



*Учебно-методическое пособие
по предмету акушерство
для студентов 4-курса лечебного и медико-
педагогического факультета*



«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор учебных работ

DSc профессор _____ Жарилкасинова Г.Ж.

_____ 2021 год.

Учебно-методическое пособие
по предмету акушерство
для студентов 4-курса лечебного и медико-педагогического
факультета

Бухара –2021 год

**Министерство высшего и среднего образования Республики
Узбекистана**

кафедра акушерства и гинекологии

**Бухарского Государственного Медицинского института имени
Абу Али ибн Сины**

Область знаний:700000—Здравоохранение и гуманитарное обеспечение.

Система образования: 720000 – Здравоохранение.

Направления образования: 5510100—Лечебное дело.

Составители: PhD. Доцент Дустова Н.К.

Рецензенты: д.м.н., проф. Ф.М.Аюпова

к.м.н Ашурова Н.Г.

ИШЛАБ ЧИҚИЛГАН:

Ўзбекистон Республикаси Олий ва ўрта
махсус таълим вазирлиги ҳузуридаги Олий
ва ўрта махсус, касб-хунар таълимини
ривожлантириш маркази

Директор проф.Рахимов Б.Х.

201_ йил «__» _____
М.Ў.

Тошкет Тиббиёт Академияси

Ректор акад.Каримов Ш.И.

201_ йил «__» _____
М.Ў.

КЕЛИШИЛГАН:

ССВ кадрлар ва олий ўқув юртлари бош
бошкармаси
Бошлиғи проф. Атаханов Ш.Э.

201_ йил «__» _____
М.Ў.

Республика Урология Маркази

Директор проф. Оқилов Ф.А.

201_ йил «__» _____
М.Ў.

Тошкент тиббиёт академияси бакалаврият таълим йўналишлари бўйича
ДТСларининг ишлаб чиқувчилар ва кадрлар истеъмолчилари ўртасида

келишув

ДАЛОЛАТНОМАСИ

Тошкент шаҳри

август 2011 йил

Биз қуйида имзо қўювчилар – Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг Фан ва ўқув юртлар Бош бошқармаси бошлиғи Ш.Э.Атаханов, ЎзР ССВ Бош Давлат санитария врачлари, вазир муовини С.С.Сайдалиев, ЎзР ССВ Бош стоматолог С.Н.Максудов, ТТА ўқув ишлари бўйича проректор О.Р.Тешаевлар Тошкент тиббиёт академиясида ишлаб чиқилган қуйидаги таълим йўналишларининг ДТСлари мазмунини билан танишиб, келишув ҳақида ушбу далолатномани туздик:

1. 5510100 – Даволаш иши
2. 5511000 – Касб таълими (5510100 – Даволаш иши)
3. 5510300 – Тиббий профилактика иши
4. 5510400 – Стоматология
5. 5510800 – Ҳарбий тиббиёт

Ўзбекистон Республикаси

Соғлиқни сақлаш вазирлиги

Фан ва ўқув юртлар Бош
бошқармаси бошлиғи

Ш.Э.Атаханов

Ўзбекистон Республикаси

Соғлиқни сақлаш вазирлиги

Бош Давлат санитария врачлари,
вазир муовини

С.С.Сайдалиев

Ўзбекистон Республикаси

Соғлиқни сақлаш вазирлиги

Бош стоматолог

С.Н.Максудов

Тошкент тиббиёт академияси

ўқув ишлари бўйича
проректор

О.Р.Тешаев

04 DST 36.0346:2013

5.00	Қўшимча файллар	72
5.01	ФМ ва ФМТХ	72
	ЖАМИ:	15244
	Малакавий амалиёт	1188
	Интеграл ОСКИ	108
	Жорий ва давлат аттестациялари	1188
	Жами	2484
	ХАММАСИ	17728

O'ZBOSTANDART AGENTLIGI
 STANDARTLASHTIRISH, DAVLAT
 NAZORATINI MUHOFAZALASH VA
 AXBOROT TEXNOLOGIYALARI
 JOZIV ETISH BOSHQARMASI

28

02.DST 36 0346/2013

3.09	Патологик анатомия. Секцион курс	306
3.10	Суд тиббиёти. Врач фаолиятининг ҳуқуқий асослари	144
3.11	Фармакология	234
	<i>Тиббий профилактик курс</i>	698
3.12	Гигиена экология билан, ХГ	216
3.13	Жамоат саломатлиги ва соғлиқни сақлашни бошқариш. Биостатистика	360
3.14	Валеология	32
3.15	Эпидемиология, ХЭ	90
	<i>Терапевтик фанлар курси</i>	3276
3.16	Шифокор ва бемор	54
3.17	Ички касалликлар пропедевтикаси	306
3.18	Ички касалликлар. Ҳалқ табobati	558
3.19	Фтизиатрия	216
3.20	Врач назорати, шифобахш жисмоний тарбия ва физиотерапия	126
3.21	Эндокринология	198
3.22	Гематология ва ҳарбий дала терапияси. Лаборатория иши	234
3.23	Касб касалликлари	90
3.24	Клиник фармакология	216
3.25	Юқумли касалликлар. Болалар юқумли касалликлари.	324
3.26	Тери-таносил касалликлари, ОИТС	216
3.27	Асаб касалликлари	234
3.28	Психиатрия ва наркология. Тиббиёт психологияси	306
3.29	Нур диагностикаси ва терапияси	90
3.30	Тиббий генетика	54
3.31	Клиник аллергиялогия	54
	<i>Жарроҳлик фанлар курси</i>	2088
3.32	Оператив жарроҳлик топографик анатомия билан	180
3.33	Умумий жарроҳлик анестезиология асослари билан	216
3.34	Хирургик касалликлар	468
3.35	Нейрожарроҳлик	90
3.36	Болалар жарроҳлиги	162
3.37	Урология	162
3.38	Травматология ва ортопедия, ХДЖ. Болалар травматологияси	216
3.39	Онкология. Болалар онкологияси	162
3.40	Анестезиология ва реанимация	54
3.41	Оториноларингология, стоматология	216
3.42	Офтальмология	162
	<i>Оналик ва болаликни ҳимоя қилиш курси</i>	972
3.43	Акушерлик ва гинекология	342
3.44	Педиатрия	630
4.00	<i>Ихтисослик фанлари</i>	1818
4.01	Ички касалликлар, гериатрия, реабилитология	900
4.02	Хирургик касалликлар	270
4.03	Халокат тиббиёти	54
4.04	Шошилиш ҳолатлар. Тез тиббий ёрдам	144
4.05	Акушерлик ва гинекология	360
4.06	Неонатология	90
	Танлов фанлари	198

QZSTANDARD AGENCY LTD
STANDARDIZATION
KAZONATINI MUHOFAZASI
AXBOROT TEXNOLOGIYALARI
JAMIYATI

02 DST 36.03.16.2013

Илова

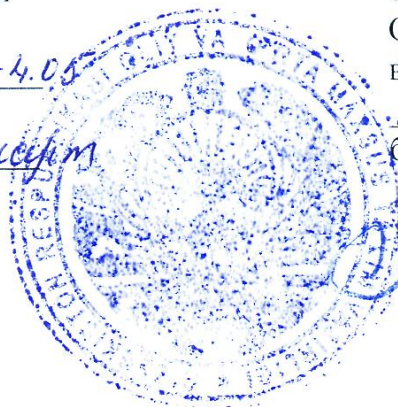
5111000 – Касб таълими (5510100-Даволаш иши) таълим йўналиши бўйича умумий амалиёт врач, педагогинг) таълим йўналиши бўйича таълим дастурининг тузилиши

T/p	Фанлар блоклари, интеграллаштирилган курслар ва блокларнинг номлари	Умумий юкламанинг хажми, соатларда
1	2	3
1.00	Гуманитар ва ижтимоий-иқтисодий фанлар	1704
1.01	Ўзбекистон тарихи	116
1.02	Хуқуқшунослик. Ўзбекистон Республикаси Конституцияси	116
1.03	Фалсафа (этика, эстетика, мантик)	148
1.04	Маънавият асослари. Диншунослик	92
1.05	Маданиятшунослик	56
1.06	Иқтисодиёт назарияси	116
1.07	Социология	56
1.08	Педагогика. Психология	120
1.09	Миллий ғоя. Асосий тушунча ва тамойиллар	60
1.10	Сийosatшунослик. Ўзбекистонда демократик жамият қуриш назарияси ва амалиёти	112
1.11	Ўзбек (рус) тили	116
1.12	Чет тили	360
1.13	Жисмоний маданият ва спорт*	236
2.00	Математик ва табиий-илмий фанлар	2822
	Математик коммуникатив курс	288
2.01	Информатика ва ахборот технологиялари	234
2.02	Тиббий техника ва янги тиббиёт технологияси	54
	Табиий-илмий курс	2534
2.03	Тиббий биология ва генетика	234
2.04	Биофизика	162
2.05	Биоорганик кимё	144
2.06	Биоорганик кимё	162
2.07	Биологик кимё	306
2.08	Латин тили ва тиббий-фармацевтик терминология асослари	126
2.09	Одам анатомияси	450
2.10	Гистология, эмбриология, цитология	306
2.11	Нормал физиология	306
2.12	Микробиология, вирусология ва иммунология	306
2.13	Тиббиёт тарихи	32
3.00	Умумкасбий фанлар	8630
	Психологик-педагогик курс	660
3.01	Касбий психология	116
3.02	Касбий педагогика	232
3.03	Таълимда ахборот технологиялари	116
3.04	Таълим технологиялари	116
3.05	Касбий таълим методикаси	80
	Умумий патология курси	936
3.08	Патологик физиология	252

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ
ОЛИЙ ВА ЎРТА МАХСУС ТАЪЛИМ ВАЗИРЛИГИ

Рўйхатга олинди
№ Б 5510100-4.05
2013 йил "13" сентябр

Ўзбекистон Республикаси
Олий ва ўрта махсус таълим
вазирлигининг 2013 йил "13"
сентябр даги "82"-сонли
буйруғи билан тасдиқланган



АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ (4-5 курс)
фанининг

ЎҚУВ ДАСТУРИ

Билим соҳаси: 500000 – Соғлиқни сақлаш ва ижтимоий таъминот

Таълим соҳаси: 510000 – Соғлиқни сақлаш

Таълим йўналиши: 5510100 – Даволаш иши
5111000 – Касбий таълим (5510100 – Даволаш иши)
5510400 – Стоматология
5510300 – Тиббий – профилактика иши

Тошкент -2013

Составная структура предмета гинекологии

№	тема	Описание темы	часы
1	Нормальный менструальный цикли её регуляция. Пропедевтика гинекологических больных.	Нормальный менструальный цикли её регуляция. Пропедевтика гинекологических больных.	2
2	Нарушение менструального цикла. Классификация. Аменорея. Дисфункциональное маточное кровотечение.	Нарушение менструального цикла. Классификация. Аменорея. Этиология, патогенез. Диагностика. Принципы лечения и профилактика. Дисфункциональное маточное кровотечение. Методы обследований, принципы лечения. Профилактика.	2
3	Воспалительные заболевания женских половых органов.	Этиология и пути передачи. Классификация. Часто встречающиеся воспалительные заболевания женских половых органов, клиническое течение, диагностика, принципы лечения и профилактика. Заболевания передающиеся половым путем (ЗППП) понятие, профилактика.	2
4.	Кровотечение И половины беременности.	Кровотечение И половины беременности, причины кровотечения. Внематочная беременность. Пузырный занос. Этиология, патогенез, виды. Аборт внематочной беременности. Клиника, диагностика, принципы лечения. Осложнения внематочной беременности и профилактика.	2
5.	Доброкачественные заболевания матки яичника.	Миома матки. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика. Методы лечения и принципы профилактики. Эндометриоз. Классификация. Этиология, патогенез. Клинические признаки эндометриоза располагающие экстрагенитально. Диагностика. Лечение и принципы профилактики. Доброкачественные опухоли яичника. Частота встречаемости, этиология, патогенез, классификация. Ретенционные опухоли яичника. Злокачественные опухоли яичника. Классификация. Симптоматика, диагностика, принципы лечения. Роль профилактических осмотров, ультразвуковое обследование (УЗИ).	2

6.	Аномалия развития и положения женских половых органов.	Аномалия развития и положения женских половых органов. Частота встречаемости, этиология, патогенез, классификация, методы лечения и профилактика.	2
7.	Фоновые, предраковые и раковые заболевания матки, шейки матки.	Фоновые, предраковые и раковые заболевания матки, шейки матки. Этиология, патогенез, Классификация, клиника. Диагностика. Методы обследования женщин с предраковыми заболеваниями.	2
8.	Бесплодный брак.	Женское и мужское бесплодие. Классификация женского бесплодия, трубное и эндокринное бесплодие. Иммунологическое бесплодие. Методы обследования диагностика, принципы лечения.	2
9.	Современные методы контрацепции.	Виды контрацепции. Принципы консультации.	2
	Всего: 18 часов		

