многим и плода. Регуляция этих процессов в целостной системе мать – плацента – плод подчинена центральным нервным и гуморальным системам организмов матери и плода.

**ПЕРВЫЙ ПЕРИОД** – период раскрытия продолжается от начала регулярной родовой деятельности до полного раскрытия маточного зева. Средняя его продолжительность у первородящих 12 – 18 ч, у повторнородящих 6 – 9 ч. сократительная деятельность матки характеризуется родовыми схватками, механизм возникновения и распространения которых регулируется сложной

системой нейроэндокринных и гуморальных факторов, подчиненных физиологическому закону тройного нисходящего градиента.

После клинического диагноза следует заключение, которое должно содержать план родоразрешения, схему лечебных и профилактических мероприятий с учетом предполагаемых осложнений и ведения родов на данном этапе.

Принцип управления в первом периоде родов заключается в мероприятиях, направленных на уменьшение травматичности родов, что достигается путем регуляции родовой деятельности с помощью спазмолитических и обезболивающих средств, своевременным предоставлением отдыха, обоснованной амниотомией и проводимыми профилактическими мероприятиями в отношении плода.

При физиологическом течение родового акта плодный пузырь вскрывается самостоятельно при полном или почти полном раскрытии маточного зева. В ряде случаев с целью нормализации сократительной деятельности матки следует произвести раннюю амниотомию:

при многоводии;

плоском плодном пузыре;

нефункционирующем вялом плодном пузыре;

при высоком его надрыве.

**ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ** – ПЕРИОД ИЗГНАНИЯ, начинается с момента полного раскрытия маточного зева (на 10 – 20 см), которое сопровождается своевременным излитием околоплодных вод и началом поступательного движения предлежащей части плода, из плоскости входа в плоскость широкой части малого таза и заканчивается рождением ребенка. Во втором периоде совершаются основные моменты механизма родов: внутренний поворот, разгибание, наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков.

## **Практическое занятие № 3**

### **Физиологический послеродовый период.**

#### **Место проведение занятия,оснащен**

- кафедра акушерства и гинекологии,аудитория;
- муляж органов малого таза,женский таз,кукла плода;
- гинекологический тренажер: имитатор родов;
- стандартные модели беременности;
- классические модели родов;
- муляж «ЗОЕ»;
- наборы слайдов по темам дисциплины;
- методы работы в малых группах: метод инцидента, «круглого стола», разрешения проблем, «ручка на середине стола», «пчелиный рой» и др.;
- обучение и контроль практическим навыкам по системе ОСКЭ (объективный структурированный клинический экзамен).
- видеодвойка,ТВ;
- персональный компьютер (Пентиум-ИИИ);
- комплект слайдов с типичными состояниями при ультразвуковом сканировании беременных и гинекологических больных;
- комплект видеожурналов “ВЖОГ” (США), освещающих современные достижения в диагностике и лечении акушерских и гинекологических патологий;
- комплект видео- и кинофильмов с демонстрацией типичных акушерских и гинекологических манипуляций и операций.
- учебные видеофильмы;
- учебные компьютерные программы;
- обучающие и тестирующие мультимедиасистемы;
- использование электронной почты и ИНТЕРНЕТ;
- деловые игры и ситуационные задачи;

- центр по обучению практическим навыкам ;
- отделения и лаборатории родильного комплекса;
- родильный зал;
- комплект тестовых заданий;
- фантом с куклой;
- послеродовые палаты;
- контуры матки в различные периоды послеродового периода;
- Видеофильм: «Ребенок-персона номер один»*
- тестовые задания I, II, III и IV уровня сложности;
- пошаговые инструкции проведения исследований: общий осмотр родильницы, оценка состояния молочных желёз и лактации, определения состояния матки, характер лохий, первичной обработки новорожденного;
- слайд шкала Апгар;
- слайд шкала Сильвермана;
- схема с изображением контуров матки в различные периоды послеродового периода;
- слайд отображающая изменения лохий в различные периоды послеродового периода.

### Продолжительность занятия

Количество часов- 6

### Технологический модель учебного занятия:

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время –160 мин             | Количество студентов - 8                                                                                                                                                                                                                                             |
| Форма проведения занятия   | Учебная практика                                                                                                                                                                                                                                                     |
| План практического занятия | <p>Вводное слово <b><i>Физиологический послеродовый период.</i></b></p> <p>Определение и цели в первой половине беременности ,нарушение в первой половине беременности</p> <p>Основные положения цели ,нарушение</p> <p>Определяющие компоненты и составные цели</p> |

### Технологическая карта практического занятия

| Этапы, время     |                                                                                 |          |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------|----------|
| 160 мин          | Преподаватель                                                                   | Студент  |
| 1 этап: Введение | <b>Вступительное слово Физиологический послеродовый период. Физиологический</b> | Слушает, |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| – 20 мин.                             | <p><i>период новорожденности. 10 принципов грудного вскармливания. Совместное прикладывания матери и ребенка. уход за молочными железами</i></p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | записывает                                                                                                                                                                  |
| 2 этап:<br>Основной - (120 мин.)      | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования</p> <p>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы :</p> <p>Определение и цели определения гинекологии и</p> <p>Основные направления и составные части гинекологии</p> <p>Основные методы исследования.</p> <p>Основные этапы в изучении гинекологических заболеваний</p> <p>Классификации гинекологических заболеваний</p> | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br>Заключительный - (20 мин.) | <p>Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих</p>                                                                                                    |

|  |  |         |
|--|--|---------|
|  |  | занятий |
|--|--|---------|

### **Контрольные вопросы**

Что такое послеродовой период?

Как называют женщину после родов?

Сколько времени продолжается послеродовой период?

Как подразделяют послеродовой период по срокам?

Как вести ранний послеродовой период?

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

Как идет обратное развитие матки?

Как идет инволюция шейки матки?

Когда заканчивается эпителизация внутренней поверхности матки?

Что такое "лохии"?

Как изменяется функция молочных желез?

Каков состав женского молока?

Как регулируется процесс лактации? Эксклюзивное грудное вскармливание.

Какова клиника нормального послеродового периода?

### **Интерактивные методы**

#### **Метод «Паутина»**

#### **Шаги:**

1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.

2.Участники сидят по кругу.

3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.

4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.

5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

**Беременность 28 недель Жалобы на головную боль озноб боли в пояснице температура 40 С Симптом Пастернацкого положительный справа Диагноз?**

\*Гестационный пиелонефрит  
преэклампсия легкой степени  
преэклампсия тяжелой степени  
хронический пиелонефрит

**Беременность 35-36 недель. В анамнезе тонзилэктомия. В течение недели боли в пояснице. Температура 38 С. Отеки на ногах. Симптом Пастернацкого положителен. В моче белок 1 г/л. лейкоцитов много. Диагноз?**

\*хронический пиелонефрит  
острый пиелонефрит  
гестационный пиелонефрит  
гипертоническая болезнь

**Третья беременность 6 недель. Предыдущие были прерваны из-за чрезмерной рвоты. Несмотря на проводимое лечение имеется ацетонурия и тахикардия. Температура 37.8 С. Появилась желтушность кожных покровов..Лечение?**

\*прервать беременность  
усилить дезинтоксикационную терапию  
оптимизация деятельности нервной системы  
лечебно-охранительный режим

**Основной возбудитель пиелонефрита?**

\*Стафилококк  
Энтерококки  
гонококк  
Стрептококк

**Какой срок беременности считается критическим у беременных с пиелонефритом?**

\*36-38  
8-12  
14-18  
30-32

**Какой из перечисленных препаратов улучшает микроциркуляцию?**

\*реополиглюкин, теоникол, трентал  
Дроперидол, димедрол, седуксен  
дибазол-папаверин, пенталгин  
альбумин, протеин

**Какие препараты применяются в лечении гипоксии и гипотрофии плода?**

\*актовегин  
гемодез  
дроверидол димедрол седуксен  
дибазол папаверин пенталгин

**При анемии происходит снижение чего?**

гемоглобина и эритроцитов  
гемоглобина  
эритроцитов  
белковых фракций крови

**Какие виды анемии у беременных встречаются наиболее часто?**

железодефицитная  
гемолитическая  
апластическая  
гипопластическая

**11. Какие факторы при беременности предрасполагают к развитию ЖДА?**

\*все выше перечисленное  
снижение поступления железа  
нарушение всасывания железа в связи хроническими заболеваниями ЖКТ  
повышенная потребность железа во время беременности

**Суточная потребность железа у беременных?**

2.5мг  
1.5мг  
10мг  
5мг

**.Какая степень анемии у беременной при сроке беременности 30 недель и гемоглобине 95г/л?**

\*2ст  
1ст  
норма для беременных  
4ст

**Чем часто осложняется беременность при анемии?**

преждевременными родами  
угрозой прерывания в ранние сроки беременности  
маловодием  
обострением хронических очагов инфекции

**Наиболее характерные осложнения во время родов при анемии?**

\*кровотечение в родах  
обструктивные роды  
несвоевременным отхождением околоплодных вод

слабость

**Характерные осложнения в неонатальном периоде?**

\*омфалит

анемия

гемолитическая болезнь

энтероколит

**Кем ведется беременность в поликлинике при заболеваниях почек?**

\*акушер-гинеколог, уролог, терапевт

акушер-гинеколог

уролог

терапевт

**Сколько степеней тяжести ЖДА?**

\*3

5

2

6

**Что не относится к особенностям ведения родов при ЖДА?**

\*ВГГК фон

акушерский сон-отдых

гемотрансфузия

введение окситоцина

**Что не относится к особенностям ведения 2 периода родов при ЖДА?**

\*лечение гипоксии плода

введение окситоцина

введение внутривенно метилэргометрина

исключение потужного периода

**Бер.28 недель. Жалобы на головную боль. озноб. повышение температуры до 40 С. боли в пояснице, симптом Пастернацкого положительный справа. Тактика врача?**

\*хронический пиелонефрит, антибиотики

гестационный пиелонефрит. досрочное родоразрешение

хронический пиелонефрит. лечение в терапии

гестационный пиелонефрит. лечение в ОПБ

Послеродовым (пуэрперальным) периодом называют период, начинающийся после рождения последа и продолжающийся 6-8 недель. В течение этого времени происходит обратное развитие (инволюция) всех органов и систем, которые подверглись изменению в связи с беременностью и родами.

Исключение составляют молочные железы, функция которых достигает расцвета именно в послеродовой период.

**Ведение послеродового периода**

А. Ранний послеродовой период. Спустя 2–4 часа родильницу на каталке перевозят в физиологическое послеродовое отделение. Процессы, происходящие в организме родильницы после неосложненных родов,

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

В настоящее время принято активное ведение послеродового периода, заключающееся в раннем вставании, которое способствует улучшению кровообращения, ускорению процессов инволюции в половой системе, нормализации функции мочевого пузыря и кишечника. Ежедневно за родильницами наблюдают врач-акушер и акушерка. Температуру тела измеряют два раза в сутки. Особое внимание уделяют характеру пульса, измеряют АД. Оценивают состояние молочных желез, их форму, состояние сосков, наличие ссадин и трещин (после кормления ребенка), наличие или отсутствия нагубания. Определяют высоту стояния дна матки, ее поперечник, консистенцию, наличие болезненности. Высоту стояния дна матки измеряют в сантиметрах по отношению к лонному сочленению. В течение первых 10 дней оно опускается в среднем на 2 см в сутки. Оценивают характер и количество лохий. Наблюдают за общим состоянием родильницы, оценивают консистенцию, размеры и болезненность матки, а также характер выделений

из половых путей. Лучше, чтобы ребенок находился рядом с матерью с самых первых суток жизни.

#### Б. Поздний послеродовой период

Общий уход. Каждые 4 ч определяют основные физиологические показатели родильницы, наблюдают за диурезом, оценивают тонус матки и характер выделений из половых путей. Объясняют, как ухаживать за наружными половыми органами и промежностью, обучают методам естественного вскармливания и уходу за ребенком, при необходимости — подбирают анальгетики.

Лабораторные исследования. В первые сутки после родов проводят общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы. При необходимости определяют группу крови и Rh-фактор. У женщин с Rh-отрицательной кровью исследуют кровь на антирезусные антитела. Для выявления родильниц, подлежащих вакцинации, определяют титр антител к вирусу краснухи (если исследование не проводили ранее).

#### Ежедневный врачебный осмотр

а. Матка. О скорости обратных изменений матки судят по высоте стояния ее дна и консистенции. В норме вскоре после родов матка приобретает плотную консистенцию, дно ее располагается ниже пупка. Медленное сокращение матки может сопровождаться значительным кровотечением, иногда кровь скапливается в ее полости. После кесарева сечения особое внимание обращают на болезненность матки при пальпации — ранний симптом эндометрита.

б. Живот. У послеоперационных больных обращают внимание на вздутие живота и наличие перистальтики. В первые сутки после операции перистальтика ослаблена или отсутствует. На 2-е—3-и сутки она восстанавливается, и начинают отходить газы. Вздутие живота, задержка газов, отсутствие перистальтики указывают на парез кишечника. Это может быть следствием длительного хирургического вмешательства или ранним признаком инфекционных осложнений. Некоторые авторы советуют начинать прием жидкой пищи после появления кишечных шумов, другие — только после начала отхождения газов. Если прием жидкой пищи не вызывает тошноты или рвоты, женщину переводят на обычный режим питания.

в. Лохии. Обращают внимание на количество, цвет и запах выделений. В первые несколько суток после родов лохии в основном представлены сгустками крови и обрывками некротизированной децидуальной оболочки. Количество выделений обычно такое же, как при менструации. Спустя несколько суток содержание крови в маточном отделяемом уменьшается, характер выделений становится кровянисто-серозным. Через несколько недель

выделения становятся скудными и еще больше светлеют. Неприятный запах лохий указывает на инфекцию.

г. Промежность. При осмотре исключают гематому, воспаление и разрывы промежности. Уход включает обмывание наружных половых органов слабым дезинфицирующим раствором и теплые сидячие ванны. По данным зарубежных авторов для местного обезболивания применяют ватные тампоны, смоченные соком гамамелиса вирджинского, и аэрозоль с лидокаином. При разрывах промежности III—IV степени назначают размягчающие слабительные, например дюфалак. Родильницу выписывают домой только после нормализации стула. При геморрое после затяжного второго периода родов нередко возникает обострение. Для лечения геморроя используют мази и свечи с гидрокартизоном ватные тампоны, смоченные соком гамамелиса вирджинского, и теплые сидячие ванны.

д. Мочевой пузырь. Вследствие травмы в родах или эпидуральной анестезии может развиваться атония мочевого пузыря. Мочу выпускают катетером. При необходимости повторной катетеризации устанавливают катетер Фоли на сутки. При выраженном периуретральном отеке или ушивании разрывов в области наружного отверстия мочеиспускательного канала для профилактики задержки мочи можно сразу установить катетер Фоли на сутки.

е. Молочные железы. Обращают внимание на нагрубание молочных желез и проверяют, нет ли признаков воспаления. Приветствуется исключительно грудное вскармливание. В акушерских учреждениях необходимо активно внедрять и поддерживать 10 принципов грудного вскармливания. Проводить занятия, информировать, объяснять среди младшего, среднего, старшего медицинского персонала, среди врачей, а также среди беременных, рожениц, родильниц по принципам грудного вскармливания. Если родильница по каким-либо причинам отказывается от кормления грудью, для подавления лактации молочные железы туго бинтуют или назначают бромокриптин, 2,5 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 14 сут. После отмены препарата возможна рикошетная лактация. Для ее устранения бромокриптин назначают еще на 7 сут. Побочные эффекты препарата - ортостатическая гипотония, тошнота, рвота и судороги, в редких случаях развивается инсульт.

ж. Легкие. После кесарева сечения может возникнуть пневмония. Профилактика включает дыхательную гимнастику (спиротренажер).

з. Конечности. В послеродовом периоде повышен риск тромбоза глубоких вен ног и тромбофлебита.

**Неонатология** - раздел педиатрии, изучающий физиологические особенности и болезни детей первого месяца жизни. Развитие неонатологической помощи на современном этапе характеризуется созданием узкоспециализированных служб для семьи, беременных женщин, новорожденных, младенцев и детей

раннего возраста, объединенных в перинатальные центры. Этапы медицинской помощи новорожденным детям обеспечены работой акушерской и педиатрических служб.

С момента рождения и перевязки пуповины прекращается лишь одна, пуповинная связь матери с ребенком, начинается дальнейшее развитие его в неонатальном периоде, который продолжается 28 дней. Он делится на ранний (первые 168 часов жизни) и поздний неонатальный период. Функциональное состояние ребенка в первые минуты и часы жизни характеризуется реакциями адаптации органов и систем к новым - внеутробным условиям. Адаптационные особенности функциональных систем плода и новорожденного зависят от организма матери, течения беременности и родов.

Родовой акт является значительной нагрузкой на плод. Три периода родов отличаются друг от друга. Сократительная деятельность матки сопровождается изменением метаболических процессов у роженицы и ухудшением жизнеобеспечения плода. Каждое сокращение матки приводит к уменьшению маточно-плацентарного кровотока. В первом периоде родов в паузах между схватками давление в полости матки 8-10 мм рт.ст. На высоте схватки - 20-50 мм рт.ст. Во втором периоде родов при потугах давление может увеличиваться до 70 мм рт.ст. Кровоток в матке прекращается, формируется кровяное депо, которое обеспечивает питание плода во время схватки. Ухудшение жизнеобеспечения плода проявляется приспособительными реакциями в виде усиления двигательной активности его между схватками и учащением числа сердечных сокращений не более 160 ударов в минуту. В период изгнания может наблюдаться урежение сердцебиения плода до 80-110 ударов в минуту во время потуг и выравнивание частоты через 10- 30 секунд после нее.

Организм матери помогает плоду справиться с родовым стрессом и адаптироваться к внеутробному существованию за счет увеличения продукции кортизола выше уровня ее кортикосвязывающих возможностей плазмы крови, что способствует переходу некоторой концентрации кортизола к плоду.

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

Время пережатия пуповины небезразлично для ребенка. За счет дополнительного плацентарного объема крови происходит адаптация легочно-сердечной системы, и повышаются запасы железа в организме. В то же время поздняя перевязка пуповины приводит к гиперволемии, гипербилирубинемии и влияет на развитие полового криза. У преждевременно рожденных детей немедленная перевязка пуповины создает дефицит объема циркулирующей

крови, риск развития синдрома дыхательных расстройств и болезни гиалиновых мембран.

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

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

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

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

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

В первую неделю жизни выявляется физиологический ацидоз и снижение напряжения кислорода в крови, изменяются глюкоза и липиды крови. В качестве источников энергии в этот момент используются высокие концентрации неэстерифицированных жирных кислот. Метаболические процессы в жировой ткани протекают активно.

## ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ НОВОРОЖДЕННЫМ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ

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

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

повторную аспирацию из полости рта и носоглотки;

профилактику бленореи;

первичную перевязку пуповины;

показывают ребенка матери и выкладывают на живот;

оценивают состояние по шкале Апгар на первой минуте.

Проведение вторичной обработки пуповины и вторичной профилактики бленореи осуществляют в специально отведенном месте для новорожденных детей на подогретом пеленальном столе и, только, при условии переодевания акушерки в стерильный халат и подготовки ее рук с соблюдением правил асептики и антисептики. Скобу на пуповинный остаток не накладывают, а заменяют лигатурой при условии: толстой и сочной пуповины, резус-отрицательной принадлежности крови матери, маловесным новорожденным и детям в тяжелом состоянии. Проводят первичную обработку кожных покровов, взвешивание, измерение длины, окружности головы, окружности груди и пеленание. Непременно перед переводом матери и ребенка в послеродовое отделение малыша прикладывают к груди матери.

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

Зрелость новорожденного определяют по совокупности клинических, функциональных и биохимических параметров. В каждый возрастной период, начиная с зиготы, особенности адаптации плода, новорожденного и младенца соответствуют его календарному возрасту в совокупности со средой,

окружающей его и взаимодействующей с ним. Состояние центральной нервной системы является информативной характеристикой зрелости. При исследовании ребенка оценивают позу, положение, спонтанную моторику лица, эмоциональные реакции, врожденные безусловные рефлексы и активность сосания. По клиническим признакам зрелость новорожденного определяют с помощью оценочных таблиц по сумме баллов каждого признака.

## Практическое занятие № 4

### Тазовое предлежания плода.

**Технологический модель учебного занятия:**

|                            |                                                                                                                                     |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время –160 мин             | Количество студентов - 8                                                                                                            |
| Форма проведения занятия   | Учебная практика                                                                                                                    |
| План практического занятия | Вводное слово <i>Тазовое предлежания плода. Биомеханизм родов. Методы Ловсет и Морис-Смейли-Вейта</i> Определение и цели , Основные |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>положения цели Тазовое предлежания плода. Биомеханизм родов. Методы Ловсет и Морис-Смейли-Вейта</p> <p>Определяющие компоненты и составные цели <b>Тазовое предлежания плода. Биомеханизм родов. Методы Ловсет и Морис-Смейли-Вейта</b></p> |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Технологическая карта практического занятия

| Этапы, время                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 160 мин                               | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Студент                                                                                                                                                                     |
| 1 этап: Введение – 20 мин.            | Вступительное слово Тазовое предлежание плода. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Слушает, записывает                                                                                                                                                         |
| 2 этап:<br>Основной - (120 мин.)      | <p><b>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</b></p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.Этиология воспалительных заболеваний.</li> <li>2.Пути проникновения инфекций.</li> <li>3.Клинические признаки воспалительных заболеваний ЖПО.</li> <li>4. Диагностика воспалительных заболеваний.</li> <li>5.Диф. диагностика воспалительных заболеваний.</li> </ol> | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br>Заключительный - (20 мин.) | <p>Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                             |

|  |                                                                                                                                                                                      |                                                                                  |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p>студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия</p> | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p> |
|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое тазовое предлежание плода?
2. Классификация тазовых предлежаний плода.
3. Диагностика тазовых предлежаний плода.
4. Биомеханизм родов при тазовых предлежаниях плода.
6. Течение беременности и родов.
5. Осложнения родов при тазовых предлежаниях плода

### **Интерактивные методы**

#### **Метод «Паутина»**

#### **Шаги:**

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
2. Участники сидят по кругу.
3. Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

### Тесты

**Сколько видов трихомониаза вы знаете?**

3

1

4

2

5

**Что является возбудителем при дрожжевом кольпите?**

Трихомонады

стрептококки

кандида альбиканс

гонококки

фильтрирующий вирус

**Что является возбудителем остроконечных кондилом?**

Стафилококки

кандида альбиканс

бледная триконеша

хламидии

**Чем лечится кандидомикоз?**

Тетрациклин

гоновакцина

леворин, флуконазол

пеницилин

трихопол

**Чем лечится трихомониаз?**

Нистатин

метронизалол

эритромицин

тетрациклин

пенициллин

**Какими препаратами проводят биологическую провокацию**

Ляпис

гоновакцина

УВЧ

Синестрол

р-р люголя

**Назовите основные клинические симптомы при трихомониазе**

жжение

боли внизу живота

творожистые выделения

пенистые выделения

НМЦ

**Что относится к специальным методам обследования при воспалительных заболеваниях ЖПС**

анализ крови

анализ мочи

УЗИ

Гистероскопия

бак посев мазка

**Назовите основные клинические симптомы хронического эндометрита**

боли внизу живота

повышение температуры

бели

озноб

метроррагия

**С какими заболеваниями необходимо дифференцировать сальпингоофарит**

внематочная беременность

эндометрит

пельвиоперитонит

киста яичника

**Кем был открыт возбудитель гонореи?**

Нейссером

Кохом

Давидовский

Маневический

Гедоном

Когда в подовой щели показывается пупочное кольцо, наступает момент, чрезвычайно опасный для плода. В это время головка вступает в малый таз и прижимает пуповину, что ведет к гипоксии плода.

Если родовой процесс протекает правильно, то рождение туловища и головки завершается быстро. Весь механизм изгнания плечевого пояса и головки должен закончиться в ближайшие 3—5 мин, иначе плод родится в состоянии асфиксии. Прижатие пуповины более 10 мин может закончиться гибелью плода. Плоду, помимо прижатия пуповины, грозит другая опасность — отслойка плаценты, ввиду резкого уменьшения объема матки в связи с рождением туловища плода. Поэтому после рождения плода до пупочного кольца необходима скорая и умелая акушерская помощь.

Роды ведут выжидательно, пока плод не родится до пупка. Преждевременное потягивание за ножку или паховый сгиб противопоказано, поскольку это ведет к нарушению членорасположения, запрокидыванию ручек и разгибанию головки плода. Следует обратить внимание на то, не натянута ли пуповина (характер ее пульсации), и при возможности ее ослабить или даже пересечь, а затем ускорить рождение плода.

В периоде изгнания при родах в тазовом предлежании необходимо оказание ручного пособия, которое отличается при чисто ягодичном и ножных предлежаниях. Ручное пособие направлено на сохранение членорасположения плода и следование естественному течению родов.

В нашей стране наибольшее распространение при чисто ягодичном и ножных предлежаниях получили пособия по методу Н.А.Цовьянова (1929) и метод Морисо—Левре—Лашапелль для выведения последующей головки плода.

Ручное пособие при чисто ягодичном предлежании по методу Цовьянова. Основная цель — удержание ножек в течение периода изгнания вытянутыми и прижатыми к туловищу плода, что способствует сохранению нормального членорасположения плода. Тем самым предупреждается возникновение таких неблагоприятных осложнений, как запрокидывание ручек и разгибание головки.

При чисто ягодичном предлежании ножки плода вытянуты вдоль туловища и прижимают скрещенные ручки к грудной клетке, а стопы, достигая уровня лица, поддерживают головку согнутой, если она не находится в разогнутом состоянии. Такое расположение ножек превращает тело плода в конус, постепенно расширяющийся кверху. На уровне плечевого пояса он достигает своего максимального объема (в среднем 42 см), который складывается из объема грудной клетки, обеих скрещенных на груди ручек плода и прижатых к ним ножек — все это превышает объем последующей головки (32—34 см), поэтому рождение ее происходит без затруднения.

Техника ручного пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании заключается в следующем. После прорезывания ягодич их захватывают руками так, чтобы большие пальцы обеих рук располагались на прижатых к животу бедрах плода, а остальные четыре пальца обеих рук — на поверхности крестца. При таком захватывании ножек предупреждается преждевременное их выпадение и это способствует физиологическому течению механизма родов — движению рождающегося туловища кпереди (к животу матери) по проводной оси таза.

По мере рождения туловища плода врач бережно прижимает ножки плода к животу большими пальцами, остальные пальцы рук перемещает вверх по спине, постепенно продвигая руки к половой щели, чем предупреждается выпадение ножек плода, а также запрокидывание ручек за головку. Следует удерживать туловище так, чтобы не образовался задний вид (спинка плода не повернулась кзади). При хорошей родовой деятельности плод быстро рождается до пупочного кольца, а вслед за этим и до нижних углов лопаток. При этом поперечный размер плечиков плода переходит в один из косых размеров, а к моменту рождения плечевого пояса — в прямой размер выхода таза. Ягодицы плода необходимо направлять несколько кзади, чтобы

облегчить рождение передней ручки плода из-под лобковой дуги. Для рождения задней ручки плод приподнимают кпереди и из крестцовой впадины рождается задняя ручка. После этого в глубине зияющей половой щели появляются подбородок, рот, нос плода. Если в это время потуги сильны, для освобождения головки достаточно направить ягодицы плода на себя и кверху. При этом головка рождается без какого-либо дополнительного вмешательства.

Если рождение ручек и головки задерживается, то последние освобождают ручными приемами.

### **При затруднении выведения головки используют приём Морис-Смелли-Вейта.**

Этапы выполнения приёма:

- положите тело ребенка лицом вниз поверх вашей ладони и предплечья
- положите указательный и безымянный пальцы этой руки на скуловые кости ребенка и средний палец в рот ребенка для отведения челюсти вниз и сгибания головки
- используйте другую руку для захвата плечиков ребенка
- двумя пальцами верхней руки осторожно согните головку ребенка по направлению к груди, пока приложенное снизу давление на челюсть не выведет головку плода вниз до появления границы волосистой линии
- потяните осторожно для рождения головки
- Для удержания головки в согнутом состоянии необходимо, чтобы ассистент осторожно надавливал рукой на дно матки, чтобы оно все время находилось в соприкосновении с опускающейся головкой.

При заднем виде чистого ягодичного предлежания прорезывающееся туловище осторожно поворачивается вокруг продольной оси спинкой кпереди, вправо или влево, в зависимости от позиции. Если поворот затруднителен, роды ведут в заднем виде. При повороте плода из заднего вида в передний может произойти запрокидывание ручек плода, что обычно вызывает значительные трудности при их выведении. При ножных предлежаниях осложнения родов и мертворожденна встречаются чаще, чем при ягодичных. Возникшие осложнения связаны с тем, что рождающиеся ножки не могут расширить родовые пути для беспрепятственного рождения объемистого плечевого пояса к головки. Поэтому при ножных предлежаниях нередко наблюдаются запрокидывание ручек, разгибание головки и ее ущемление в судорожно сократившейся шейке матки. Эти осложнения можно

предотвратить, если к моменту изгнания плечевого пояса шейка матки будет раскрыта полностью.

В настоящее время при ножных предлежаниях плода, особенно при выпадении ножки (или ножек), при неполном открытии маточного зева методом выбора родоразрешения считают кесарево сечение.

Ручное пособие при ножных предлежаниях по методу Цовьянова. До недавнего времени широко применялось предложенное Н.А.Цовьяновым ручное пособие при ножных предлежаниях плода, при котором ножки удерживались во влагалище до полного раскрытия маточного зева.

Уточнив путем влагалищного исследования ножное предлежание, стерильной пленкой покрывают наружные половые органы и ладонью, приложенной к вульве, препятствуют преждевременному выпадению ножек из влагалища. Плод во время потуги как бы садится на корточки и образует смешанное ягодичное предлежание, а затем, продвигаясь по родовому каналу, оказывает сильное давление на нервное крестцовое сплетение, усиливая схватки и потуги.

Противодействие рождающимся ножкам следует оказывать до тех пор, пока не наступило полное раскрытие маточного зева, на что указывает сильное выпячивание промежности предлежащей частью плода, зияние заднепроходного отверстия, частые и энергичные потуги, стояние контракционного кольца на 5 поперечных пальце» выше лобка. Когда ягодичы спускаются до преддверия влагалища, ножки плода, несмотря на оказываемое им противодействие, начинают выступать из-под боковых сторон ладони акушера. Это соответствует полному раскрытию маточного зева. Как только установлено полное раскрытие маточного зева, противодействие ножкам больше не оказывают, и ножки, а вслед за ними ягодичы плода и его туловище рождаются без затруднения.

После рождения туловища до нижних углов лопаток ручное пособие оказывают, как при ягодичном предлежании.

### Практическое занятие № 5

#### **Тошнота и рвота беременных. Гипертензивные состояние во время беременности.**

#### **Технологический модель учебного занятия:**

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время –160 мин             | Количество студентов - 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Форма проведения занятия   | Учебная практика                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| План практического занятия | Вводное слово<br><br>Определение и цели <i><b>Тошнота и рвота беременных. Этиология, классификация, клиника, лечение</b></i> Основные положения цели <i><b>Тошнота и рвота беременных. Этиология, классификация, клиника, лечение</b></i> Определяющие компоненты и составные цели <i><b>Тошнота и рвота беременных. Этиология, классификация, клиника, лечение</b></i> |

#### **Технологическая карта практического занятия**

| Этапы, время                     |                                                                                                                                                                                             |                                                            |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| 160 мин                          | Преподаватель                                                                                                                                                                               | Студент                                                    |
| 1 этап: Введение – 20 мин.       | Вступительное слово о <i><b>Тошнота и рвота беременных. Этиология, классификация, клиника, лечение</b></i> Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия      | Слушает, записывает                                        |
| 2 этап:<br>Основной - (120 мин.) | Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.<br><br>В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования | Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. |

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                           |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                | <p>Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>При каком сроке беременности наблюдается ранний токсикоз?</p> <p>Какие ожидаемые осложнения беременности встречаются при данной патологии?</p> <p>Какие виды часто встречаемых форм ранних токсикозов вы знаете?</p> <p>Как диагностируется тяжесть ранних токсикозов?</p> <p>Какие виды редковстречаемых форм ранних токсикозов вы знаете?</p> <p>Какая теория возникновения ранних токсикозов наиболее приемлема в современном акушерстве?</p> <p>С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику ранних токсикозов?</p> | <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| <p>3 этап:</p> <p>Заключительный (20 мин.)</p> | <p>Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>                          |

### Контрольные вопросы

При каком сроке беременности наблюдается ранний токсикоз?

Что может пролонгировать ранний токсикоз?

Какие виды часто встречаемых форм ранних токсикозов вы знаете?

- В каком сроке беременности характерно развитие ранних токсикозов?
- 5.Какие виды редковстречаемых форм ранних токсикозов вы знаете?
- 6.Какая теория возникновения ранних токсикозов наиболее приемлема в современном акушерстве?
- 7.С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику ранних токсикозов?
- 8.При каких формах ранних токсикозов необходимо прерывать беременность для сохранения здоровья и жизни женщины?
- 9.Этиопатогенетическая терапия раннего токсикоза.
- 10.Симптоматическая терапия раннего токсикоза.

## **Интерактивные методы**

### **Метод «Паутина»**

#### **Шаги:**

- 1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
- 2.Участники сидят по кругу.
- 3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
- 4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
- 5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

#### **Тесты**

**Беременность 28 недель Жалобы на головную боль озноб боли в пояснице температура 40 С Симптом Пастернацкого положительный справа Диагноз?**

**\*Гестационный пиелонефрит  
преэклампсия легкой степени**

преэклампсия тяжелой степени

хронический пиелонефрит

**Беременность 35-36 недель. В анамнезе тонзилэктомия. В течение недели боли в пояснице. Температура 38 С. Отеки на ногах. Симптом Пастернацкого положителен. В моче белок 1 г/л. лейкоцитов много. Диагноз?**

\*хронический пиелонефрит

острый пиелонефрит

гестационный пиелонефрит

гипертоническая болезнь

**Третья беременность 6 недель. Предыдущие были прерваны из-за чрезмерной рвоты. Несмотря на проводимое лечение имеется ацетонурия и тахикардия. Температура 37.8 С. Появилась желтушность кожных покровов. Лечение?**

\*прервать беременность

усилить дезинтоксикационную терапию

оптимизация деятельности нервной системы

лечебно-охранительный режим

**Основной возбудитель пиелонефрита?**

\*Стафилококк

Энтерококки

гонококк

Стрептококк

**Какой срок беременности считается критическим у беременных с пиелонефритом?**

\*36-38

8-12

14-18

30-32

**Какой из перечисленных препаратов улучшает микроциркуляцию?**

\*реополиглюкин, теоникол, трентал

Дроперидол, димедрол, седуксен

дибазол-папаверин, пенталгин

альбумин, протеин

**Какие препараты применяются в лечении гипоксии и гипотрофии плода?**

\*актовегин

гемодез

дроверидол димедрол седуксен

дибазол папаверин пенталгин

**При анемии происходит снижение чего?**

гемоглобина и эритроцитов

гемоглобина

эритроцитов

белковых фракций крови

**Какие виды анемии у беременных встречаются наиболее часто?**

железодефицитная

гемолитическая

апластическая

гипопластическая

**11.Какие факторы при беременности предрасполагают к развитию ЖДА?**

\*все выше перечисленное

снижение поступления железа

нарушение всасывания железа в связи хроническими заболеваниями ЖКТ

повышенная потребность железа во время беременности

**Суточная потребность железа у беременных?**

2.5мг

1.5мг

10мг

5мг

**.Какая степень анемии у беременной при сроке беременности 30 недель и гемоглобине 95г/л?**

\*2ст

1ст

норма для беременных

4ст

**Чем часто осложняется беременность при анемии?**

преждевременными родами

угрозой прерывания в ранние сроки беременности

маловодием

обострением хронических очагов инфекции

**Наиболее характерные осложнения во время родов при анемии?**

\*кровотечение в родах

обструктивные роды

несвоевременным отхождением околоплодных вод

слабость

**Характерные осложнение в неонатальном периоде?**

\*омфалит

анемия

гемолитическая болезнь

энтероколит

**Кем ведется беременность в поликлинике при заболеваниях почек?**

\*акушер-гинеколог, уролог, терапевт

акушер-гинеколог

уролог

терапевт

**Сколько степеней тяжести ЖДА?**

\*3

5

2

**Что не относится к особенностям ведения родов при ЖДА?**

\*ВГГК фон

акушерский сон-отдых

гемотрансфузия

введение окситоцина

**Что не относится к особенностям ведения 2 периода родов при ЖДА?**

\*лечение гипоксии плода

введение окситоцина

введение внутривенно метилэргометрина

исключение потужного периода

**Бер.28 недель. Жалобы на головную боль. озноб. повышение температуры до 40 С. боли в пояснице, симптом Пастернацкого положительный справа. Тактика врача?**

\*хронический пиелонефрит, антибиотики

гестационный пиелонефрит. досрочное родоразрешение

хронический пиелонефрит. лечение в терапии

гестационный пиелонефрит. лечение в ОПБ

**Что такое анемия?**

уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина

уменьшение количества эритроцитов

уменьшение ОЦК

гипотония

**Что характерно для хронического пиелонефрита во время беременности?**

\*уменьшение суточного количества мочи

увеличение ночного диуреза

увеличение суточного количества мочи

болезненное мочеиспускание

**Клиническая картина.**

Рвота беременных часто (в 50—60 % случаев) наблюдается как физиологический признак беременности, а в 8—10 % проявляется как осложнение беременности — токсикоз. При нормальной беременности тошнота и рвота могут быть не более 2—3 раз в сутки по утрам, чаще натощак, но это не нарушает общего состояния женщины, поэтому лечения не требуется. Как правило, по окончании процесса плацентации к 12—13 нед. тошнота и рвота прекращаются.

К токсикозам относят рвоту, которая наблюдается несколько раз в день независимо от приема пищи, сопровождается снижением аппетита, изменением вкусовых и обонятельных ощущений, чувством слабости, иногда уменьшением массы тела. Различают рвоту беременных легкой, средней степени и чрезмерную. Степень тяжести рвоты определяется сочетанием рвоты с нарушениями, происходящими в организме (обменные процессы, функции важнейших органов и систем).

*Легкая рвота* мало чем отличается от таковой при неосложненной беременности, но наблюдается до 4—5 раз и лень, сопровождается почти постоянным ощущением тошноты. Несмотря на рвоту, часть пищи удерживается и значительного похудения беременных не наблюдается. Уменьшение массы тела составляет 1—3 кг (до 5 % от исходной массы). Общее состояние остается удовлетворительным, но могут отмечаться апатия и снижение работоспособности. Гемодинамические показатели (пульс, артериальное давление) у большинства беременных остаются в пределах нормы. Иногда регистрируется умеренная тахикардия (80—90 уд/мин). Изменения в морфологическом составе крови отсутствуют. Диурез не изменяется. Ацетонурия отсутствует. Легкая рвота быстро поддается лечению или проходит самостоятельно, поэтому специального лечения не требуется, но у 10—15 % беременных она усиливается и может переходить в следующую стадию.

*Умеренная рвота* (средней тяжести) выражается в учащении рвоты до 10 раз в сутки и более, ухудшении общего состояния и метаболизма с развитием кетоацидоза. Рвота нередко сопровождается слюнотечением, вследствие чего происходит дополнительная существенная потеря жидкости и питательных веществ. В результате этого происходят обезвоживание и уменьшение массы тела до 3—5 кг (6 % от исходной массы) вплоть до истощения. Общее состояние беременных ухудшается, возникают значительная слабость и апатия. Кожа бледная, сухая, язык обложен беловатым налетом, суховат. Температура тела субфебрильная (не выше 37,5 °C), характерны тахикардия (до 100 уд/мин) и гипотензия. При исследовании крови может быть выявлена легкая анемия, при анализе КОС — метаболический ацидоз. Диурез снижен, в моче может быть ацетон. Нередко наблюдается запор. Прогноз, как правило, благоприятный, но при подобном состоянии беременной требуется лечение.

*Чрезмерная рвота* встречается редко. Для чрезмерной рвоты характерно нарушение функций жизненно важных органов и систем, вплоть до развития в них дистрофических изменений вследствие выраженной интоксикации и обезвоживания. Рвота наблюдается до 20 раз в сутки, сопровождается обильным слюнотечением и постоянной тошнотой. Пища и жидкость не удерживаются. Общее состояние при этом тяжелое. Отмечаются адинамия, упадок сил, головная боль, головокружение, масса тела быстро уменьшается (до 2—3 кг в неделю, свыше 10 % от исходной массы тела). Слой подкожной жировой клетчатки исчезает, кожа становится сухой и дряблой, язык и губы сухие, изо рта отмечается запах ацетона, температура тела субфебрильная, но может повышаться до 38 °C, возникают выраженная тахикардия, гипотензия. Резко снижается диурез.

В крови повышается уровень остаточного азота, мочевины, билирубина, гематокрита, отмечается лейкоцитоз, одновременно уменьшается содержание альбуминов, холестерина, калия, хлоридов. В моче определяются протеин и

цилиндрурия, уробилин, желчные пигменты, эритроциты и лейкоциты, реакция на ацетон резко положительная.

Прогноз чрезмерной рвоты не всегда благоприятный. Признаками угрожающего состояния, определяющими показания к экстренному прерыванию беременности, являются нарастание слабости, адинамия, эйфория или бред, тахикардия до 110—120 уд/мин, гипотензия — до 90—80 мм рт. ст., желтушность кожи и склер, боли в правом подреберье, снижение диуреза до 300—400 мл в сутки, гипербилирубинемия и пределах 100 мкмоль/л, повышение уровня остаточного азота, мочевины, протеинурия, цилиндрурия.

### **Лечение.**

Лечение больных, у которых наблюдается легкая форма рвоты, можно проводить амбулаторно. при рвоте средней тяжести и тяжелой — в стационаре. Большое значение необходимо придавать аисте В связи со снижением аппетита рекомендуют разнообразную пищу по желанию. Она должна быть легкоусвояемой, содержать большое количество витаминов. Ее следует принимать в охлажденном виде, небольшими порциями каждые 2—3 ч в положении лежа. Показана минеральная щелочная вода в небольших объемах 5-6 раз в день.

Медикаментозное лечение при рвоте беременных должно быть комплексным: 1) препараты, регулирующие функцию ЦНС и блокирующие рвотный рефлекс; 2) инфузионные средства для регидратации, дезинтоксикации и парентерального питания; 3) препараты, предназначенные для нормализации метаболизма,

Для нормализации функции ЦНС немаловажное значение имеют правильно организованный лечебно-охранительный режим, устранение отрицательных эмоций. При госпитализации больную необходимо поместить в отдельную палату, чтобы исключить рефлекторную рвоту.

В начале лечения, учитывая небольшой срок гестации, для исключения отрицательного влияния па плодное яйцо целесообразно назначать немедикаментозные средства. Для нормализации функционального состояния коры головного мозга и устранения вегетативной дисфункции показаны центральная электроаналгезия, иглоукалывания, психо- и гипнотерапия. Этих немедикаментозных методов лечения может быть достаточно при лечении больных с легкой формой рвоты беременных, а при средней и тяжелой степени они позволяют ограничить объем лекарственной терапии.

В отсутствии эффекта используют средства, непосредственно блокирующие рвотный рефлекс: препараты, воздействующие на различные нейромедиаторные системы продолговатого мозга: атропин, антигистаминные препараты (пипольфен, дипразин, тавегил), блокаторы дофаминовых

рецепторов (нейролептики — галоперидол, дроперидол, производное фенотиазина — торекан), а также прямые антагонисты дофамина (реглан, церукал). Наиболее эффективны в клиническом отношении следующие комбинации: 1) дроперидол (1 мл внутримышечно), атропин (0,5 мл 0,1 % раствора внутримышечно), тавегил (1 мл внутримышечно); 2) церукал, реглан (2 мл внутримышечно), атропин (0,5 мл 0,1 % раствора внутримышечно). При гипотензии, возникающей как следствие применения этих препаратов и самого заболевания, целесообразно введение 0,1 % раствора мезатона.

Инфузионная терапия при рвоте включает использование кристаллоидов, коллоидов и средств для парентерального питания. Кристаллоиды предназначены для регидратации. Из кристаллоидов используют комплексные солевые растворы Рингера—Локка, трисоль, хлосоль. Объем вводимых кристаллоидов должен составлять до 50 % от общего объема инфузии. Из коллоидов для дезинтоксикации целесообразно использовать гемодез и реополиглюкин. Объем коллоидных растворов должен составлять 10—15 % от объема инфузии. Для парентерального питания применяют растворы глюкозы и аминокислот (альвезин, гидролизин). С целью лучшего усвоения глюкозы целесообразно вводить инсулин в небольших дозах. Объем вводимых препаратов для парентерального питания должен составлять не менее 15—40 % от общего объема инфузии.

Общий объем инфузионной терапии составляет 1—3 л в зависимости от тяжести токсикоза и массы тела пациентки. Критериями достаточности инфузионной терапии являются уменьшение обезвоживания и увеличение тургора кожи, нормализация величины гематокрита, увеличение диуреза.

### **Гипертензивные состояние во время беременности.**

#### **Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время –80 мин            | Количество студентов - 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Форма проведения занятия | Учебная практика                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| План лекционного занятия | <p>Вводное слово</p> <p><b>Основные положения цели Гипертензивные состояние во время беременности.</b></p> <p><b>Преэклампсия, диагностика, лечение и тактика</b></p> <p>Определяющие компоненты и составные цели</p> <p><b>Гипертензивные состояние во время беременности. Преэклампсия, диагностика, лечение и тактика</b></p> |



|  |  |                                     |
|--|--|-------------------------------------|
|  |  | задание для<br>следующих<br>занятий |
|--|--|-------------------------------------|

### **Контрольные вопросы**

Определение понятия гипертензивных состояний при беременности ?

Основные патогенетические звенья развития гипертензивных состояний при беременности.

Классификация . гипертензивных состояний при беременности

Клинические проявления различных форм гипертензивных состояний при беременности.

Способы диагностики и дифференциальной диагностики.

Принципы терапии легкой преэклампсии

Принципы терапии тяжелой преэклампсии .

Оказание первой помощи и принципы интенсивной терапии при эклампсии.

Способы подготовки к родам и особенности ведения родов при тяжелой преэклампсии

Осложнения гипертензивных состояний при беременности.

### **Интерактивные методы**

#### **Метод «Паутина»**

#### **Шаги:**

1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.

2.Участники сидят по кругу.

3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.

4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.

5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

### **Метод «Ручка на середине стола»**

полиорганной недостаточности

#### **Признаки и симптомы при эклампсии**

| <b>Центральная нервная система</b> | <b>Желудочно-кишечный тракт</b>   |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| Головная боль                      | Тошнота                           |
| Головокружение                     | Рвота                             |
| Металлический привкус              | Боль в эпигастрии                 |
| Сонливость                         | Увеличение и болезненность печени |
| Тихорадка                          | Кровь в содержимом кишечника      |
| Гиперрефлексия                     | <b>Почечная система</b>           |
| Диплопия                           | Протеинурия                       |
| Скотомы                            |                                   |

|                                    |                              |
|------------------------------------|------------------------------|
| Затуманенное видение               | Отеки                        |
| Внезапная слепота                  | Олигурия или анурия          |
| <b>Сердечно-сосудистая система</b> | Гематурия или гемоглобинурия |
| Гипертония                         |                              |
| Изменение показателей дыхания      |                              |
| Тахикардия                         |                              |

**Наиболее опасные осложнения преэклампсии, сопровождающиеся высокой летальностью, следующие:**

аспирационный синдром;

ХЕЛЛП – синдром, субкапсулярные гематомы и разрывы печени;

Эклампсия;

Острая почечная недостаточность;

- Гипертоническая энцефалопатия и кровоизлияния в головной мозг;

ДВС синдром и геморрагический шок;

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;

Синдром острого легочного повреждения ( СОЛП ).

**Эклампсические судороги** – часто могут развиваться без какой – либо предшествующей ауры. В то же время части пациенток судорожному синдрому могут предшествовать чувство страха, повышенная возбудимость и гиперрефлексия. У 80 % пациенток эклампсические судороги возникают до или во время родов. Несмотря на то что существуют описания эклампсии даже спустя 23 суток после родов, при возникновении эклампсии спустя 24 часа после родов необходимо исключить другие мозговые явления, которые могли послужить причиной.

**Отеки легких** – самое частое осложнение преэклампсии и эклампсии, однако встречается в 2,9 % случаев. В 70 % случаев отек легких развивается спустя 71 часов после родов, причем в большинстве своем без каких-либо клинических предвестников дыхательной недостаточности [Ориоле Н.Е.]. Довольно часто возникают трудности в дифференциальной диагностике отека легких у этих больных, поскольку в каждом конкретном случае может преобладать как гидростатический компонент (так называемый кардиогенный, хотя, по сути, это неправильное определение), так и патологическое повышение проницаемости альвеоло – капиллярной мембраны. От правильного понимания генеза отека легких зависит эффективность интенсивной терапии

## **ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЭКЛАМПСИИ.**

**Радикальное лечение эклампсии – это родоразрешение. Но в тех случаях, когда не проведена подготовка, роды ( через естественные родовые пути или операция кесарево – сечения ) могут привести к жизненно опасным**

осложнениям и для матери, и для плода. Экстренное родоразрешение, предпринимаемое сразу же после приступа судорог, без предварительной подготовки значительно увеличивает риск акушерских и анестезиологических осложнений. Мы считаем, что подготовка к родоразрешению должна занимать около двух часов, за исключением тех осложнений эклампсии, которые требуют экстренного родоразрешения .  
Необходимый объем обследования:

Клинический анализ крови, включая тромбоциты и гематокрит.

Биохимический анализ крови:

**ОСЛОЖНЕНИЕ ЭКЛАМПСИИ -ЭКЛАМПСИЧЕСКАЯ КОМА.**

**Эклампсическая кома ( ЭК ) – это терминальное состояние со стойким нарушением сознания после эклампсического судорожного приступа ( в редких случаях без судорожного приступа ). Несмотря на широкое внедрение в акушерскую практику методов интенсивной терапии, летальность при Э.К. остается высокой ( 50-75 % ).**

**Основные причины э.к.:**

нерегулярность посещения ж/к в течение беременности, отсутствие правильной диеты и лечение преэклампсии, отказ от госпитализации.

Возникновение первого судорожного приступа вне стационара с повторением приступа в стационаре.

Неадекватная противосудорожная и инфузионная терапия эклампсии.

Не своевременное родоразрешение

Не своевременное выявление осложнений преэклампсии.

Неадекватная терапия преэклампсии вследствие недостаточной оснащенности лечебного учреждения и пр.

### **Практическое занятие № 6**

**Ведение беременности и родов у женщин с заболеваниями почек и анемией. Бессимптомная бактериурия.**

**Продолжительность изучения темы**

**Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                                                                             |
|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время –80 мин            | Количество студентов - 8                                                                                                                    |
| Форма проведения занятия | Учебная практика                                                                                                                            |
| План лекционного занятия | Вводное слово<br>Определение и цели Основные положения цели<br><b>Ведение беременности и родов у женщин с заболеваниями почек и анемией</b> |

### Технологическая карта практического занятия

| Этапы, время                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                       | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Студент                                                                                                                                                                     |
| 1 этап: Введение<br>– 10 мин.         | <p>Вступительное слово о. Ведение беременности и родов у женщин с заболеваниями почек и анемией.</p> <p>Бессимптомная бактериурия.</p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия</p>                                                                                                                                                                                                                                                              | Слушает, записывает                                                                                                                                                         |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.)       | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы :</p> <p>Перечислить предрасполагающие факторы в развитии почечной патологии у беременных?</p> <p>2. Укажите особенности течения беременности при пиелонефрите?</p> <p>3. Принципы лечения пиелонефрита при беременности.</p> <p>4. Выбор группы риска и подбор акушерской тактики при пиелонефрите.</p> | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br>Заключительный - (10 мин.) | <p>Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия.</p>                                                                                                                                                       | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для</p>                                                                                                              |

|  |  |                      |
|--|--|----------------------|
|  |  | следующих<br>занятий |
|--|--|----------------------|

### **Контрольные вопросы**

Перечислить предрасполагающие факторы в развитии почечной патологии у беременных?

Течение беременности при пиелонефрите.

Лечение пиелонефрита при беременности.

Акушерская тактика при пиелонефрите.

Перечислить предрасполагающие факторы развития анемии у беременных.

Что такое бессимптомная бактериурия?

Этиология, диагностика, лечения бессимптомной бактериурии?

Назовите классификацию анемии беременных.

Диагностика анемии беременных.

10. Перечислите основные принципы лечения анемии беременных.

11. Перечислите препараты железа перорального применения.

12. Перечислите препараты железа парентерального применения.

### **Интерактивные методы**

#### **Метод «Паутина»**

##### **Шаги:**

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.

2. Участники сидят по кругу.

3. Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.

4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше.

Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.

5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

#### тесты

**Беременность 28 недель Жалобы на головную боль озноб боли в пояснице температура 40 С Симптом Пастернацкого положительный справа Диагноз?**

**\*Гестационный пиелонефрит  
преэклампсия легкой степени  
преэклампсия тяжелой степени  
хронический пиелонефрит**

**Беременность 35-36 недель. В анамнезе тонзилэктомия. В течение недели боли в пояснице. Температура 38 С. Отеки на ногах. Симптом Пастернацкого положителен. В моче белок 1 г/л. лейкоцитов много. Диагноз?**

**\*хронический пиелонефрит  
острый пиелонефрит  
гестационный пиелонефрит  
гипертоническая болезнь**

**Третья беременность 6 недель.**

**Предыдущие были прерваны из-за**

**чрезмерной рвоты. Несмотря на проводимое лечение имеется ацетонурия и тахикардия.**

**Температура 37.8 С. Появилась желтушность кожных покровов.Лечение?**

**\*прервать беременность  
усилить дезинтоксикационную терапию  
оптимизация деятельности нервной системы**

**лечебно-охранительный режим**

**Основной возбудитель пиелонефрита?**

**\*Стафилококк  
Энтерококки  
гонококк  
Стрептококк**

**Какой срок беременности считается критическим у беременных с пиелонефритом?**

**\*36-38**

8-12

14-18

30-32

**Какой из перечисленных препаратов улучшает микроциркуляцию?**

\*реополиглюкин, теоникол, трентал  
Дроперидол, димедрол, седуксен  
дибазол-папаверин, пенталгин  
альбумин, протеин

**Какие препараты применяются в лечении гипоксии и гипотрофии плода?**

\*актовегин

гемодез

дроверидол димедрол седуксен  
дибазол папаверин пенталгин

**При анемии происходит снижение чего?**

гемоглобина и эритроцитов

гемоглобина

эритроцитов

белковых фракций крови

**Какие виды анемии у беременных встречаются наиболее часто?**

железодефицитная

гемолитическая

апластическая

гипопластическая

**11.Какие факторы при беременности предрасполагают к развитию ЖДА?**

\*все выше перечисленное

снижение поступления железа

нарушение всасывания железа в

связи хроническими заболеваниями ЖКТ

повышенная потребность железа во время беременности

**Суточная потребность железа у беременных?**

2.5мг

1.5мг

10мг

5мг

**.Какая степень анемии у беременной при сроке беременности 30 недель и гемоглобине 95г/л?**

\*2ст

1ст

норма для беременных

4ст

**Чем часто осложняется беременность при анемии?**

преждевременными родами  
угрозой прерывания в ранние сроки  
беременности

маловодием

обострением хронических очагов  
инфекции

**Наиболее характерные осложнения во время родов при анемии?**

\*кровотечение в родах

обструктивные роды

несвоевременным отхождением

околоплодных вод

слабость

**Характерные осложнения в неонатальном периоде?**

\*омфалит

анемия

гемолитическая болезнь

энтероколит

**Кем ведется беременность в поликлинике при заболеваниях почек?**

\*акушер-гинеколог, уролог,

терапевт

акушер-гинеколог

уролог

терапевт

**Сколько степеней тяжести ЖДА?**

\*3

5

2

6

**Что не относится к особенностям ведения родов при ЖДА?**

\*ВГГК фон  
акушерский сон-отдых  
гемотранфузия  
введение окситоцина

**Что не относится к особенностям ведения 2 периода родов при ЖДА?**

\*лечение гипоксии плода  
введение окситоцина  
введение внутривенно  
метилэргометрина  
исключение потужного периода

**Бер.28 недель. Жалобы на головную боль. озноб. повышение температуры до 40 С. боли в пояснице, симптом Пастернацкого положительный справа. Тактика врача?**

\*хронический пиелонефрит,  
антибиотики  
гестационный пиелонефрит.  
досрочное родоразрешение  
хронический пиелонефрит. лечение в терапии  
гестационный пиелонефрит. лечение в ОПБ

**Что такое анемия?**

уменьшение количества эритроцитов и гемоглобина  
уменьшение количества эритроцитов  
уменьшение ОЦК  
гипотония

**Что характерно для хронического пиелонефрита во время беременности?**

\*уменьшение суточного количества мочи  
увеличение ночного диуреза  
увеличение суточного количества мочи  
болезненное мочеиспускание

**Что характерно для хронического пиелонефрита при пробе Зимницкого?**

низкий удельный вес во всех пробах мочи

высокий удельный вес мочи во всех пробах

выраженное колебание удельного веса мочи

высокий удельный вес мочи в дневных пробах

**Что не относится к осложнениям беременности при хроническом пиелонефрите?**

\*ПОНРП;  
септические послеродовые заболевания  
невынашивание и внутриутробное инфицирование;  
гибель плода;

**Что не относится к лечению пиелонефрита?**

\*гомонотерапия;  
антибиотики и сульфаниламиды;  
уросептики;  
дезинтоксикационные средства;  
**Какой показатель в моче наиболее характерен для пиелонефрита?**

\*белок в моче  
лейкоциты в большом количестве  
большое количество эритроцитов  
цилиндрурия

**Какая форма анемии наиболее часто встречается при беременности?**

железодефицитная  
постгеморрагическая  
гемолитическая;  
гипопластическая  
пернициозная.

**Какие роды предпочтительны при пиелонефрите?**

через естественные родовые пути  
кесарево сечение  
вакуум-экстракция  
акушерские щипцы  
эвисцерация.

**Основные изменения показателей гемодинамики в конце срока беременности включают:**

все перечисленные изменения  
увеличение объема циркулирующей крови  
постоянно снижающееся периферическое сопротивление сосудов  
увеличение минутного объема сердца и учащение пульса

**Плановая госпитализация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы не проводится при сроке беременности**

13–25 нед

6–12 нед

36–38 нед

26–28 нед

**Основная задача при обследовании беременной с пороком сердца**

все указанное  
диагностика формы порока  
выявление признаков нарушения кровообращения во время беременности  
диагностика ревматизма и степени его активности

**Причина сердечной недостаточности у беременных:**

все указанное  
увеличение ОЦК и минутного объема сердца  
развитие гестоза  
обострение ревматизма

**Диагностический критерий оценки активности ревматического процесса во время беременности:**

все перечисленное  
количество лейкоцитов, превышающее  $11,0 \cdot 10^9/\text{л}$ , и СОЭ более 35 мм/ч, резко выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево

недостаточность кровообращения при активном лечении

**Сохранение беременности допустимо при:**

недостаточности митрального клапана и отсутствии гемодинамических нарушений  
стенозе митрального клапана  
аортальных пороках  
пороках сердца со свежев возникшей мерцательной аритмией

**Лечение сердечной недостаточности при пороках сердца во время беременности включает:**

все перечисленное  
постельный режим, ограничение потребления соли  
кардиальные препараты и диуретики  
противовоспалительную терапию

**Основной метод родоразрешения при компенсированных пороках сердца:**

## **Беременность и бессимптомная бактериурия**

**Бессимптомная бактериурия**- бактериурия , количественно соответствующая истинной ( более 100000 бактерий в 1 мл мочи) минимум в двух пробах при отсутствии клинической картины инфекции.

Бессимптомную бактериурию выявляют у 6% (2-11%) беременных в зависимости от их социально-экономического положения.

### **Этиология**

В основном при бессимптомном бактериурии обнаруживают эшерихии соли. Реже выделяют других представителей семейства *Enterobacteriaceae* а также *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus saprophyticus*.

### **Диагностика**

К обязательным методам обследования при диспансерном наблюдении, которые следует проводить ежемесячно всем беременным, относят клинический и биохимический анализы крови и мочи, бактериологическое исследование мочи, УЗИ почек и плода. Проведение курсов антибактериальной терапии способствует снижению риска развития гнойных форм острого пиелонефрита , гипотрофии плода и преждевременных родов, которые отмечают более чем у 30% беременных с нелеченной бактериурией.

### **Клиническая картина**

Бессимптомная бактериурия не имеет существенного клинического значения. В подавляющем большинстве случаев бактериурию у беременных можно диагностировать при первом визите к врачу в ранние сроки беременности , лишь в 1% случаев бактериурия развивается в более поздние сроки.

### **Осложнения гестации:**

- угроза прерывания беременности;
- анемия беременных;
- гипертензивные состояния беременности;
- угроза преждевременных родов;
- плацентарная недостаточность;
- ЗРП;
- гибель плода.

### **Лечение**

Основные препараты для лечения бессимптомной бактериурии при беременности:

Амоксициллин по 250-500мг 3 раза в сутки в течение 3 суток.

Амоксициллин – клавулановая кислота по 375-625 мг 2-3 раза в сутки.

Канефрон Н по 1таблетки 2 раза в сутки в течение 14 дней.

Заболевания почек при беременности занимают второе место после сердечно-сосудистых заболеваний. Среди инфекционных на втором месте после ОРЗ.

Наиболее часто встречается пиелонефрит (20%), гломерулонефрит (0.1 - 0.2%), мочекаменная болезнь (0.1 - 0.2%). Во время беременности

пиелонефрит встречается у 48% женщин, в послеродовом периоде 35%, в родах 17%.