№	тема	Описание темы	часы
1	Роль анамнеза. Методы обследования гинекологических больных. Схема истории болезни. Курация больных.	<i>Роль анамнеза в диагностике гинекологических заболеваний. Разбор формы истории болезни. Курация гинекологических больных. Современные методы последования в гинекологической практике. Клиническая анатомия женских половых органов.</i>	6
2	Нормальный менструальный цикл и его регуляция. Нарушение менструальной функции. Аменорея. Гипоменструальный синдром.	<i>Понятие о нормальном менструальном цикле. Регуляция менструального цикла. Связь между состоянием гипоталамо-гипофизарно-яичниковой системы. Тесты функциональной диагностики. Нарушение менструального цикла. Диагностика.</i>	6
3	Дисфункциональные маточные	<i>Определение, понятие, этиология дисфункциональных расстройств цикла в различные периоды жизни</i>	6

	кровотечения.	<i>женщины. Принципы лечения.</i>	
4	Внематочная беременность, пузырный занос, хорион эпителиома.	<i>Аборты. Классификация абортов, этиологические факторысамопроизвольных абортов, клиническая картина в зависимости от стадии аборта. Диагностика и принципы ведения беременных в различными стадиями аборта. Профилактика аборта. Внематочная беременность. Причины. Виды внематочной беременности. Клиническая картина трубной беременности (прогрессирующей нарушенной). Трофобластические заболевания. Пузырный занос, хорионэпителиома. Этиопатогенез, клиника диагностика, методы обследования.</i>	6
5	Воспалительные заболевания женских половых органов неспецифической и специфической этиологии.	<i>Частота и этиология воспалительных заболеваний женских органов. Пути проникновения и распространения инфекции. Клиническое течение основных форм воспалительных заболеваний и принципы лечения в зависимости от этиологического фактора. Профилактика.</i>	6
6	Миома матки. Эндометриоз	<i>Классификация миом матки. Симптоматология. Диагностика. Осложнения. Принципы консервативного и оперативного лечения. Классификация эндометриоза. Клиника отдельных форм. Диагностика.</i>	6
7	Доброкачественные и злокачественные опухоли яичников.	<i>Кисты и кистомы. Классификация кистом. Диагностика. Симптоматика. методы лечения и профилактики. Рак яичника, стадии распространения. Принципы лечения. Профилактика.</i>	6
8	Неправильные положения и аномалии развития женских половых органов.	<i>Подвешивающий и поддерживающий аппаратматки. Причины и классификация неправильных положений. Диагностика. Принципы лечения и профилактики. Виды аномалий развития диагностика, осложнения репродуктивного периода.</i>	6
9	Фоновое и предраковое заболевания. Рак шейки и тела матки.	<i>Фоновые и предраковые заболевания шейки матки. Классификация, методы диагностики, принципы лечения. Рак шейки матки. Стадии распространения. Осложнения.</i>	6
10	Бесплодный брак. Методы контрацепции.	<i>Причины мужского и женского бесплодия. Диагностика мужского и женского бесплодия. Методы обследования. Принципы лечения различных форм бесплодия. Виды контрацепции.</i>	5
	Всего:		59 часов

№	тема	часы	Форма самостоятельной работы
1	Анатомия и физиология женских половых органов. Тесты функциональной диагностики. Дополнительные методы обследования (УТТ, лапароскопия, гистероскопия, лабораторные обследования). Ранняя диагностика беременности..	5	Подготовить реферат, семинар, мультимедии, доклад из данных интернета
2	Регуляция менструального цикла. Маточный и яичниковый цикл. Тесты функциональной диагностики.	5	Подготовить реферат, семинар, мультимедии, доклад из данных интернета
3	ТОРС инфекция. Скрининг.	5	Подготовить реферат, семинар, мультимедии, доклад из данных интернета
4	Доброкачественные и злокачественные заболевания ЖПО.	5	Подготовить реферат, семинар, мультимедии, доклад из данных интернета
5	Урогениальная инфекция. Методы определения. Больные входящие в группы высокого риска. Вирусная инфекция.	5	Подготовить реферат, семинар, мультимедии, доклад из данных интернета
6	Синдром поликистозных яичников.	4	Подготовить реферат, семинар, мультимедии, доклад из данных интернета
7	Эндоскопик методы диагностики и лечения в гинекологии. Гормональные методы диагностики.	4	Подготовить реферат, семинар, мультимедии, доклад из данных интернета
8	Роль щитовидной железы при нарушении менструальной функции.	4	Подготовить реферат, семинар, мультимедии, доклад из данных интернета
	Всего:	37 часов	

Введение

Место и значение предмета в подготовке бакалавров. Назначено обучать практическим навыкам по предмету акушерство и гинекологии, диагностировать много распространенные акушерские и гинекологические заболевания, лечение, реабилитация и 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- овариального 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 предметам: 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.

1. Жаббарова Ю.К. , Аюпова Ф.М. – Акушерлик , Тошкент , 2009 й.
2. Кадырова А.А. , Каттаходжаева М.Х. - Акушерлик амалиети, Тошкент, 2000 й.
3. Кодирова А.А. , Каттаходжаева М.Х. – Акушерликдаги жаррохлик амалиети, Тошкент , 1999 й.
4. Закиров И.З., Бадриддинова М.С.. Нормал акушерлик. Самарканд, 1991.- 116
5. Закиров И.З., Бадриддинова М.С. Патологик акушерлик. Самарканд. 1992].
6. Джаббарова Ю.К., Пахомова ЖЕ. Профилактика акушерских осложнений в женской консультации и поликлинике, - Ташкент 1994,-143с
7. Закиров И.З.Акушерство. Учебное пособие. Самарканд, 1992.-235с
8. Семейная медицина /Под ред. А.Ф.Краснова. - Самара, 1996.
9. Справочник врача общей практики. - Мерта. Англия, 1998.
10. Айламазян Е.К. Акушерство- С.Петербург, 2002 г.
11. Клинические лекции по акушерству и гинекологии. А.Н. Стрижакова. М.Медицина 2000.
12. Практическое акушерство. Кадырова А.А., Каттаходжаева М.Х., Нажмутдинова Д.К. Ташкент. 2001
13. Неотложная помощь при экстрагенитальных состояниях в акушерской практике Е.К. Айламазян. СПб, 2002.
14. Акушерство. Савелева Г.М. Москва. 2002
15. Акушерство. Учебник для медицинских вузов. Е.К. Айламазян. СПб. СпестЛит. 2003, 528 с.

16. Акушерство Бодяжина В.И., Семенченко. М. 2004
17. Краткое руководство по профилактике инфекции. Первое издание. Ташкент. 2004 г. 236 с.
18. Неотложная помощь в акушерской практике. ВОЗ 2004
19. Акушерство и гинекология. Под редакцией Г.М. Савелевой М. 2008
20. Клиническое руководство по ведению больных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде. Т 2008
21. Клиническое руководство по ведению больных с сепсисом/септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. Т 2008
22. Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности. Т 2008.

Дополнительная литература:

1. Решение проблем новорожденных Руководство для врачей, медсестер и акушеров. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
2. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
3. Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство ВОЗ. УНФПА 2007
4. Неонатология. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
5. Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Руководство для врачей и акушеров ВОЗ.
6. Акушерство. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
7. Экстрагенитальная патология и беременность. Шехтман М.М. Медистина. 2005.
8. Перинатальная инфекция. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинко-морфологических сопоставлений. Руководство для врачей. В.А Стинзерлинг, В.Ф. Мелникова «ЕЛБИ- СПб Санкт-Петербург 2002
9. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка Перевод с англ. Под редакцией А.В Михайлова. Издательство «Петрополис» СПб. 2003.
10. 8. Гйнессологй ин Примарй Гарё РОГЕР П .СМИТ, М.О. Уиллиамс ет Уилкинс А. Уаверлй сомпанй 1996.
11. 9. УИЛЛАМ ОБСТЕТРИСС. 1999 г. США
12. 10. Пелвис анд Перинеум. Братеръс Уиллиамс. Университй оф Пиладелпй.2004.
13. 11. Растииональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии Кулаков, Серов, Москва. 2006.
14. 12.Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии. А.Г. Таранов. Москва. 2004.с 13-40.
15. Гинекология по Ешелю Новаку. Дж. Берек, И. Адаши, П. Хиллард. Москва, 2002.
16. Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. Москва. 1998.
17. 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.
18. Профилактика инфекций. Рук-во для медучреждений с ограниченными ресурсами Л. Тинджер, Д. Босметр, Н. Макинтош. ЖПНПЕГО, 2004.
19. Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный семинар. ВОЗ. Европейское региональное бюро.
20. Медистинские критерии приемлемости для использования методов контрацепции. Издание третье УНФПА 2004.
21. Свод практических рекомендаций по применению средств контрацепции Издание второе УНФПА 2004.
22. Шехтман Т.К. Экстрагенитальная патология и беременность - Ташкент 1991.
23. Шевченко Т.К. Крупный плод в современном акушерстве. Ташкент1991.
24. Магзумов Б.Х., Рассадина М.В. «Кесарево сечение»/ Метод. рекомендаии. // Т., 2002.

- 25.4 .Мавлянова Ш.К., Саидкариев Б.К. Перенашивание беременности / Метод. рекомендації. // Т., 2001.
26. Е.А. Чернуха. Родовой блок. М., 2001.
- 27.Савелева Г.М. Акушерство-М: Медистина 2000 .
- 28.** Савелева Г.М. Акушерство и гинекология .Руководство для врачей–М: Медистина. 1997.

РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ УЧЕБНЫХ ДИСЦИПЛИН

Рабочая программа учебной дисциплины должна включать:

1. Введение

1.1. Цели и задачи дисциплины

1.2. Требования к знаниям, умениям и навыкам студентов

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

2. Объем учебной нагрузки

Трудо- емкость	Распределение объема учебной нагрузки по видам аудиторных занятий (в час).					Самосто- ятельная работа
	Всего	Лекции	Практиче- ские занятия	Семинары	Лаборатор-ные работы	
228 ч	160 ч	24 ч	116 ч			88 ч

3. Лекционный курс

3.1. Тематические планы лекционных занятий

	Название темы лекций	Количество часов
1.	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 часов
2.	Физиологические роды. Причины начало родов и ее управление. Периоды родов и биомеханизм. Ведение физиологических родов. Роды в тазовом предлежании.	2 часов
3.	Ранний токсикоз беременных. Гипертензивные состояния при беременности.	2 часов
4.	Беременность и роды при инфекциях мочеполовых путей и анемии.	2 часов
5.	Резус фактор в акушерстве . иммуноконфликтная беременность: Гемолитическая болезнь плода. Резус фактор в акушерстве . иммуноконфликтная беременность: Гемолитическая болезнь плода.	2 часов

6.	Невынашивание и перенашивание беременности.	2 часов
7.	Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности послеродовое вагинальное кровотечение. (аномалия прикрепления плаценты, гипотония матки, дефект последа). Вагинальное кровотечение во время родов - разрыв матки и родовых путей	2 часов
8.	Геморрагический шок.	2 часов
9.	Неудовлетворительный прогресс родов. Дистоция плечиков.	2 часов
10.	Узкий таз в современном акушерстве. Диспропорция головки плода и таза матери. Неправильное положение плода. Узкий таз в современном акушерстве. Диспропорция головки плода и таза матери.	2 часов
11.	Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.	2 часов
12.	Послеродовая инфекция. Акушерский перитонит.	2 часов
	Всего:	24 часов

3.2. 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	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	Особенности предмета акушерства. Роль Авиценны в развитие медицины в Средней Азии Диагностика ранние и поздние сроки беременности. Новый модель ВОЗ антенатального 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	Аюпова Ф.М. Гинекология дарслиги узб. тилида. 2006 йил 214 бет. Савелева Г.М. Акушерство и гинекология .Руководство для врачей—М: Медистина. 1997. Айламазян э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. Дарслик — С.Петербург, 1992., 256 бет. Кулаков В.И., Селезнева Н.Д.,	2

	лекарственных препаратов на плод. Физиологические изменения в организме беременной женщины.	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.		
2	Физиологические роды. Причины начало родов и ее управление. Периоды родов и биомеханизм. Ведение физиологических родов. Роды в тазовом предлежании.	Физиологические роды. Причины начало родов и ее управление. Понятие об «Акте родов» и её основные компоненты. 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. Тепловая защита новорожденного. دچارالوق تۇغۇلغان زاختى اھۋولىنى باھولاش. چاۋالوقنى ىسسىق ھىمىيەلەش. رولدى تەۋەلىك پىدلىكە. مەتودى لولسەت، مورىسو-سمەللى-ۋەيتا.	Аюпова Ф.М. Гинекология дарслиги узб. тилида. 2006 йил 214 бет. Савелева Г.М. Акушерство и гинекология .Руководство для врачей—М: Медистина. 1997. Айламазян э.К., Рябстева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии.	2
3	Ранний токсикоз беременных. Гипертензивные состояния при беременности.	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 гипертензивным 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	Аюпова Ф.М. Гинекология дарслиги узб. тилида. 2006 йил 214 бет. Савелева Г.М. Акушерство и гинекология .Руководство для врачей—М: Медистина. 1997. Айламазян э.К., Рябстева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. Дарслик — С.Петербург, 1992., 256 бет.	2

		гипертензивным синдроме. Профилактика осложнений. Экстренная помощь при тяжелых формах преэклампсии и эклампсии. Меры профилактики и реабилитации.		
4	Беременность и роды при инфекциях мочеполовых путей и анемии.	Пиелонефрит. Гломерулонефрит. Бессимптомная бактериурия. Влияние заболеваний почек при гипертензивных нарушениях. 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. Антенатальный уход, подготовка к родам, роды и особенности реабилитации в послеродовом периоде.	Кулаков В.И., Селезнева Н.Д., Краснопольский В.И. Оперативная гинекология. Дарслик, Новгород, 1997, 46 бет. ВИЛЛИАМС ОБСТЕТРИСС. Дарслик. 1999 й. АКШ., 500 бет	2
5	Резус фактор в акушерстве . иммуноконфликтная беременность: Гемолитическая болезнь плода. Резус фактор в акушерстве . иммуноконфликтная беременность: Гемолитическая болезнь плода.	Иммуноконфликтная беременность по резус антигенам и АВО системы. Этиология, патогенез, осложнения, диагностика. Гемолитическая болезнь, принципы лечения. Профилактика. Желтуха новорожденных.	Аюпова Ф.М. Гинекология дарслиги узб. тилида. 2006 йил 214 бет. Савелева Г.М. Акушерство и гинекология .Руководство для врачей—М: Медистина. 1997. Айламазян э.К., Рябцева И.Т. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в гинекологии. Дарслик — С.Петербург, 1992., 256 бет.	2
6	Невынашивание и перенашивание беременности.	Этиология, патогенез, классификация. Группы высокого риска. Симптоматика и диагностика. Лечение угрозы преждевременных родов. Применение токолитиков и антибиотиков. Применение кортикостероидов в антенатальном периоде. Критерии живорожденности. Этиология, патогенез, классификация. Группы высокого риска. Симптоматика и диагностика. Индукция родов при перенесенной		

		беременности.		
7	Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности послеродовое вагинальное кровотечение. (аномалия прикрепления плаценты, гипотония матки, дефект последа). Вагинальное кровотечение во время родов - разрыв матки и родовых путей	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 окситоцин и/или простагландинов при повторном ведении. Методы временной остановки кровотечения: наружный массаж матки, бимануальная компрессия матки, прижатие брюшной аорты. Хирургические методы остановки кровотечения: наложение компрессионных швов по Б-Линчу, билатеральное перевязка маточных артерий, перевязка внутренней подвздошной артерий, гистерэктомия, разрыв матки. Классификация, этиология и патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика.		
8	Геморрагический шок.	Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, профилактика. Экстенная первичная оценка состояния больной. Первичная реанимация (кристаллоиды 3:1). Показания к переливанию крови. Система гемостаза крови, изменение во время беременности. Синдром диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови (ДВС) причины, диагностика, клиника, профилактика. Показания к переливанию эритроцитарной массы и свежзамороженной плазмы. Группы высокого риска на кровотечение и её профилактика.		
9	Неудовлетворительный прогресс родов. Дистоция плечиков.	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.		
10	Узкий таз в	Понятие об "анатомическом" и		

	современном акушерстве. Диспропорция головки плода и таза матери. Неправильное положение плода. Узкий таз в современном акушерстве. Диспропорция головки плода и таза матери. Неправильное положение плода.	“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. Принципы ведения родов при узком тазе. Причины возникновения функционального узкого таза и клинические симптомы. Осложнения со стороны матери и плода и их профилактика, причины, патогенез классификация, диагностика, тактика врача. Особенности ведения беременности и родов. Неправильное положение плода.		
11	Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.	Кесарево сечения в современном акушерстве. Хирургические модификации, абсолютные и относительные показатели. Осложнения и реабилитация. Показания к выставлению акушерских щипцов, условия и техника наложения щипцов. Условия наложения вакуум экстрактора показания, условия и техника наложения.		
12	Послеродовая инфекция. Акушерский перитонит.	Сепсис: классификация, причина, диагностика. Инфекционное наблюдение в роддомах, профилактика внутрибольничной инфекция. Современные понятия. Классификация, пути передачи инфекции. Современные понятия об инфекции. Диагностика. Принципы лечения. Профилактика. профилактика на амбулаторных условиях группы высокого риска. Причины, классификация, диагностика, клиника, лечение. Сепсис: классификация, причина, диагностика. Инфекционное наблюдение в роддомах, профилактика внутрибольничной инфекция.		
	Всего:			10

4. Практические/семинарские занятия

4.1. Тематические планы практических/семинарских занятий

Физиологик акушерликдан амалий машулотнинг

тавимий календар режаси (русча)

№	Название темы практических/семинарских занятий	Количество часов
1	Строение акушерско-гинекологического стационара . Плод как объект родов.	6 часов
2	Роды.	6 часов
3	Физиологический послеродовый период.	6 часов
4	Тазовое предлежания плода.	6 часов
5	Тошнота и рвота беременных.	6 часов
6	Гипертензивные состояние во время беременности.	6 часов
7	Ведение беременности и родов у женщин с заболеваниями почек и анемией. Бессимптомная бактериурия.	6 часов
8	Резус фактор в акушерстве.	6 часов
9	Невынашивание и перинашивание беременности.	6 часов
10	Фетоплацентарная недостаточность.	6 часов

Патологик акушерликдан амалий машулотнинг

тавимий календар режаси (русча)

№	Название темы практических/семинарских занятий	Количество часов
1	Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности.	6 часов
2	Послеродовое вагинальное кровотечение.	6 часов
3	Неудовлетворительный прогресс родов.	6 часов
4	Узкий таз, этиология, виды, диагностика.	6 часов
5	Причина неправильного положения плода, диагностика,	6 часов
6	Вагинальное кровотечение во время родов.	6 часов
7	Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.	6 часов
8	Экстремальные состояния плода и проблемы новорожденности.	6 часов
9	Трансмиссия ВИЧ – инфекции через мать в плод.	6 часов

10	Инфекция послеродового периода. Высокая температура в послеродовом периоде. Акушерский перитонит.	6 часов

4.2. 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 акушерликлдан амалий машулотнинг тавимий календар режаси (русча)

№	Название темы практического	семинарского занятия и её краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий	Ссылка на литературу	часов
1	Строение акушерско-гинекологического стационара . Плод как объект родов.	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	6
2	Роды.	Периоды родов. Партнерские роды. Заполнение партограммы. Активное ведение III периода родов. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгара. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Первичная обработка новорожденного.	1,2,3,4	6
3	Физиологический послеродовый период.	Физиологический послеродовый период. Физиологический период новорожденности. 10 принципов грудного вскармливания. Совместное приживания матери и ребенка.уход за молочными железами.	1,2,3,4	6
4	Тазовое предлежания плода.	Тазовое предлежания плода. Биомеханизм родов. Методы Ловсет и Морис-Смейли-Вейта.	1,2,3,4	6

5	Тошнота и рвота беременных.	Тошнота и рвота беременных. Этиология, классификация, клиника, лечение.	1,2,3,4	6
6	Гипертензивные состояние во время беременности.	Гипертензивные состояние во время беременности. Преэклампсия, диагностика, лечение и тактика.	1,2,3,4	6
7.	Ведение беременности и родов у женщин с заболеваниями почек и анемией. Бессимптомная бактериурия.	Ведение беременности и родов у женщин с заболеваниями почек и анемией. Бессимптомная бактериурия.	1,2,3,4	6
8.	Резус фактор в акушерстве.	Резус фактор в акушерстве. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного.	1,2,3,4	6
9.	Невынашивание и перинашивание беременности.	Невынашивание и перинашивание беременности, индукция родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек.	1,2,3,4	6
10	Фетоплацентарная недостаточность.	Фетоплацентарная недостаточность, синдром внутриутробной задержки развития плода, экстремальные состояния у плода.	1,2,3,4	4

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

№	Название темы практического	семинарского занятия и её краткое содержание с указанием используемых новых педагогических технологий	Ссылка на литературу	часов
1	Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности.	Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты.	1,2,3,4	6
2	Послеродовое вагинальное кровотечение.	Аномалия прикрепления плаценты, гипо и атония матки, дефект последа, разрыв промежности и шейки матки причины, диагностика, тактика и профилактика.	1,2,3,4	6
3	Неудовлетворительный прогресс родов.	Неудовлетворительный прогресс родов. Активная и пассивная фазы родов, аномалия родовой деятельности, этиология, клиника и диагностика. Акушерская тактика и профилактика. Индукция родов окситоцином по	1,2,3,4	6

		рекомендациям ВОЗ.		
4	Узкий таз, этиология, виды, диагностика.	Узкий таз, этиология, виды, диагностика. Диспропорция таза и головеи плода. Дистоция плечиков. Причины функционального узкого таза и симптомы. Осложнения со стороны матери и ребенка и ее профилактика.	1,2,3,4	6
5	Причина неправильного положения плода, диагностика, тактика врача.	Причина неправильного положения плода, диагностика, тактика врача.	1,2,3,4	6
6	Вагинальное кровотечение во время родов.	Вагинальное кровотечение во время родов: разрыв матки. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика.	1,2,3,4	6
7.	Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.	Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.	1,2,3,4	6
8.	Экстремальные состояния плода и проблемы новорожденности.	Экстремальные состояния плода и проблемы новорожденности. Реанимация новорожденных. Внутриутробное инфицирование плода. Понятие о ТОРС– инфекциях. Диагностика, лечение и акушерская тактика.	1,2,3,4	6
9.	Трансмиссия ВИЧ – инфекции через мать в плод.	Трансмиссия ВИЧ – инфекции через мать в плод. Профилактика вич инфекции от матери ребенку. Антиретровирусная терапия у ВИЧ – позитивных беременных. Методы родоразрешения (элективная кесарево сечение), безопасное ведение родов. Безопасное кормление новорожденного.	1,2,3,4	6
10.	Инфекция послеродового периода. Высокая температура в послеродовом периоде. Акушерский перитонит.	Инфекция послеродового периода, классификация, пути передачи, возбудители, диагностика, принципы лечения. Профилактика групп высокого риска в амбулаторных условиях. Высокая температура в послеродовом периоде. Акушерский перитонит, причины, диагностика и лечение.	1,2,3,4	4

5. Лабораторные занятия

5.1. Тематические планы лабораторных занятий

№	Название темы лабораторного занятия	Кол-во часо
1.		
2.		

5.2. 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)

6. Самостоятельная работа студентов

6.1. Тематические планы самостоятельной работы студентов

№	Название темы СРС	Кол-во часо
1.	Клиническая анатомия женских половых органов. Строение, функция, кровоснабжение, иннервация матки. Мышцы тазового дна.	6
2.	Строение плаценты и функции. Биохимия амниотической жидкости. Биосинтез гормонов плаценты.	6
3.	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.	6
4.	Наружные акушерские обследования (метод наружного акушерского обследования по Леопольд-Левицкому, аускультация плода).	5
5.	Нормальные размеры таза. Нормальные размеры плода.	5
6.	Синдром тошноты и рвоты. Тактика акушерская тактика при тяжелом течение.	5
7.	Урогенитальная инфекция беременных, диагностика, лечение.	5
8.	Биохимические показатели при физиологическом течение беременности. Гипотензивные препараты.	5
9.	Определение группы крови и резус фактора. Биохимические показатели крови при физиологии и гемолитической болезни.	5
10.	Патофизиология мышечного сокращения. Причины наступления родов. Готовность организма к родам. Нормальный прелеминарный	5
11.	Физиологическое потеря крови.	5
12.	Клинические признаки кровотечения. Измерение артериального давления и пульса Физиология свертывания крови. Система	5

13	Методы родоразрешения при тазовом предлежании плода.	5
14	Рахит, и его влияние на строение таза.	5
15	ВИЧ и беременность. Вертикальная трансмиссия инфекции через матери в плод. Лечение и профилактика.	5
16	Методы операции кесарево сечения.	5
17	Патофизиология воспалительного процесса. Возбудители послеродовых воспалительных заболеваний.	5
		88 часов

6.2. 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)
-

7. Перечень практических навыков

-

8. Рейтинговый контроль и критерии оценки знаний, умений и навыков по дисциплине

Основным критерием качества подготовленности студента является его рейтинг, состоящий из текущей оценки, оценки промежуточного контроля и оценки итогового контроля.

100 баллов в **целом по дисциплине** распределены следующим образом:

№	Вид контроля	Максимальный балл	Коэффициент	Проходной балл
1.	Текущий контроль с учетом СРС	50	0,5	27,5
2.	Промежуточный контроль	20	0,2	11,0
3.	Итоговый контроль	30	0,3	16,5
	ВСЕГО	100	1	55,0

По семестрам баллы распределяются в зависимости от продолжительности изучения предмета.

Критерием оценивания практических занятий является текущая оценка, слагающаяся из контроля подготовленности студента к занятию и оценки качества выполнения задания.