Возникновению пиелонефрита (ПН) способствуют гормональные изменения, свойственные беременности, сдавление мочеточников растущей маткой, наличие очагов инфекции в организме (ангина, кариозные зубы, фурункулез и др.). Под влиянием прогестерона, продуцируемого плацентой, наблюдается расслабление гладкой мускулатуры кишечника, мочевого пузыря и мочеточников. Наблюдается склонность к запорам и значительное замедление пассажа мочи. Отмечаются расширение, удлинение, искривление мочеточников с перегибами и петлеобразованием, увеличение полости лоханок. Нарушается уродинамика верхних мочевыводящих путей и кровообращение в почках. В этих условиях создается благоприятный фон для распространения инфекции восходящим путем из уретры, мочевого пузыря по субэпителиальному слою ткани в почечные лоханки. Известно распространение инфекции лимфогенным и гематогенным путем из очага воспаления в миндалинах, зубах, половых органах, желчном пузыре и пр. Всякое препятствие оттоку мочи усугубляет развитие инфекции мочевых путей - камни, аномалии развития, перегибы мочеточника и т.д. К развитию гестационного ПН предрасполагают благоприятные условия для активации латентно протекающей инфекции в почках: нарушения уродинамики верхних мочевых путей и гемодинамики в почках ухудшают выведение из почек инфекционных агентов, попавших в нее гематогенно. В то же время дизурия, нарушение функции мочевого пузыря, увеличение его объема в результате снижения тонуса, ухудшает эвакуацию мочи из верхних мочевых путей, что способствует ее задержке и развитию воспаления в почках. Патологический процесс развивается в интерстициальной ткани почки и завершается ее склерозированием, сдавливанием почечных канальцев, при этом рано нарушается концентрационная способность почек. На этом фоне может развиваться почечная гипертензия, которая наблюдается у 20% беременных с ПН. При злокачественном течении артериальной гипертензии развивается сморщенная почка и хроническая почечная недостаточность. Инфицирование стенки мочеточника нарушает его перистальтику, приводит к стазу мочи. Инфекция в почечных лоханках способствует образованию камней, травмирующих эпителий мочевыводящих путей. Образуется порочный круг - на фоне беременности снижается эвакуация мочи, способствуя развитию инфекции, а инфекция мочевых путей усугубляет стаз и тяжесть патологического процесса.

***Возбудителями ПН у беременных часто являются условно-патогенные микроорганизмы.***

**Кишечная палочка** высевается у 36-88% беременных и вызывает склероз почечных лоханок, околопочечной клетчатки и капсулы почек. **Протей** (5-20%) своими ферментами расщепляет белки и мочевины с образованием

аммиака и других веществ, которые повреждают клетки эпителия почек и мочеточников. Эта инфекция вызывает образование камней и имеет рецидивирующее течение. Из мочи беременных высевают также клебсиеллу, энтерококк и др. Однако чаще всего возбудителями ПН являются грамотрицательные микроорганизмы - **стрептококки групп Д и Б, стафилококки и микрококки**. Воспаление в почках могут вызывать также **Сандида, Мйсоплазма хоминис, Уреаплазма уреалйтисум, Трихомонас вагиналис, анаэробные бактерии**. Как правило, при свежем процессе находят, одного возбудителя, а при длительно существующем - несколько.

### ***Сроки возникновения пиелонефрита.***

При беременности на 23-28 неделе (максимальный подъем кортикостероидов).

На 32-34 неделе, когда матка достигает максимума в размерах

39-40 недель - головка прижата к входу в малый таз.

После родов - 2-5 сутки, 10-12 сутки.

### **Клиническая картина:**

Различают острый и хронический ПН. ***Появление или обострение ПН чаще происходит в 22-28 недель беременности***, когда резко возрастают уровни половых и кортикостероидных гормонов. Этот период является критическим для беременных, больных ПН.

***Острый ПН:*** начинается с повышения температуры до 38-40° С, озноба, головной боли, боли в конечностях. Выраженные признаки интоксикации сопровождаются болями в пояснице, усиливающимися при дыхании, иррадиацией по ходу мочеточников, в паховую область, бедро, половые губы. Симптом Пастернацкого положительный. При присоединении цистита появляется учащенное болезненное мочеиспускание. В ряде случаев отмечается повышение температуры до субфебрильных цифр без озноба. Боль в пояснице появляется только на 2-3 день, сначала двусторонняя, затем - с одной стороны, чаще справа. Это связывают со сдавлением мочеточника правой яичниковой веной, варикозно расширяющейся во время беременности. Она находится в одном тесном соединительнотканном футляре с мочеточником. Выделяют интерстициальную, серозную и гнойную формы ПН. Последняя подразделяется на апостематозный нефрит, карбункул и абсцесс почки. Если развивается гнойный ПН, интоксикация сопровождается тахикардией (до 120-140 уд/мин), головной болью, слабостью, адинамией, иктеричностью склер, тошнотой, рвотой. В 25% наблюдений присоединяются симптомы бактериально-токсического шока с падением артериального давления, резкой бледностью, акроцианозом, спутанностью сознания. При тяжелом течении ПН появляются признаки почечно-печеночной

недостаточности с азотемией, выраженной желтухой. При распространении процесса на паранефральную клетчатку появляется симптом напряжения мышц передней брюшной стенки, болезненность в подреберье и напряжение мышц поясничной области.

**Дифференциальный диагноз.** С острым аппендицитом, острым холециститом, колитом, почечной или печеночной коликой, общие инфекционные заболевания.

Со стороны акушерства: угроза преждевременных родов, преждевременная отслойка нормальной расположенной плаценты, эмболия околоплодными водами, хориоамнионит, эндометрит, миометроэндометрит, аднексит.

**Хронический ПН** :начинается, как правило, в детстве. Длительный период ремиссии способствует несерьезному отношению к заболеванию. Обострения бывают связаны с гормональными сдвигами (пубертатный период, замужество, беременность, роды). Вне обострения больные чувствуют себя хорошо, иногда появляются неотчетливые жалобы на недомогание, головную боль, тупую боль в пояснице. У 5-10% беременных встречается бессимптомная бактериурия без каких-либо признаков воспаления мочевыводящих путей ни в настоящем, ни до беременности. У 40% женщин она переходит в клинически выраженный ПН. Иногда бессимптомная бактериурия расценивается как предстадия ПН.

Пиелонефрит неблагоприятно влияет на течение беременности и состояние плода. Преэклампсия присоединяется не менее чем у 40% больных ПН, особенно хроническим. Невынашивание у них достигает 30% за счет преждевременных родов. Перинатальная смертность составляет 25-50%. У новорожденных находят признаки внутриутробного инфицирования, они более подвержены послеродовым гнойно-септическим заболеваниям. Некоторые дети рождаются с врожденным везикулезом, однако ни у одного из новорожденных не выявлен врожденный ПН. При наличии почечной гипертензии гораздо чаще возникают осложнения беременности, незрелость детей и перинатальная смертность.

## **АНЕМИЯ БЕРЕМЕННЫХ**

Проблема анемий беременных остается актуальной как для всего мира, так и для Узбекистана, в связи с неуклонным ростом данной патологии среди беременных. В структуре заболеваемости беременных железодефицитная анемия (ЖДА) занимает второе место после патологии щитовидной железы .

Под анемией беременных понимают ряд анемических состояний, характеризующихся уменьшением количества эритроцитов и снижением содержания гемоглобина в единице объема крови, возникающих во время

беременности, осложняющих ее течение и обычно прекращающихся при завершении или прерывании беременности.

Физиологически протекающая беременность обычно сопровождается снижением концентрации гемоглобина вследствие увеличения объема циркулирующей крови и ее компонентов. Минимальные значения концентрации гемоглобина и гематокрита отмечаются в 32–34 недели беременности. В эти сроки их среднее значение у женщин не получавших препараты железа, составляют 105–110 г/л и 32–34 л/л соответственно. Предполагается, что гемодилюция способствует нормальному течению беременности, улучшению маточно-плацентарного кровообращения и, вероятно, служит компенсаторным механизмом кровопотери в родах. При нормальном течении беременности все перечисленные изменения носят компенсированный характер и не выходят за пределы “коридора физиологических изменений”.

Анемия довольно часто сопровождает хронические заболевания (пиелонефрит, ревматоидный артрит, системная красная волчанка, инфекционный эндокардит, остеомиелит и туберкулез) и наблюдается у 35–72% беременных с признаками воспалительного процесса в почках.

### **Основные аспекты этиопатогенеза:**

Одним из незаменимых важнейших микроэлементов является железо, необходимое для нормального функционирования многих биологических систем. Общеизвестно, что при участии железа в организме человека осуществляются практически все метаболические процессы, оно выполняет ферментативные функции, обеспечивая жизнедеятельность каждой клетки .

Около 30% от общего содержания железа в организме откладывается в депо. Ферропротеинами, депонирующими железо в нетоксичной и физиологически доступной форме, являются ферритин и гемосидерин, которые представляют собой соединение молекул белка апоферритина с большим количеством атомов железа. Основным транспортным железосодержащим белком плазмы является трансферрин, относящийся к  $\beta$ -глобулинам.

Выделяют совокупность факторов риска у женщин из группы резерва родов по развитию ЖДА в период гестации. По данным Смирновой Л.А. (2002) готовность к анемии в ранние сроки беременности установлена у 51,6% женщин с нормальным уровнем гемоглобина, в том числе 34,5% имеют предлатентный, а 19,5% – латентный дефицит железа. Согласно данным Касабулатова Н.М. (2003) почти у половины всех женщин к началу беременности резервы железа недостаточны.

Патологическим фоном для развития ЖДА в прегравидарном периоде могут быть :

***хронические кровопотери***

эндометриоз;  
миома матки;  
использование внутриматочных контрацептивов;  
дисфункциональные маточные кровотечения;  
гинекологические заболевания, сопровождающиеся внешним или внутренним кровотечением;  
обильные и длительные менструации;  
многократные беременности и роды (более трех) с интервалом менее двух лет;  
многоплодие;  
беременность, наступающая на фоне лактации;  
искусственные и самопроизвольные аборт, предшествовавшие данной беременности;  
заболевания желудочно-кишечного тракта (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, эрозивный гастрит, дивертикулы различных отделов кишечника, геморрой, неспецифический язвенный колит);  
геморрагический диатез;  
носовые кровотечения

#### ***алиментарный дефицит железа***

Чаще всего этот вид дефицита железа встречается в странах с низким экономическим уровнем.

Наиболее полно всасывается гемовое железо, то есть входящее в состав гема миоглобина и гемоглобина, поскольку его биодоступность оптимальна и не требует предварительных условий: гемовый кофе, чая,

яиц (желудка и обширных участков тонкого кишечника).

#### **Лечение ЖДА:**

Лечение ЖДА определяется степенью ее тяжести, **наличием сопутствующих экстрагенитальных заболеваний** и осложнений беременности.

Целью терапии железодефицитных состояний является устранение дефицита железа и восстановление его запасов. Добиться этого можно только при устранении причины, лежащей в основе ЖДА и одновременном возмещении дефицита железа в организме.

Для рациональной ферротерапии необходимо придерживаться основных принципов :

***Принцип первый*** - обязательное введение препаратов, содержащих солевое железо. В настоящее время существуют многочисленные и убедительные данные, свидетельствующие о том, что покрытие дефицита железа в

организме с помощью только диетической коррекции невозможно, вследствие ограничения всасывания микроэлемента из пищи в желудочно-кишечном тракте. Предел всасывания данного микроэлемента в кишечнике составляет 2–2,5 мг.

При выборе пищевого рациона, как одного из составляющих компонентов комплексной терапии ЖДА, следует ориентироваться не на общее содержание железа в продуктах, а на форму, в которой оно представлено. Наиболее полно всасывается гемическое железо, поскольку его биодоступность оптимальна.

Из растительной пищи усваивается около 1% железа. Из ферропрепаратов поступление железа в организм в 10–15 раз больше

***Второй принцип*** – этапность и достаточная длительность ферротерапии. Лечение ЖДА состоит из двух этапов: купирование анемии и восполнение депо. Первый этап длится от начала терапии до нормализации уровня гемоглобина и занимает обычно около 4-6 недель. При этом доза препарата должна соответствовать тяжести ЖДА, так как железо является прооксидантом и способствует активации ПОЛ. Второй этап- «терапия насыщения» проводят 2-3 месяца в дозе 30-60 мг по элементарному железу (ЭЖ) в день. Таким образом, полный двухэтапный курс лечения ЖДА занимает от 3 до 5 месяцев

***Третий принцип*** – правильный расчет суточной дозы. В основе такого расчета лежит показатель ЭЖ. Лечебная суточная доза для пациента 70-80 кг веса от 100 мг до 200 мг ЭЖ. По рекомендации ВОЗ Оптимальная доза составляет 120 мг в сутки. В настоящее время применяют препараты, содержащие двухвалентное железо, так как оно значительно лучше всасывается в кишечнике, преимущественно перорально.

### **Практическое занятие № 7**

#### **Резус фактор в акушерстве.**

#### **Продолжительность изучения темы**

#### **Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время –80 мин            | Количество студентов - 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Форма проведения занятия | Учебная практика                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| План лекционного занятия | <p>Вводное слово</p> <p>Определение и цели <b>Резус фактор в акушерстве. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного.</b></p> <p>Основные положения цели <b>Резус фактор в акушерстве. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного.</b></p> <p>Определяющие компоненты и составные цели <b>Резус фактор в акушерстве. Гемолитическая болезнь плода</b></p> |

### Технологическая карта практического занятия

| Этапы, время                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Студент                                                                                                                                                                     |
| 1 этап: Введение – 10 мин.      | <p>Вступительное слово о <b>Резус фактор в акушерстве. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного</b></p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия</p>                                                                                                                                   | Слушает, записывает                                                                                                                                                         |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.) | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p><b>Определение резус фактора</b><br/> <b>Группа крови</b><br/> <b>Роль определения резус фактора в акушерстве.</b><br/> <b>Виды ГБН.</b></p> | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br>Заключительный       | Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы,                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                             |

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                  |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| (10 мин.) | <p>которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия</p> | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p> |
|-----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

### **Контрольные вопросы**

- 1.Связь меду гемолизом и билирубинемией?
- 2.Что необходимо иметь для определения группы крови?
- 3.Где происходит обезвреживание непрямого билирубина, и каким образом?
- 4.Может быть у ребенка 0(И) группа крови если у отца и матери ребенка В(ИИИ) группа крови?
- 5.В чем разница между гемосорбцией и плазмаферезом?
- 6.Чем можно объяснить физиологическую желтуху у новорожденного?
- 7.Три формы гемолитической болезни новорожденного.

### **Метод «Ручка на середине стола»**

#### **Шаги:**

- 1.Предварительно педагог подготавливает вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).
2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладётся ручка.

4. Один из участников вращает ручку.
5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.
6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.
7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

**РЕЗУС-ФАКТОР** (Rh-фактор) – врожденное групповое свойство эритроцитов человека, обусловленное наличием в них антигенов (изоантигенов) резус. Не зависит от свойств других систем крови, передается по наследству и сохраняется в течение жизни человека. Находится в эритроцитах 85% людей, кровь которых называют резус-положительной (Rh+). Кровь остальных людей не содержит Р. – Ф. и называется резус – отрицательной (Rh-). Существует несколько различных антигенов системы резус, для определения которых применяют специальные сыворотки. В норме естественные антитела к антигенам резус, как правило, не встречаются. Однако в результате иммунизации организма женщине во время беременности Р.- Ф. плода или при переливании резус-положительной крови резус – отрицательному реципиенту могут образовываться иммунные антитела антирезус неполной или полной формы. Переливание резус-положительной крови такому иммунизированному реципиенту влечёт за собой разрушение эритроцитов и сопутствующие реакции или осложнения.

Название «резус-фактор» происходит от названия вида обезьяны макакус - резус. В 1940 году австралийским ученым Карлом Ландштейнером (он же в 1930 году открыл группы крови, за что в 1930 году получил нобелевскую премию) и американским ученым А.С. Винером в эритроцитах крови этой обезьяны был обнаружен антиген, названный резус фактором.

Наличие или отсутствие резус фактора в эритроцитах людей обуславливает принадлежность их к резус - положительной (Rh+) или резус – отрицательной (Rh-) группе.

Установлено, что 86% людей европеоидной («белой») расы обладают резус – положительным (99% индейцев и азиатов), а 14 % - резус – отрицательным фактором (7% африканцев).

Резус – принадлежность не меняется в течение жизни человека.

При браке мужчины, обладающего резус-положительным фактором, и женщины с резус-отрицательным фактором чаще возможно зачатие «резус-положительного» плода.

Антигены плода в период вынашивания в небольшом количестве способны проникать в кровоток матери через плаценту и вызывать образование антител (особенно если есть патология детского места). При первой беременности (иногда и при второй) концентрация их в крови сравнительно невелика и зародыш развивается, не испытывая вредных влияний этих антител.

Картина резко меняется при последующих беременностях: концентрация антител все более возрастает, за счет малого размера они способны свободно проникать через плаценту в кровоток плода и повреждают его резус-положительные эритроциты (гемолиз) и кроветворные органы. Результатом этого является возникновение у ребенка гемолитической болезни.

При раннем проявлении заболевания резус-конфликт может быть причиной преждевременных родов или выкидышей, а также рождения мертвого ребенка. Анализ на резус-конфликт производят обычно на 8-ой неделе беременности и определяют наличие резус - антител в крови. Это особенно важно, если в прошлом были аборты, выкидыши или проводилось переливание крови.

В настоящее время медицина располагает способами борьбы с гемолитической болезнью в виде быстрого переливания младенцу резус-отрицательной крови или введения анти - Rh-антител для предотвращения иммунизации матери.

Если «резус-отрицательная» женщина хочет родить второго либо третьего ребёнка от «резус – положительного» мужчины, то ей надо проконсультироваться у врача и пройти обследование на наличие резус – антител в крови.

В крови человека естественные антитела по отношению к резус-фактору отсутствуют. Имунные антирезус – антитела появляются в организме в ответ на попадание резус - антигена либо после переливание резус – несовместимой крови, либо после родоразрешения резус – положительным плодам. Наличие в крови резус – отрицательных лиц антирезус – антител является показателем сенсбилизации организма к резус фактору.

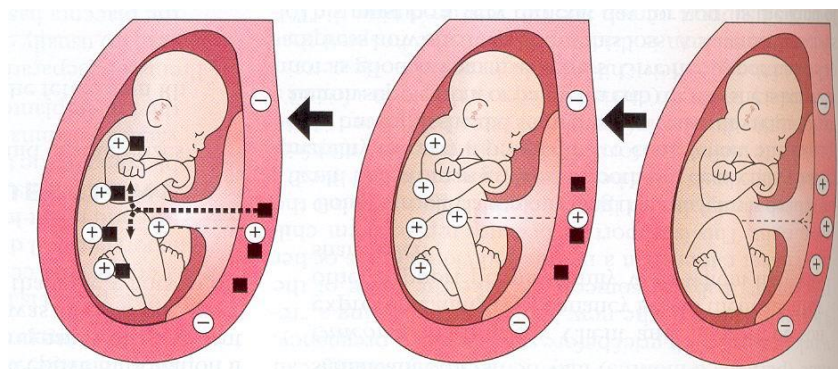
Резус - фактор обладает выраженными антигенными свойствами. Одно переливание резус- положительной крови резус – отрицательному реципиенту стимулирует образование антител в 50% случаев.

К иммунизации резус-отрицательного человека может привести не только внутривенное, но и внутримышечное введение крови. Иммунизация женщин с резус-отрицательной кровью чаще всего наступает в результате беременности

и родов плодом с резус – положительной кровью. По мнению большинства исследователей, наиболее вероятное время получения первичного стимула – послеродовой период. Различные оперативные вмешательства в родах, особенно ручное отделение последа, кесарева сечение, немного увеличивают трансплацентарный переход эритроцитов плода в кровь матери. В связи с выраженной антигенностью резус – фактора у большого числа резус – отрицательных женщин в результате трансплацентарного перехода эритроцитов плода развивается иммунизация, частота которой зависит от величины трансплацентарного кровотечения.

После первой беременности резус-положительным плодом сенсibilизируется 10% резус-отрицательных женщин. Если резус – отрицательная женщина избежала иммунизации при первой беременности, то при последующей беременности плодом сенсibilизируется 10% резус – отрицательных женщин. Если резус-отрицательная женщина избежала иммунизации при первой беременности, то при последующей беременности плодам с резус – положительной кровью она вновь в 10% случаев имеет возможность быть иммунизированной. Рождение ребенка с резус – положительной кровью, не совместимой с кровью матери по системе АВО, снижает возможность иммунизации.

К сенсibilизации организма к резус-фактору могут вести не только роды, причиной её нередко является самопроизвольное либо искусственное прерывание беременности. На развитие сенсibilизации, кроме трансплацентарного перехода эритроцитов, влияют группа крови и генотип по резус-фактору у плода. Кроме того, имеют значение пол плода, иммунологическая толерантность организма матери, снижение иммунологической реактивности организма во время беременности, генетические факторы. Какими бы не были пути развития сенсibilизации, иммунное состояние, возникнув, остается на всю жизнь. У женщины, сенсibilизированной к резус-фактору, уже при ее первой беременности у плода может развиваться гемолитическая болезнь.



**Патогенез гемолитической болезни.** Патогенез гемолитической болезни представляется следующим. Гемолитическая болезнь развивается в результате

проникновения материнских антител через плаценту к плоду. Резус - антитела вступают в реакцию с резус – положительными эритроцитами плода, что ведет к их гемолизу. Развивающаяся анемия вызывает компенсаторную реакцию организма, возникновение очагов экстрамедуллярного кроветворения с последующей гепатоспленомегалией. Продукты распада эритроцитов стимулируют костный мозг к образованию молодых, незрелых форм красной крови. В результате превалирования процесса разрушения эритроцитов над гемопоэзом у плода развивается анемия.

### ***КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.***

***Классификация и клиническая характеристика основных форм гемолитической болезни.*** Согласно наиболее применяемой классификации выделяются три основные формы гемолитической болезни:

гемолитическая анемия без желтухи и водянки;  
гемолитическая анемия с желтухой;  
гемолитическая анемия с желтухой в водянке.

### ***ДИАГНОСТИКА В АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД.***

Для диагностики гемолитической болезни плода и новорождённого необходим комплекс клинико - лабораторных исследований, проводимый в антенатальный и постнатальный периоды. Наибольшие трудности вызывает дородовая диагностика гемолитической болезни плода. Она предусматривает как установление факта сенсибилизации эритроцитарными антигенами. Так и определение степени поражения внутриутробного плода антителами матери. Эти два процесса не взаимосвязаны. Выявление даже высокого титра антител не всегда сопровождается развитием гемолитической болезни новорождённого. Серологическая диагностика сенсибилизации по системе Rh в настоящее время не вызывает затруднений. Наиболее распространёнными методами выявления анти - Rh – антител являются прямая и непрямая пробы Кумбса с применением антиглобулиновой сыворотки. По мнению З.Ф. Васильевой, В.Н. Шабалина (1984), большое значение в диагностике гемолитической болезни плода имеет иммунологический тест на выявление в кровотоке матери резус – положительных эритроцитов плода.

Величина титра антител имеет лишь относительное значение в отношении прогноза, как развития гемолитической болезни новорождённого, так и её тяжести. Обнаружение даже высокого титра антител свидетельствует лишь о вероятности повреждения плода и развития гемолитической болезни новорождённого. Установлено, что при развитии гемолитической болезни плода в периферической крови матери наблюдаются снижение уровня IgГ и повышение уровней IgМ и IgА. Некоторые исследователи рекомендуют для

диагностики иммуноконфликта по системе Рх использовать иммунотромбоцитограмму: реакция тромбоагглютинации, тромбоцитолита, непрямой тест Штеффена с тромбоцитами, рефракционный тест Экройда. Исследование периферической крови матери не даёт достаточного представления о состоянии плода. В настоящее время признаётся целесообразным применение в этих целях исследований околоплодных вод, плаценты, оценка состояния плода с помощью УЗИ. Важным источником информации о состоянии плода является исследование околоплодных вод, полученных путём амниоцентеза. В настоящее время указанный метод сопряжён с меньшей опасностью, поскольку возможность определения локализации плаценты с помощью УЗИ полностью исключает риск её повреждения. Исследование околоплодных вод, по данным многих авторов, является одним из важных методов антенатальной диагностики гемолитической болезни. При этом могут быть определены билирубиновый показатель (путём измерения оптической плотности околоплодных вод на спектрофотометре), группа крови плода, титр антител, содержание белков и др.

Околоплодные воды получают с помощью амниоцентеза, который может быть произведен двумя путями: трансабдоминально или через канал шейки матки.

### **Практическое занятие № 8**

#### **Невынашивание и перинашивание беременности.**

#### **Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время –80 мин            | Количество студентов - 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Форма проведения занятия | Учебная практика                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| План лекционного занятия | <p>Вводное слово</p> <p>Определение и цели <b><i>Невынашивание и перинашивание беременности, индукция родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек.</i></b></p> <p>Основные положения цели <b><i>Невынашивание и перинашивание беременности, индукция родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек.</i></b></p> <p>Определяющие компоненты и составные цели <b><i>Невынашивание и перинашивание беременности, индукция родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек.</i></b></p> |

| Этапы, время                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                       | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Студент                                                                                                                                                                     |
| 1 этап: Введение – 10 мин.            | <p>Вступительное слово о <b><i>Невынашивание и перинашивание беременности, индукция родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек.</i></b></p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Слушает, записывает                                                                                                                                                         |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.)       | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Назовите фоновые заболевания шейки и матки.</li> <li>2. Этиология и патогенез фоновых заболеваний шейки и матки.</li> <li>3. Диагностика фоновых заболеваний шейки и матки.</li> <li>4. Диф. диагностика фоновых заболеваний шейки и матки.</li> <li>5. Лечение фоновых заболеваний шейки и матки.</li> <li>6. Назовите фоновые заболевания шейки и матки.</li> <li>7. Этиология и патогенез раковых заболеваний шейки и матки.</li> <li>8. Диагностика раковых заболеваний шейки и матки.</li> <li>9. Диф. диагностика раковых заболеваний шейки и матки.</li> <li>10. Лечение и прогноз раковых заболеваний шейки и матки.</li> </ol> | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br>Заключительный - (10 мин.) | <p>Подводит итог практического занятия. Напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Уточняет неясные вопросы.                                                                                                                                                   |

|  |                                                                                                                                                                               |                                          |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
|  | студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.<br><br>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия | Записывает задание для следующих занятий |
|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое истинно переносимая беременность?
2. Что такое пролонгированная беременность?
3. Признаки перезрелости плода
4. Ведение беременности и родов при переносимой беременности
5. Что такое индукция родов?
6. Показания и противопоказания к индукции родов?
5. Дать определение невынашивания беременности.
7. Причины невынашивания беременности.

Что такое привычное невынашивание беременности?

### **Метод «Ручка на середине стола»**

#### **Шаги:**

1. Предварительно педагог подготавливает вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).
2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладётся ручка.
4. Один из участников вращает ручку.
5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.

6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.

7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

Привычным невынашиванием считают неоднократное самопроизвольное прерывание беременности 2 раза и более.

Частота невынашивания беременности колеблется от 10 до 25 %; в I триместре она может достигать 50 %, во II триместре — 20 %, в III триместре — 30 %.

Причины невынашивания беременности многочисленны и разнообразны. Условно их можно разделить на следующие основные группы; патологические состояния организма женщины; иммунологические факторы; генные и хромосомные нарушения; средовые факторы.

К патологическим состояниям организма женщины, в частности, относятся анатомические и функциональные изменения половых органов. Развитию функциональных изменений могут способствовать инфекционные заболевания, особенно в детском и пубертатном возрасте, искусственные аборты, воспалительные заболевания половых органов, нарушение функционального состояния желез внутренней секреции (особенно гипофиза) после патологических родов, стрессовых ситуаций, общих заболеваний. В 64—74 % случаев причиной прерывания беременности является гормональная недостаточность яичников и плаценты. К анатомическим изменениям половых органов относятся инфантилизм (недоразвитие матки), пороки развития матки (двурогая или однорогая, внутриматочная перегородка), истмикоцервикальная недостаточность, травматические повреждения матки при искусственном аборте и родах, различные опухоли.

Генитальный инфантилизм характеризуется сочетанием таких неблагоприятных факторов, как дефицит половых гормонов, недоразвитие матки, неполноценность ее мышечного слоя, повышенная возбудимость и др.

Для истмикоцервикальной недостаточности характерна неполноценность циркулярной мускулатуры в области внутреннего зева, которая способствует развитию недостаточности перешейка и шейки матки. Различают органическую и функциональную истмикоцервикальную недостаточность. Органическая (анатомическая, травматическая) недостаточность развивается в результате травматических повреждений истмического отдела шейки матки

при искусственном аборте, родах крупным плодом, оперативных родах (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода и др.). Функциональная истмиоцервикальная недостаточность обусловлена инфантилизмом и гормональной недостаточностью, как правило, развивается во время беременности и наблюдается чаще, чем органическая.

Травматические повреждения эндометрия и рецепторных образований матки, воспалительные процессы, развивающиеся после искусственного аборта, приводят к нарушению процессов имплантации и плацентации и наступлению самопроизвольных выкидышей. После инструментального выскабливания матки, ручного отделения плаценты, перенесенного тяжелого эндометрита могут возникнуть внутриматочные сращения (синехии), которые являются причиной привычного невынашивания беременности. При миоме матки с различной локализацией узлов и опухолях яичников беременность может наступить, но нередко она заканчивается прерыванием.

Различные воспалительные заболевания шейки матки и влагалища (эрозия, цервицит, кольпит) приводят к анатомо-функциональным изменениям половой системы женщины, что в свою очередь может явиться причиной самопроизвольного прерывания беременности. Определенная роль в возникновении последнего принадлежит шеечно-влагалищной инфекции (трихомоноз, микоплазмы, хламидии). Особого внимания заслуживают вирусные инфекции (краснуха, цитомегалия, герпес, грипп, аденовирусная инфекция, паротит и др.), возбудители которых проникают через плацентарный барьер и активно размножаются в плаценте, повреждая ее и вызывая внутриутробное инфицирование плода. Определенную роль в невынашивании беременности играет и латентно протекающая инфекция (токсоплазмоз, листериоз, риккетсиозы, хламидиоз).

Нейроэндокринные нарушения (функциональные изменения надпочечников, щитовидной железы) являются самостоятельным этиологическим фактором прерывания беременности. Тяжелые формы экстрагенитальных заболеваний (декомпенсированные пороки сердца, гипертоническая болезнь, анемия, пиелонефрит) способствуют возникновению плацентарной недостаточности, что приводит к нарушению развития плода и невынашиванию беременности. По данным литературы, у женщин с осложненным течением беременности вероятность наступления преждевременных родов в 2 раза выше, чем при неосложненном. У беременных с поздним токсикозом частота недонашивания составляет 24,7%, а при сочетанных формах токсикоза она в 3 раза выше, чем при «чистых».