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 – 2 часа	Количество студентов - поток
Форма проведения занятия	Учебная лекция
План лекционного занятия	1. Вводное слово 2. Предмет акушерства и гинекология 3. Основные исторические сведения о развитии акушерства и гинекологии

4. **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

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
5. Дать определение «предмету акушерства и гинекология. Основные исторические сведения о развитии акушерства и гинекологии.» Разобрать основные методы исследования Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования в	6. Основная сущность предмета акушерства и гинекологии. Основные исторические сведения о развитии акушерства и гинекологии Усвоить основные методы исследования 7. Иметь представление об основных направлениях в акушерстве и гинекологии 8. Иметь понятие об основных

акушерстве и гинекологии.	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		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	9. Вступительное слово о предмете акушерства и гинекологии. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. 10. В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования в акушерстве и гинекологии. Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 11. Определение и цели определения в акушерстве и гинекологии. Основные направления и составные части в акушерстве и гинекологии. Основные методы исследования.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы

3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии. 12. 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 лекрсовых препаратов на плод. Физиологические изменения в организме беременной женщины»	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

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 первобытнообщинного 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. Гиппократа считают 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 Гиппократа, 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, Фаллопия, 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) «Анатомия утери хумени гравиде» (Анатомия беременной матки 1774 г.) французский акушер гинеколог 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 акушер 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 влагалищном 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 – акушеров-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 было создано 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 Бабином 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 акушеров-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 родами 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 полостью 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-XII 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 трактуется 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.

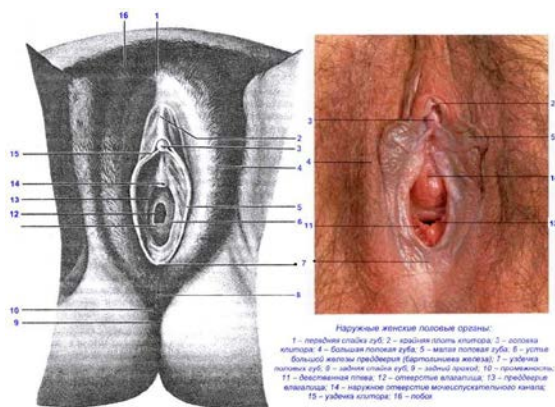
Анатомия и физиология женских половых органов. Анатомия и физиология женских половых органов.

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.

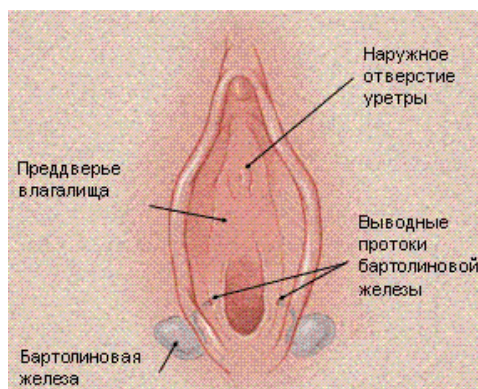
Кверху большие половые губы, сливаясь, переходят в **лобок**, выступающую часть треугольной формы, вершиною обращенную вниз, покрытую волосами. Верхний край участка, покрытого волосами, может быть горизонтальным (женский тип оволосения) или вытянутым кверху (мужской тип оволосения). Тип оволосения и 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.Свядоц 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.

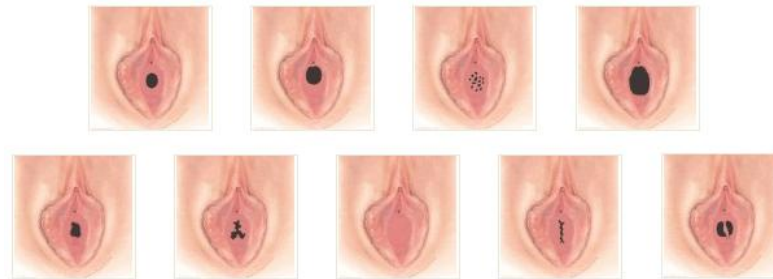
Между малыми губами расположена полость, называемая **преддверием**. В нее открывается мочеиспускательный канал, отверстие которого располагается выше входа во влагалище (под клитором), и **выводные протоки бартолиновых желез**, секрет которых, по мнению некоторых авторов, увлажняет вход во влагалище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

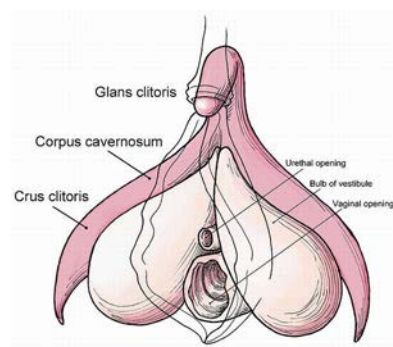
антропологических, философских, этических, психологических, религиозных и других факторов. Девственная плева варьируется по толщине, эластичности, плотности, форме (насчитывается более 20 видов плевы), насыщенности кровеносными сосудами и нервными окончаниями. Обычно девственная плева имеет небольшое 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 хемотосолпос, а затем хемотометрам. 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.

Клитор (русский термин «похотник») является важнейшим образованием наружных половых органов женщины. Он находится в верхней части половой щели, спереди и сверху прикрыт «капюшоном» (препутиум слиторидис), образованным передними частями малых губ. Клитор в обычном состоянии пальпируется как мягкое овальное образование величиной от просыаного зерна до небольшой горошины. Однако это не весь клитор, а лишь его головка. Клитор состоит из трех частей — головки, тела и двух ножек.



Все части построены из кавернозных тел, аналогичных кавернозным телам полового члена мужчины. Эмбриологический процесс развития клитора близок к процессу развития полового члена.

П. Мантегацца совершенно справедливо утверждал, что клитор подобно пенису при эрекции увеличивается в размерах. А. Молл категорически это отрицает и считает, что клитор в отличие от мужского органа при половом возбуждении не меняет своей величины. Мы считаем это недоразумением. Эрекция клитора выражена, конечно,

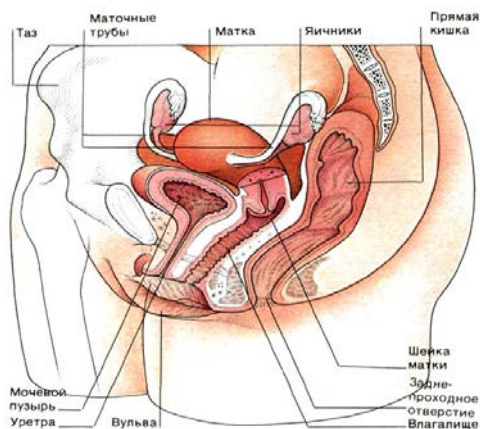
значительно менее ярко, чем эрекция пениса. Особенно мало заметно это увеличение при маленьких размерах клитора.

Величина клитора, пожалуй, еще более вариабельна, чем величина пениса. Чем крупнее клитор, тем заметнее его тумесценция и увеличение объема при эрекции.

Величина клитора в половой потенции женщины заметной роли не играет. По данным W. Мастерс анд В. Жохнсон, во время эрекции ствол клитора постоянно реагирует увеличением своего диаметра, удлинение же его авторы наблюдали менее чем в 10% случаев.

Клитор богато снабжен кровеносными сосудами и нервами. Это одна из наиболее эрогенных зон женщины, однако, индивидуальные колебания эрогенности клитора тоже довольно велики. У женщин, обладающих клиторным, клиторно-влагалищным и недифференцированным типами оргазма, клитор представляет собой обширное рецепторное поле, от которого начинается сложная система афферентных нервных путей, участвующих вместе с центральной нервной системой, эфферентными путями и исполнительными аппаратами в рефлекторном механизме оргазма. Клитор часто является объектом женской мастурбации и так называемой лесбийской любви (женский гомосексуализм).

Пространство между **задней спайкой половой щели** и **задним проходом** называется **промежностью** (перинеум). Оно заполнено телом промежности, состоящим из соединительно-тканых и мышечных волокон. Промежность покрыта тонкой кожей. Она может быть высокой (3—4 см) или низкой. Ее значение для сексопатологии состоит в том, что она является одной из эрогенных зон женских наружных половых органов. В редких случаях она становится рецепторным полем системы, обеспечивающей промежностный (перинеальный) оргазм.



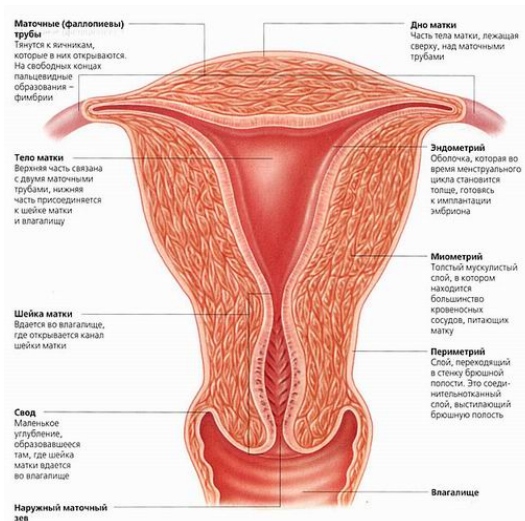
Внутренние половые органы

Внутренние половые органы состоят из яичников (оварии), маточных, или фаллопиевых, труб (сальпинх), матки (утерус) и влагалища (вагина, соллос).

Яичники — овальные образования размером 3-4 x 2-2,5 см, весом 6-8 г. Эта парная половая железа, расположенная в малом тазу, вырабатывает яйцеклетки и женские половые гормоны — эстрогены, прогестерон (гормон желтого тела) и небольшое количество андрогенов—мужских половых гормонов. Половое влечение женщины определяется главным образом андрогенами.

Маточные (фаллопиевы) трубы начинаются от матки и соединены с ее полостью. Другой конец труб несколько расширен и находится вблизи яичника. Яйцеклетка поступает в маточную трубу и попадает в полость матки. Оплодотворение яйцеклетки сперматозоидом происходит в трубе, после чего оплодотворенное яйцо движется под влиянием сокращения мышц трубы в полость матки.

Матка представляет собой мышечный орган, расположенный в малом тазу и имеющий форму груши. Широкая часть матки (дно) обращена вверх, а узкая нижняя часть матки (шейка матки) - вниз и выступает в просвет влагалища. Различают наружный соединительно-тканый слой - брюшину (периметрий), средний мышечный (миометрий) и внутренний, состоящий из цилиндрического эпителия (эндометрий). Матка имеет полость в виде щели, которая книзу переходит в канал шейки матки.



Матка регулируется нервной системой и различными гормонами (в частности, эстрогенами и прогестероном — гормонами яичников и гормоном задней доли гипофиза — питуитрином). Сокращения матки, как полагают, лежат в основе женского оргазма, однако это лишь одно из его внешних проявлений, ведь оргазм возможен и при отсутствии матки, удаленной во время хирургической операции. В матке происходит имплантация (внедрение) оплодотворенной яйцеклетки в ее стенку. Это орган, играющий главную роль в процессе менструаций.

Влагалище представляет собой трубку длиной от 8—9 до 12—14 см, выстланную многослойным эпителием. По данным В. И. Здравомыслова, имеются лишь некоторые корреляции между длиной влагалища и ростом женщины, а также ее телосложением. Однако наблюдается и несоответствие этих параметров (глубокое влагалище у женщины маленького роста). Влагалище имеет развитый мышечный слой, который, с одной стороны, дает возможность влагалищу растягиваться до 40—50% его длины, с другой стороны, обеспечивает перед концом полового акта образование оргастической манжетки в нижнем отделе влагалища. Мышечный слой способствует наиболее плотному прилеганию стенок влагалища к поверхности полового члена, что увеличивает сладострастные ощущения партнеров.

Изредка встречается недоразвитие или отсутствие влагалища, а также сужение или заращение его после травм, ожогов и других поражений (рубцы влагалища). При отсутствии указанных грубых повреждений С.С.Либих считает возможным не говорить об анатомическом несоответствии половых органов партнеров в силу уже указанной способности влагалища растягиваться или уменьшаться в соответствии с размерами

полового члена. Перед половым актом и во время его канал, в котором расположен половой член, увеличивается в длину приблизительно на 1 см за счет набухания и увеличения малых губ.

Высота промежности, а следовательно расположение входа во влагалище ближе к симфизу или к анусу, создает удобства или неудобства для сношения в той или иной позиции. Самым удачным и удобным для любой позиции является расположение интроитуса в центре вульвы. При расположении входа во влагалище ближе к симфизу облегчается сношение вис-а-вис, а расположение ближе к анусу удобнее для сношения сзади и в коленно-локтевом положении.

СВЯЗОЧНЫЙ АППАРАТ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Нормальное положение матки с трубами и яичников зависит главным образом от связочного аппарата и мышц тазового дна. В нормальном положении матку с трубами и яичники удерживает подвешивающий аппарат (связки) закрепляющий аппарат (связки, фиксирующие подвешенную матку), опорный, или поддерживающий, аппарат (тазовое дно).

Подвешивающий аппарат внутренних половых органов включает следующие связки.