В практической работе широко используют орципреналина сульфат (алупент), партусистен, ритодрин. Бета-миметические средства улучшающие маточно-плацентарное кровообращение, ускоряют кровоток в межворсинчатом пространстве и нормализуют состояние плода. При выраженных клинических

симптомах прерывания беременности лечение токолитиками начинают с внутривенного введения по 0,0005 г партусистена, по 0,0002 г алупента или по 0,001 г ритодрина, разведенных в 250—400 мл физ.раствора. Препараты вводят по 12-15 кап в течение 6—12 ч, затем переходят на их оральное применение с постепенным снижением дозы. При применении токолитиков иногда наблюдается сердцебиение, беспокойство, некоторое снижение диастолического давления, озноб, головная боль, тошнота. В таких случаях рекомендуется применять антагонист кальция верапамил (изоптин) по 0,04 г/сут 3—4 раза. Противопоказаниями для применения бета-миметических средств являются разрыв плодного пузыря, внутриматочная инфекция, внутриутробная смерть плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, различные сердечно-сосудистые заболевания.

В последнее время при угрозе прерывания беременности применяют ингибиторы простагландинов (индометацин, ацетилсалициловая кислота и др.). Индометацин назначают 1—2 раза по 0,1 г/сут. После снятия гонуса матки переходят на прием препарата в таблетках по 0,025 г через 6 ч. Продолжительность лечения 7—10 дней. Ацетилсалициловую кислоту применяют в первые два дня по 0,5 г 2—3 раза в день после еды. Длительность лечения 5—8 дней.

Преждевременные роды. Преждевременный разрыв плодных оболочек.

Преждевременными родами считают родоразрешение при сроке беременности от 22 до 37 нед, их частота составляет 5—8 %.

Спонтанная преждевременная родовая деятельность или дородовое излитие околоплодных вод (ДИВ) являются причиной около 80% преждевременных родов.

Преждевременные роды являются причиной более 65% случаев перинатальной смертности и около 50% случаев поражения ЦНС, в том числе ДЦП.

Факторы риска преждевременных родов

- Возраст 16 лет и младше
- Низкий социально-экономический статус
- Низкий весо-ростовой показатель
- Курение
- Преждевременные роды в анамнезе

- Многоплодная беременность
- Истмико-цервикальная недостаточность
- Патология матки
- Инфекция
- Бактериурия
- Пиелонефрит
- Бактериальный вагиноз
- Пневмония
- Дородовый преждевременный разрыв оболочек
- Двойня
- Многоводие

Тактика ведения преждевременных родов определяется сроком беременности, массой плода, состоянием шейки матки и плодного пузыря, характером родовой деятельности, а также возникшими осложнениями в родах. Поэтому при преждевременных родах необходим индивидуальный подход к их ведению.

Чтобы определить тактику необходимо ответить на следующие вопросы:

- Является ли пациент в родах?
- Произошел ли разрыв оболочек?
- Гестационный возраст плода?
- Какие имеются факторы риска?

Начальное лечение

Определить :

Состояние плода

Близость родов

Возможность местных ресурсов

Наличие безопасной транспортировки в соответствующий центр

Транспортировка матери при сроках менее 32-34 недель снижает неонатальную смертность до 60%

Всем беременным женщинам с угрозой преждевременных родов в сроке от 22 до 34 недель необходимо провести профилактику кортикостероидами:

- 2 дозы по 12 мг бетаметазона внутримышечно через каждые 24 часа или
- 4 дозы по 6 мг дексаметазона внутримышечно через каждые 12 часов

Место для приема преждевременных родов должно быть подготовлено и оборудовано для применения срочных мер, а температура должна быть 28°C

При начавшейся родовой деятельности в 22—34 нед беременности и отсутствии признаков гипоксии плода, а также при целом плодном пузыре, укороченной шейке матки или открытии ее не более чем на 2 см, отсутствии признаков инфекции необходимо подавлять сократительную деятельность матки с помощью 25 % раствора сернокислого магния (7 — 10 мл 2 раза в сутки), 2 % раствора папаверина (2 мл внутримышечно 3 раза в сутки), токолиза бета-миметическими средствами, спазмолитическими средствами, проводить профилактику дистресс-синдрома дексаметазоном и фетоплацентарной недостаточности. Каждая неделя при преждевременных родах, на которую можно продлить беременность, имеет существенное значение, поскольку смертность и заболеваемость новорожденных снижаются по мере увеличения срока беременности и развития плода.

. Увеличение окситотической активности крови сопровождается снижением активности холинэстеразы и увеличением концентрации свободного ацетилхолина, обладающего мощным контрактильным действием.

Большинство авторов считают, что для переносимой беременности характерны резкое снижение экскреции эстриола и недостаточная стабилизация матки эстрогенными гормонами. При переносимой беременности уменьшено и количество эстрогенных рецепторов.

Многочисленными исследованиями показано, что синтез эстриола осуществляется в фетоплацентарной системе. Синтез начинается с дегидроэпиандростерона (ДГЭА) в надпочечниках плода, который в его печени гидроксилируется в 16-дегидроэпиандростерон (16-ДГЭА), а в плаценте превращается в эстриол. Только небольшое количество ДГЭА и 16-ДГЭА образуется в организме матери. Установлено, что аномалии развития плода, особенно центральной нервной системы, с выраженными поражениями надпочечников ведут к перенашиванию беременности. Таким образом, можно

считать, что причины переносимой беременности нередко связаны с плодом и плацентой, а не с первичной инертностью матки.

Представляет интерес выяснение роли прогестерона в развитии родовой деятельности и в перенашивании беременности. Результаты многочисленных исследований показывают, что концентрация прогестерона в плазме крови, амниотической жидкости и плаценте возрастает по мере увеличения срока беременности. Ряд авторов не установили особых изменений уровня прогестерона и прегнандиола в родах, однако это не доказывает роли прогестерона в развитии родовой деятельности. Заслуживают внимания предложения некоторых исследователей учитывать не абсолютное количество прогестерона в крови, а величину соотношения эстрогены: прогестерон или обратного соотношения. По нашим данным, соотношение прогестерон:эстрогены было наиболее высоким при переносимой беременности (41,3:1), тогда как при доношенной беременности оно составило 10,7:1, при пролонгированной — 7,7:1.

Единое мнение о роли кортикостероидов в перенашивании беременности отсутствует, хотя большинство авторов указывают на их сниженное содержание при перенашивании.

При переносимой беременности выявлена недостаточная концентрация окситоцина, что склонны объяснять повышенной активностью окситоциназы или, возможно, низкой продукцией окситоцина при нормальной или слабой активности окситоциназы.

Экскреция катехоламинов при перенашивании значительно снижена. Это указывает на функциональные изменения в симпатико-адреналовой системе, которая несомненно играет роль в возникновении родовой деятельности.

В последние годы большое внимание уделяется роли простаглан-динов в регуляции родовой деятельности. При перенашивании концентрация простагландина  $\text{Ф2}_\text{к}$  в амниотической жидкости более чем в 2 раза ниже, чем при доношенной. В связи с тем что простагландины являются стимуляторами сокращения матки, возможно, что уменьшенный их синтез или освобождение из связанного состояния с белками и последние недели беременности является одной из причин несвоевременного развития родовой деятельности. Это предположение подтверждается отсутствием наступления родов в срок у беременных, регулярно получавших ацетилсалициловую кислоту, которая является ингибитором синтеза простагландинов.

### **Практическое занятие № 9**

#### **Фетоплацентарная недостаточность.**

**Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                                                                                                                        |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время –80 мин            | Количество студентов - 8                                                                                                                                                               |
| Форма проведения занятия | Учебная практика                                                                                                                                                                       |
| План лекционного занятия | Вводное слово<br>Определение и цели Оплодотворение. Зачатие<br><br>Основные положения цели Оплодотворение. Зачатие<br>Определяющие компоненты и составные цели Оплодотворение. Зачатие |

### Цель занятия

- дать определение ФПН и СЗРП;
- дать определение перинатальному периоду;
- дать понятие о фетоплацентарной системе (ФПС);
- кратко изучить сведения о составляющих ФПС;
- изучить морфо-функциональные структуры последа и плаценты;
- дать понятие о влиянии вредных факторов на функцию плаценты;
- объяснить методику определения ФПС;
- кратко изложить сведения о фето-плацентарной недостаточности (ФПН)
- причины, диагностика, лечения;
- изучить пути профилактики ФПН.

|                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Педагогические задачи:</b>                                                                                                                                                                                                            | Результаты учебного процесса:<br>студент должен усвоить                                                                                                                                |
| Дать определение Оплодотворение. Зачатие<br><br>Разобрать основные методы исследования<br><br>Дать представление об основных направлениях<br><br>Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии | -определение ФПН и СЗРП;<br>-определение перинатального периода;<br>-иметь представление о ФПС и её роли в росте и развитии и плода;<br>-иметь понятие о функциональном состоянии ФПС; |
| Методы и техника обучения                                                                                                                                                                                                                | Учебная практика, блиц - опрос                                                                                                                                                         |
| Средства обучения                                                                                                                                                                                                                        | Таблицы, учебная доска, видеопроектор                                                                                                                                                  |

|                  |                                                           |
|------------------|-----------------------------------------------------------|
| Условия обучения | Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео |
|------------------|-----------------------------------------------------------|

### Технологическая карта практического занятия

| Этапы, время                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Студент                                                                                                                                                                     |
| 1 этап: Введение<br>– 10 мин.            | Вступительное слово о Оплодотворение. Зачатие Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                         | Слушает, записывает                                                                                                                                                         |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.)          | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p><b>Что такое оплодотворение.</b><br/> <b>Когда происходит оплодотворение.</b><br/> <b>3.Сколько дней происходит миграция оплодотворенной яйцеклетке в полость матки.</b></p> | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br>Заключительный<br>- (10 мин.) | <p>Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме</p>                                                      | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих</p>                                                                                                    |

|  |                    |         |
|--|--------------------|---------|
|  | следующего занятия | занятий |
|--|--------------------|---------|

### **Контрольные вопросы**

1. Что такое перинатальный период?
2. Морфофункциональное состояние ФПС?
3. Причины ФПН?
4. Диагностика ФПН?
5. Лечение и профилактика ФПН?

### **Перинатология. Фетоплацентарная система. Фетоплацентарная недостаточность**

**Перинатология – наука о плоде и его развитии, о влиянии внешней и внутренней среды, заболеваниях новорожденного, являющихся результатом нарушений его внутриутробного развития.**

В связи с тесной функциональной взаимосвязью и взаимозависимостью маточно-плацентарного кровотока и плода широкое распространение получил термин «фетоплацентарная система», хотя правильнее говорить о системе мать-плацента-плод.

#### **Стадии внутриутробного развития плода:**

Предимплантационное развитие – начинается с момента оплодотворения до внедрения бластоцисты в децидуальную оболочку матки – нидацин (7-8-й день после оплодотворения).

Имплантация (7-8-й день)

Органогенез и плацентация – завершается к 3-4 мес внутриутробной жизни

Плодный, или фетальный период развития (продолжается до 40-й недели беременности).

Перинатальный период – интервал времени от 28-й недели внутриутробного развития по 7-й день жизни новорожденного.

Делится на:

Анте-

Интра-

Постнатальный периоды

В антенатальном периоде на развитии плода отражаются состояние беременности и отклонения от нормы течения беременности.

В интранатальном периоде на плод оказывают влияние отклонения от нормального течения родового акта, а также их сочетания с предшествующей патологией беременности.

Патология, приводящая к перинатальной мертворожденности и смертности возникает:

в антенатальном периоде - в 63%  
в интранатальном - 21,2%  
в постнатальном - 5,7%

### **Фетоплацентарная система, или система мать-плацента-плод**

Плацента – “плоский торт” - имеет форму круглого бисквита, диаметром 18-20 см, толщина 2,5 см. К концу беременности ее масса составляет 15% массы плода. Занимает примерно 1/3 внутренней поверхности матки. Состоит из 15-28 отчетливо видимых долек, отделенных друг от друга соединительнотканными перегородками. Каждая доля содержит в себе сосуды плода, ворсинки хориона и межворсинчатое пространство. Темно-красный цвет плаценты обусловлен Нв плода, поэтому бледная окраска плаценты указывает на анемию плода.

### Плацента имеет 3 основных структурных элемента:

Хориальная мембрана

Базальная мембрана

Между ними – паренхиматозная часть

### Паренхима плаценты состоит из:

ворсин хориона

стволовой части

межворсинчатого пространства.

Внутренняя поверхность хориальной мембраны покрыта эпителием амниона (20 мм). Под ним – хориальная соединительная ткань, покрытая эпителием трофобласта. Базальная мембрана – внешняя поверхность МВП, состоит из:

Синцитиотрофобласта

Базальной децидуальной оболочки. Между ними - фибриноидная зона в включениях клеток трофобласта.

Основная структурно-функциональная единица плаценты –котиледон (долька), которая образована:

Стволовой ворсиной и ее разветвлениями

Прикрепляется к хориальной мембране широким основанием (ствол 1 порядка)

Ствол 1 порядка делится на множество стволов 2 порядка

Последние на 2 ствола 3 порядка и доходят до базальной мембраны.

Протеолитические ферменты клеток трофобласта, а затем и ворсинок хориона расплавляют ткани эндотермия, в т.ч. и сосудов –вен и артерий. Образуются многочисленные лакуны, в которых циркулирует кровь, поступающая из спиральных артерий и оттекающая через вены, расположенные между артериями. По мере развития беременности лакуны в децидуальной оболочке сливаясь, образуют межворсинчатые пространства, разделенные соединительнотканными перегородками, а затем эти пространства уже образуют общий резервуар для кровотока.

В среднем С ворсин плацента составляет 12-14 м<sup>2</sup> или 4-4,5 м<sup>2</sup> на 1 кг массы новорожденного. Длина всех ворсинок плаценты достигает 50 см. Объем межворсинчатого пространства колеблется от 170 до 260 мл. Кровоток в нем (на материнской стороне) поддерживается АД и сокращениями матки. Материнская кровь из спиральных артериол матки изливается в межворсинчатое пространство под давлением 60-70 мм рт.ст. В межворсинчатом пространстве кровь находится под давлением 10-20 мм рт.ст., а во время схваток повышается до 60-70 мм рт.ст. и тогда кровоток в этой зоне резко уменьшается. В пупочной вене (несущей кровь от плаценты к плоду) давление составляет 30-40 мм рт.ст., в пупочных артериях (от плода к плаценте) – в 2 раза больше.

В конце беременности от матери к плоду и обратно через систему маточно-плац. Кровообращения переходит в 1 ч больше 3500 мл жидкости. Последняя полностью обновляется за 3-2,5 часа.

Кровь плода оттекает к плаценте через 2 пупочные артерии, заложенные в пуповине. После соприкосновения с плодной поверхностью плаценты артерии разветвляются на веточки, снабжающие кровью каждую дольку плаценты. В результате непрерывного разветвления они в конечном счете оканчиваются капилляром, расположенным внутри каждой ворсинки хориона. Кровь плода через ворсинки, получив кислород и обогатившись питательными веществами из системы материнского кровообращения возвращается по венозным капиллярам в большие крупные вены, отходящие от каждой дольки плаценты. Дольковые вены, сливаясь, образуют пупочную вену, которая отходит от плаценты и через пуповину прикрепляется к телу плода. На поперечном срезе пуповины видны 2 толстостенные артерии и одна вена, но имеющая более тонкую стенку, хотя и большего диаметра. Пупочные сосуды окружены белым желатинообразным веществом, именуемым вартоновым студнем.

## **ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**

Аntenатальная охрана плода имеет прямое отношение к снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

Для правильного построения работ по диагностике и терапии нарушений фетоплаценторной системы в антенатальном периоде необходимо выделять группу беременных с высоким риском перинатальной патологии.

Как указывает Г. М. Савельева (1982), в клинической практике следует учитывать, что у каждой 4-й беременной с преэклампсией, каждой 3-й при перенашивании, у каждой 2-й при длительной угрозе невынашивания имеется выраженная плацентарная недостаточность. Более детальное изучение маточно-плацентарного кровотока у беременных позволило выделить группы риска и дифференцировать степень риска нарушений состояния плода [Иванов И. П., Волобуев А. И., 1981, 1982] .

Высокая степень риска отмечена у больных с преэклампсией, преимущественно развивающимся на фоне сердечно-сосудистой патологии (гипертоническая болезнь, некоторые пороки сердца с гипертензией), заболеваний эндокринной системы (сахарный диабет, гипер-и гипопункция щитовидной железы и надпочечников), почечной патологии с гипертензивным синдромом, иммуноконфликтной беременности, при первичной или вторичной плацентарной недостаточности, перенесенной беременности.

В группу беременных со средней степенью риска нарушений фетоплацентарной системы относятся женщины с генитальным инфантилизмом II—III степени, преэклампсией (отеки II—III степени), многоплодной беременностью, с абортами в анамнезе.

Группу низкого риска составляют первородящие женщины до 18 и старше 28 лет, беременные с умеренным многоводием.

Таким образом, наиболее существенными факторами риска фетоплацентарной недостаточности являются женщины с преэклампсией и экстрагенитальными заболеваниями,

В практической работе для выделения женщин с риском развития фетоплацентарной недостаточности можно использовать рекомендации О.Г.Фроловой и Е. И. Николаевой (1986), согласно которым факторы оцениваются по баллам, условно определяющим пять степеней (групп риска).

К **первой группе** отнесены социально-биологические факторы (возраст матери и отца, работа на производстве с неблагоприятными факторами, злоупотребление алкоголем, курение), росто-массовые показатели, эмоциональные нагрузки, семейное положение женщины. Для возникновения фетоплацентарной недостаточности особое значение имеют вредные привычки и работа на предприятиях с производственными вредностями. Эти показатели в первой группе оцениваются от 1 до 4 баллов.

**Во второй группе** факторов учитывают данные акушерского анамнеза: преждевременные роды, осложнения предыдущих родов, бесплодие, патология матки в виде пороков развития, опухолей, истмико-цервикальной недостаточности. Эти фактора оцениваются в 4 балла. Мертворождение или смерть ребенка в неонатальном периоде рассматриваются как наиболее неблагоприятный фактор и оцениваются в 8 баллов.

В **третью группу** отнесены экстрагенитальные заболевания: сердечно-сосудистая патология, болезни почек, эндокринной системы, заболевания крови, острые и хронические инфекции. Наибольшее число баллов (10) отведено декомпенсированным состояниям при этих заболеваниях (сердечная слабость при пороках сердца, III—IV стадии гипертонической болезни и т. д.).

К **четвертой группе** отнесены осложнения данной беременности: кровотечения во второй половине беременности, много- и маловодие, многоплодная беременность, перенашивание беременности и угроза ее прерывания, тяжелые формы гестоза, изоантигенная несовместимость крови матери и плода. Оценка факторов этой группы — 6—10 баллов.

Максимальным количеством баллов оценена пятая группа риска, поскольку она имеет непосредственное отношение к патологии плода и фетоплацентарной системы. При гипотрофии плода ситуация оценивается в 10—20 баллов, такой существенный прогностический признак, как снижение эстриола в моче, в 15 баллов.

Для установления риска у каждой беременной баллы суммируют, при общей сумме, превышающей 10, риск считается высоким, при сумме от 5 до 9 — средним, при сумме баллов менее 5 риск можно считать малым. Оценка описанной системы показала, что низкая степень риска обычно имеется у 45 %, средняя — у 28,6 %, высокая — у 26,4 % женщин [Грищенко В. И., Яковцова А. Ф., 1978].

Нарушение всех функций плаценты проявляется плацентарной недостаточностью, которая может зависеть от нарушений в самой плаценте, от соматической или акушерской патологии у матери, а также от состояния плода. Следовательно, реакция системы мать—плацента — плод зависит как от каждого из инициаторов патологического состояния, так и от их сочетания.

Соматическое заболевание или патология беременности может стать причиной патологии плаценты и нарушения состояния плода. Заболевания последнего отразятся на состоянии плаценты, а патология самой плаценты неизбежно приведет к нарушению развития плода. Значительно меньше известно о влиянии патологии плаценты и плода на состояние организма матери.

В развитии плацентарной недостаточности различают фазы **компенсации** и **декомпенсации**. Если в первой фазе успешное родоразрешение обеспечивается проводимой во время беременности интенсивной терапией, то во второй фазе лишь при использовании комплексной интенсивной терапии в качестве подготовки к досрочному родоразрешению можно сохранить жизнеспособного ребенка.

Перед практическим врачом возникают задачи по диагностике фазы плацентарной недостаточности и выявлению ее причины.

Согласно работам И. П. Ларичевой (1982, 1983), нарушения гормональной функции фетоплацентарной системы позволяют дифференцировать фазы нарушения и отчасти их причину. В зависимости от содержания плацентарных гормонов (плацентарного лактогена и прогестерона) можно судить о функции

плаценты, в то время как изменения фетальных гормонов (эстрадиола, эстриола) в большей степени отражают состояние плода.

Как считает И. П. Ларичева, начальная плацентарная недостаточность сопровождается снижением уровня только плацентарных гормонов. Более глубокая — хроническая фетоплацентарная недостаточность и внутриутробная гипотрофия плода сопровождаются уменьшением уровня как плацентарных, так и фетальных гормонов на 30—50 % ниже нормы. Тяжелая фетоплацентарная недостаточность и антенатальная гибель плода сопровождаются снижением гормональных показателей на 80—90 % и повышением уровня альфа-фетопротеина. Возможна дисфункция фетоплацентарной системы, при которой наблюдается повышение концентрации плацентарных при одновременном снижении продукции фетальных гормонов.

В настоящее время у всех женщин группы высокого риска развития перинатальной патологии необходимо проводить исследование, направленное на выявление фетоплацентарной недостаточности.

### СИНДРОМ ЗАДЕРЖКИ РАЗВИТИЯ ПЛОДА

Синдром задержки плода (гипотрофия) занимает важное место в структуре перинатальной заболеваемости и смертности. Он оказывает отрицательное влияние на последующее развитие детей, особенно первого года жизни. Так, у 1/3 детей наблюдается отставание соматического и психомоторного развития. В акушерской практике данная патология встречается в 5—17,6 % случаев. Задержка внутриутробного развития плода является симптомом экстрагенитальной и акушерской патологии. В литературе встречаются различные термины, которые обозначают данную патологию: внутриматочная задержка развития плода, «маловесные дети, несоответствующие тестационному сроку», гипотрофия и дистрофия плода и др. Однако изучение патогенеза показывает, что отставание в развитии плода связано не только с нарушением его питания (трофики), но и с факторами, замедляющими его рост. На данном этапе изучения этой проблемы наиболее обоснованным является термин «синдром задержки развития плода». Выделяют две формы этой патологии: **симметричную** и **асимметричную**, которые различаются по этиологическому фактору, времени возникновения, степени нарушения состояния плода и прогнозу его жизнеспособности. При **симметричной форме**, которая развивается с ранних сроков беременности, все органы плода равномерно уменьшены. Этиологическими факторами могут быть внутриутробные инфекции, хромосомные аномалии, другие врожденные аномалии, неправильное питание матери, курение, употребление алкоголя.

**Асимметричная форма** характеризуется непропорциональным развитием различных органов. В меньшей степени отстает в развитии головной мозг и скелет плода, в большей — страдают паренхиматозные органы, прежде всего печень. Эта форма возникает чаще в III триместре беременности на фоне

плацентарной недостаточности, вызванной различными экстрагенитальными заболеваниями и осложнениями беременности.

С использованием современных методов диагностики стало возможным антенатально выявлять форму и степень тяжести синдрома в результате сопоставления фетометрических показателей с таковыми для данного срока беременности. При I степени тяжести наблюдается отставание до 2 нед, при II степени — в пределах 2—4 нед, при III степени — более 4 нед [Стрижаков А. Н. и др., 1986].

Задержка развития плода обусловлена влиянием различных факторов, среди которых выделяют следующие основные группы [Бунин А.Т., Федорова М. В., 1987]: I группа — социально-бытовые факторы: возраст женщины, особенно до 15—17 лет, в меньшей степени после 30 лет; семейное положение (беременность вне брака); профессиональные вредности, курение, алкоголизм, тяжелый физический труд, эмоциональное перенапряжение. II группа — особенности соматического анамнеза: хронические инфекции (тонзиллит, трахеобронхит, хроническая пневмония); экстрагенитальные заболевания (прежде всего хронические заболевания почек, сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания). III группа — особенности акушерско-гинекологического анамнеза: нарушения менструальной функции, бесплодие, гинекологические заболевания и операции; самопроизвольное прерывание беременности, привычное невынашивание; рождение детей с малой массой, с врожденными пороками развития, мертворождения; осложненное течение предшествующих родов. IV группа — особенности течения данной беременности: токсикозы первой половины; угроза прерывания беременности в I и II триместрах; артериальная гипотония; анемия; гестозы (особенно сочетанные, длительные и вяло текущие формы); многоплодная беременность; обострение хронических и острых инфекционных заболеваний во время беременности.

Независимо от этиологии непосредственной причиной синдрома задержки развития плода является плацентарная недостаточность, которая возникает на фоне нарушения маточно-плацентарного кровотока. Важную роль в генезе данного синдрома играют нарушения периферической и органной гемодинамики. При выраженном синдроме на фоне гестоза выявлены снижение объема циркулирующей плазмы, изменения системы гемостаза и реологии крови. При длительном течении заболевания и недостаточности маточно-плацентарного кровообращения выявляются дистрофические изменения в плаценте, которые сопровождаются нарушением ее ферментативной и гормональной функции.

При плацентарной недостаточности наблюдается нарушение транспорта питательных веществ (углеводов, аминокислот, липидов и др.), а впоследствии и газообмена плода, что приводит к отставанию роста плода и развитию внутриутробной гипоксии.

Первые признаки задержки развития плода могут появиться уже в 18—19 или в 24—26 нед. К 28—29 нед беременности задержка развития плода, как правило, симметрична. Возникновение синдрома в 32 нед беременности и более, как правило, типично для асимметричной формы. В эти сроки беременности могут присоединиться симптомы хронической гипоксии плода. Задержка развития плода III степени, как правило, носит необратимый характер и может привести к его антенатальной гибели.

Основным методом антенатальной диагностики задержки развития плода является оценка показателей высоты стояния дна матки и окружности живота с учетом роста беременной, положения плода и количества околоплодных вод. Отставание высоты стояния дна матки на 2 см и более по сравнению с нормой или отсутствие ее прироста в течение 2—3 нед при динамическом наблюдении за беременной указывает на гипотрофию плода [Савельева Г. М. и др., 1985].

### **Практическое занятие 10**

#### **Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности.**

#### **Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время –80 мин            | Количество студентов - 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Форма проведения занятия | Учебная практика                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| План лекционного занятия | <p>Вводное слово</p> <p>Определение и цели Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты,предлежание плаценты.</p> <p>Основные положения цели Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты,предлежание плаценты.</p> <p>Определяющие компоненты и составные цели Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты,предлежание плаценты.</p> |

#### **Технологическая карта практического занятия**

| Этапы, время                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                       | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Студент                                                                                                                                                                     |
| 1 этап: Введение – 10 мин.            | Вступительное слово о Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты,предлежание плаценты Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                      | Слушает, записывает                                                                                                                                                         |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.)       | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>Причины кровотечений в поздние сроки беременности.<br/>Причины ПОНРП.<br/>Виды предлежания плаенты.<br/>4. Тактика при кровотечениях в поздних сроках беременности.</p> | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br>Заключительный - (10 мин.) | <p>Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия</p>                              | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих</p>                                                                                                    |

|  |  |         |
|--|--|---------|
|  |  | занятий |
|--|--|---------|

### **Контрольные вопросы:**

- Причины кровотечений, связанных с нарушением процесса отделения последа, сократительной способности матки, травматических повреждений мягких родовых путей ?
- клиника диагностика и лечение кровотечений, связанных с нарушением процесса отделения последа, сократительной способности матки, травматических повреждений мягких родовых путей ?
- дифференциальную диагностику с другими патологическими состояниями?
- техника операции ручного отделения плаценты и выделения последа и ручного обследования стенок полости матки?;
- последовательность мероприятий при лечении кровотечений в раннем послеродовом периоде?

### **Интерактивные методы**

#### **Метод «Паутина»**

#### **Шаги:**

- 1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
  - 2.Участники сидят по кругу.
  - 3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
  - 4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше.
- Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.

5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Акушерские кровотечения являются одним из частых и серьезных осложнений беременности и родов. Частота их в последние годы составляет 2,7-2,9% общего числа родов, в 20-25% случаев они являются причиной материнской летальности.

В акушерской практике кровотечения продолжают оставаться наиболее серьезной проблемой, так как среди причин материнской летальности они составляют 20-25%. Анализ смертности беременных и рожениц от кровотечения свидетельствует об определенных дефектах в организации лечебно-профилактического процесса в ж/к и родильных домах. В последние годы частота и структура акушерских кровотечений существенно изменились. Число акушерских кровотечений в последовом периоде уменьшились, однако чаще стали наблюдаться кровотечения, обусловленные отслойкой нормально расположенной плаценты и её предлежанием и кровотечения на фоне нарушения гемостаза. Кровотечения во второй половине беременности чаще всего обусловлены: преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты; предлежанием плаценты; разрывами матки. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

**ПОНРП – это отделение плаценты до рождения плода (во время беременности, в первом или во втором периодах родов). Встречается эта патология в 0,5-1,5% случаев.**

Различают частичную и полную отслойку плаценты, прогрессирующую и непрогрессирующую, легкую и тяжелую форму. Ведущей причиной этой патологии является преэклампсия, особенно в сочетании с экстрагенитальными заболеваниями – гипертонической болезнью, пиелонефритом, сахарным диабетом, заболеваниями сердечно – сосудистой системы, В 12- фолиеводефицитной анемией и другими заболеваниями, которые оказывают наиболее неблагоприятное влияние на состояние периферического кровообращения и являются фоном для развития преэклампсии.

В родах причиной ПОНРП может быть:

дискоординированная родовая деятельность;  
внезапное и быстрое излитие околоплодных вод при многоводии;

рождение первого плода при монохориальной двойне;  
локализация плаценты на межмышечном узле;  
хронический базальный эндометрит;  
преждевременное старение плаценты;  
переносная беременность.

Преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, как правило, предшествует хроническое нарушение маточно – плацентарного кровообращения:

спазм артериол и капилляров базального отдела децидуальной оболочки;  
повышение вязкости крови со стазом эритроцитов, их агрегацией, лизисом и высвобождением кровяного тромба – пластина;  
ДВС – синдром.

Ухудшение микрокровотока в плаценте приводит к уменьшению эластичности сосудистой стенки, повышению ее проницаемости, что способствует разрыву артериол, капилляров, формированию микрогематом, которые, постепенно сливаясь, разрушают базальную пластинку децидуальной ткани, захватывают межворсинчатые пространства, образуя ретроплацентарную гематому. Излившаяся при отслойке плаценты кровь диффузно имbibирует миометрий порой до висцеральной брюшины параметрия, возникает маточно – плацентарная апоплексия, описанная Кувелером.

Клиника. ПОНРП зависит от степени отслойки, тяжести сопутствующей патологии. ПОНРП чаще наблюдается у первобеременных. Неизменным фоном для развития отслойки является осложнение беременности преэклампсией, как правило, длительно текущей, сочетающейся с теми или иными соматическими заболеваниями.

Ведущими симптомами ПОНРП являются кровотечение и боли. Кровотечение может быть внутренним, наружным и комбинированным. Наиболее опасно внутреннее кровотечение. Варианты кровотечения зависят от локализации гематомы. В случае возникновения гематомы в центре плаценты наружного кровотечения может и не быть или оно появляется позже. При отслойке плаценты по периферии кровь даже при небольшой гематоме может быстро отслоить оболочки и кровотечение становится наружным.

Болевой синдром – второй чрезвычайно важный признак ПОНРП. Боль первоначально локализуется в той области матки, где расположена плацента, и постепенно распространяется на остальные ее отделы. Болевой синдром более выражен при отслойке с образованием ретроплацентарной апоплексии. В том случае внезапно возникают сильные распирающие боли в животе. Общее состояние женщины резко ухудшается, нарушается гемодинамика. Пульс и дыхание учащаются, артериальное давление прогрессивно снижается, кожные покровы бледнеют. Матка в состоянии гипертонуса, напряжена, болезненна при пальпации, увеличена в размерах, иногда асимметрична, быстро развивается картина геморрагического шока и симптомы внутриутробной гипоксии плода.

Имеется определенная зависимость между степенью отслойки плаценты, объемом ретроплацентарной гематомы, степенью напряжения матки и состоянием плода. При отслойке до 1/3 плаценты плод находится в состоянии гипоксии, при отслойке меньшей площади плаценты, если имели место морфологические или функциональные признаки ее недостаточности. Гипертонус матки свидетельствует о величине ретроплацентарной гематомы, содержащей более 150 мл крови, и указывает на риск гибели плода. В случаях внутриутробной гибели плода объём ретроплацентарной гематомы, содержащей более 150 мл крови указывает на риск гибели плода. В случаях внутриутробной гибели плода объём ретроплацентарной гематомы достигает 500 мл и более. При ретроплацентарной гематоме объёмом 1000 мл и более обязательно имеют место признаки геморрагического шока и ДВС – синдрома.

Обильные кровотечения, которые нередко наблюдаются после родоразрешения, обусловлены атонией матки в сочетании с острой коагулопатией. Матка, пропитанная кровью, теряет способность сокращаться, а кровь не свертывается, так как содержит небольшое количество прокоагулянтов вследствие их длительного предшествующего внутрисосудистого потребления. При повышении фибринолитической активности синдром ДВС быстро переходит в ИИИ – ИВ фазу, кровотечение принимает генерализованный, неукротимый характер. Быстро прогрессирует шок.

В более легких случаях отслойки наблюдаются небольшие боли в животе, повышение тонуса матки и болезненность ее при пальпации в месте отслойки плаценты. Наружное кровотечение может отсутствовать. Отслойка небольшого участка плаценты может остаться незамеченной.

Диагностика ПОНРП:

кровотечение при ПОНРП – чаще в II периоде родов, III триместре беременности, реже во II периоде родов и во III триместре беременности, чаще внутреннее, реже наружно-внутреннее;

боль выражена при ПОНРП;

состояние матки при ПОНРП матка плотная, напряженная, нередко с локальным выпячиванием и болезненностью;

при ПОНРП матка пальпируется с трудом, сердцебиение страдает или отсутствует;

раздражение брюшины при ПОНРП может быть;

сопутствующая патология при ПОНРП – преэклампсия, гипертоническая болезнь, болезни почек.

Велика роль в диагностике ПОНРП ультразвукового сканирования.

Патологоанатомической (морфологический) диагноз ПОНРП устанавливают по виду материнской части плаценты (наличие фасеток, вдавлений при неполной отслойке плаценты) и на основании результатов микроскопического исследования (обширные микроинфаркты, фибриновые тромбы, склероз ворсин, истончение и отсутствие децидуальной ткани и др.).

Лечение прогрессирующей ПОНРП оперативное. Недопустимо консервативное ведение родов в случаях ПОНРП, так как при удлинении времени от отслойки плаценты до родоразрешения увеличивается маточно – плацентарная апоплексия, происходит повреждение нервно – мышечного аппарата матки, что в дальнейшем может привести к развитию атонического кровотечения. Кроме того, усугубляются нарушения в системе гемокоагуляции, что также способствует усилению послеродового кровотечения и быстрому развитию необратимого шока. В связи с этим кесарево сечение является операцией выбора при ПОНРП. Если во время операции обнаружена имбибция матки кровью, то показано удаление матки.

После кесарева сечения или после самопроизвольных родов следует помнить об опасности коагулопатического кровотечения, при возникновении которого показано оперативное лечение в объеме экстирпации матки.

С целью профилактики ПОНРП следует совершенствовать диспансеризацию беременных, выделить женщин в группы повышенного риска по возникновению акушерских кровотечений. Обращать внимание на опасность возможной отслойки плаценты у беременных с преэклампсией, поэтому своевременно проводить профилактику и лечение преэклампсией.

## ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛАЦЕНТЫ.

Частота этой патологии по отношению к общему числу родов колеблется от 0,2 до 0,9%. Различают полное (центральное) и неполное (боковое, краевое) предлежание. Кроме предлежания плаценты выделяют низкое расположение ее, когда нижний край плаценты находится на расстоянии 6 см от внутреннего зева.

причинам возникновения предлежания плаценты относятся атрофические и дистрофические изменения эндометрия (после абортов и воспалительных процессов);

аномалии развития, деформации, опухоли матки;

инфантилизм;

застойные явления в малом тазе при заболеваниях сердца, печени, почек;

неполноценность плодного яйца.

Предлежание плаценты чаще наблюдается у повторнородящих (примерно у 75%) по сравнению с первородящими (примерно у 25%). При предлежании плаценты в 5 – 6 раз чаще развивается приращение и еще чаще плотное прикрепление ее. Исходя из возможности миграции плаценты частота предлежания во III триместре беременности наблюдается в 8 – 10 раз чаще, чем в начале родов.

Клиника.

Ведущим клиническим симптомом предлежания плаценты является кровотечение, возникающее в связи с ее отслойкой от стенки матки, в

результате формирования нижнего сегмента в конце беременности и во время родов. Малоэластичная плацентарная ткань неспособна растягиваться вслед за стенкой матки, поэтому частично отслаивается, при этом вскрываются межворсинчатые пространства и начинается кровотечение, которое может возникнуть на протяжении беременности и во время родов. Так, при центральном (полном) предлежании кровотечение нередко начинается рано – во III триместре беременности, при боковом и краевом (неполном) – в IIII триместре или в родах. Сила кровотечения при полном предлежании плаценты обычно значительнее, чем при неполном.

Кровотечение при этой патологии имеет свои особенности:

оно всегда наружное, внезапное, как правило, без видимой внешней причины; не сопровождается какими – либо болевыми ощущениями; часто начинается в покое, ночью (проснулась «в луже крови») обязательно повторяется.

Характер кровотечения никогда нельзя предусмотреть. После 26 – 28 недель беременности кровотечение могут спровоцировать физическая нагрузка, половой акт, влагалищное исследование, акт дефекации.

При предлежании плаценты нередко отмечается угроза невынашивания беременности, предлежание может способствовать возникновению угрожающего аборта.

Для предлежания плаценты характерно наличие артериальной гипотензии в конце беременности у 20 – 30% беременных, железодефицитной анемии, дефицита ОЦК. После родов ОЦК еще больше снижается, что следует учитывать при восполнении кровопотери.

При предлежании плаценты беременность и роды часто осложняются косым и поперечным положением плода, тазовым предлежанием, недонашиванием;

слабостью родовой деятельности;

нарушением течения послеродового периода в связи с вращением плаценты;

гипо- и атоническими кровотечениями в раннем послеродовом периоде;

эмболией околоплодными водами;

тромбоэмболией;

восходящей инфекцией.

Диагностика предлежания плаценты не представляет особых трудностей при наличии у беременных отягощенного акушерского анамнеза, повторных кровотечений. При наружном осмотре обнаруживается высокое стояние предлежащей части плода над входом в малый таз, поперечное или косое положение плода.

Аускультативно в области нижнего сегмента матки определяется шум плацентарных сосудов. Объективным и безопасным методом диагностики данной патологии является ультразвуковое исследование, позволяющее с высокой степенью точности получить представление о локализации и путях

«миграции» плаценты. Для этих целей целесообразен двух-, трехкратный УЗИ-контроль (в 16, 24-26 и в 34-36 недель). Осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал позволяет исключить полип, эрозию, рак и другую патологию, которая может быть источником кровотечения. При влагалищном исследовании выявляется пастозность сводов, при проходимости шейчного канала над внутренним зевом определяется плацентарная ткань. При подозрении на предлежание плаценты влагалищное исследование допустимо только в стационаре при развернутой операционной и готовности к операции. Производство влагалищного исследования в амбулаторных или домашних условиях является грубой ошибкой, так как может привести к усилению кровотечения.

Причиной дородового кровотечения при данной патологии является преждевременная отслойка предлежащей плаценты, послеродового кровотечения – гипо- и атония нижнего сегмента матки, а также повреждение обширной сосудистой сети шейки матки. Наиболее сильные кровотечения при этой патологии, как правило, развиваются в последовом, раннем послеродовом периодах.

Предлежание плаценты – грозная патология, является одной из основных причин акушерских кровотечений и геморрагического шока. К факторам, способствующим развитию шока, относятся: наблюдающиеся при предлежании плаценты артериальная гипотензия, железодефицитная анемия, сниженный прирост ОЦК к началу родов, а также обильное кровотечение на фоне предшествующих drobных кровопотерь. Недостаточный учет кровопотери в сочетании с недооценкой гиповолемии, имеющейся у беременной или роженицы с предлежанием плаценты, способствует быстрому развитию шока разной степени тяжести.

#### ПОКАЗАНИЯ К КЕСАРЕВУ СЕЧЕНИЮ В РОДАХ:

полное предлежание плаценты;

сочетание неполного предлежания с продолжающейся кровопотерей, поперечным и косым положением плода, тазовым предлежанием, крупным плодом, гипоксией плода, при анатомически узком тазе, возрасте первородящей 30 лет и старше.

Такие операции, как метрейриз, кожно-головные щипцы по Иванову, низведение ножки при тазовом предлежании плода, в качестве средства борьбы с кровотечением при предлежании плаценты не применяются, так как они травматичны и опасны для матери и плода. Инфузионно-трансфузионную терапию необходимо начинать до операции кесарева сечения и проводить с учётом состояния женщины и кровопотери.

Консервативное ведение родов возможно при неполном предлежании плаценты и прекращении кровотечения после амниотомии. Амниотомия производится при хорошей родовой деятельности и раскрытии шейки матки на 5-6 см и более; при полной соразмерности головки плода и таза матери; при затылочном предлежании плода; при нормальной (координированной)

сократительной деятельности матки; при отсутствии патологии или осложнений, способствующих разрывам шейки матки (крупный плод, дискоординация родовой деятельности, переносенная беременность, старые разрывы шейки матки ИИ-ИИИ степени, рубцовая деформация шейки матки после ДЭК, возрастная первородящая).

#### ПРИНЦИПЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ВЕДЕНИЯ РОДОВ:

ранняя амниотомия с предварительным введением спазмолитиков (но-шпа, папаверин, баралгин);

внутривенное введение спазмолитиков в первом периоде родов;

полная готовность к инфузионной терапии;

исключение родостимуляции;

ручное отделение и выделение плаценты с контролем матки для своевременного выявления приращения плаценты и диагностики гипотонии или разрыва нижнего сегмента;

для профилактики гипотонического кровотечения сразу после родов внутривенное введение утеротоников (метилэргометрин, окситоцин и др.);

при продолжающемся кровотечении показана лапаротомия и экстирпация матки.

Расширение использования операции кесарева сечения и активное ведение последового и раннего послеродового периодов привели к 10-15 – кратному уменьшению материнской и существенному снижению перинатальной смертности.

Предлежание плаценты представляет огромную опасность не только для матери, но и для плода. При массивных кровопотерях у матери дети рождаются в состоянии адинамии, анемии и шока. Хроническая внутриутробная гипоксия, гипотрофия плода наблюдаются в 18-20% случаев. Профилактика предлежания плаценты включает борьбу с абортами, терапию воспалительных заболеваний женских половых органов, раннее выявление и лечение инфантилизма.

### Практическое занятие 11

#### Послеродовое вагинальное кровотечение.

#### Технологическая модель учебного занятия:

|                          |                                                                                                                                                                                                            |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время –80 мин            | Количество студентов - 8                                                                                                                                                                                   |
| Форма проведения занятия | Учебная практика                                                                                                                                                                                           |
| План лекционного занятия | Вводное слово <b>Послеродовое вагинальное кровотечение.</b> (аномалия прикрепления плаценты, гипо и атония матки, дефект последа, разрыв промежности и шейки матки) <b>причины, диагностика, тактика и</b> |

|  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <p><b>профилактика.</b></p> <p>Определение и цели.</p> <p>Основные положения цели <b>Послеродовое вагинальное кровотечение. (аномалия прикрепления плаценты, гипо и атония матки, дефект последа, разрыв промежности и шейки матки) причины, диагностика, тактика и профилактика.</b></p> <p>Определяющие компоненты и составные цели <b>Послеродовое вагинальное кровотечение. (аномалия прикрепления плаценты, гипо и атония матки, дефект последа, разрыв промежности и шейки матки) причины, диагностика</b></p> |
|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

### Технологическая карта практического занятия

| Этапы, время                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                            |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                                 | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Студент                                                    |
| 1 этап: Введение – 10 мин.      | <p>Вступительное слово о <b>Послеродовое вагинальное кровотечение. (аномалия прикрепления плаценты, гипо и атония матки, дефект последа, разрыв промежности и шейки матки) причины, диагностика, тактика и профилактика.</b></p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия</p> | Слушает, записывает                                        |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.) | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p><b>Причины послеродового вагинального кровотечения.</b><br/><b>Что такое гипотония матки.</b></p>                              | Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. |

|                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                    |
|-------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                     | <b>Степени разрывов .</b><br><b>4. Диагностика тактика и профилактика кровотечений.</b>                                                                                                                                                                                                                          | Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы |
| 3 этап:<br>Заключительный (10 мин.) | Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.<br>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.<br>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия | Уточняет неясные вопросы.<br>Записывает задание для следующих занятий                              |

### Вопросы по теме

**Причины послеродового вагинального кровотечения.**

**Что такое гипотония матки.**

**Степени разрывов .**

Диагностика тактика и профилактика кровотечений.

**Чем лечится кандидомикоз?**

Тетрациклин#

гоновакцина\$

леворин#

пеницилин\$

трихопол\$

### Чем лечится трихомониаз?

Нистатин\$

метронизалол#

эритромицин\$

тетрациклин\$

пеницилин\$

**Какими препаратами проводят биологическую провокацию**

Ляпис\$

гоновакцина#

УВЧ\$

Синестрол\$

р-р люголя\$

**Назовите основные клинические симптомы при трихомониазе**

а/жжение

б/боли внизу живота

в/творжестые выделения

г/пенистые выделения

д/НМЦ

а г#

б г\$

б в\$

в д\$

а д\$

**Что относится к специальным методам обследования при воспалите**

**льных заболеваниях ЖПС**

анализ крови\$

анализ мочи\$

УЗИ\$

Гистероскопия\$

бак посев мазка#

**Назовите основные клинические симптомы хронического эндометрита**

а.боли внизу живота

б.повышение температуры

в.бели

г.озноб

д.метрорагия

а в д\$

а б в#

в г д\$

б в д\$

а б д\$

**С какими заболеваниями необходимо дифференцировать сальпинго-**

офарит

а.внематочная беременность

б.эндометрит

в.пельвиоперитонит

г.киста яичника

а г#

а б\$

а б в\$

**Кем был открыт возбудитель гонореи?**

Нейссером#

Кахом\$

Даводовский\$

Маневический\$

Гедон\$

**Каким паразитом относится гонорея**

специфический паразит человека#

специальная паразит собак\$

простейшие\$

паразит кот переходит из коровы\$

Кровотечения в акушерско-гинекологических стационарах до настоящего времени остаются одной из основных организационных, медицинских и социальных проблем. По данным ВОЗ [9], ежегодно кровотечения, связанные с беременностью, наблюдаются у 14 млн. женщин, из них 128 тыс. умирают от этой патологии в первые 4 ч. после родов, что составляет 1,7 на 1000 родов [13].

Акушерские кровотечения являются одной из ведущих причин материнской смертности, составляя в ее структуре 20—25%. Как конкурирующая причина кровотечения встречаются в 42% случаев, как фоновая – в 78% [8]. Эта патология не только может явиться непосредственной причиной смерти женщины, но и быть ведущим патогенетическим звеном возникновения других акушерских осложнений. Около 60 – 70% всех летальных исходов у родильниц, так или иначе бывают связаны с кровотечениями, частота которых составляет 2,7 – 8% от общего числа родов [1].

Особенностью акушерских кровотечений является их массивность и внезапность появления. Как правило, при акушерских кровотечениях, возникших при беременности, страдает плод. Это диктует необходимость срочного родоразрешения и не позволяет дожидаться стойкой стабилизации гемодинамических показателей и проведения инфузионно-трансфузионной терапии в полном объеме. Кровопотеря в ряде случаев сочетается с выраженным болевым синдромом. Особенности патофизиологических изменений в организме беременных женщин приводят к быстрому истощению компенсаторно-защитных механизмов, особенно при гестозе или осложненном течении родов. Кроме того, для акушерских кровотечений характерны острый дефицит объема циркулирующей крови, нарушения сердечной деятельности, анемическая и циркуляторная форма гипоксии. Основными причинами нарушения гемодинамики при акушерских кровотечениях являются дефицит объема циркулирующей крови и несоответствие между ним и емкостью сосудистого русла. Возникающая при этом тканевая гипоксия приводит к нарушению окислительно-восстановительных процессов с преимущественным поражением центральной нервной системы, почек, печени, надпочечников и других органов. Происходит нарушение водно-электролитного баланса, кислотно-основного равновесия, гормональных соотношений, ферментативных процессов. Следует помнить, что массивные акушерские кровотечения практически всегда сопровождаются нарушениями коагуляционных свойств крови (ДВС - синдром). Уже при сравнительно небольшой кровопотере (15—20% ОЦК) нередко констатируется двухфазность изменений в системе гемостаза: кратковременная фаза гиперкоагуляции сменяется фазой гипокоагуляции.

В последние годы удалось значительно снизить показатель материнской смертности от массивных акушерских кровотечений. Этому способствовало

внедрение в практику профилактических мероприятий, включающих обязательное определение состояния свертывающей системы крови перед родоразрешением, переливание донорской свежезамороженной плазмы, использование современных технологий кровесбережения (аутодонорство, интраоперационная реинфузия аутоэритроцитов, нормоволемическая гемодилюция с аутогемотрансфузией), применение рекомбинантного ВИИ-а фактора (НовоСэвен) и др.

Гипотония матки как единственная форма патологии редко может явиться причиной массивной кровопотери. Последняя, как правило, обусловлена сочетанием ряда причин.

За последнее время отмечается тенденция к снижению частоты кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах на фоне увеличения процента кровотечений, связанных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты [13] и возникающих при оперативном родоразрешении [5, 10, 12,17]. Частота кровотечений во время и после кесарева сечения составляет 2,2%. Это связано в основном с увеличением частоты самой операции. Этот показатель за период с 1992 по 1997 г. в среднем по России возрос до 19% [10]. Следует отметить, что увеличение частоты кесарева сечения у первородящих женщин, как правило, сопровождается и соответствующим возрастанием повторных абдоминальных родоразрешений. По данным ряда авторов [12, 18], их частота составляет 50—68%. Необходимо отметить, что, несмотря на кажущуюся техническую простоту кесарева сечения, эта операция нередко может сопровождаться повышенной кровопотерей. В отдельных случаях кровопотеря может быть массивной; при этом часто нарушается система гемостаза [5]. Гипотонические кровотечения после кесарева сечения встречаются в 5 раз чаще, чем после самопроизвольных родов.

Стратегические этапы лечения массивных кровотечений:

- правильная оценка количественного (объем) и качественного (нарушение свертывающей системы) компонентов кровопотери;
- своевременная и адекватная инфузионно-трансфузионная терапия (программа ИТГ);
- своевременное и адекватное хирургическое лечение (органосохраняющая тактика);
- постоянный аппаратный и лабораторный контроль витальных функций и гомеостаза.

***Этиологические факторы риска развития послеродового кровотечения***

| Г | Этиологический процесс | Клинический фактор риска |
|---|------------------------|--------------------------|
|---|------------------------|--------------------------|

|                                                    |                                                       |                                                                                                                                                         |
|----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Г – тонус (нарушение сократительной функции матки) | Перерастяжение матки                                  | Многоводие<br>Многплодие<br>Крупный плод<br>Быстрые роды<br>Затяжные роды<br>Большое число родов (более 5) в анамнезе<br>Хориоамнионит                  |
|                                                    | "Истощение" сократительной способности миометрия      | Лихорадка в родах<br>Миома матки                                                                                                                        |
|                                                    | Инфекционный процесс                                  | Предлежание плаценты<br>Дефект последа<br>Оперированная матка<br>Большое число родов в анамнезе<br>Плотное прикрепление плаценты<br>Приращение плаценты |
| Г – ткань (задержка тканей в полости матки)        | Функциональные/анатомические особенности матки        | Гипотония матки                                                                                                                                         |
|                                                    | Задержка частей последа                               | Быстрые роды<br>Оперативные вагинальные роды                                                                                                            |
|                                                    | Задержка сгустков крови в полости матки               | Неправильное положение плода<br>Низкое расположение предлежащей части<br>Оперированная матка<br>Большое число родов в анамнезе                          |
| Г – травма (травмы родовых путей)                  | Разрывы шейки матки, влагалища, промежности           | Расположение плаценты в дне                                                                                                                             |
|                                                    | Травматический разрыв матки во время кесарева сечения |                                                                                                                                                         |
|                                                    | Разрыв матки<br>Выворот матки                         |                                                                                                                                                         |
| Г – тромбин (нарушения коагуляции)                 | Врожденные заболевания (гемофилия А, болезнь Виллеб-  |                                                                                                                                                         |
|                                                    |                                                       |                                                                                                                                                         |
|                                                    |                                                       |                                                                                                                                                         |

|  |                                                                                                         |     |                                                                         |
|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------|
|  | ранда)                                                                                                  |     | матки                                                                   |
|  | Приобретенные<br>беременности:                                                                          | при | Наследственные<br>коагулопатии                                          |
|  | идиопатическая<br>тромбоцитопения,                                                                      |     | Заболевания печени                                                      |
|  | тромбоцитопения<br>преэклампсией,                                                                       | с   | Гематомы и/или<br>кровоточивость (в том числе в<br>местах инъекций)     |
|  | ДВС (преэклампсия,<br>антенатальная гибель плода,<br>тяжелая инфекция, эмболия<br>околоплодными водами) |     | Преэклампсия, эклампсия,<br>ХЕЛЛП-синдром<br>Аntenатальная гибель плода |
|  | Лечение антикоагулянтами                                                                                |     | Дородовое кровотечение<br>Не образуется сгусток крови                   |

При нарушении хотя бы одного из них теряется контроль над ситуацией, что часто приводит к трагическим последствиям.

Лечение при гипотоническом кровотечении является комплексным. Его начинают без промедления. Одновременно проводят мероприятия по остановке кровотечения и восстановлению системной гемодинамики. Все манипуляции и мероприятия по остановке кровотечения должны проводиться одновременно без перерыва (по отработанной "партитуре") и быть направлены на повышение тонуса и сократительной способности мышцы матки на фоне восполнения ОЦК.

Протокол оказания базовой помощи при послеродовом кровотечении предусматривает консервативный и хирургический этапы остановки кровотечения (табл. 3). Однако не следует забывать и о предварительном этапе, включающем 10 основных шагов, — это, так сказать, прелюдия лечения, от которой многое зависит. Подготовка к терапии послеродового кровотечения имеет чрезвычайно большое значение.

Основные моменты подготовки к оказанию помощи можно выразить следующими пунктами:

Мобилизация свободного персонала. Не оставляя пациентку без присмотра, позвать на помощь опытного акушера-гинеколога, владеющего оперативной техникой в полном объеме, анестезиолога-реаниматолога, лаборанта.

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).

Начальная оценка состояния и контроль жизненно важных функций организма (АД, пульс, температура, частота дыхания).

В зависимости от тяжести состояния женщины определить, где будет оказываться помощь (малая или большая операционная), и обеспечить транспортировку пациентки.

Если позволяет состояние пациентки, установить аллергоанамнез.

Катетеризация мочевого пузыря (мочевой пузырь должен быть пустым).

Катетеризация одной или двух периферических вен (14—16Г) для начала инфузии утеротоников и препаратов оксиэтилированного крахмала.

При необходимости определить группу крови, Rh-фактор, взять кровь для анализа на совместимость, если необходимо, для проведения "прикроватного теста".

Проверить наличие препаратов крови (в соответствии с группой и резус-принадлежностью), при необходимости заказать.

По возможности установить причину кровотечения ("4Т": тонус, ткань, травма, тромбин).

Консервативный этап:

Пособия (ручное обследование полости матки, бимануальная компрессия матки). Ручное обследование стенок полости матки и бимануальная компрессия должны выполняться максимально тщательно и бережно.

Введение утеротоников (окситоцин, метилэргометрин, простагландин  $\Phi_{2a}$ ).

- Промежуточные мероприятия между консервативным и хирургическим этапами (внутриматочный гемостатический баллон, сдавление брюшной аорты).

Вариант основного вмешательства консервативного этапа зависит от причины кровотечения. В большинстве случаев необходимо произвести ручное обследование стенок полости матки. При уверенности в целостности послеродовых стенок матки целесообразно произвести бимануальную компрессию. Осмотр родовых путей позволяет исключить кровотечение из поврежденных тканей. Исключение основных причин на фоне продолжающегося кровотечения позволяет заподозрить первичную или вторичную гипокоагуляцию.

Ручное обследование стенок полости матки и бимануальная компрессия имеют свои достоинства и недостатки. Основное преимущество ручного обследования полости матки — возможность проверить целостность матки и исключить наличие остатков плаценты. При проведении бимануальной компрессии — нет риска инфекции, нет необходимости в анестезии.

Введение утеротоников должно быть обязательным мероприятием при лечении акушерских кровотечений. Препаратом первой очереди должен быть окситоцин, так как другие группы утеротонических препаратов обладают побочными эффектами. Препараты эргометрина противопоказаны при гипертензионных состояниях, болезнях сердца. Простагландины нельзя вводить при гипертензии, глаукоме, бронхиальной астме. Однако при отсутствии противопоказаний любые утеротоники показаны при кровотечении. Следует обратить внимание на таблетированный препарат, содержащий простагландины, — мизопростол (миролют, сайтотек), который в силу своих свойств является средством выбора для развивающихся стран.

## **Практические занятия № 12**

### **Неудовлетворительный прогресс родов.**

**Технологическая модель учебного занятия:**

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время –80 мин            | Количество студентов - 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Форма проведения занятия | Учебная практика                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| План лекционного занятия | <p>Вводное слово <i>прогресс родов. Активная и пассивная фазы родов, аномалия родовой деятельности, этиология, клиника и Неудовлетворительный диагностика. Акушерская тактика и профилактика. Индукция родов окситоцином по рекомендациям ВОЗ.</i></p> <p>Определение и цели. <i>Активная и пассивная фазы родов, аномалия родовой деятельности, этиология, клиника и Неудовлетворительный диагностика. Акушерская тактика и профилактика. Индукция родов окситоцином по рекомендациям ВОЗ.</i></p> <p>Основные положения цели</p> <p>Определяющие компоненты и составные цели <i>Активная и пассивная фазы родов, аномалия родовой деятельности, этиология, клиника и Неудовлетворительный диагностика. Акушерская тактика и профилактика. Индукция родов окситоцином по рекомендациям ВОЗ.</i></p> |

### Технологическая карта практического занятия

|                            |                                                                           |                            |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Этапы, время               |                                                                           |                            |
|                            | Преподаватель                                                             | Студент                    |
| 1 этап: Введение – 10 мин. | <p>Вступительное слово о</p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные</p> | <p>Слушает, записывает</p> |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                       | вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                             |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.)       | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p><b>С чем связан неудовлетворительный прогресс родов.</b></p> <p><b>Что такое аномалия родовой деятельности.</b></p> <p><b>Акушерская тактика и профилактика .</b></p> <p><b>Что такое индукция родов.</b></p> | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br>Заключительный - (10 мин.) | <p>Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия</p>                                                                    | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>                                                                                            |

## Вопросы по теме

С чем связан неудовлетворительный прогресс родов.

Что такое аномалия родовой деятельности.

Акушерская тактика и профилактика .

Что такое индукция родов.

Индукция родов начала широко применяться в 50-х гг. после получения синтетического окситоцина. Количество случаев индукции варьирует в различных медицинских учреждениях и странах, и характеризуется тенденцией к возрастанию. За последние годы произошло заметное углубление представлений о механизмах родового акта.

Очень важно, чтобы шейка матки "дозрела", стала мягкой до начала индукции родов. Созревание шейки матки обусловлено воздействием многих факторов. Посредниками в этом процессе являются простагландины E2 (ПГЕ2) и Ф2альфа (ПГФ2алпха). Экзогенное применение этих соединений стимулирует

процесс созревания шейки матки. Эндогенный и экзогенный окситоцин является основным стимулятором схваток матки. Он также стимулирует выработку ПГЕ2 и ПГФ2алпха.

Следует различать индукцию родов и усиление (стимуляцию) родовой деятельности: в обоих случаях используются похожие подходы, однако в первом случае целью является начало родовой деятельности, тогда как во втором - это усиление сокращений матки после их спонтанного начала.

Не следует считать индукцию родов простой процедурой, поскольку она может быть опасной для здоровья матери и плода.

Родовую деятельность можно индуцировать после тщательного рассмотрения и взвешивания потенциального риска продолжения беременности и риска индукции родов. Частота индукции родов варьирует в различных медицинских учреждениях и географических регионах, и даже в пределах одной страны. В 1994 г. в Великобритании было проведено исследование, показавшее, что среди матерей, рожавших в условиях стационара, частота индукции составила 19 %, тогда как для женщин рожавших дома этот показатель был всего 0,2 %. По данным опубликованных отчетов он колеблется в диапазоне от 0 % до 30 %.

Частота индукции родов в США составляла 9,6% из 5418 плановых домашних родов; 21,0% родов женщин без дополнительных факторов риска в условиях родильных домов; и 44% родов женщин из различных групп риска в условиях родильных домов. Существенных различий по уровню внутриутробной и неонатальной смертности между этими тремя группами не обнаружено.

### **Показания к индукции родов**

Индукция родов показана в тех случаях, когда установлено, что она принесет больше пользы плоду и матери с точки зрения возможных последствий для здоровья по сравнению с отсроченным родоразрешением.

### **Индукция родов при переношенной беременности**

Исследования показали, что показатели материнской заболеваемости и смертности при неосложненной беременности возрастают после превышения срока гестации более 42 недель. Риск рождения мертвого плода на 37 неделе составляет 1 на 3000, на 42 неделе - 3 на 3000 и на 43 неделе - 6 на 3000.