1. **Круглые связки** — состоят из гладких мышц и соединительной ткани. Которые имеют вид шнуров, длина их 10—12 см. Круглые связки отходят от углов матки (немного кпереди и ниже места отхождения труб), идут под передним листком широкой связки к внутренним отверстиям паховых каналов. Пройдя паховый канал, круглые связки веерообразно разветвляются, прикрепляются к клетчатке лобка и больших половых губ. Круглые связки притягивают дно матки кпереди (наклонение кпереди); во время беременности круглые связки утолщаются и удлиняются.

2. **Широкие связки** — двойные листки брюшины, идущие от ребер матки до боковых стенок таза. В верхних отделах широких связок проходят трубы, в задних листках вставлены яичники, между листками находятся клетчатка, сосуды и нервы.

3. **Крестцово-маточные связки** — отходят от задней поверхности матки в области перехода тела в шейку, идут кзади, охватывают с двух сторон прямую кишку и прикрепляются на передней поверхности крестца. Эти связки притягивают шейку матки кзади. Во время родов круглые и крестцово-маточные связки способствуют удержанию матки на месте.

4. **Собственные связки яичников** начинаются от дна матки кзади и ниже места отхождения труб и идут к яичникам.

Закрепляющий аппарат матки представляет собой соединительнотканые тяжи с примесью гладкомышечных волокон; они идут от нижнего отдела матки: а) кпереди, к пузырю и далее к симфизу, б) к боковым стенкам таза — основные связки, в) кзади, составляя соединительнотканый остов крестцово-маточных связок.

Опорный, или поддерживающий, аппарат, составляют мышцы и фасции тазового дна. Тазовое дно имеет огромное значение в удержании внутренних половых органов в нормальном положении. При повышении внутрибрюшного давления (настуживание, подъем тяжести, кашель и др.) шейка матки опирается на тазовое дно, как на подставку; мышцы тазового дна препятствуют опусканию вниз половых органов и внутренностей.

КЛЕТЧАТКА МАЛОГО ТАЗА

Под брюшинным покровом органов малого таза располагается тазовая клетчатка, которая прилегает к внутренним половым органам в разных их отделах. Клетчатка

заполняет все свободные промежутки между органами малого таза в той части, которая не покрыта брюшиной и располагается выше фасции таза. В рыхлой тазовой клетчатке выделяются области, где преобладает плотная, волокнистая соединительная ткань. Эти участки уплотнения составляют, в частности, закрепляющий аппарат внутренних половых органов. В тазовой клетчатке различают следующие отделы.

О к о л о м а т о ч н а я (параметральная) клетчатка занимает пространство между листками широких связок от боковых отделов (ребер) матки до боковых стенок таза.

О к о л о п у з ы р н а я (парабезикальная) клетчатка выполняет свободное пространство вокруг мочевого пузыря; ее больше спереди и сзади от пузыря.

О к о л о в л а г а л и щ н а я (паравагинальная) клетчатка окружает влагалище, располагается преимущественно в пространстве, идущем от боковых отделов влагалища до стенок таза.

О к о л п р я м о к и ш е ч н а я (параректальная) клетчатка располагается вокруг прямой кишки.

Все указанные отделы тазовой клетчатки не отграничены, а связаны друг с другом многочисленными соединительнотканными элементами, Тазовая клетчатка имеет большое значение. Рыхлая клетчатка способствует физиологической подвижности и правильному функционированию внутренних половых органов, мочевого пузыря и прямой кишки, позволяет органам менять объем (наполнение и опорожнение пузыря и прямой кишки, изменение величины матки в связи с беременностью и родами и др.). Плотные отделы тазовой клетчатки закрепляют тазовые органы в подвижноподвешенном состоянии, участвуют в удержании матки и других отделов полового аппарата в нормальном положении. Клетчатка таза образует ложе для мочеточников, кровеносных и лимфатических сосудов, лимфатических узлов, нервных стволов и сплетений.

КРОВЕНОСНАЯ СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Кровоснабжение наружных половых органов осуществляется преимущественно за счет срамной артерии.

С р а м н а я а р т е р и я берет начало от внутренней полости таза, отдает ветви, идущие к наружным половым органам, промежности, влагалищу и прямой кишке.

А вместе с круглой связкой выходит из пахового канала, участвует в кровоснабжении больших половых губ и лобка.

Главными источниками кровоснабжения внутренние половых органов являются маточные и яичниковые артерии.

М а т о ч н а я а р т е р и я — парный сосуд отходит от подчревной артерии, идет к матке по около-маточной клетчатке, располагающейся в основании широких связок, по пути пере скрещивается с мочеточником, подходит к боковой поверхности матки на уровне внутреннего зева. В этом месте крупная ветвь, снабжающая шейку и верхний отдел влагалища, - шеечно-влагалищная ветвь.

Основной ствол маточной артерии поднимается, извиваясь по ребру матки, вверх, отдает по пути многочисленные веточки, питающие стенки матки, и доходит до дна матки, где отдает веточку, идущую к трубке. После этого конечные ветви маточной артерии соединяются с веточками яичниковой артерии, идущими в верхнем отделе широкой связки

А р т е р и а л ь н ы е ветви, отходящие от основного, восходящего ствола маточной артерии, образуют густую сеть тонких кровеносных сосудов, обильно снабжающих кровью мышечную и слизистую оболочки и брюшинный покров матки.

Я и ч н и к о в а я а р т е р и я—парный сосуд, отходит от брюшной аорты, несколько ниже почечной артерии, спускается вместе с мочеточником вниз, проходит по

воронко-тазовой связке к верхнему отделу широкой связки, отдает ветви к яичнику и трубе; конечный ствол яичников артерии анастомозирует с концевым отделом маточной артерии. В кровоснабжении влагалища, кроме маточной и срамной артерии, участвуют также ветви пузырной и геморроидальной артерий.

Артерии половых органов сопровождаются одноименными венами, причем каждую артерию, обычно сопровождают две вены. Вены внутренних половых органов образуют сплетения (маточно-яичниковое, пузырное и др.).

НЕРВНАЯ СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

В учение о нервной системе половых органов ценный вклад внесли отечественные авторы: Г. Е. Рейн, Н. В. Ястребов, Г. И. Писемский, Т. Я. Синицин, А. П. Морковитин, А. П. Гавронский и др.

В иннервации половых органов участвуют симпатическая и парасимпатическая нервная система, а также спинномозговые нервы.

Волокна симпатической нервной системы, иннервирующие половые органы, берут начало от аортального и солнечного сплетений, направляются вниз и на уровне В поясничного позвонка образуют верхнее и среднее чревное сплетение. От указанного сплетения отходят волокна, которые идут книзу и в стороны и образуют правое и левое нижние подчревные сплетения.

Нервные волокна от этих сплетений направляются к мощному маточно-влагалищному, или тазовому, сплетению. Маточно-влагалищное сплетение расположено в параметральной клетчатке, сбоку и сзади от матки, на уровне внутреннего зева шейного канала. К этому сплетению подходят ветви тазового нерва, относящегося к парасимпатической нервной системе. Симпатические и парасимпатические волокна, отходящие от маточно-влагалищного сплетения, иннервируют влагалище, матку, внутренние отделы маточных труб, мочевого пузыря; Тело матки иннервируется главным образом симпатическими волокнами, а шейка и влагалище — преимущественно парасимпатическими.

Яичник иннервируется симпатическими и парасимпатическими нервами из яичникового сплетения. К яичниковому сплетению подходят нервные волокна из аортального и почечного сплетения. Наружные половые органы и тазовое дно в основном иннервируются срамным нервом. Таким образом, нервы внутренних половых органов связаны через аортальное, солнечное, почечное и другие сплетения с нервами внутренних органов. В стенках матки, труб и в мозговом слое яичника образуются густые нервные сплетения. Тончайшие нервные веточки, отходящие от этих сплетений, направляются к мышечным волокнам, покровному эпителию и всем другим клеточным элементам. В слизистой оболочке матки концевые нервные веточки направляются также к железам, в яичнике к фолликулам и желтым телам. Тончайшие концевые нервные волокна заканчиваются в виде пучков, колбочек и т. д. Эти нервные окончания воспринимают химические, механические, термические и другие раздражения.

Нервные окончания внутренних половых органов относятся к интерорецепторам, которые воспринимают раздражения из внутренних органов к раздражения, воспринимаемые чувствительными нервными окончаниями, передаются по нервным волокнам в лежащие выше отделы нервной системы, где располагаются центры, регулирующие деятельность внутренних половых органов. Импульсы из этих центров передаются по двигательным и секреторным нервным волокнам в половые органы и направляют их деятельность (сокращение мускулатуры, секреция желез, продукция гормонов и др.). Нервные центры, регулирующие деятельность половых органов, располагаются на разных уровнях центральной нервной системы: в спинном мозге и в подкорковой области головного мозга, а также в коре головного мозга.

Еще И. П. Лазаревич, Н. Ф. Толочин, И. М. Сеченов отмечали зависимость функций половых органов женщины от психических моментов.

Клинические наблюдения показывают, что сильные психические потрясения могут привести к временному прекращению менструаций, выкидышу, преждевременным родам и нарушению родовой деятельности. Установлено, что благоприятное воздействие на психику роженицы способствует правильному течению родов, устранению или снижению болевых ощущений. Это положение за последние годы использовано в системе психопрофилактической подготовки к родам.

ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Лимфатическая система половых органов состоит из густой Сети извилистых лимфатических сосудов и множества лимфатических узлов. Лимфатические пути и узлы располагаются преимущественно по ходу кровеносных сосудов. (рис. 14). Лимфатические сосуды, отводящие лимфу из наружных половых органов и нижней трети влагалища, идут к паховым лимфатическим узлам. Лимфатические пути, отходящие от средней и верхней трети влагалища и шейки матки, идут к лимфатическим узлам, располагающимся, по ходу подчревных и подвздошных кровеносных сосудов.

Из тела матки, труб и яичников лимфа отводится по сосудам, располагающимся вдоль яичниковой артерии, и идет к лимфатическим узлам, лежащим на аорте и нижней полой вене. Между указанными системами лимфатических путей половых органов существуют связи — лимфатические анастомозы.

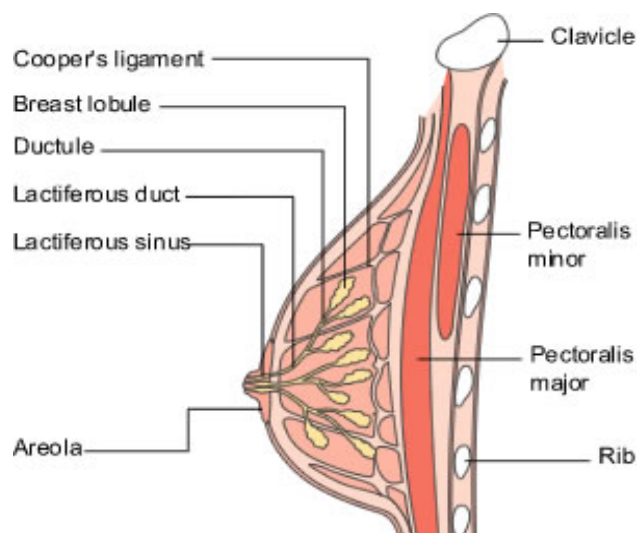
МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ

Молочные железы имеют гроздевидные строения. Паренхима молочной железы состоит из множества пузырьков (альвеол). Они располагаются вокруг мелкого выводного протока и сообщаются с его просветом. Такие очаги железистой ткани соединяются вместе и образуют крупные отдельные дольки. Эпителий желез обладает секреторной функцией.

Между дольками располагаются волокнистая соединительная ткань, в которой залегают эластические волокна и жир.

Количество долек в молочной железе достигает 15-20, каждая долька имеет выводной проток, куда поступает секрет из всех мелких протоков, связанных с альвеолами. Проток каждой дольки открывается на поверхности соска самостоятельно, не сливаясь с другими; на поверхности соска имеется 15-20 отверстий (по числу протоков долек)-молочные поры. Каждый молочный проток перед выходом на поверхность соска под околососковым кружком образует расширение (молочный мешок). На выпуклой поверхности железы располагается сосок, покрытый нежной, морщинистой, пигментированной кожей. Соски имеют цилиндрическую или коническую форму, величина их различна. Иногда соски бывают плоские и даже втянутые, что затрудняет процесс кормления грудью. Кожа вокруг соска пигментирована (ареола, околососковый кружок); здесь располагаются монтгомеровы железы, которые являются рудиментарными молочными железами. Сосок и околососковый кружок содержит гладкие мышечные волокна, располагающие близко к коже, и большое количество нервных рецепторов.

Паренхима молочной железы начинает усиленно развиваться в период полового созревания; на развитие молочных протоков влияет фолликулярный гормон яичника, на развитие альвеол- гормон жёлтого тела. Полное развитие молочная железа достигает в период половой зрелости. У пожилых женщин происходит постепенная атрофия паренхимы молочных желёз.



Кровоснабжение молочной железы происходит за счёт соответствующей артерии и веточек, отходящих по подмышечной артерии. Лимфатические сосуды идут к подмышечным лимфатическим узлам.

. Молочные железы- у беременных под действием эстрогенов, прогестерона, кортизола, пролактина, плацентарного лактогена и инсулина происходит быстрое развитие железистых структур молочных желез. В течение беременности лактацию подавляют стероидные гормоны, синтезируемые плацентой. После родов их уровень быстро снижается и на фоне высокого уровня пролактина начинается лактация. Вначале молочные железы выделяют молозиво, которое отличается от молока более высоким содержанием белка и иммуноглобулинов.

Функция молочных желез после родов достигает наивысшего развития. Во время беременности под действием эстрогенов формируются млечные протоки, под влиянием прогестерона происходит пролиферация железистой ткани. Под влиянием пролактина происходит усиленный приток крови к молочным железам и усиленная секреция молока, что ведет к нагрубанию молочных желез, наиболее выраженные на 3-4 сутки послеродового периода. Секреция молока происходит в результате сложных рефлекторных и гормональных воздействий и регулируется нервной системой и лактогенным (пролактин) гормоном аденогипофиза. Стимулирующее действие оказывают гормоны щитовидной железы и надпочечников, а также рефлекторное воздействие при акте сосания. Первые сутки послеродового периода молочные железы секретируют молозиво. Молозиво - густая желтоватая жидкость с щелочной реакцией. Она содержит молозивные тельца, лейкоциты, молочные шарики, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков. Молозиво богаче зрелого грудного молока белками, жирами, минеральными веществами. Белки молозива по аминокислотному составу занимают промежуточное положение между белковыми фракциями грудного молока и сыворотки крови, что, очевидно, облегчает адаптацию организма новорожденного в период перехода от плацентарного питания к питанию грудным молоком. В молозиве больше, чем в зрелом грудном молоке, белка, связывающего железо (лактоферрина), который необходим для становления кроветворения новорожденного. В нем высоко содержание иммуноглобулинов, гормонов (особенно кортикостероидов), ферментов. Это очень важно, т.к. первые дни жизни новорожденного функции ряда органов и систем еще незрелы и иммунитет находится в стадии становления. Переходное молоко, образующееся на 3-4 сутки, на 2-3 неделе приобретает постоянный состав и называется зрелым молоком.

Функция молочных желёз сводится к продукции молока. Секреторная деятельность молочных желёз начинается во время беременности, а полового развития достигает после родов.

Секреция молока происходит под влияние лактогенного гормона передней доли гипофиза, деятельность которого регулируется центральной нервной системой. При кормлении грудью происходит раздражение нервных элементов молочной железы и поступление соответствующих импульсов в центральную нервную систему. Под влиянием сдвигов, возникающих в нервной системе, усиливается продукция лактогенного гормона гипофиза, который активизирует функцию молочных желёз.

По данным М.М. Миронова, перерезка нервов, идущих к молочной железе, приводят к уменьшению молока и к изменению его состава.

Л.Н.Воскресенский установил усиление выделение молока под влиянием, раздражителей, имеющих условнорефлекторный характер (показ ребёнка, звуковые раздражители, ранее сочетавшихся с кормлением). О связи функции молочных желёз вкратце с водится к следующему. В протоплазме железистого эпителия функционирующей молочной железы образуются округлые молочные шарики, которые затем поступают в полость альвеол. Жидкая часть секрета молочных желёз образуется также железистым эпителием, а не является простым фильтратом жидкой части крови.

Процесс выделения молока происходит под влиянием раздражения рецепторов соска и околососкового кружка при кормлении грудью (сосании). Раздражение нервных окончаний приводит к сокращению мышечных элементов соска и околососкового кружка; в связи с этим происходит увеличение или уплотнение соска (эрекция), что способствует захвату соска ребёнком и выделению молока из железы (о составе молока и технике кормления см. главу XII-XIII) .

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 — лния 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.

1. дистанцио спинарум 25—26 *см* расстояние между отдаленными точками спина илиаса anteriор супериор.

2 дистанцио сристарум 28 — 29 *см*, отдаленные точки гребней повздошных костей.

3. дистант о трочантериса — 31 —32 *см* отдаленные точки трочантер мажор.

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

5. Сонжугата латералис — боковая конъюгата — от спина илиаса anteriор супериор до спина илиаса постериор супериор — той же стороны — равен 14— 15 *см*.

6. Сонжугата обликва - от спина илиаса anteriор супериор до спина илиаса постериор супериор — противоположной стороны равен 17 — 18 *см*.

В малом тазу различают 4 плоскости.

1. Плоскость входа в малый таз.

Границы: спереди — верхний край лонного сочленения, с боков линеа инномината, сзади — мыс — промонториум.

Размеры: прямой называется истинной конъюгатой— сонжугата вера — расстояние от верхневнутреннего края лонной дуги до мыса = 11 *см*, поперечный — отдаленные точки линеа инномината 13 *см*, косые правый и левый равны 12 *см*, расстояние от крестцово-повздошного сочленения до повздошнолонного бугра.

2. Плоскость широкой части.

Границы: спереди — середина лонного сочленения, сзади сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков, с боков внутренняя пластинка — фосса асетабулум 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 тубер исchia — 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:

1. Размеров большого таза.
2. Размеров выхода малого таза.
3. Окружность лучезапястного сустава — индекс Соловьева — 14 — 16 см.
4. Высота лона = 4 — 5 см.
5. Диагональной конъюгаты = 13 см,
6. Наружной конъюгаты = 20 - 21 см.
7. Ромба Михаэлиса — продольный размер = 11 см, поперечный — 10,5 — 11 см.
8. Лонного угла — равен 90 — 100°.
9. 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 obturatoria. Тазовое дно состоит из трех слоев.

1. Наружный слой из следующих мышц.
 - а) м. sphincter ani externus
 - б) м. bulbospongiosus (constrictor sushni)
 - в) м. transversus perinei superficialis
 - г) м. ischio — cavernosus
2. Слой, образующий тазовую диафрагму, состоит в основном из фасциальной ткани, в толще которой заключены м. transversus perinei profundus
3. Глубокий мышечный слой, который закрывает снизу таз. Это м. levator ani, состоящее из м. pubosymphysis, т. iliocostalis, т. ischioanal. Край т. pubosymphysis с обеих сторон обхватывают релакс и образуют hiatus гениталиа, через который кроме релакс проходит спереди влагалище и мочеиспускательный канал. Во время родов тазовое дно претерпевает большие изменения, участвует в изгнании плода, образуя канал, иногда повреждается.

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).

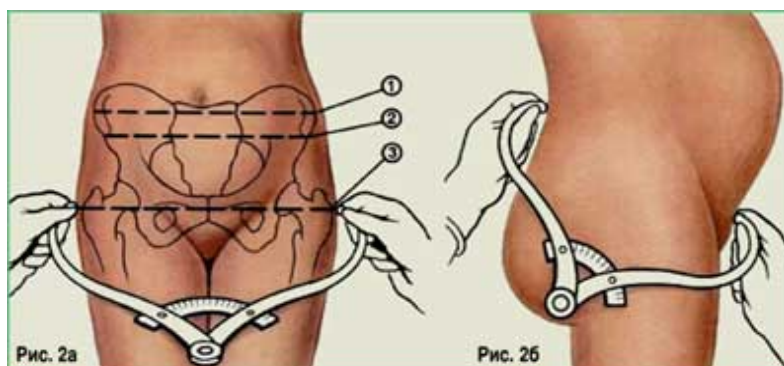
Ромб представляет собой площадку на задней поверхности крестца. Верхний угол ромба составляет углубление между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня, боковые углы соответствуют заднее – верхним остям подвздошных костей, нижний — верхушке крестца; сверху и снаружи 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:



1. Дистантиа спинарум — расстояние между передневерхними остями подвздошных костей.

Пуговки 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 дистанτια спинарум пуговицы с остей передвигают по наружному краю гребней, подвздошных костей до тех пор, пока не определяют наибольшего расстояния; это расстояние будет дистанτια сристарум, оно в среднем равняется 28—29 см.

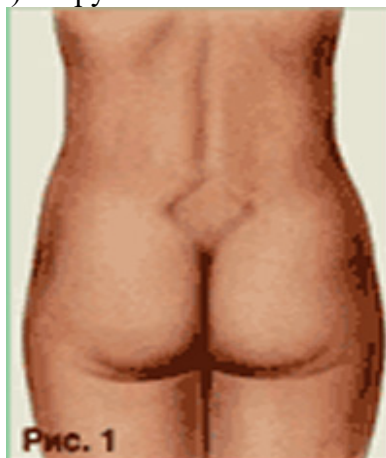
3. Дистантиа трачантерериса — расстояние между большими вертелами бедренных костей. Женщина продолжает лежать на спине, ноги вытянуты и сдвинуты друг к другу. Отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов и прижимают к ним пуговицы тазомера. Этот размер равен 30—31 см.

У тучных женщин прощупыванию вертелов мешает подкожно жировой слой. В подобных случаях предлагают женщине поворачивать ступни внутрь и наружу, 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 дистанτια спинарум и дистанτια сристарум 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. Пуговицу 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 пуговицу тазомера.

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

Для определения истинной конъюгаты из длины наружной. Конъюгаты вычитают 9 см, Например, при размерах наружной конъюгаты, равной 20 см, истинная конъюгата равна 11 см, при наружной конъюгате 18 см истинная конъюгата равна 9 см и т. д.

Разница между наружной и истинной конъюгатой, зависит от толщины крестца, симфиза и мягких тканей. Толщина костей и мягких тканей у женщин различна, поэтому разница между размерами наружной и истинной конъюгаты не всегда точно соответствует 9 см.

Истинную конъюгату можно более точно определить по диагональной конъюгате.

Диагональной конъюгатой (сонжугате диагоналис) называется расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца.

Диагональная конъюгата, определяется при влагалищном исследовании женщины, которое производится с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Указательный и средний пальцы вводят во влагалище, безмянный и мизинец сгибают, тыл их упирается в промежность. Введенные во влагалище пальцы продвигают к мысу; если мыс достигим, то кончик среднего пальца фиксируют на его верхушке, а ребро ладони упирают в нижний край симфиза. После этого указательным пальцем другой руки отмечают место соприкосновения исследующей руки с нижним краем симфиза. Не отнимая указательного пальца от отмеченной точки, руку, находящуюся во влагалище, извлекают из него и измеряют расстояние от верхушки среднего **пальца** до точки, соприкасавшейся с нижним краем симфиза.

Измерение производят тазомером или сантиметровой лентой.

Размер диагональной конъюгаты, при нормальном тазе равняется в среднем 12,5—13 см. Для определения истинной конъюгаты из размера диагональной конъюгаты высчитают 1,5—2 см.

Диагональную конъюгату измерить удастся не всегда, потому что при нормальных размерах таза мыс не достигается или прощупывается с трудом.

Если концом вытянутого пальца мыс не достигается, то объем **данного** таза можно считать нормальным, или близким к норме.

Поперечные размеры таза и наружную конъюгату измеряют, у всех без исключения беременных и рожениц.

Если при исследовании женщины возникает подозрение о сужении; выхода таза, то определяют размер данной плоскости.

Размеры выхода таза определяют следующим образом. Женщина лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, отведены в стороны и подтянуты к животу. Прямой размер выхода измеряют обычным тазомером. Одну пуговку тазомера прижимают к нижнему краю симфиза, другую — к верхушке копчика.

Поперечный размер выхода измеряют сантиметровой лентой или тазомером с перекрещивающимися ветвями. Прощупывают внутренние поверхности седалищных бугров и измеряют расстояние между ними. К полученной величине нужно прибавить 1—1,5 см, учитывая толщину мягких тканей, находящихся между пуговками тазомера и седалищными буграми.

Известное клиническое значение имеет определение формы лонного угла. При нормальных размерах таза лонный угол равен 90—100°; уменьшение или увеличение лонного угла указывает на ненормальности таза.

Форма лонного угла определяется следующим приемом. Женщина лежит на спине, ноги согнуты и подтянуты к животу. Ладонной стороной большие пальцы прикладывают вплотную к нижним ветвям лонных и седалищных костей; соприкасающиеся концы пальцев прижимают к нижнему краю симфиза. Расположение пальцев позволяет судить о величине угла лонной дуги (рис. 39).

Косые размеры таза приходится измерять при **кососуженных** тазах.

Для выявления асимметрии таза измеряются следующие косые размеры.

1. Расстояние от передневерхней ости одной стороны до задневерхней ости другой стороны и наоборот.
2. Расстояние от верхнего края симфиза до правой и левой задневерхней ости.
3. Расстояние от надкрестцовой ямки до правой и левой передневерхней ости.

Косые размеры, одной стороны сравнивают, с соответствующими косыми размерами другой стороны. При нормальном строении таза величина парных косых размеров одинакова. Разница, превышающая 1 см, указывает на асимметрию таза.

Рентгенография таза и последующее измерение (специальной линейкой) прямых и поперечных размеров его дает наиболее точное представление о емкости малого таза. Этот метод исследования таза применяется только по показаниям, например, при необходимости уточнить форму и степень сужения таза, соотношение между размерами таза и головки крупного плода.