УЗ-исследование для подтверждения беременности должно проводиться до 20 недели беременности, поскольку это позволяет снизить необходимость индукции родов в случае мнимой переношенной беременности.

Применение политики УЗИ-обследования на ранних стадиях беременности привело к снижению количества случаев индукции родов (1,9% по сравнению с 2,8% ОР 0,69; 95% СИ 0,58-0,82; ННТ 111). Эти данные получены в результате четырех экспериментов по изучению эффектов применения УЗИ для раннего обследования плода у беременных женщин.

Женщинам с не осложнённым течением беременности индукцию родов следует предлагать после 41 недели беременности.

Каковы результаты применения индукции родов после 41 недели беременности? Рутинная индукция родов после 41 недели беременности, протекавшей без осложнений, снижает риск перинатальной смерти (13 исследований - 6073 женщины; ОР 0,23, 95% СИ 0,06-0,90, ННТ = 476). При этом так же снижается риск окрашивания околоплодных вод меконием (9 исследований - 5662 женщины). Применение стандартной процедуры индукции родов не влияет на количество случаев кесаревых сечений, влагалищных родоразрешений с оперативным вмешательством, аномалий ЧСС ребенка во время родов, неонатальных судорог и удовлетворения женщины от процесса родоразрешения.

После 42 недели беременности, женщинам, отказывающимся от индукции родов, необходимо усиленное антенатальное наблюдение, включающее электрокардиографию плода и УЗ-исследование объема амниотической жидкости дважды в неделю.

### **Противопоказания для индукции родов**

Родовозбуждение должно осуществляться только в ситуациях, когда предполагается, что влагалищное родоразрешение является наиболее подходящим способом родов.

Противопоказания к проведению индукции родов включают ситуации, представленные на слайде, но не ограничиваются ними

у беременных женщин.

### **Дозировка простагландинов**

Суппозиторий с контролируемым выделением состоит из полимерной основы, содержащей 10 мг динопростона, к которой прикреплена нить из полиэстра для удаления. Такой суппозиторий выделяет 0,3 мг простагландина Е2 в час на протяжении 12-часового периода и помещается в задний свод влагалища. Суппозиторий удаляется после начала родов, в случае спонтанного разрушения плодных оболочек, повышенной активности матки или по прошествии 12 часов.

Отсутствуют рандомизированные клинические исследования, в которых бы сравнивалось влияние продолжительности интервала времени, разделявшего применение окситоцина и нанесение геля с простагландином. Производитель интравагинального динопростона рекомендует интервал продолжительностью не менее 12 часов, тогда как производитель интрацервикального динопростона указывает продолжительность такого интервала не менее 6 часов.

### **Амниотомия: преимущества**

Амниотомия (искусственный разрыв плодных оболочек) представляет собой достаточно простую процедуру, которая может выполняться без дополнительной помощи другого медицинского персонала с целью индукции родов при наличии условий для её проведения (доступности плодных оболочек). Амниотомия позволяет избежать фармакологического воздействия.

Традиционным способом индукции родов является вскрытие плодных оболочек и отхождение амниотической жидкости. Передние воды могут быть выпущены при помощи простого крючка (Амнихоок (ЕМС Медисал Групп)), пары зажимов Кохера либо пары специальных зажимов для амниотомии. Выбранный инструмент в стерильных условиях вводится в цервикальный канал. При визуальном контроле производится вскрытие плодного пузыря, что ведет к излитию амниотической жидкости. При этом следует оценить ее цвет и объем. Сразу же после этого следует произвести выслушивание ЧСС плода, чтобы убедиться в отсутствии какой-либо опасности для плода. Применение кардиотокографии рекомендуется только в особых случаях.

В настоящее время недостаточно данных для оценки эффективности амниотомии с целью индукции родов. Была предпринята одна попытка сравнения амниотомии с одноразовым внутривагинальным применением простагландинов у женщин со зрелой шейкой матки. В группе, где производилась амниотомия обнаружено увеличение необходимости применения окситоцина (44% то 15%; РР 2,85, 95% СИ 1,82-4,46). Исследователи пришли к выводу о том, что амниотомия может быть использована как метод индукции в случае когда более современные методы не доступны.

Амниотомия сама по себе оказывается малоэффективной более чем у 50 % женщин со зрелой шейкой. В такой ситуации оказывается обязательным применение окситоцина.

### **Амниотомия: недостатки**

Искусственный разрыв плодных оболочек может повлечь за собой ряд нежелательных последствий. Сюда относятся: ощущения боли и дискомфорта; внутриутробная инфекция (которая иногда приводит к сепсису); ранние децелерации ЧСС плода; выпадение пуповины; и кровотечение,

обусловленное возможными повреждениями кровеносных сосудов плодных оболочек, шейки матки или плаценты. Серьезные осложнения случаются достаточно редко.

Мнение, что амниотомия может вызывать децелерации ЧСС плода, основано главным образом на предположении о возможном прижатии пуповины в результате уменьшения объема амниотической жидкости, однако нет никаких доказательств того, что такая опасность достаточно велика, чтобы существенно повлиять на выбор метода индукции родов.

### **Применение окситоцина**

Чтобы снизить частоту побочных реакций следует всегда использовать стандартное разведение. Рекомендованы следующие стандартные разведения и дозировки:

30 МЕ в 500 мл изотонического раствора, то есть 1 мл/час = 1 мЕД (миллиЕД) в минуту

10 МЕ в 500 мл изотонического раствора, то есть 3 мл/час = 1 мЕД в минуту.  
[С]

Отмечено возрастание количества успешных родоразрешений в случае комбинированного применения окситоцина и амниотомии. Ограниченность контингента женщин, принимавших участие в этих исследованиях не позволяет сделать точных выводов. При сравнении использования окситоцина и интравагинального либо интрацервикального применения простагландина Е2, отмечено возрастание количества кесаревых сечений, а также несколько неудачных влагалищных родов. Таких различий не было обнаружено при сравнении использования окситоцина в сочетании с амниотомией и применения простагландинов. Эти данные косвенно подтверждают обоснованность применения окситоцина в сочетании с амниотомией в тех случаях, когда у роженицы не нарушена целостность плодных оболочек.

В случае повышенной сократительной активности матки (особенно в сочетании с не обнадеживающим уровнем ЧСС плода) необходимо снизить активность маточных сокращений. В случае применения простагландинов (интравагинально или интрацервикально) необходимо удалить остатки препарата и прекратить применение окситоцина, положить женщину на левый бок и дать ей кислород при помощи маски.

## **Практическое занятие 13**

**Узкий таз, этиология, виды, диагностика.**

**Продолжительность изучения темы**

### Технологический модель учебного занятия:

|                            |                          |
|----------------------------|--------------------------|
| Время –80 мин              | Количество студентов - 8 |
| Форма проведения занятия   | Учебная практика         |
| План практического занятия | Узкий таз                |

|                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Педагогические задачи:</b>                                                                                                                                                                                           | Результаты учебного процесса: студент должен усвоить                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <p>Дать определение</p> <p>Разобрать основные методы исследования</p> <p>Дать представление об основных направлениях</p> <p>Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии</p> | <p>роль анатомически узкого таза в течение и исходе родов для матери и плода;</p> <p>значение наружного и внутреннего акушерского исследования в диагностике различных форм и степеней сужения таза;</p> <p>дополнительные методы исследования (ультразвуковая пельвиометрия, рентгенопельвиометрия, кардиомониторинг, УЗ биометрия плода);</p> <p>принципы ведения родов и их осложнения при данной патологии.</p> |
| Методы и техника обучения                                                                                                                                                                                               | Учебная практика, блиц - опрос                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Средства обучения                                                                                                                                                                                                       | Таблицы, учебная доска, видеопроектор                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Условия обучения                                                                                                                                                                                                        | Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |

### Технологическая карта практического занятия

| Этапы, время               |                                                                                                                                                               |                     |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|                            | Преподаватель                                                                                                                                                 | Студент             |
| 1 этап: Введение – 10 мин. | <p>Вступительное слово о Узком тазе, этиологии, видах, диагностики.</p> <p>Диспропорция таза и головки плода</p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные</p> | Слушает, записывает |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                       | вопросы, ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                             |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.)       | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>Что такое узкий таз.<br/>Виды узкого таза.<br/>Что такое дистоссия плечиков.<br/>4. Симптомы КУТ.</p>                                      | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br>Заключительный - (10 мин.) | <p>Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия</p> | <p>точняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>                                                                                             |

### Контрольные вопросы

- 1.Определение понятия анатомически и клинически узкого таза?
- 2.Указать причины формирования узкого таза?
- 3.Классификация анатомически узких тазов?
- 4.Указать способы диагностики анатомически узкого таза?
- 5.Особенности строения и биомеханизма родов при плоских тазах?
- 6.Особенности строения и биомеханизма родов при поперечносуженном тазе?
- 6.Особенности строения и биомеханизма родов при общесуженных тазах?
- 7.Осложнения родов при аномалиях костного таза?
- 8.Сформулировать принципы ведения родов при узком тазе?
- 9.Указать причины возникновения и клинические симптомы функционально узкого таза?

10. Назовите степени и признаки клинического несоответствия?

11. Перечислите признаки КУТ I, II, III степени?

12. Что такое признак Вастена и Цангиместера?

## **Интерактивные методы**

### **Метод «Паутина»**

#### **Шаги:**

1. Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.

2. Участники сидят по кругу.

3. Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос (на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.

4. Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.

5. Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

## **Метод «Ручка на середине стола»**

### **Шаги:**

1. Предварительно педагог подготавливает вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).
2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладётся ручка.
4. Один из участников вращает ручку.
5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.
6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.
7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

Патология "узкий таз" всегда считалась наиболее сложным разделом акушерства, так как требовалась точная оценка соразмерности с плодом, знание особенностей биомеханизма, выдержка при ведении родов в сочетании с умением своевременно уловить опасность для матери и плода.

В современном акушерстве практически не встречаются грубо деформированные тазы, а также высокие степени сужения (ИИИ-ИВ). Преобладают так называемые "стертые" формы узкого таза. Механизм родов при этих формах, как правило, не нарушается, но изменяется. Чаще всего головка плода вставляется в плоскость входа в малый таз в поперечном, а не в

косом размере; в плоскости широкой части малого таза она долго стоит, не продвигаясь из-за уплощенного и длинного крестца. Роды принимают затяжной характер.

Проведенные исследования анатомических особенностей таза у современных женщин показали, что по основным размерам большого таза нельзя судить о величине внутренних размеров входа в малый таз, так как процент ошибок составляет свыше 70 %. В акушерской практике в трудных диагностических случаях используют малодозную рентгенопельвиометрию и ультразвуковую цефалометрию, что позволяет избрать наиболее рациональный метод родоразрешения и полностью избежать перинатальных потерь при узком тазе.

Различают два понятия узкого таза: анатомически и функционально (клинически) узкий таз. Анатомически узкий таз должен быть диагностирован до родов, клинически узкий - только в процессе родов. Частота анатомически узкого таза составляет от 9,5 (1978) до 11 % (2003), в среднем-6,7 %. Частота функционально узкого таза - 9,8 % от общего числа родов.

**Анатомически узкий таз** - это таз с уменьшением одного или нескольких размеров на 1,5-2 см и более.

При анатомическом сужении таза могут быть уменьшены все размеры: прямые, поперечные, косые. А могут быть укорочены только некоторые размеры: прямые или поперечные или уменьшен только один размер. Чаще всего - это истинная конъюгата. Если она меньше 11 см, - таз является анатомически узким.

О размере истинной конъюгаты судят по величине диагональной и наружной конъюгат. Так, если диагональная конъюгата составляет 12 см и меньше, а наружная - 18 и меньше, таз также считается анатомически узким.

Нижней границей нормы считают следующие размеры таза:

прямой размер входа - 11 см;

прямой размер широкой части полости - 12,5 см;

прямой размер выхода - 9,5 см, но в родах он увеличивается на 1,5 см за счет отклонения копчика;

поперечный размер выхода и широкой части -12,5 см;

межостный - 10,5 см;

битуберозный - 11,5 см.

**Часто встречающиеся формы анатомически узкого таза.** В современном акушерстве чаще всего встречаются следующие формы анатомически узких тазов.

Тазы с уменьшением поперечных размеров - поперечносуженные. Их частота (по данным Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН) составляет 61,7 %. Раньше к поперечносуженным тазам относили тазы, у которых имелось сужение поперечных размеров полости (одного, двух, реже - трех) при нормальных значениях прямых размеров малого таза.

Тазы, с уменьшением прямых размеров - плоские - 19,2 %. В эту группу входят тазы с уменьшением прямого размера широкой части полости, при этом другие поперечные размеры могут иметь нормальные значения.

Тазы с уменьшением как прямых, так и поперечных размеров - общеравномерносуженные - 18,8 %.

Прочие - косоусуженные - 0,3 %. Необходимо указать, что анатомически узкий таз не всегда является препятствием для родов. При умеренном сужении таза исходы родов зависят от размеров плода, характера родовой деятельности, способности головки к конфигурации. Если родовая деятельность нормальная (координированная), плод некрупный, головка хорошо конфигурирует, роды протекают нормально.

Совершенно очевидно, что не каждый анатомически узкий таз будет клинически узким. В общей популяции частота анатомически узкого таза составляет 2,7-3 %, клинически узкого таза - 0,3 %. Среди всех анатомически узких тазов частота клинически узкого таза возрастает до 30 %.

**Понятие "стертые" формы узкого таза.** Понятие "стертые" формы узкого таза появилось в последние 2-3 десятилетия. Оно означает небольшое (до 10 мм) сужение одного-трех размеров малого таза, преимущественно в полости малого таза, которое может удлинить прохождение подлежащей части плода и привести к травматизму плода.

## **Практическое занятие 14**

**Причина неправильного положения плода, диагностика, тактика врача.**

**Технологический модель учебного занятия:**

|                          |                                               |
|--------------------------|-----------------------------------------------|
| Время –80 мин            | Количество студентов – 8                      |
| Форма проведения занятия | Учебная практика                              |
| План практического       | <b>Причина неправильного положения плода,</b> |

|         |                                    |
|---------|------------------------------------|
| занятия | <b>диагностика, тактика врача.</b> |
|---------|------------------------------------|

### Технологическая карта практического занятия

| Этапы, время                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                             |
|------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                          | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Студент                                                                                                                                                                     |
| 1 этап: Введение<br>– 10 мин.            | <p>Вступительное слово о. <b>Причина неправильного положения плода, диагностика, тактика врача.</b></p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты Узком газе, этиологии, видах, диагностики занятия</p>                                                                                            | Слушает, записывает                                                                                                                                                         |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.)          | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p><b>Что такое неправильное положение плода. Причины неправильного положения плода.</b></p> <p><b>3. Диагностика и тактика врача.</b></p>    | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br>Заключительный<br>- (10 мин.) | <p>Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия</p> | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>                                                                                            |

### Вопросы по теме

**Что такое неправильное положение плода.**

## **Причины неправильного положения плода.**

Диагностика и тактика врача.

## **Интерактивные методы**

### **Метод «Паутина»**

#### **Шаги:**

- 1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
- 2.Участники сидят по кругу.
- 3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
- 4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
- 5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

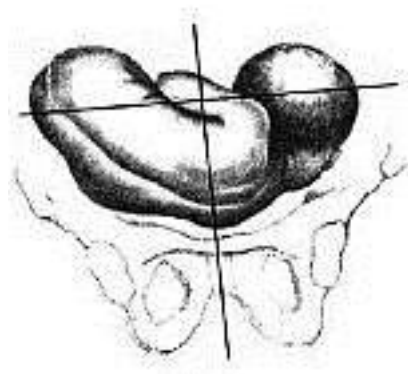
Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Поперечное положение плода встречается в 0,5-0,7% беременностей, причем у первородящих в 10 раз реже, чем у многорожавших женщин. Опасность поперечного положения плода заключается в вероятности развития тяжелых осложнений в родах при неоказании своевременной акушерской помощи:

раннего излития вод, выпадения частей плода, разрыва матки, возникновения запущенного поперечного положения плода, гибели плода и матери.

К вариантам неправильного расположения плода также относится косое положение, характеризующееся пересечением оси плода и матки под острым углом и размещением одной из крупных частей плода (головки или тазового конца) ниже линии, соединяющей гребни подвздошных костей. Косое положение плода считается переходным – в процессе родов оно может перейти в продольное или поперечное.

Позиция при поперечном положении плода определяется по головке: 1-ая позиция - при расположении головки слева, 2-ая позиция – головка определяется справа. Вид позиции зависит от разворота спинки: обращенность спинки к передней стенке матки расценивается как передний вид, к задней – задний вид. При поперечном положении плода также важно учитывать отношение спинки плода ко дну матки.



### **Причины поперечного положения плода**

Внутриутробное поперечное положение плода может быть обусловлено различными факторами. К ним, прежде всего, относятся условия, обеспечивающие чрезмерную подвижность плода: многоводие, дряблость мускулатуры брюшной стенки, гипотрофия плода и др. С другой стороны, предпосылки к формированию поперечного положения плода могут быть связаны с ограничением внутриутробной активности вследствие маловодия, крупного плода, многоплодия, повышенного тонуса матки, угрозы [самопроизвольного прерывания беременности](#), аномалий строения матки ([седловидная](#) или [двуорогая матка](#)), [фибромы матки](#) и др.

Поперечное положение плода в ряде случаев является следствием анатомических причин, препятствующих вставлению головки в малый таз, в частности, [предлежания плаценты](#), опухолей нижнего сегмента матки или костей таза, [узкого таза](#).

Поперечному положению могут способствовать такие аномалии развития плода, как анэнцефалия и [гидроцефалия](#).

### **Диагностика поперечного положения плода**

Неправильное (косое или поперечное) положение плода устанавливается в ходе акушерского осмотра беременной, пальпации живота и влагалищного исследования.

При поперечном положении плода живот приобретает поперечно-растянутую (косо-растянутую) неправильную форму. За счет поперечного растяжения матка имеет шарообразную, а не удлинненно-овальную форму. Обращает внимание превышение нормы окружности живота по сравнению со сроком гестации и недостаточная высота стояния дна матки.

В процессе пальпации предлежащая часть плода не определяется; головку удается прощупать справа либо слева от срединной оси тела беременной, а крупные части (головной или тазовый конец) - в боковых отделах матки. При поперечном положении плода сердцебиение лучше выслушивается в области пупка.

Трудности с определением положения и позиции плода могут возникнуть в ситуациях многоплодия, многоводия, гипертонуса матки. Акушерское [УЗИ](#) достоверно подтверждает поперечное положение плода.

[Гинекологическое исследование](#), выполняемое в ходе беременности и начальном периоде родов при сохранном плодном пузыре, малоинформативно. Его проведение лишь подтверждает отсутствие во входе в малый таз предлежащей части плода. После отхождения вод и раскрытия маточного зева на 4-5 см при поперечном положении плода может определяться плечико, лопатка, ребра, подмышечная впадина, остистые отростки позвонков, иногда - локоть или кисть ручки.

В случае выпадения ручки плода из половой щели в наличии поперечного положения плода не остается сомнений.

### **Риски поперечного положения плода**

Наличие поперечного положения плода, как правило, не нарушает общего течения беременности. Однако наиболее часто при поперечном положении плода встречается преждевременное излитие околоплодных вод и развитие преждевременных родов. Если поперечному положению плода сопутствует предлежание плаценты, возможно массивное кровотечение.

Стремительное отхождение вод нередко приводит к резкому ограничению подвижности плода, вколачиванию плечика во вход таза, выпадению наружу частей плода (ручки, пуповины) и развитию, так называемого, запущенного поперечного положения плода.

При выпадении частей плода может произойти восходящее инфицирование с развитием хориоамнионита, [разлитого перитонита](#), сепсиса. Длительный безводный промежуток, продолжающийся 12 и более часов, приводит к

острой гипоксии или [асфиксии](#) плода. Запущенное поперечное положение плода на фоне нарастающей родовой деятельности грозит разрывом матки.

В редких случаях при поперечном положении плода во время родов может произойти самоизворот в [головное](#) или [тазовое предлежание](#) либо рождение ребеночка сдвоенным туловищем. Такой исход родов является исключением и возможен в случае сильных схваток, глубокой недоношенности плода или при мертвом плоде.

### **Тактика ведения родов при поперечном положении плода**

На сроке до 34–35 недель гестации косое или поперечное положение плода считается неустойчивым, поскольку может самостоятельно измениться на продольное.

При диагностировании поперечного положения плода требуется полное гинекологическое обследование беременной для выявления причин аномалии, выбора тактики дальнейшего [ведения беременности](#) и способа родоразрешения.

На сроке 30-34 недель беременности может назначаться корригирующая гимнастика, способствующая развороту плода в головное предлежание. Специальные комплексы упражнений показаны при отсутствии признаков угрозы прерывания беременности, рубца на матке, [миомы](#), кровянистых выделений, декомпенсированных [пороков сердца](#) у беременной и т. д. и проводятся под контролем наблюдающего женщину акушера-[гинеколога](#). Также при поперечном положении плода беременной рекомендуется больше времени лежать на боку, соответствующем определяемой позиции.

Методика наружного поворота на головку - изменения поперечного положения плода с помощью наружных приемов настоящее время практически не используется. Это связано с малой эффективностью поворота, поскольку при неустраненных причинах плод зачастую вновь принимает поперечное положение. В ряде случаев наружный поворот может закончиться тяжелыми последствиями: отслойкой плаценты, разрывом матки, [гипоксией плода](#).

Оптимальным методом родоразрешения пациенток с поперечным положением плода служит плановое кесарево сечение. Абсолютными показаниями к оперативному родоразрешению является переносная беременность, факт наличия предлежания плаценты, преждевременного отхождения околоплодных вод, рубцов на матке, развитие гипоксии плода. При запущенном поперечном положении плода с выпадением его ручки или пуповины, недопустимо вправление выпавших частей.

В случае полного раскрытия шейки матки, определяемом живом плоде и его подвижности возможно проведение поворота плода на ножку и его последующее извлечение. Однако прогноз для плода в этом случае менее

благоприятен. Поворот на ножку и естественные роды оправданы при недоношенности или родах двойней, когда один плод занимает поперечное положение.

В ситуации длительного безводного промежутка, осложнившегося развитием инфекционного процесса, и жизнеспособности плода после кесарева сечения производится [экстирпация матки](#) и дренирование брюшной полости. При мертвом плоде выполняется плодоразрушающая операция эмбриотомии

После 35-36 недели гестации плод принимает стабильное расположение, поэтому при сохранении поперечного положения беременная госпитализируется в роддом для определения тактики родоразрешения.

## Практическое занятие 15

**Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.**

**Технологический модель учебного занятия:**

|                            |                                                                                        |
|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Время –80 мин              | Количество студентов -8                                                                |
| Форма проведения занятия   | Учебная практика                                                                       |
| План практического занятия | <b>Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция</b> |

**Технологическая карта практического занятия**

| Этапы, время                    |                                                                                                                                                                                               |                                                            |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
|                                 | Преподаватель                                                                                                                                                                                 | Студент                                                    |
| 1 этап: Введение – 10 мин.      | Вступительное слово <b>Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция</b><br><br>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия | Слушает, записывает                                        |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.) | Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.<br><br>Представляет вниманию студентов основные                                 | Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. |

|                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                           |
|------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                | <p>вопросы темы</p> <p><b>Показания к кесареву сечению.</b></p> <p><b>Виды операций кесарево сечение.</b></p> <p><b>Техника выполнения операции.</b></p> <p><b>4. Противопоказания к операции кесарево сечения.</b></p>                                                                                                         | <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| <p>3 этап:</p> <p>Заключительный (10 мин.)</p> | <p>Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия</p> | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>                          |

### Вопросы по теме

**Показания к кесареву сечению.**

**Виды операций кесарево сечение.**

**Техника выполнения операции.**

Противопоказания к операции кесарево сечения

### Интерактивные методы

#### Метод «Паутина»

#### Шаги:

- 1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
- 2.Участники сидят по кругу.
- 3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.

4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше.

Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.

5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

Необходимо учитывать, что кесарево сечение оказывает определенное влияние на детородную функцию женщин. У ряда пациенток возникает бесплодие, наблюдается привычное невынашивание беременности, развиваются нарушения менструального цикла. Беременность при наличии рубца на матке нередко протекает с явлениями угрозы прерывания, плацентарной недостаточностью, несостоятельностью рубца на матке.

Свыше 30% женщин, перенесших кесарево сечение, планируют повторную беременность и роды. Оптимальным временем для наступления последующей беременности считается срок от 1 года до 4 лет. Выбор повторного родоразрешения является ответственным решением. Повторное кесарево сечение — технически сложная операция, сопряженная с высоким риском интра- и послеоперационных осложнений. Если нет прежних показаний для абдоминального родоразрешения (узкий таз, деформации костей таза, миопия высокой степени и др.), то предпочтительнее роды через естественные родовые пути. Однако они требуют от медицинского персонала высокого профессионального мастерства, напряжения и терпения. Риск несостоятельности рубца на матке, страх перед разрывом матки по старому рубцу и слабая правовая защищенность врача в подобных случаях являются серьезным препятствием для расширения показаний к вагинальным родам после кесарева сечения. Успех самопроизвольных родов определяется, прежде всего, состоянием рубца на матке. Основными условиями для хорошей регенерации тканей и формирования полноценного рубца служат оптимальные условия кровоснабжения, исключая развитие ишемии и гипоксии тканей в области

шва, что определяется способом восстановления рассеченной стенки матки, видом шовного материала, а также соблюдением хирургической техники.

Важным этапом является подготовка пациентки к повторной беременности и оценка факторов риска несостоятельности рубца. Наиболее значимые из них:

гнойно-септические осложнения в раннем послеоперационном периоде;

аборты и выскабливания полости матки в течение года после операции;

глубокие дефекты передней стенки матки в проекции рубца, определяемые при УЗИ с применением соноконтраста;

наличие соединительно-тканых разрастаний в проекции рубца при гистероскопии.

При беременности должен быть обеспечен постоянный клинический контроль, за состоянием рубца. Клиническими симптомами несостоятельности рубца на матке являются локальная болезненность в области нижнего сегмента матки, угроза прерывания беременности, особенно в поздние сроки. При УЗИ следует обращать внимание на эхографические признаки неполноценности рубца на матке при беременности — истончение нижнего сегмента в области рубца (менее 3 мм), изменение контуров нижнего сегмента в виде ниш, наличие акустически плотных сигналов (рубцовая ткань).

Беременных с рубцом на матке госпитализируют за 2—3 нед. до срока родов, а при сомнении в полноценности рубца — немедленно.

Несомненно, что родоразрешение таких беременных должно проходить в акушерских стационарах, где имеются условия для оказания высококвалифицированной хирургической, анестезиологической и неонатальной помощи.

*Классификация показаний к абдоминальному родоразрешению -Кесареву сечению (М.С. Малиновскому 1974 г.)*

#### А. Абсолютные показания

Абсолютно суженный таз, когда истинная конъюгата не превышает 6 см.

Рубцовые сужения влагалища.

Опухоли мягких и костных частей таза, миомы матки, опухоли яичников при неблагоприятной локализации.

#### Б. Относительные показания

1. Суженный таз, когда в родах возникает клиническое несоответствие между головкой плода и тазом матери и врачу необходимо решить дилемму — перфорация головки или кесарево сечение?

2. Стенозы мягких родовых путей.

- 3 Опухоли таза и половых органов, в том числе рак матки.
- 4.Предшествовавшие операции на половых органах (фистулоррафия, зашивание разрыва матки).
5. Предлежание плаценты.
6. Эклампсия.
7. Редкие показания (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, неблагоприятные вставления головки, выпадение пуповины, ягодичные предлежания в сочетании с другой патологией и пр.)

Однако, как, оказывается, отсутствует единое решение, какую патологию считать абсолютным показанием к кесареву сечению. Г. А. Бакшт (1940) еще много лет тому назад включил в эту группу:

Абсолютно суженный таз.

Кососуженные тазы.

Экзостомы, опухоли стенок таза, матки и яичников, блокирующие таз.

Сужение и частичное заращение мягких родовых путей.

Мочеполовые и кишечно-половые свищи в прошлом и настоящеМ\_

Случаи больших камней или опухолей мочевого пузыря, опухоли лимфоузлов малого таза.

Перенесенные разрывы матки и родосечение в сочетании с узким тазом.

К. Н. Жмакин (1954) среди показаний к кесареву сечению указывает еще на таз, измененный вследствие переломов, остеомиелитический таз, злокачественные опухоли всех органов таза.

*Многие зарубежные авторы разделяют все показания к кесареву сечению на 3 группы:*

*И группа. Материнские*

*Анатомический и клинический узкий таз*

*Преэклампсия тяжелой степени и эклампсия*

*Кровотечение в конце беременности и в начале родов*

*Экстрагенитальные заболевания*

*Рубец на матке*

*Угрожающий разрыв матки*

*III группа. Детские*

*Угрожающая внутриутробная гипоксия плода*

*Резус конфликт*

*Мертворождение в анамнезе*

*IIII группа. Смешанные*

*Перенашивание беременности*

*Слабость родовой деятельности*

*Аномалии положения плода*

*Сахарный диабет*

Абсолютными показаниями к кесареву сечению надо считать не только те акушерские ситуации, при которых нет возможности воспользоваться другой,

заменяющей операцией, т. е. когда нельзя извлечь плод пер виас натуралис даже в уменьшенных размерах и когда кесарево сечение необходимо производить в любых условиях, а также и те, при которых на сегодняшний день любой другой способ родоразрешения через естественные родовые пути более опасен для матери, чем производство кесарева сечения, не только в отношении жизни, но и с точки зрения инвалидности.

В группу относительных показаний следует отнести патологию и акушерские ситуации, которые неблагоприятным образом сказываются главным образом на плоде, учитывая единство и взаимодействие организмов матери и плода во время беременности и родов и при которых получение живого и здорового ребенка сомнительно, если родоразрешения будет производиться через естественные родовые пути.

В известной мере это обстоятельство относится и к абсолютным показаниям к кесареву сечению, однако патология, отнесенная в эту группу, вынуждает больше заботиться о жизни и здоровье матери.

*Абсолютным показаниям к кесареву сечению могут быть отнесены:*

#### И. Патология, исключая влагалищное родоразрешение

Сужение таза ИИИ и ИВ степени, когда истинная конъюгата равна 7,5 см и меньше.

Таз с резко выраженными остеомиелитическими изменениями.

Таз с резко уменьшенными размерами и измененной формой вследствие переломов или других причин (кососмещенные, поперечно суженные, ассимиляционные, спондилолистетические и др.).

Камни мочевого пузыря, блокирующие малый таз.

Опухоли таза, шеечные фибромиомы, опухоли яичников, труб, связок, тазовой клетчатки, лимфоузлов, опухоли мочевого пузыря, блокирующие родовые пути.

Рубцовые сужения шейки матки и влагалища.

#### ИИ. Патология, при которой кесарево сечение является методом выбора

Рак шейки матки, влагалища, наружных половых органов, прямой кишки, мочевого пузыря.

Мочеполовые и кишечно-половые свищи в прошлом и настоящем.

Рубец на матке после корпорального кесарева сечения или зашитого разрыва матки с осложненным послеоперационным течением или признаками неполноценности рубца.