В настоящее время в ряде крупных родильных домов используется ультразвуковой метод определения размеров таза и их соответствия величине головки плода

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, предлежащая 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 ламбдой-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. субоссипито-брегматисус от подзатылочной ямки до середины большого родничка = 9,5 см, окружность — сирс. субоссипито-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 — 28 см, измеряют рост новорожденного, в среднем 50—53 см, массу — в среднем 3500,0.

Нормальный овариально – менструальный цикл.

Репродуктивная система женщины достигает оптимальной функциональной активности в возрасте 16-17 лет. Когда организм готов к воспроизведению. До 45-50 лет угасает гормональная функция репродуктивной системы.

Репродуктивная система регулируется гипоталамо-гипофизарной, яичниково-маточной и нейро-гуморальной системой. Репродуктивная система организована по иерархическому принципу: в ней выделяют 5 уровней, каждый из которых регулируется структурами, который лежат выше, чем механизм обратной связи. В зависимости от прямой и обратной связи выделяют следующие уровни регуляции репродуктивной системы.

- I уровнем является ткани – мишени – место влияния действия гормонов (половые органы, молочные железы)
- II уровень – яичники; в них происходят сложные процессы синтеза стероидов и развития фолликулов.
- III уровень – гипофиз в котором синтезируются гонадотропные гормоны (ФСГ, ЛГ, Прл.)
- IV уровень – гипофизотропная зона гипоталамуса, в них синтезируются релизинг гормоны – либерины.
- V уровень – экстрагипоталамические церебральные структуры – нейротрансмиттеры: биогенные аминные – кетахоламины, дофамин, норадреналин, индолы, серотанин и класс морфиноподобных опиоидных, нейропептидов.

Таким образом, в регуляции функции репродуктивной системы основными являются пульсирующая секреция РГЛГ в нейронах гипоталамуса и регуляция выделения ЛГ и ФСГ эстрадиолом по механизму отрицательной и положительной обратной связи.

Оплодотворение, зачатие и беременность.
Оплодотворение – слияние сперматозоида и яйцеклетки. После овуляции яйцеклетка мягко отделяется от поверхности яичника и переходит в маточную трубу, по которой подгоняемая ресничками (маленькими волосовидными выростами), она перемещается в матку. Оплодотворение, если оно происходит, совершается обычно в верхней части маточной трубы, а не в матке.

Попав в результате эякуляции во влагалище, полноценные сперматозоиды быстро плывут по репродуктивному тракту женщины навстречу яйцеклетке. В этих трудных гонках цели достигают лишь немногие: из 200 и более миллионов сперматозоидов, введенных во влагалище, лишь несколько тысяч попадают в маточные трубы, а действительно приближаются к яйцеклетке всего около 200. Большинство сперматозоидов вообще не достигают шейки матки: основная часть спермы выливается из влагалища; какие-то сперматозоиды теряют подвижность в результате склеивания в комки, другие повреждаются по пути, а примерно половина доплывших до матки поворачивают не в ту сторону и попадают в ту из маточных труб, в которой в данный момент нет яйцеклетки. Этот сложный путь создан природой для того, чтобы только самые здоровые сперматозоиды имели возможность оплодотворять яйцеклетки. Оплодотворение - это сложный процесс, продолжающийся обычно 24 ч или дольше, так что с биологической точки зрения говорить о "моменте оплодотворения" неправомерно. Началом оплодотворения следует считать контакт сперматозоида с оболочкой яйцеклетки; завершается этот процесс объединением генетического материала яйцеклетки и сперматозоида.

Яйцеклетка человека в процессе оплодотворения. В результате оплодотворения происходит зачатие – формирование нового организма. Зигота содержит 23 хромосомы (генетический материал) сперматозоида и 23 хромосомы яйцеклетки. В 46 хромосомах зиготы заложена программа развития организма - формирование таких наследуемых признаков, как группа крови, рост, цвет кожи и т.п. Комбинация двух хромосом X и Y, называемых половыми, определяет пол будущего индивида.

Наиболее благоприятным временем для оплодотворения яйцеклетки и наступления беременности считается середина менструального цикла - период овуляции. Начальные стадии развития зиготы и имплантация. Зигота, представляющая собой одну клетку, начинает делиться сразу после оплодотворения. Сначала из нее образуется две клетки, затем четыре, восемь и т.д. С каждым делением размеры отдельных клеток уменьшаются. В результате формируется морула - скопление клеток, напоминающее ягоду шелковицы. Спустя 3-4 дня после оплодотворения морула по одной из маточных труб переходит в полость матки. С этого момента она называется бластоцистой.

Бластоциста продолжает расти, получая кислород и питательные вещества из эндометрия, выстилающего матку. Через несколько дней бластоциста начинает внедряться в эндометрий. Этот процесс называется имплантацией. Под действием гормонов, секретируемых во второй половине менструального цикла, эндометрий матки утолщается, и количество кровеносных сосудов в нем возрастает. Если оплодотворения не произошло, эндометрий сбрасывается во время менструации, а гормональная стимуляция прекращается. Если же оплодотворение происходит, то утолщенный губчатый эндометрий становится "постелькой" для бластоцисты, которая обычно имплантируется в верхней части задней стенки матки. Имплантация бластоцисты вне матки (в одной из маточных труб или в брюшной полости) приводит к внематочной (эктопической) беременности. Процесс имплантации завершается к 10-12 дню беременности. Прикрепление бластоцисты к эндометрию не сопровождается никакими физическими ощущениями, так что точно

установить момент имплантации невозможно. Кровянистые выделения, которые иногда наблюдаются в этот период, можно принять за менструацию. Такая ошибка приводит к неправильному определению срока беременности и даты предстоящих родов. В II и III триместрах беременности почечный кровоток увеличивается, постепенно возвращаясь к исходному уровню к моменту родов. Интенсивность почечной фильтрации (образование мочи) возрастает на 50 проц., возвращаясь к норме только после родов. Повышается также выведение мочевины и мочевой кислоты. Примерно на 16-20 неделе беременности резко падает почечный порог для фильтрации глюкозы, в силу чего довольно часто у беременных встречается гликозурия (сахар в моче).

40 дней беременности: можно увидеть плаценту, пуповину и эмбрион



4 Месяца. Долгожданная встреча



Прирост массы тела беременной отличается значительными индивидуальными колебаниями, но в среднем за время беременности женщина прибавляет в весе 12 кг. Одна треть прироста, 4 кг, набирается в первой половине беременности, а оставшиеся $\frac{2}{3}$ (8 кг) – во второй. 60 проц. общего прироста массы тела обусловлено задержкой жидкости, вызванной в свою очередь накоплением натрия (около 20 г.) из-за усиленной секреции гормона альдостерона. К моменту родов плод, плацента и амниотическая (околоплодная) жидкость вместе весят около 5,5 кг. И эта масса теряется после родов. Оставшиеся 6,5 кг приходятся на долю матки, увеличения молочных желез, экстрагенитальную задержку жидкости (увеличенный объем крови, отежная жидкость и т.д.) и на жировые запасы, особенно в бедрах и ягодицах. После резкого уменьшения массы тела в первые четыре дня после родов из-за учащенного диуреза, возникающего вследствие прекращения поступления гормонов плаценты, она продолжает постепенно сокращаться на протяжении последующих 3 месяцев или около того.

У беременных усиливается и пигментация кожи, особенно выраженная на лице, вокруг сосков и белой линии живота (более яркая у брюнеток по сравнению с блондинками). Это явление обусловлено увеличением количества циркулирующего меланоцитостимулирующего гормона. На животе и бедрах появляются продольные полосы (стрии беременности) длиной 5-6 см и около 0,5 см шириной. Вначале они розовые, но потом становятся бледными и немного уплотненными.

Родимые пятна появляются более чем у 50 проц. беременных женщин. Интенсивность работы сальных и потовых желез во время беременности повышается.

Подводя итог, можно сказать, что во время беременности происходят глубокие сдвиги физиологических функций, направленных на то, чтобы обеспечить потребности развивающегося плода и компенсировать те физические изменения в организме матери, которые вызываются этими сдвигами. На каждой стадии беременности физиологические

изменения направлены на удовлетворение потребностей плода и обеспечивают такие резервы, которые позволяют ему расти и развиваться непрерывно.

Периоды развития плода.

1. Антенатальное развитие плода – это с момента оплодотворения до начала родовой деятельности.
2. Интранатальный – от начала родовой деятельности до рождения.
3. 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.

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 – 2 часа	Количество студентов - поток
Форма проведения занятия	Учебная лекция

План лекционного занятия	13. Вводное слово 14. Периоды развития плода 15. Дородовый уход 16. Подходы к родовому уходу 17. Роды

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

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
19. Дать определение «физиологические роды» Разобрать основные методы исследования Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при физиологических родах	20. Основную сущность физиологических родов Усвоить основные методы исследования 21. Иметь представление об основных направлениях физиологических родов 22. 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		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	23. Вступительное слово о физиологических родов Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. 24. В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования при физиологических родах. Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 25. Определение и цели определения физиологических родов. Основные направления и составные части физиологических родов.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных

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

Периоды развития плода.

4. Антенатальное развитие плода – это с момента оплодотворения до начала родовой деятельности.
5. Интранатальный – от начала родовой деятельности до рождения.
6. 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.

Подходы к дородовому уходу

Программы по дородовому уходу были разработаны с тем, чтобы найти способы снижения материнской и перинатальной смертности, а также перинатальной заболеваемости. Со временем развитие медицинской науки и технологические открытия дополнили существующие модели новыми технологиями; однако эти инновации часто внедряются без достаточных доказательств их эффективности и безопасности.

Существует ряд важных вопросов, касающихся дородового ухода, в том числе тип ухода, который должен предоставляться всем женщинам, а также требований к уходу за женщинами, у которых возникли трудности или осложнения.

Другие вопросы относятся к тому, как часто нужно посещать женскую консультацию, какие услуги можно предложить женщине во время каждого визита, какие обследования анализы обеспечить. Качество дородового ухода играет огромную роль, поэтому необходимо знать мнение женщины о предоставляемом ей обслуживании.

– .

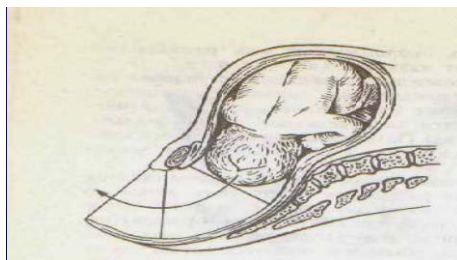
Два небольших исследования оценили предоставление женщинам права получать на руки свою медицинскую карту. Это простое изменение традиционной практики не вызвало видимых негативных последствий, но повысило вероятность того, что во время беременности женщина будет чувствовать, что она контролирует ситуацию. Результаты этих исследований свидетельствуют о том, что нужно рассмотреть возможность получения женщиной своей медицинской карты, а также оценить другие формы дородового ухода, которые предоставляют женщине больше возможностей для самоконтроля во время беременности.

Прежде всего, женщину необходимо информировать относительно тревожных симптомов, возникающих во время беременности, в том числе о появлении осложнений. Дородовые занятия играют важную роль в предоставлении женщине и ее семье информации и о беременности и родах.

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, регулирующих 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 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.

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, хориоамнотропина (плацентарного лактогена), хориогонадотропина (в крови увеличивается содержание эстрогенов, особенно эстрадиола и уменьшается содержание прогестерона, хориогонадотропина и хориоамнотропина) – это составляет сущность III этапа, изменений в системе мать – плацента – плод, предшествующего наступлению родов. Этот период характеризуется в основном выбросом в кровь матери серотонина и 17β - 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 начала 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, нейrogормонов (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 катехоламинов. Дивес и соавт, 1981г. выявлено значительная положительная корреляция между сроком беременности и концентрацией адреналина, норадреналина и дофамина 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 окситолическим веществам.

Однако в период беременности, когда прогестерон синтезируется плацентой, подобное действие ПГ не доказано. В подтверждение этого Хусслеу (1982), Лиггинс (1982) и другие авторы отмечают, что до настоящего времени не обнаружено связи между началом родов и изменениями соотношения половых стероидов и ПГ.

Однако возрастание синтеза ПГ непосредственно перед родами в организме матери, а также во время родов свидетельствует о важной роли их в инициации и развитии родовой деятельности. Точный механизм, контролирующий синтез эндогенных ПГ в беременной матке, который индуцирует запуск и пускового механизма начала родов, пока не известен. Резкое повышение уровня ПГ в конце беременности связывают с освобождением арахидоновой кислоты обусловленном липолитическим действием катехоламинов плода Лерат (1979).

Одни авторы связывают накоплением ПГ в организме с процессами старения структурных элементов плаценты её децидуальной оболочки, другие – с воздействием на организм матери метаболитов плода, третьи – с падением уровня прогестерона или депонированием его при помощи специфических белковых молекул. Рассмотренные факторы являются основной, но не главной причиной индукции родов, продукция плодом кортикотропина, кортизола, ПГ или окситоцина в последующие или окситоцина в последующие динамические изменения половых стероидов в фетоплацентарном комплексе и другие морфофункциональные сдвиги последующем является вторичным и развивается ответ на главенствующие, возможно даже не одномоментные, ещё полностью нерасшифрованные стимулы.