Резко выраженные варикозные расширения вен шейки матки, влагалища и наружных половых органов.

Полное предлежание плаценты. Частичное предлежание плаценты при угрожающем кровотечении и неподготовленных родовых путях.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты типа маточно-плацентарной апоплексии (матка Кувелера), а также угрожающее кровотечение при неподготовленных родовых путях.

Все формы эклампсии, при которых невозможно влагалищное родоразрешение в ближайшие 2—3 ч.

Состояние агонии или смерть матери при живом и жизнеспособном плоде.

При наличии абсолютных показаний кесарево сечение производится как раннее, иногда экстренное, хирургическое (реанимационное) вмешательство, т. е. не позже начала родов, а лучше — в последние недели беременности.

*К относительным показаниям следует отнести:*

И. Акушерские ситуации, имеющие в основе механической дистонии в родах

Клинически узкий таз.

Опухоли таза, переломы, смещения с нерезко уменьшенными размерами, врожденный вывих бедра, анкилозы тазобедренного сустава и т. п., обуславливающие функциональное несоответствие между головкой плода и тазом матери и другие затруднения в родовом акте.

Неблагоприятные вставления головки — лобное, лицевое (подбородком кзади), заднетеменное, высокое прямое стояние головки.

Выпадение ручки при головном предлежании, нарушившее биомеханизм родов и создавшее препятствие для родоразрешения.

Поперечные и косые положения плода.

Угрожающий разрыв матки.

Угроза образования мочеполового или кишечного свища.

Рубец на матке после кесарева сечения, корпорального или перешеечного, зашитого разрыва матки, миомэктомии с благоприятным заживлением при наличии дополнительных акушерских осложнений (относительной степени сужения таза, разгибательного вставления головки и др.).

## **Практическое занятие 16**

**Экстремальные состояния плода и проблемы новорожденности.**

**Технологический модель учебного занятия:**

|                            |                                                       |
|----------------------------|-------------------------------------------------------|
| Время –80 мин              | Количество студентов - 8                              |
| Форма проведения занятия   | Учебная практика                                      |
| План практического занятия | <b>Реанимация новорожденных, ВУИП, ТОРС инфекция.</b> |

### Технологическая карта практического занятия

| Этапы, время                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                       | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Студент                                                                                                                                                                     |
| 1 этап: Введение – 10 мин.            | <p>Вступительное Экстремальное состояние плода и проблемы новорожденности. Реанимация новорожденных. Внутриутробное инфицирование плода. Понятие о ТОРС инфекциях. Диагностика, лечение и акушерская тактика.</p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия</p>                                                              | Слушает, записывает                                                                                                                                                         |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.)       | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p><b>Что вы понимаете под экстремальным состоянием плода.</b></p> <p><b>Причины инфицирования плода.</b></p> <p><b>ТОРС инфекция.</b></p> <p><b>4. Акушерская тактика.</b></p> | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br>Заключительный - (10 мин.) | <p>Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p>                                                                                                                                         | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих</p>                                                                                                    |

|  |                                                                                                |         |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
|  | Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия | занятий |
|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|

## **Вопросы по теме**

**Что вы понимаете под экстремальным состоянием плода.**

**Причины инфицирования плода.**

**ТОРС инфекция.**

Акушерская тактика

## **Интерактивные методы**

**Метод «Паутина»**

**Шаги:**

1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.

2.Участники сидят по кругу.

3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.

4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше.

Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.

5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

### **Метод «Ручка на середине стола»**

#### **Шаги:**

1. Предварительно педагог подготавливает вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).
2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладётся ручка.
4. Один из участников вращает ручку.
5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.
6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.
7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

Экстремальные состояния характеризуются предельным напряжением защитных реакций и значительными нарушениями жизнедеятельности организма. Организм перестает быть монолитным структурно-функциональным комплексом: нарушаются внутренние интегративные связи,

лавинообразно нарастают цепные разветвленные реакции, что неизбежно ведет к тяжелому повреждению организма. Самостоятельный выход организма из такого состояния, как правило, невозможен, — требуется функциональный мониторинг и оказание экстренной эффективной врачебной помощи. Лечение и профилактика экстремальных состояний строятся на основании глубоких знаний патофизиологических механизмов взаимодействия организма с патогенными факторами.

**Внутриутробные инфекции (ВУИ) (синоним: врожденные инфекции) — группа инфекционно-воспалительных заболеваний плода и детей раннего возраста, которые вызываются различными возбудителями, но характеризуются сходными эпидемиологическими параметрами и нередко имеют однотипные клинические проявления. Врожденные инфекции развиваются в результате внутриутробного (анте- и/или интранатального) инфицирования плода. При этом в подавляющем большинстве случаев источником инфекции для плода является мать. Однако использование инвазивных методов наблюдения за женщинами в период беременности (амниоцентез, пунктирование сосудов пуповины и др.) и внутриматочное введение (через сосуды пуповины) препаратов крови плоду (эритроцитарная масса, плазма, иммуноглобулины) могут привести к ятрогенному инфицированию плода. Истинная частота врожденных инфекций до настоящего времени не установлена, но, по данным ряда авторов, распространенность данной патологии в человеческой популяции может достигать 10%. ВУИ относятся к тяжелым заболеваниям и во многом определяют уровень младенческой смертности. При этом актуальность проблемы ВУИ обусловлена не только существенными пери- и постнатальными потерями, но и тем, что у детей, перенесших тяжелые формы врожденной инфекции, очень часто развиваются серьезные нарушения здоровья, нередко приводящие к инвалидизации и снижению качества жизни в целом. Принимая во внимание широкое распространение и серьезность прогноза, можно сделать вывод, что разработка высокоточных методов ранней диагностики, эффективного лечения и действенной профилактики врожденных инфекций является одной из первоочередных задач современной педиатрии [1, 2, 8, 10–14, 18].**

*Эпидемиология, этиология, патогенез.* Основным источником инфекции при ВУИ, как уже было отмечено, является мать ребенка, от которой возбудитель в анте- и/или интранатальный период проникает в организм

плода (вертикальный механизм передачи). При этом вертикальная передача инфекции может быть осуществлена восходящим, трансплацентарным и трансовариальным путями в антенатальный период, а также контактным и аспирационным непосредственно во время родов [1, 10, 18]. Антенатальное инфицирование в большей степени характерно для агентов вирусной природы (вирусы цитомегалии (ЦМВ), краснухи, Коксаки и др.) и внутриклеточных возбудителей (токсоплазма, реже — представители семейства микоплазм). Интранатальная контаминация более характерна для агентов бактериальной природы. При этом спектр потенциальных возбудителей индивидуален и зависит от особенностей микробного пейзажа слизистых родовых путей матери. Наиболее часто в этот период плод инфицируется такими микроорганизмами, как стрептококки (группы В), энтеробактерии, а также вирусы простого герпеса (ВПГ) типов 1 и 2, микоплазмы, уреаплазмы, хламидии и др. [1, 10, 11, 18]. До недавнего времени считалось, что наиболее частыми возбудителями ВУИ являются вирусы ЦМВ, ВПГ типов 1 и 2 и токсоплазмы (*Toxoplasma gondii*). Однако результаты исследований, проведенных в последнее десятилетие, во многом изменили наши представления как об этиологической структуре ВУИ, так и о частоте внутриутробного инфицирования в целом. Так, показано, что распространенность внутриутробного инфицирования среди новорожденных детей значительно выше, чем считалось ранее, и в ряде случаев может превышать 10%. При этом установлено, что этиология внутриутробного инфицирования представлена более широким спектром микроорганизмов, среди которых, кроме традиционных возбудителей, определенную роль играют энтеровирусы, хламидии (*Chlamydia trachomatis*), некоторые представители семейства *Mycoplasmataceae* (*Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis*), а также вирусы гриппа и целый ряд других инфекционных агентов. Результаты наших собственных исследований свидетельствуют о высоком уровне внутриутробного инфицирования (22,6%). При этом наиболее часто мы отмечаем внутриутробную трансмиссию *Ureaplasma urealyticum*, в то время как вертикальное инфицирование ЦМВ выявляли лишь в единичных случаях [3, 5]. Кроме того, в последние годы нами, независимо от С. В. Hall и соавторов (2004), показана возможность внутриутробного инфицирования герпес-вирусами типа 4 (Human Herpes Virus IV (Epstein-Barr virus)) и типа 6 (Human Herpes Virus VI).

Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС, «атипичная пневмония») - инфекционное заболевание, которое впервые зарегистрировано в Китае в ноябре 2002 года. С тех пор ТОРС широко распространился по всему миру. Специалисты затрудняются назвать точное число заболевших, в то время как инфицированы тысячи человек и летальность составляет примерно 4%.

Такое быстрое распространение ТОРС беспокоило не только официальных представителей органов здравоохранения, но и широкую общественность. ТОРС - новое серьезное инфекционное заболевание, которое впервые появилось в XXI веке, показало насколько быстро происходит распространение инфекции в высоко технологичном современном мире. Похоже, что заболевание началось с инфицирования одного человека и затем распространилось по различным странам с ничего не подозревающими туристами.

ТОРС вызывает множество проблем ещё и потому, что специалисты слишком мало знают о нем. Ученым известно, что причиной заболевания является новый тип коронавируса, одного из семейства вирусов, вызывающих у человека инфекционные заболевания верхних дыхательных путей, в том числе банальные простудные заболевания. Почему новый вирус возник, и, более того, почему он смертельно опасен, еще неизвестно. Остается неясным, почему одни пациенты погибают, а другие выздоравливают. Наряду с пожилыми людьми, имеющими ряд сопутствующих заболеваний, осложняющих течение ТОРС, среди погибших были и прежде абсолютно здоровые молодые люди. Кроме того, существуют значительные сложности в диагностике заболевания, т.к. симптомы ТОРС очень схожи с симптомами других острых респираторных заболеваний.

В настоящее время нет широкодоступных тестов для диагностики ТОРС, также как нет проверенной схемы его лечения. Сейчас наилучшее решение проблемы ТОРС - это строгий контроль за распространением и соблюдение мер профилактики данной инфекции. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Центры по инфекционному контролю и профилактике инфекционных заболеваний США (*CDC*) утвердили рекомендации, которым необходимо следовать как врачам, лечащим пациентов с ТОРС, так и самому пациенту и членам его семьи. Рекомендации касаются также и международных путешествий.

Насколько широко распространился ТОРС, станет известно очень скоро. А сейчас лучший совет - это соблюдение общих мер предосторожности: часто мыть руки, не путешествовать в страны с высоким риском инфицирования ТОРС. Если человек недавно вернулся из поездки в Азию или общался с теми, кто недавно был в регионах, эндемичных по ТОРС, или же с теми, у кого уже диагностирован ТОРС, следует непременно обратиться к врачу, особенно если появились лихорадка и кашель.

## **Практическое занятие 17**

**Трансмиссия ВИЧ – инфекции через мать в плод.**

### Технологический модель учебного занятия:

|                            |                                                       |
|----------------------------|-------------------------------------------------------|
| Время –80 мин              | Количество студентов - 8                              |
| Форма проведения занятия   | Учебная практика                                      |
| План практического занятия | <b>Реанимация новорожденных, ВУИП, ТОРС инфекция.</b> |

### Технологическая карта практического занятия

| Этапы, время                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                 | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Студент                                                                                                                                                                     |
| 1 этап: Введение – 10 мин.      | <p>Вступительное Экстремальное состояние плода и проблемы новорожденности. Реанимация новорожденных. Внутриутробное инфицирование плода. Понятие о ТОРС инфекциях. Диагностика, лечение и акушерская тактика.</p> <p>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия</p>                                                        | Слушает, записывает                                                                                                                                                         |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.) | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p><b>Что вы понимаете под экстремальным состоянием плода.</b><br/> <b>Причины инфицирования плода.</b><br/> <b>ТОРС инфекция.</b><br/> <b>4. Акушерская тактика.</b></p> | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:                         | Подводит итог практического                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Уточняет неясные                                                                                                                                                            |

|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                          |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Заключительный<br>(10 мин.) | занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.<br><br>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия.<br><br>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия | вопросы.<br><br>Записывает задание для следующих занятий |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|

Статья включает описание исторических аспектов развития ВИЧ инфекции, статистические данные по инфекции у беременных женщин, интранатальному инфицированию новорожденного, профилактики вертикального пути передачи ВИЧ инфекции от матери плоду. Приведены данные о распространенности ВИЧ инфекции в мире и в России. Описана эпидемиология и особенности путей передачи ВИЧинфекции на современном этапе. Выделены особенности течения беременности на фоне ВИЧ инфекции, частота передачи инфекции от матери новорожденному ребенку. Описана связь вирусной нагрузки с вероятностью трансмиссивной передачи инфекции. Описаны антенатальный и интранатальный и постнатальный пути передачи ВИЧ инфекции. Проанализированы данные о способах родоразрешения у ВИЧ инфицированных беременных. Описаны факторы, увеличивающие риск внутриутробной передачи ВИЧ: высокая вирусная нагрузка, отсутствие антиретровирусной терапии во время беременности, инвазивное ведение родов, наличие сопутствующих инфекций. Большое значение в передаче инфекции также уделено преждевременному излитию околоплодных вод и разрывам шейки матки или влагалища во время родов. Отражены сроки

наблюдения за детьми от ВИЧ инфицированных матерей. Выделены основные подходы к профилактике передачи ВИЧ инфекции от матери плоду: назначение матери специфического курса лекарственной профилактики, оперативное родоразрешение и отказ от грудного вскармливания.

Рассмотрены современные схемы лечения и профилактики данной инфекции.

Проанализированы осложнения беременности, родов, возникающие у ВИЧ инфицированных женщин.

Статья включает описание исторических аспектов развития ВИЧ инфекции, статистические данные по инфекции у беременных женщин, интранатальному инфицированию новорожденного, профилактики вертикального пути передачи ВИЧ инфекции от матери - плоду. Приведены данные о распространенности ВИЧ инфекции в мире и в России. Описана эпидемиология и особенности путей передачи ВИЧ инфекции на современном этапе. Выделены особенности течения беременности на фоне ВИЧ инфекции, частота передачи инфекции от матери - новорожденному ребенку. Описана связь вирусной нагрузки с вероятностью трансмиссивной передачи инфекции. Описаны антенатальный и интранатальный и постнатальный пути передачи ВИЧ инфекции. Проанализированы данные о способах родоразрешения у ВИЧ инфицированных беременных. Описаны факторы, увеличивающие риск внутриутробной передачи ВИЧ: высокая вирусная нагрузка, отсутствие антиретровирусной терапии во время беременности, инвазивное ведение родов, наличие сопутствующих инфекций. Большое значение в передаче инфекции также уделено преждевременному излитию околоплодных вод и

разрывам шейки матки или влагалища во время родов. Отражены сроки наблюдения за детьми от ВИЧ инфицированных матерей. Выделены основные подходы к профилактике передачи ВИЧ инфекции от матери - плоду: назначение матери специфического курса лекарственной профилактики, оперативное родоразрешение и отказ от грудного вскармливания. Рассмотрены современные схемы лечения и профилактики данной инфекции.

## Практическое занятие 18.

### Инфекция послеродового периода.

#### Продолжительность изучения темы

#### Технологический модель учебного занятия:

|                            |                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Время –80 мин              | Количество студентов -8                                                                                                                                                             |
| Форма проведения занятия   | Учебная практика                                                                                                                                                                    |
| План практического занятия | <b><i>Инфекция послеродового периода, классификация, пути передачи, возбудители, диагностика, принципы лечения. Профилактика групп высокого риска в амбулаторных условиях..</i></b> |

#### Технологическая карта практического занятия

| Этапы, время               |                                                                                                                                                                                                                                     |                     |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
|                            | Преподаватель                                                                                                                                                                                                                       | Студент             |
| I этап: Введение – 10 мин. | <b><i>Инфекция послеродового периода, классификация, пути передачи, возбудители, диагностика, принципы лечения. Профилактика групп высокого риска в амбулаторных условиях</i></b><br>Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, | Слушает, записывает |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                       | ожидаемые результаты занятия                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                             |
| 2 этап:<br>Основной - (60 мин.)       | <p>Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы.</p> <p>Представляет вниманию студентов основные вопросы темы</p> <p>Виды инфекций послеродового периода.</p> <p>2 Классификация .</p> <p>3. Пути передачи ифекцией</p> <p>4. Принципы лечения.</p>             | <p>Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.</p> <p>Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы</p> |
| 3 этап:<br>Заключительный - (10 мин.) | <p>Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике.</p> <p>Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии.</p> <p>Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия</p> | <p>Уточняет неясные вопросы.</p> <p>Записывает задание для следующих занятий</p>                                                                                            |

### Контрольные вопросы

- 1.Какие микроорганизмы вызывают послеродовые заболевания?
- 2.Какие виды инфекции различают?
- 3.Что является входными воротами для проникновения инфекции?
- 4.Пути распространения инфекции?
- 5.Перечислите послеродовые заболевания, не распространяющиеся за пределы матки?
- 6.Какие послеродовые заболевания распространяются за пределы матки?
- 7.Что относится к генерализованным послеродовым заболеваниям?
- 8.Что такое септикопиемия?
- 9.Дайте определение септицемии?
- 10.Жалобы больной с пуэрперальной язвой?
- 11.Чем характеризуется тромбофлебит поверхностных вен?
- 12.Перечислите жалобы больной при начинающемся мастите?
- 13.Опишите клиническую картину при метроэндометрите?
- 14.Основные симптомы при пельвиоперитоните?
- 15.Что является входными воротами для инфекции при параметрите?
- 16.Каковы изменения в анализе крови при перитоните?

17. В чем состоит лечение трещин сосков?

18. Чем обусловлено возрастание частоты гнойно-септических заболеваний

### **Интерактивные методы**

#### **Метод «Ручка на середине стола»**

#### **Шаги:**

1. Предварительно педагог подготавливает вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).

2. Участники сидят по кругу.

3. На середину стола кладётся ручка.

4. Один из участников вращает ручку.

5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.

6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.

7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

Гнойно – септические заболевания у беременных, рожениц и родильниц всегда составляли весьма важный в научном и практическом отношении раздел акушерства.

Послеродовая инфекция представляет собой типичную раневую инфекцию, которая в силу анатомических особенностей женских половых органов и их физиологических функций в процессе родов и в ранний послеродовый период имеет свои характерные особенности. Единственной и непосредственной причиной послеродовых заболеваний является инфекционная возбудимость.

Проявляется эта патология только при несоблюдении санитарно-гигиенического режима в родовспомогательных учреждениях, нарушении правил асептики и антисептики, недооценки роли органов генитальной инфекции и снижении защитных сил организма, а также при некоторых особенностях течения беременности и родов.

Различные послеродовые заболевания чаще всего возникают на фоне тех или иных факторов, среди которых ведущую роль играют затяжные роды, длительный безводный промежуток, многократные влагалищные осмотры и брюшностеночные родоразрешающие операции, а также некоторые диагностические манипуляции (амниоскопия, прямая ЭКГ плода и др.)

### ***ПОСЛЕРОДОВЫЙ МАСТИТ.***

Воспалительное заболевание молочной железы, обусловленное инфекцией, развивающаяся после родов, и сопряженное с процессом лактации.

Крайне редко развивается мастит во время беременности. Беременные с гнойным поражением молочной железы составляют 0,5-1% по отношению ко всем больным гнойным маститом. При мастите страдает не только мать, но и новорожденный. Нарушение функции молочной железы, изменение качественного состава молока снижают сопротивляемость ребенка к неблагоприятным воздействиям внешней среды. Неизбежные контакты с больной матерью повышают риск его инфицирования. Следует подчеркнуть, что методы профилактической медицины оказываются пока недостаточно эффективными в предупреждении мастита. Значение проблемы, необходимость всестороннего ее изучения в данный период – эру широкого использования антибиотиков обусловлена рядом факторов.

Послеродовый мастит является одним из относительно частых проявлений гнойно-септической инфекции в акушерстве.

В последнее десятилетие отмечается повышение частоты послеродового мастита.

Послеродовый мастит оказывает выраженное неблагоприятное влияние на организм матери.

Воздействие послеродового мастита на организм ребенка весьма неблагоприятно.

Длительное пребывание больной гнойным маститом в стационаре, необходимость применения дорогостоящих антибиотиков, а также других препаратов причиняют определенный ущерб.

### ***ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ***

Причиной неспецифического бактериального эндометрита являются патогенные и/или условно – патогенные микроорганизмы. При инфицировании внутренней поверхности матки поражается базальный слой эндометрия. Чаще всего острый эндометрит возникает после абортов, родов или диагностического выскабливания матки. Наличие крови, остатков децидуальной ткани, плодного яйца способствует росту микробной флоры. Воспалительный процесс может захватывать прилегающий к эндометрию миометрий.

**К л и н и ч е с к а я   к а р т и н а** острого эндометрита проявляется, как правило, на 3-4 –й день после родов занесения инфекции . Отмечаются повышение температуры, учащение пульса, познабливание; в крови – лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево , ускорение СОЭ . Матка умеренно увеличена , чувствительна при пальпации , особенно по боком (по ходу крупных лимфатических сосудов). Выделения серозно-гноевидные, нередко сукровичные (длительное время), что связано с задержкой регенерации слизистой оболочки. Острая стадия эндометрита продолжается 8-10 дней, при правильном лечении процесс заканчивается, реже переходит в подострую форму. Эндометрит может протекать в легкой или абортивной форме, особенно при применении антибиотиков .

### ***ПОСЛЕРОДОВЫЙ САЛЬПИНГООФАРИТ***

**Сальпингоофарит (СО)** относится к числу наиболее частых локализаций ВЗОТ. Развитие не гонорейных СО обусловливается патогенными и условно – патогенными микроорганизмами: стафилакокками (чаще золотистыми), стрептококками (В – гемолитическим, группы В), эшерихиями, энтерококками, эпидермальными стафилакокками, хламидиями.

**Острый сальпингоофарит (ОСО)** клиническая картина; повышение температуры, ухудшение общего состояния, сильная боль внизу живота, озноб при нагноительном характере процесса, дизурические и диспепсические проявления. В первые дни заболевания живот напряжен, болезнен при пальпации, может проявляться феномен мышечной защиты. Исследование усиливает боль, контуры придатков определяются недостаточно отчетливо (отечность, перифокальные процессы), они увеличены, пастозны, подвижность их ограничена. В картине крови отмечают сдвиг лейкоцитарной формулы в сторону молодых форм и др., в протеинограмме преобладают глобулиновые фракции, ускорена СОЭ, в крови повышен уровень С- реактивного белка. Возникают изменения в

нервной и сосудистой системе, особенно при выраженной интоксикации. Клинические признаки ОСО бывают выражены более или менее значительно в зависимости от степени патогенности микроба и выраженности воспалительной реакции и его характера (серозный, гнойный) .

*Лечение* больных в острой стадии сальпингоофарита проводят только в стационаре, где создают физический и психический покой, назначают легкоусвояемую пищу, адекватное количество жидкости, следят за функцией кишечника и выделительных органов.

Основное место в лечении острого сальпингита принадлежит антибиотикам, эффективность применения которых определяется свойствами возбудителя и его чувствительностью к антибиотикам. Рекомендуется применение клиндамицина и хлорамфеникола; гентамицина с левамицетином, линкомицином или клиндамицином. В тяжелых случаях метранидозол назначают внутривенно в суточной дозе 1-1,5 г со скоростью 5 мл/ мин в течение 5-8 дней; в менее тяжелых случаях рекомендуется пероральное применение препарата по 400 – 500 мг 3 раза в день в течение 7-8 дней. При выраженных признаках интоксикации используют инфузионную терапию (парентеральное введение 5 % раствора глюкозы, полиглюкина, реополиглюкина, гемодеза, белковых препаратов; общее количество жидкости 2-2,5 л). При необходимости в состав инфузионной терапии включают витамины, средства, корригирующие кислотно – щелочное равновесие (50-100 мл 4-5 % раствора бикарбоната натрия). Показано применение антигистаминных препаратов (димедрол, супрастин).

К физическим методом лечения можно отнести издавна используемый холод на надлобковую область. Холод, действующий на рецепторы указанной области кожи, оказывает болеутоляющий, противовоспалительный и гемостатический эффект. Холод применяют с перерывами. Хроническая стадия процесса характеризуется наличием инфильтратов, утратой физиологической функции слизистой и мышечной оболочек маточной трубы, развитием соединительной ткани, сужением просвета сосудов, склеротическими процессами. При длительном течении нередко возникает непроходимость труб с образованием гидросальпинкса или без него (прекращение экссудации в связи со склерозом сосудов). Основанная жалоба – болевые ощущения (тупые, ноющие), усиливающиеся при охлаждении, интеркуррентных заболеваниях, до или во время менструации. Боль обычно ощущается внизу живота, в паховых областях, в области крестца, во влагалище.

Нарушения менструальной функции (обильные, болезненные менструации) наблюдаются у 40 – 55 % больных и связаны преимущественно с наступающими нарушениями функции яичников (гипофункция, ановуляция и др). Нарушения половой функции (болезненный коитус, снижение или отсутствие либидо и др ). Отмечают

35 – 40 % больных. Наблюдаются расстройства секреторной функции (бели), причиной которых могут быть сопутствующие кольпит и эндоцервицит.

**Лечение** ХСО имеет целью достижение противовоспалительного и обезболивающего эффекта, повышение защитных сил организма, восстановление нарушенных функций половых органов и вторично возникших расстройств нервной, эндокринной и других систем организма.

### ***АКУШЕРСКИЙ ПЕРИТОНИТ.***

***Перитонит – в послеродовом периоде в основном может быть обусловлен тремя причинами:***

- ожнениями после кесарева сечения.

обострением воспалительного процесса придатков матки;  
сепсисом;

В 98 % возникает после кесарева сечения.

**Перитонит**-после кесарева сечения среди всех форм гнойно – септических заболеваний после родов и абортв встречается в 4,6 – 7% случаев.

Летальность остается высокой и достигает 26 – 35%. В структуре материнской летальности от септических заболеваний, на долю перитонита приходится 36,4%.

***Согласно определению И.В. Давыдовского перитонитом обозначают воспаление брюшины может быть:***

острым  
хроническим  
местным  
общим.

Диагноз перитонита устанавливается на оснований местных признаков и общей реакцией организма. Перитонит после кесарева сечения имеет несколько клинических форм в зависимости от патогенеза. Он возникает вследствие неполноценности швов на матке, инфицирования брюшной полости во время кесарева сечения, при хориоамнионите у женщины или на фоне длительно неразрешающего пареза кишечника. Значительно реже перитонит может развиваться при ранении кишечника во время кесарева сечения или при разрыве гнойных образований придатков матки.

**Этиология** перитонита – бактериальная Чаще всего ведущая роль принадлежит кишечной флоре смешанной грамм негативной флоре, реже стафилококку.

***При акушерском перитоните в зависимости от стадии может наблюдаться.***

серный  
фибринозный  
гнойный экссудат

По данным В.И. Кулакова при перитоните стафилакокки были выявлены в 19,6 % случаев, кишечная палочка в 20,3 % прочие микроорганизмы в 4,7%, роста флоры не было в 39,2 % случаев. У большинства больных отмечается смешанный характер инфекции. Характер экссудата при перитоните после кесарева сечения может быть различным.

Наличие гнойного экссудата в брюшной полости всегда совпадает с клиническими признаками расхождения послеоперационного шва на матке.

Перитонит после кесарева сечения имеет все признаки послеоперационного воспаления брюшины наличие клинических проявлений, отсутствие синдрома « мышечной защиты », боли на начальных этапах заболевания, быстро развивающаяся интоксикация. Он не обусловлен деструктивным процессом кишечника. Нарушение функции кишечника обусловлена нарастающими явлениями интоксикации, особенно нарушением водно – солевого баланса, гиповолемией и нарушением микро циркуляции в сосудах желудка и кишечника.

Клиническое течение и особенности патогенеза перитонита после кесарева сечения во многом обусловлены способом инфицирования брюшины.

Течение перитонита характеризуется тремя фазами.

**Первая начальная**, фаза обозначаются многими авторами как реактивная. Для данной фазы характерно образование экссудата.

**Вторая фаза** перитонита – токсическая. Для нее характерно подавление защитных механизмов, постепенное развитие нарушений гемодинамики, микроциркуляции, функции почек, печени, нарастающая гипоксия и нарушение тканевого дыхания.

**Третья фаза** – терминальная опровождается гиповолемическим, септическим шоком нарушением сердечной деятельности.

Если в первой фазе перитонита лечение, как правило, бывает эффективным, то во второй и третьей сомнительным или неблагоприятным.

Перитонит после кесарева сечения характеризуется быстро наступающей токсической фазой, реактивная фаза выражена недостаточно. Необходимо принимать во внимание динамику патологического процесса. Однако нужно иметь в виду, что на фоне интенсивной терапии яркие проявления интоксикации могут отсутствовать. Кроме того, в современных условиях относительно часто встречаются «стертые» формы заболевания протекающие без ярких клинических признаков, но с выраженными изменениями внутренних органов и очага инфекции.

Кардинальными симптомами разлитого гнойного перитонита являются боли в животе, симптом Щеткина – Блюмберга, защитное напряжение мышц живота, рвота, паралитическая непроходимость кишечника (парез). Симптомы, обусловленные интоксикацией, не должны относиться к типичным признакам перитонита, они характеризуют фазу интоксикацией и варьируют в зависимости от качества и полноты проводимой терапии.

Тахикардия, гипотония, сухость слизистых оболочек, нарушения ритма сердца могут поддаваться коррекции и не являются патологичными для клинической картины перитонита после кесарева сечения.

Клиническая картина перитонита развивающегося на фоне хориоамнионита (имевшегося до кесарева сечения) характеризуется ранним началом (на 1-2-е сутки после операции), высокой температурой тела, выраженной тахикардией, парезом кишечника. Защитное напряжение мышц живота отсутствует, симптом Щеткина – Блюмберга и боли в животе не выражена, рвоты не бывает. Раннее начало перитонита позволяет исключить точную причину инфицирования, как расхождение швов на матке. При динамическом наблюдений в течении 12-24 часов отмечается ухудшение общего состояния, парез кишечника принимает стойкий характер, перестает определяться его перистальтика, становятся не эффективными меры стимуляции кишечника, усиливается жажда язык становится сухим нарастает тахикардия. Появляется рвота застойными массами у 10 % больных отмечается атония желудка со значительным его расширением. Желудочное содержимое может иметь геморрагический характер, что свидетельствует о глубоком нарушении микроциркуляции в стенке желудка.

При отсутствии адекватной терапии смертельный исход наступает на 5-16-ые сутки от бактериального шока или нарастающей сердечно – сосудистой слабости на фоне гиповолемического состояния.

Определенные клинические особенности имеет перитонит, развивающийся вследствие паралитической непроходимости кишечника, при попадании инфекции в брюшную полость через кишечную стенку. Начало данной формы перитонита относится к 3-4 дню после операции. В течении первых двух дней состояние больной бывает удовлетворительным, температура субфебрильная, имеются умеренная тахикардия переходящее чувство жажды, стойкий парез кишечника. Болей в животе нет, «мышечная защита» отсутствует, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательная.

Ведущим симптомом стойко сохраняющимся, несмотря на проводимое лечение, является парез кишечника, переходящий в паралитическую непроходимость с полным прекращением перистальтики и явлениями «гробовой тишины» в брюшной полости. С этого времени состояние больной резко ухудшается:

появляется выраженная лихорадка;

тахикардия  
жидкий стул.  
**СЕПСИС.**

Сепсис представляет собой сложный комплекс клинических и патологоанатомических явлений, обусловленных реактивными свойствами микроорганизма, характером возбудителя инфекции состоянием септического очага. Сепсис является тяжелым неспецифическим инфекционным процессом протекающий на фоне измененной реактивности организма. Сепсис всегда является вторичным процессом, даже если с самого начала протекает в виде молниеносно развивающегося, не оставляющего времени для развертывания местных патологических проявлений. Этот процесс является результатом недостаточного лечения на предыдущих этапах гнойно – септического процесса.

Акушерский сепсис чаще всего возникает вследствие попадания инфекции в матку в процессе родов или в послеродовом периоде. Определенную роль играет инфицирование остатков плацентарной ткани и сгустков крови. Распространение инфекции возможно также гематогенным и лимфогенным путями. Распространению инфекции способствует наличие хронических или острых экстрагенитальных воспалительных заболеваний во время беременности и в родах, инфицирование во время родового акта (затяжные роды, длительный безводный промежуток, родовой травматизм, задержка частей последа в матке). Сепсис после родов протекает особенно тяжело после вирусной инфекции, перенесенной во время беременности или вскоре после родов.

Течение сепсиса зависит не только от реакций макроорганизма, которая в основном определяется свойствами иммунной защиты, но и от характера микроорганизма. Преобладание стафилококка привело к более торпидному течению патологического процесса со склонностью к поражению многих внутренних органов, устойчивости к антибактериальной терапии.

Сепсис, вызванный грамм отрицательной флорой, чаще осложняется инфекционно – токсическим шоком.

Факультативные анаэробы и бактероиды, как возбудители послеродового сепсиса чаще поражают гепатобилиарную систему, почки, вызывает гемолиз.

Аденовирусный сепсис отмечается блокадой иммунной системы женщины, что ведет к быстрому течению, отсутствию заградительной воспалительной реакции в тканях и поражению внутренних органов.

#### **КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СЕПСИСА И СЕПТИЧЕСКОГО ШОКА.**

| <b><i>Патологичес. процесс</i></b> | <b><i>Клинико – лаборатор признаки.</i></b> |
|------------------------------------|---------------------------------------------|
| ССВО ( ССВР )                      | Характеризуется 2 или более признаками:     |

|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                  | <p>температура <math>&gt; 38^{\circ}\text{C}</math> или <math>&lt; 36^{\circ}\text{C}</math>,<br/> ЧСС <math>&gt; 90</math> мин.<br/> ЧД <math>&gt; 20</math> мин.<br/> Лейкоцитоз в крови <math>&gt; 12</math> тыс/ мл или<br/> <math>&lt; 4</math> тыс/мл или незрелых форм 10 %</p>                                                                                                                                                                    |
| Сепсис- системный воспалительный ответ на инвазию микроорганизмов                                                                | Наличие очага инфекции и 2 или более признаков ССВО.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Сепсис синдром – сепсис сочетающийся с органной дисфункцией, нарушениями тканевой перфузии                                       | <p>Головная боль;<br/> Угнетения нервной системы, помрачение или даже потеря сознания;<br/> Постоянно повышена температура тела.<br/> Артериал. гипотония<br/> Тахикардия – 120 – 130 уд..мин<br/> брадикардия – 30<br/> повышается ЦВД<br/> увелич СОЭ - 40 – 65 мм/час<br/> лейкоцита.</p> <p>Спленомегалия<br/> В моче появляются белок и форменные элементы .<br/> Снижение тромбина в крови 45 – 50 %.</p>                                           |
| Септической шок – признаки тканевой и органной гипоперфузии и артер. Гипотонией, не устраняющийся с помощью инфузионной терапии. | <p>гипертермия <math>39 - 41^{\circ}\text{C}</math>, озноб<br/> изменения психического состояния.<br/> Нарушения макро и микроциркуляции<br/> Метаболический ацидоз.<br/> Снижение моче отделения ниже 30 мл/г.<br/> Тромбоциты – 150 – 109/л., протромб. инд. <math>&lt; 70\%</math><br/> Креатинин <math>&gt; 0,176</math> ммоль/л, натрий в моче инд <math>&lt; 40</math> ммоль/л<br/> Увеличение АЛТ, АСТ и щелочной фосфатазы в 2 раза от нормы.</p> |
| Рефракторный септической шок                                                                                                     | - сохраняющаяся артериальная гипотония не смотря на адекватную инфузию и применение инфузионной и сосудистой поддержки.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

### Высокая температура в послеродовом периоде. Акушерский перитонит.

Акушерский перитонит - одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода. Источником инфекции в большинстве случаев является матка (хориамнионит в родах, послеродовой эндометрит, расхождение швов на матке после кесарева сечения). Важная роль матки в качестве входных

ворот инфекции определяется наличием в ней сгустков крови и остатков плодного яйца, являющихся прекрасной средой для роста микроорганизмов. Кроме того, беременная матка обладает большой поверхностью для резорбции бактериальных и тканевых токсинов, а особенности ее кровообращения содействуют массивному поступлению бактериальной флоры и токсинов в кровеносное русло. Инфекция при перитоните развивается на фоне алергизации женщины во время беременности и изменения ее гормонального гомеостаза (прежде всего ятрогенного), а также вторичного иммунодефицита. Акушерский перитонит нередко имеет вялое, стертое течение, особенно после кесарева сечения, при котором отсутствует повреждение целостности кишечника или других органов желудочно-кишечного тракта

Ведущее значение в генезе патофизиологических реакций организма при перитоните принадлежит интоксикации, обусловленной бактериальными токсинами, тканевыми протеазами, биогенными аминами (гистамин, серотонин, кинин), а также гиповолемии ("без возвратной" потери жидкости из кровяного русла, депонирование и секвестрации крови в сосудах брюшной и частично грудной полости), параличу (парезу) желудочно-кишечного тракта.

Характер и тяжесть изменений при перитоните определяются различным сочетанием таких факторов, как вид, вирулентность, количество проникших в брюшную полость микробов, распространенность продолжительность патологического процесса, состояние иммунной системы организма

В большинстве случаев при перитоните обнаруживают смешанную микробную флору- Однако ведущее значение имеет кишечная палочка, а также стафилококк, синегнойная палочка и вульгарный протей.

Токсины белковой природы (полипептиды, тканевые протеазы, бактерии и продукты их жизнедеятельности), токсины - кристаллоиды (аммиак), биогенные амины (гистамин, серотонин, гепарин), всасываясь в кровь, вызывают глубокие изменения в организме.

Они проявляются нарушением метаболических процессов в тканях и их распадом, катаболизмом, оказывают патологическое воздействие на нервный аппарат кишечника и центральную нервную систему, миокард, печень, почки и другие органы, что способствует дальнейшему угнетению обменных процессов в тканях, нарушению функции сердечно-сосудистой системы деятельности аппарата дыхания, системы гемостаза.

Результатом токсического действия всех этих продуктов является циркуляторная гипоксия, которая сопровождается нарушением окислительно-восстановительных процессов, преобладанием анаэробной фазы с накоплением недоокисленных продуктов обмена С полипептиды, близкие по

строению к индолсодержащим аминам, молочная кислота.

Прогрессирование интоксикации при перитоните способствует истощению обезвреживающей функции печени, наступающему вследствие различных причин (действие токсинов, нарушение кровообращения, гипоксия и др.). Нередко печеночная недостаточность сочетается с почечной.

При перитоните имеется тенденция к усиленному выделению калия, который перемещается в зону патологического процесса непосредственно из клеток» Одновременно калий высвобождается в результате разрушения клеточных элементов» В экссудате брюшной полости отмечается значительное повышение содержания калия (до 10 ммоль/л). Истинный дефицит калия (снижение его концентрации в эритроцитах) сопровождается общей адинамией, парезом желудочно-кишечного тракта, брадиаритмией, нарушением внутрисердечной проводимости и сократительной способности миокарда. В терминальной стадии перитонита при развитии олигоурии и почечной недостаточности экскреция калия почками нарушается, что приводит к прогрессирующей гиперкалиемии, хотя концентрация калия в эритроцитах остается низкой.

Особое место в патогенезе перитонита занимает парез (паралич) кишечника. Перерастяжение кишечных петель жидкостью и газами приводит к нарушению двигательной, секреторной, всасывательной функции кишечника, расстройству межуточного обмена и обезвоживанию. В связи с нарастанием паралитической секреции в просвет тонкой кишки поступают и там секвстрируются значительные объемы жидкости, содержащей большое количество белка и электролитов, в том числе и ионов калия. Давление в просвете кишки повышается, возникает ее перерастяжение и нарушение внутрисстеночного кровотока, ишемия стенки, еще более увеличивается парез. Стенка кишечника становится проходимой для микроорганизмов и токсинов.

Высокое стояние диафрагмы, уменьшение ее подвижности ухудшают вентиляцию легких (базальные ателектазы) и деятельность сердца. Имобилизация мышц брюшного пресса приводит к нарушению механизма кашля. Респираторные нарушения и уже имеющаяся гипоксия усугубляются нарастающим болевым синдромом, гиповентиляцией и выраженному веноартериальному шунтированию. Возникающая гипопроотеинемия ведет к интерстициальному отеку легких, снижению их эластичности и повышению работы дыхания.

Массивные потери жидкости, усугубляющиеся высокой лихорадкой обильной перспирацией, рвотой, обуславливают вначале снижение объема циркулирующей крови, а затем и сердечного выброса и способствуют развитию эндотоксического шока. При этом особенно четко выступают изменения микроциркуляции, повышение активности протеолитических

ферментов и внутрисосудистого свертывания крови с коагулопатией потребления.

В токсической фазе острого перитонита изменения кислородного режима организма во многом определяются не только нарастанием сердечно-сосудистой (гиповолемия, токсический миокардит, повышенная вязкость крови) и дыхательной недостаточности, но и гематологическим нарушениям (секвестрация циркулирующих эритроцитов в системе микроциркуляции, гемолиз, повышение сродства гемоглобина к кислороду в тканевом капилляре), а также возросшими энергетическими затратами.

Необходимо подчеркнуть, что возможно быстрая ликвидация пареза и паралича кишечника является одним из безотлагательных моментов в лечении перитонита, так как парез ведет к усугублению уже имеющейся гипоксии и метаболических расстройств, а также к нарушению развивающейся при этой ишемии (гипоксии) жизнеспособности кишечной стенки. Своевременное восстановление перистальтики способствует, кроме того, увеличению portalного кровотока и, таким образом, улучшает функцию печени.

Б.Н. Серов и др. (1984) выделяют три возможных механизма инфицирования брюшной полости у больных, перенесших кесарево сечение.

При первой варианте перитонит возникает вследствие инфицирования брюшины во время кесарева сечения (при сопутствующем хориоамнионите, длительном безводном промежутке). Источником инфекции является содержимое матки, попадающее в брюшную полость в процессе операции ("ранний перитонит"). Клинические признаки перитонита могут проявиться уже на 1-2-е сутки после операции, при сохраненной герметичности швов на матке. При прогрессировании перитонита возможно развитие их вторичной недостаточности.

Источником инфицирования брюшной полости после кесарева сечения может быть также повышенная вследствие пареза проницаемость стенки кишечника для токсинов и бактерий» Этот феномен был установлен почти 100 лет назад и неоднократно подтвержден последующими исследованиями» Однако микробная инвазия в брюшную полость сопровождается развитием типичной картины перитонита с массивной экссудацией, тяжелыми функциональными и метоболическими нарушениями лишь при определенных условиях.

Третий и наиболее частый вариант перитонита обусловлен инфицированием брюшной полости вследствие недостаточности швов на матке.

Клиническая картина акушерского перитонита складывается из ряда общих и местных проявлений. При акушерском перитоните местные проявления менее выражены и реактивная фаза быстро переходит в фазу интоксикации.

## IX. Раздаточный материал

### Х. Глоссарий

|                                                                      |                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Аборт (выкидыш или самопроизвольное прерывание беременности )</b> | Прерывание беременности на сроке до 22 недель                                                                                                                             |
| <b>Асфиксия плода</b>                                                | Развитие патологии у плода при нехватки кислорода                                                                                                                         |
| <b>Бимануальный осмотр</b>                                           | Осмотр матки двумя руками                                                                                                                                                 |
| <b>Биомеханизм родов</b>                                             | В течение родов головка плода совершает ряд движений, приспосабливаясь к прохождению по родовым путям.                                                                    |
| <b>Влагалище</b>                                                     | Внутренний половой орган женщины                                                                                                                                          |
| <b>Внематочная беременность</b>                                      | Осложнение беременности, когда прикрепление оплодотворенной яйцеклетки происходит вне полости матки                                                                       |
| <b>Внематочная беременность (беременность в маточной трубе)</b>      | Осложнение беременности, когда прикрепление оплодотворенной яйцеклетки происходит в полости маточных труб                                                                 |
| <b>Горизонтальное положение плода</b>                                | Позвоночник плода образует с горизонтальной осью матки прямой угол                                                                                                        |
| <b>Имплантация</b>                                                   | Внедрение эмбриона в слизистую матки в процессе беременности                                                                                                              |
| <b>Искусственный аборт</b>                                           | Искусственное прерывание беременности с помощью медицинскими манипуляциями                                                                                                |
| <b>Конфигурация головы (форма)</b>                                   | Отношение максимальной ширины мозговой коробки к её максимальной длине                                                                                                    |
| <b>Криминальный аборт</b>                                            | Незаконное прерывание беременности                                                                                                                                        |
| <b>Лактация</b>                                                      | Отделение молока грудной железой. Со 2-го-3го месяца беременности начинается гиперплазия железистой паренхимы грудной железы, продолжающаяся в течение всей беременности. |
| <b>Мастит</b>                                                        | Воспаление паренхимы и межуточной ткани молочной железы                                                                                                                   |

|                                                 |                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Маловодие</b>                                | Уменьшение околоплодных вод при беременности ниже нормы для данного срока                                            |
| <b>Менструальный цикл</b>                       | Периодические изменения в организме женщины репродуктивного возраста, направленные на возможность зачатия            |
| <b>Менстурация</b>                              | Отторжение функционального слоя эндометрия                                                                           |
| <b>Насильственные разрывы матки</b>             | Травматические (от грубого вмешательства во время родов или во время беременности и родов от случайной травмы)       |
| <b>Неонатология</b>                             | Раздел медицины, изучающий младенцев и новорожденных, их рост, развитие и их заболевания                             |
| <b>Обвитие пуповиной</b>                        | Обвитие пуповиной той или иной части тела плода                                                                      |
| <b>Обследование полости матки с помощью рук</b> | Акушерская операция, которую производят с помощью рук с целью определения расположения матки и целостности ее стенок |
| <b>Оперативное акушерство</b>                   | Наука изучающая методов акушерских операций                                                                          |
| <b>Патологические роды</b>                      | Роды, протекающие с различными осложнениями                                                                          |
| <b>Перинатальный период</b>                     | Период от 28 недели беременности, включающий период родов и заканчивающийся через 168 часов после рождения           |
| <b>Плацента</b>                                 | Развивающийся в полости матки во время беременности орган, осуществляющий связь между организмом матери и плодом.    |
| <b>Поздние роды</b>                             | Роды, после 40 недель беременности                                                                                   |
| <b>Поздний токсикоз</b>                         | Патологическое состояние беременных, возникающее во второй половине беременности                                     |

## **XI. Контролирующие материалы по дисциплине**

- тесты текущего контроля знаний
- тесты промежуточного контроля знаний
- тесты итогового контроля знаний

### **Механизм возникновения преэклампсии?**

\*генерализованный эндотелиоз сосудов  
 обезвоживание организма повышение А/Д  
 повышение внутричерепного давления Отек головного мозга  
 нарушение мозгового кровообращения

### **.Основные признаки преэклампсии?**

\*резкий подъем АД отеки протеинурия

Гипертония отеки протеинурия ,боли в эпигастральной области

А/Д 180/100 отеки 4-степени

выраженная протеинурия А/Д 220/130 отеки 4-степени

### **Основные клинические признаки эклампсии?**

\*Тонические и клонические судороги

протеинурия А/Д 190/100 жалоб нет

боль в эпигастрии и головная боль А/Д 220/120

повышение А/Д нарушение зрения

### **Сколько фаз различают при приступе эклампсии?**

\*три

две

четыре

пять

**Пациентка с преэклампсией поступает в род. отделение с тетанусом матки и сильной болью в животе, но без кровотечения из влагалища.**

**При исследовании сердцебиения плода отр. Лечебные мероприятия включают, кроме:**

\*окситоцином

вскрытие плодного пузыря

определение кол-ва тромбоцитов

контроль за выделением мочи

**В основную группу риска по развитию преэклампсии входят беременные с:**

гипертонической болезнью и заболеваниями почек

ожирением и сахарным диабетом

заболеваниями щитовидной железы

пороками сердца

**Патогенетические факторы развития преэклампсии включают:**

все перечисленное

генерализованный спазм сосудов

нарушения белкового и водно-солевого обмена

высокую проницаемость сосудистой стенки

**Для преэклампсии легкой степени характерны:**

отеки стоп и голеней, АД 140/90 мм рт. ст., количество белка в моче 0,99 г/л

отеки нижних конечностей, АД 130/80 мм рт. ст., содержание белка в моче 2 г/л

отеки нижних конечностей, АД 180/100 мм рт. ст., содержание белка в моче 3,3 г/л

отеки генерализованные, АД 150/90 мм рт. ст., содержание белка в моче 2,64 г/л

**Тяжелая преэклампсия характеризуется:**

всеми перечисленными изменениями

выраженными симптомами триады Цангемейстера

синдромом задержки развития плода  
тромбоцитопенией

**При преэклампсия в моче не выявляется:**

низкий удельный вес и восковидные цилиндры  
низкий удельный вес и белок  
гиалиновые цилиндры  
никтурия

**Для диагностики преэклампсия необходимо определение:**

все перечисленные  
общего белка и белковых фракций  
содержания тромбоцитов и коагулограмма  
суточной протеинурии и электролитного состава плазмы

**Наиболее редкое осложнение, наблюдающееся у беременных при преэклампсии:**

отслойка сетчатки глаза  
синдром задержки развития плода  
хроническая внутриутробная гипоксия плода  
преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

**Изменение сосудов глазного дна, характерное для эклампсии:**

\*отек сетчатки  
гипертоническая ангиопатия  
ретинопатия  
ангиоспазм

**Принципы лечения преэклампсии включают:**

все перечисленные принципы  
магнезиальную терапию  
гипотензивную терапию  
введение препаратов улучшающее кровообращения в ФПК

**Для предупреждения припадка эклампсии применяют:**

все перечисленное  
ИТТ  
магний внутривенно  
нейролептоанальгезия  
инфузионную терапию

**Принципы ведения первого периода родов при преэклампсии не включают:**

введение сульфата магния  
обезболивание  
введение дибазола и папаверина  
перидуральную анестезию

**Принципы ведения второго периода родов при преэклампсии включают:**

все перечисленное  
введение гипотензивных препаратов  
укорочение периода изгнания  
профилактику кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах

**Наиболее эффективное гипотензивное средство, применяемое при преэклампсии:**

сульфат магния

клофелин

дибазол и папаверин

пентамин

**Наиболее эффективное гипотензивное средство, используемое в родах:**

ганглиоблокаторы

сульфат магния

аминозин

эуфиллин

**Показанием к досрочному родоразрешению при тяжелых формах преэклампсии является:**

длительное течение и неэффективность терапии

синдром задержки развития плода

наличие незрелых родовых путей

многоводие

**Срочное родоразрешение показано при:**

тяжелой преэклампсии в случае отсутствия эффекта лечения в течение 24 ч

Преэклампсия легкой степени и отсутствии эффекта от лечения в течение 2 нед

преэклампсия с выраженной гипотрофией плода

длительной и вялотекущей преэклампсии

**Оптимальный вариант родоразрешения при тяжелой преэклампсии:**

\*кесарево сечение

через естественные родовые пути с самостоятельным развитием родовой деятельности

досрочное родоразрешение с амниотомией

через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания

**Фармакологический эффект сульфата магния включает следующее действие:**

все указанные действия

гипотензивное

седативное

мочегонное

**Метод применения 25% раствора сульфата магния по схеме Бровкина при лечении гестоза:**

3 инъекции по 24 мл через 4 ч и последняя через 6 ч

4 инъекции по 24 мл через 4 ч

инъекции по 10 мл 2 раза в сутки

инъекции по 10 мл 4 раза в сутки через 4 ч

**Внутривенное введение сульфата магния при лечении преэклампсии проводится:**

\*капельно в растворе кристаллоидов

не проводится

струйно при высоком АД  
в дозе, не зависящей от величины АД

**Жизненные показания для оперативного родоразрешения при преэклампсии:**

\*все указанные  
отек головного мозга  
острая почечная недостаточность  
повторяющиеся припадки эклампсии

**Наиболее грозным симптомом преэклампсии является:**

заторможенность  
альбуминурия 1 г/л  
значительная прибавка массы тела  
боли в эпигастральной области

**Инфузионная терапия при тяжелых формах преэклампсии направлена на:**

все перечисленное  
уменьшение гиповолемии  
нормализацию микроциркуляции  
улучшение реологических свойств крови

**Признаком эклампсии является:**

судороги и кома  
гипертензия  
альбуминурия и отеки  
повышенная возбудимость

**Эклампсию необходимо дифференцировать от:**

всех перечисленных заболеваний  
эпилепсии  
истерии  
гипертонического криза

**Осложнением эклампсии нельзя считать:**

преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты  
неврологические изменения  
гибель плода  
острую почечную недостаточность

**Сколько фаз различают при приступе эклампсии?**

\*три  
две  
четыре  
пять  
**ЭГЗ**

## **Интерактивные методы**

### **Метод «Паутина»**

#### **Шаги:**

- 1.Предварительно студентам дается время для подготовки вопросов по пройденному занятию.
- 2.Участники сидят по кругу.
- 3.Одному из участников дается моток ниток и он задает свой подготовленный вопрос(на который сам должен знать полный ответ), удерживая конец нити и перебрасывая моток любому студенту.
- 4.Студент, получивший моток, отвечает на вопрос (при этом участник, задавший его, комментирует ответ) и передает эстафету вопроса дальше. Участники продолжают задавать вопросы и отвечать на них, пока все не окажутся в паутине.
- 5.Как только все студенты закончат задавать вопросы, студент, державший моток, возвращает его участнику, от которого получил вопрос, при этом задавая свой вопрос и т.д., до полного «разматывания» клубка.

Примечание: Предупредить студентов, что следует быть внимательными к каждому ответу, поскольку они не знают, кому бросят моток.

### **Метод «Ручка на середине стола»**

#### **Шаги:**

1. Предварительно педагог подготавливает вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).
2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладётся ручка.
4. Один из участников вращает ручку.
5. После того как ручка остановится, участник на кого показывает ручка, отвечает на вопрос педагога, а остальные участники могут дополнять.
6. После того как участник ответит на вопрос, он же вращает ручку для следующей игры.
7. Таким образом, игра длится до тех пор, пока участники не ответят на все вопросы.

#### **Метод «круглого стола»**

По кругу пускается лист бумаги с заданием. Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому. Все записывают свои ответы, затем идет обсуждение: неправильные ответы зачеркивают, по количеству правильных оценивают знания студента.

**Метод «группового расследования»** Группе предлагаются 2-3 темы полемического характера, для решения которых необходима использовать дополнительную литературу или данные доказательной медицины, интернет. Время для сбора информации 3-4 дня. Лучший вариант ответов, доказанный студентами, получит максимальный балл.

#### **Метод «снежков»**

Две группы студентов совместно обсуждают одну проблему или ситуацию с целью набора наибольшего числа правильных ответов.

Каждый правильный ответ записывается как балл этой группе в виде «снежков». Группе получившей наибольшее число баллов, ставят отличные оценки. Этот метод может быть организован с применением ОКП.

**Метод «пчелиный рой».** Предназначен для обсуждения проблемы либо всей группой либо 2 малыми группами. Задания могут быть разными или одно задание дается на все группу. В течение 10-15 мин. Группы обсуждают решение проблемы и докладывают коллегам. Выбирается лучший вариант.

### **«Мозговой штурм»**

Основные положения методики

- никаких замечаний и критических высказываний, которые мешают формировке идей;
- приветствие парение мысли, учитывая что чем необычнее идея, тем они лучше;
- получение наибольшего числа предложений;
- комбинация идей и их развитие;
- краткие высказывания без развернутой аргументации;
- деление группы на тех, кто генерирует идеи и тех, кто их обрабатывает.

Эта методика учит аргументировать, отстаивать собственную точку зрения, находить оптимальное решения в любой ситуации, строить общение, убеждать оппонентов в верности отстаиваемой позиции.

### **Метод «круглого стола»**

По кругу пускается лист бумаги с заданием.Каждый студент записывает свой вариант ответа и передает лист другому. Все записывают свои ответы, затем идет обсуждение: неправильные ответы зачеркивают, по количеству правильных-оценивают знания студента.

### **Метод «ручка на середине стола».**

Предлагается задания всей группе, например: Осложнения и исходы при вирусных гепатитах. Каждый студент записывает на листе один вариант ответа и передает его соседу, а свою ручку передвигает на середину стола Педагог, контролирует работу группы и участие в ней каждого; общий вариант записывается на тетрадь.

**Метод «группового расследования»** Группе предлагаются 2-3 темы полемического характера, для решения которых необходима использовать дополнительную литературу или данные доказательной медицины, интернет.

Время для сбора информации 3-4 дня. Лучший вариант ответов, доказанный студентами, получит максимальный балл.

### **Методическое обеспечение самостоятельной работы студентов**

Мустакил иши мавзуларига хос 10 та услубий кулланма мавжуд

### **Перечень практических навыков по каждой дисциплине**

#### **СБОР АНТЕНАТАЛЬНОГО АНАМНЕЗА**

Подготовьте необходимые инструменты.

Вежливо и доброжелательно поприветствуйте женщину и представьтесь сами.

Предложите женщине сесть.

Расскажите ей, что вы собираетесь сделать, поощряйте ее желание задавать вопросы.

Внимательно слушайте то, что вам говорит женщина.

АНАМНЕЗ.

Спросите женщину об ее самочувствии и немедленно примите меры в случае возникновения неотложных проблем.

Попросите женщину назвать свое имя, возраст, количество предыдущих беременностей, число детей, длительность и периодичность менструального цикла и методы контрацепции, которыми пользовалась она.

Подсчитайте предположенную дату родов.

Задайте женщине вопросы о проблемах, возникавших при предыдущей беременности.

Спросите женщину, принимала ли она лекарственные препараты.

Спросите женщину, употребляла ли она алкоголь или курила.

Спросите женщину о наличии или отсутствии ВИЧ инфекции.

Спросите о наличии противостолбнячного вакцинирования.

Спросите о проблемах общего состояния здоровья.

Спросите женщину о наличии социальной поддержки.

Спросите женщину о других проблемах или волнующих ее вопросах, связанных с беременностью.

Запишите полученную информацию в обменной/антенатальной карте женщины.

## **2. МЕДИЦИНСКИЙ ОСМОТР**

1. Спросите женщину, необходимо ли ей опорожнить мочевой пузырь. При необходимости, возьмите мочу на анализ.

2. Проведите общий осмотр женщины.

3. Помогите ей расположиться на смотровом кресле, подложите подушку ей под голову и плечи.

4. Тщательно вымойте руки водой с мылом и высушите их.

5. При проведении осмотра объясняйте женщине каждое свое действие.

6. Измерьте артериальное давление и частоту дыхания.

7. Осмотрите конъюнктиву женщины на предмет бледности.

8. Осмотрите молочные железы (только при первом посещении).

Осмотрите живот и измерьте высоту стояния дна матки.

Определите положение и предлежание плода. (после 36 недель гестации).

Прослушайте сердцебиение плода (2 и 3 триместры).

Наденьте глубоко продезинфицированные перчатки на обе руки.

Произведите осмотр наружных половых органов на предмет болезненных ощущений и опухания (только при первом посещении или при необходимости).

Осмотрите половую щель на предмет кровотечения или отклоняющихся от нормы выделений (только при первом посещении или при необходимости).

Проверьте, нет ли признаков травмы в области влагалища (только при первом посещении) при необходимости.

Опустите руки в перчатках в 0,5% хлорный раствор:

снимите перчатки, выворачивая их наизнанку.

При утилизации перчатки помещаются в герметичный контейнер или пластиковый пакет.

Для повторного использования перчаток продезинфицируйте их 0,5% хлорном растворе в течении 10 мин.

тщательно помойте руки водой с мылом и высушите их чистым, сухим полотенцем.

17. Запишите полученные результаты медицинского осмотра в обменную/ антенатальную карту женщины.

### **03.ОПРЕДЕЛЕНИЕ СРОКОВ РОДОВ**

По первому дню последней менструации (по Негеле): от этой даты отсчитывают назад 3 календарных месяцев и прибавляют 7 дня

По овуляции: к первому дню последней менструации прибавляют 14 дней (срок предполагаемой овуляции и зачатия) и затем прибавляют  $280 \pm 7$  дней.

По первому шевелению плода: к дате первого шевеления плода у первобеременных прибавляют 20 недель, у повторнобеременных – 22-23 недель

По дате первой явки к врачу: в раннем сроке беременности к этой дате прибавляют к установленному сроку гестации недостающие недели до 40 и получают дату родов

По объективным данным: на момент осмотра устанавливают срок беременности и, прибавляя недостающие недели до 40, определяют дату родов

### **Список литературы по освоению предмета:**

- основная литература
- дополнительная литература
- список монографий
- список диссертаций
- список литературы на кафедре, читального зала и ИРЦ института
- литература на сайте института
- сайты «Интернета»

**Критерии оценки знаний студентов по рейтинговой системе:**  
**-критерии оценки ТК**

- критерии оценки ПК
- критерии оценки ИК
- критерии оценки СРС
- критерии оценки практических навыков

**. Воспалительные заболевания женских половых органов.**

Оценка знание студентов.

|                     |        |                                                                                                                                                                                 |
|---------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Отлично             | 91–100 | Оригинальная, высококачественная работа, превышающая требования программы. При защите работы выяснена высокая эрудиция студента.                                                |
|                     | 86–90  | Работа выполнена правильно. Глубокая, смысловая защита, основанная на дополнительных литературах.                                                                               |
| Хорошо              | 80-85  | Хорошая, качественная работа в соответствии с программой. Студент активно доказал смысл темы, ознакомлен с достижениями в этой сфере.                                           |
|                     | 65-75  | По степени средняя работа, при защите существуют неясности в ответах и некоторые недостатки при выполнении работы.                                                              |
| Удовлетворительно   | 55-64  | Уровень работы низкий, с достаточными недостатками. При защите определилась малая компетентность студента в этой сфере.                                                         |
| Неудовлетворительно | 10-50  | Работа некачественная, имеется множество недостатков, не отражает теоретику задачи, выполнено некачественно. Во время защиты теоретическое знание студента неудовлетворительно. |