Заслуживает внимания тот факт, что стимулом для наступления нормальных родов является наличие соматически зрелого плода, приспособленного к самостоятельной внеутробной жизни.

Таким образом, в сложном комплексе факторов, способствующих наступления родов, участвуют нервная система, гормоны и медиаторы.

Возникновению регулярных сокращений матки способствуют изменения в содержании калия, кальция, магния, натрия и других ионов в организме. Увеличивается калий и кальций, калий повышает моторную функцию матки, а кальций – тонус матки и чувствительности к окситоцину. Во время родов возрастает количество кобальта усиливающего моторную функцию матки, количество солей магния, тормозящего сокращения матки, перед родами уменьшается.

Таким образом, к началу родов происходит, с одной стороны, повышение возбудимости матки, а с другой увеличение механических и химических раздражителей воздействующих на рецепторы ганглии, нервные стволы и сплетения матки. При этом отмечается множественность (совокупность) факторов, определяющих возбудимость матки, а также вызывающих возбудимость матки сократительную деятельность.

На фоне повышенной возбудимости матки особенно значителен эффект окситоцина, ацетилхолина и др. веществ вызывающих сокращения матки. В этом же направлении действуют раздражения связанные с двигательной активностью плода и соприкосновением подлежащей части с нижним сегментом и шейки матки.

Когда возбудимость матки и сила раздражений достигают определенного предела, возникает родовая деятельность. Все сложные процессы, определяющие наступление и правильное течение родов, регулируются нервной системой.

Процессы подготовки организма к родам усиливаются в последние дни беременности. Это время некоторые авторы выделяют как подготовительный (прелиминарный) период.

Интеграция течения родового акта условно разделяется на три периода: - раскрытие шейки матки, изгнания плода и изгнания последа.

Родовой акт представляет собой процесс взаимодействия, трех компонентов: - изгоняющих сил, родового канала и плода, как объекта родов.

Клиническими признаками начавшихся родов являются регулярные схватки, нарастающие изменения шейки матки, в виде её укорочения, сглаживания и раскрытия маточного зева.

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 оценки 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 спазмолитических и обезболивающих средств, своевременным предоставлением отдыха, обоснованной амниотомией и проводимыми профилактическими мероприятиями в отношении плода.

При физиологическом течении 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 подлежащей 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.

Сократительная деятельность матки характеризуется интенсивными схватками, к которым присоединяются потуги, носящие рефлекторный характер (воздействие подлежащей 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:

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

II фаза – отделения плаценты;

III 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 ограничением 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 являются:

явный дефект плацентарной или подозрение на него;

наличие добавочной дольки плаценты, завершившейся в матке (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);

Роды с минимальной степенью риска должны проводиться в стационарах круглосуточной готовностью операционной (ЦРБ);

Роды с повышенной степенью риска должны проводиться в городских, областных и акушерских стационарах, крупных многопрофильных больницах;

Роды с высокой степенью риска должны проводиться в специализированных родильных домах, являющихся клиническими базами кафедр акушерства и гинекологии медицинских институтов.

Следующим кардинальным аспектом при составлении плана родоразрешения является выбор метода, который определяется прогнозом вероятных осложнений. Качество прогнозирования родов находится в прямой зависимости от способностей врача – акушера – гинеколога и её мышления.

Самостоятельные роды через естественные родовые пути проводятся у молодых здоровых женщин с минимальной степенью риска.

У определённой категории женщин (с отягощенным акушерским анамнезом, первородящим в возрасте старше 30 лет, с тазовым предлежанием плода, анатомическим сужением таза и др.) вопрос о выборе способа родоразрешения должен решаться с позицией планового кесарева сечения. Для ведения родов у женщин со средней и высокой степенью риска необходима их дородовая госпитализация, сроки которой определяются со степенью тяжести акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний.

По бактериологическому контролю качества проведения противоэпидемических мероприятий в акушерских стационарах, в соответствии с Приказом МЗ РУз № 500 от 13.11.2003 «О реорганизации работы родильных комплексов по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактики внутрибольничных инфекций».

В ходе проведения реформ в здравоохранении Республики Узбекистан были достигнуты определенные успехи в области охраны репродуктивного здоровья. Несмотря на это показатели материнской, детской заболеваемости и смертности продолжают оставаться высокими. Это во многом зависит от обеспечения должного ухода беременным, роженицам и родильницам до, во время родов и в послеродовом периоде. Многие страны изменили практику оказания помощи матерям и детям в соответствии с рекомендациями ВОЗ и добились снижения показателей материнской, перинатальной заболеваемости и смертности. Для эффективной работы акушерских стационаров, необходимо существующие принципы работы её перевести в соответствие с современными технологиями, рекомендуемыми ВОЗ. В связи, с чем, возникает необходимость пересмотра принципов организации работы акушерских стационаров нашей республики.

Партограмма.

Партограмма – это наиболее простое и наиболее эффективное средство ведения родов из всех, которые до сих пор были разработаны.

Основные принципы партограммы заключается в следующем:

это способ отображения процесса раскрытия шейки матки в виде непрерывного графика, одновременно;

это способ графического отображения многих других характеристик состояния матери, плода и течения родов.

Такое сочетание характеристик делает партограмму весьма ценной. Партограмма эффективна во всех условиях оказания медицинской помощи: обычных и тех, которые характеризуется наличием самого сложного оборудования и должна применяться при ведении родов в медицинских учреждениях всех уровней.

Записи в партограмме – в верхней части записывается следующая информация:

Роженица:

- имя;
- акушерские данные (количество родов, беременностей в анамнезе);
- регистрационный номер;
- дата поступления;
- время поступления принимается за ноль. Фактическое время дня указывается;
- под линией времени;
- время разрыва околоплодного пузыря.

Плод:

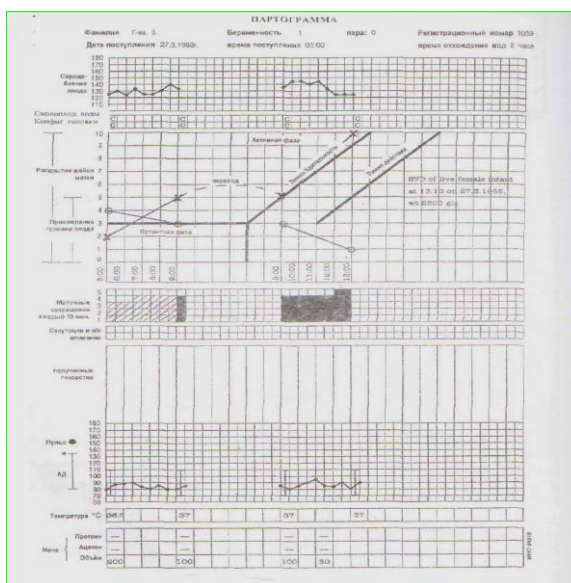
частота сердечных сокращений;

околоплодные воды: прозрачные (С), окрашенные кровью (В) или окрашенные меконием (М) или околоплодный пузырь целый (И);

шейка матки: раскрытие в см, отмечается знаком X на диаграмме продвижение головки плода: ((ведущей поверхности головки плода), определяемое пальпированием пятью пальцами области живота, отмечается знаком 0 на диаграмме). Пальпирование живота производится перед каждым вагинальным осмотром.

Формирование головки плода: этот процесс записывается следующим образом: кости черепа разъединены соединительной тканью, которая легко прощупывается (0); кости слегка соприкасаются друг с другом (+); кости находятся друг на друга (++); кости значительно находятся друг на друга (+++).

Раскрытие шейки матки



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

Ведение послеродового периода.

Послеродовой период – это период после рождения ребенка, когда органы тела возвращаются к первоначальному состоянию и начала лактации.

Уход за матерью и ребенком в течение послеродового периода, должен основываться на следующих основных принципах:

способствовать хорошему физическому и эмоциональному состоянию матери и ребенка;

способствовать успешному грудному вскармливанию ребенка.

Необходимо ежедневно наблюдать за состоянием матери и ребенка и вести детальные записи, которые должны как можно точнее описывать все события. Очень важно, чтобы акушерка и врач обучила родильницу, как ухаживать за собой и новорожденным. В послеродовом периоде женщину могут беспокоить обычно незначительные спазматические боли в нижней части живота, обусловленные сокращением матки.

Некоторые женщины в течение первых двух – трех дней после родов испытывают послеродовую депрессию («Меланхолия третьего дня»). Это нормальное явление. Около 14 – 20% женщин подвергается послеродовой депрессии. Это состояние, более серьезная форма эмоциональных нарушений, чем «меланхолия третьего дня». В этом случае, для сна беспокойства, необходима помощь медицинского персонала и членов семьи.

У некоторых матерей (менее 1%) развивается очень серьезное заболевание, называемое послеродовым психозом (галлюцинации, чрезмерное беспокойство, страх за себя и ребенка), этих случаях необходимо особое наблюдение и помощь специалиста – психиатра.

Четыре основных принципа послеродового ухода

- Обеспечить хорошее физическое самочувствие матери и ребенка
- Помочь в установлении раннего и успешного грудного вскармливания
- Поддерживать у матери чувство уверенности в себе
- Предоставить консультирование по вопросам планирования семьи и ухода за ребенком после выписки из родильного стационара

Принципы послеродового ухода (1)

1. Оценка состояния матери, измерение и регистрация температуры и артериального давления
 2. Постоянный контроль за влагалищными выделениями и инволюцией матки
- Временные интервалы

В течение первых двух часов - каждые 15 минут

В течение третьего часа - каждые 30 минут

В течение последующих 3-х часов - каждый час

Распространенные проблемы послеродового периода

- Послеродовая боль
- Психологические проблемы:

- ☐ «Меланхолия третьего дня» около 80%
- ☐ Послеродовая депрессия 14-20%
- ☐ Послеродовой психоз менее 1%

Неэффективные технологии послеродового ухода за матерью и новорожденным

- Рутинное применение лекарственных препаратов (слабительных, антибиотиков, анальгетиков, утеротоников)
- Рутинное обследование без показаний (ультразвуковые и лабораторные исследования матери и ребенка)
- Ограничение посещений родственниками
- Ограничение контакта между матерью и новорожденным
- Использование мази для ухода за сосками
- Использование антисептиков для обработки пуповины
- Тугое пеленание новорожденного
- Регулярное ежедневное взвешивание ребенка до и после кормления

Преимущества грудного вскармливания

- Грудное молоко
 - ☐ Идеальное питание
 - ☐ Хорошо усваивается
 - ☐ Защищает от инфекций
- Грудное вскармливание
 - ☐ Обеспечивает эмоциональный контакт и развитие
 - ☐ Защищает здоровье матери
 - ☐ Помогает предохраниться от новой беременности
 - ☐ Экономически выгодно

Некоторые положения при кормлении грудью

Основные признаки правильных положений

- ☐ Голова и туловище ребенка находятся на одной линии
- ☐ Ребенок повернут лицом к груди
- ☐ Мать прижимает ребенка к своему телу
- ☐ Мать поддерживает тело ребенка

Десять шагов успешного грудного вскармливания (2)

- ☐ Наличие политики в отношении грудного вскармливания, которая постоянно доводится до всего медицинского персонала
- ☐ Обучение медицинского персонала навыкам, необходимым для практического осуществления политики грудного вскармливания
- ☐ Информирование всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания
- ☐ Помощь матерям начать кормление грудью в течение первого часа с момента рождения ребенка
- ☐ Обучение матерей технике кормления грудью и сохранения лактации в случае их разделения с детьми
- ☐ Кормление ребенка исключительно грудным молоком, кроме тех случаев, когда дополнительное введение жидкости клинически обосновано
- ☐ Практика круглосуточного совместного пребывания матери и ребенка
- ☐ Поощрение кормления грудью по требованию ребенка
- ☐ Отказ от использования сосок или пустышек
- ☐ Поощрение создания групп поддержки грудного вскармливания и направление матерей в эти группы после выписки из родильного стационара

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 – 2 часа	Количество студентов - поток
Форма проведения занятия	Учебная лекция
План лекционного занятия	26. Вводное слово 27. Причины ранних токсикозов и резус иммунизации 28. Тактика при ранних токсикозов и резус иммунизации

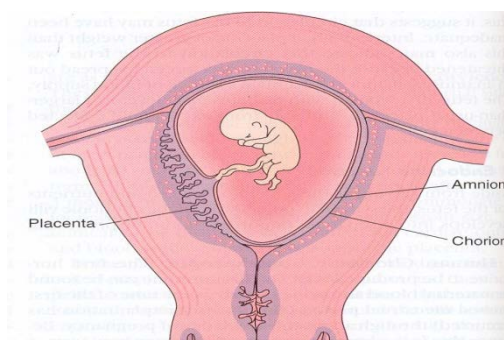
29. Цель лекционного занятия: дать представление о «ранних токсикозов и резус иммунизации», её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
30. Дать определение «ранних токсикозов и резус иммунизации.» Разобрать основные методы исследования Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при ранних токсикозов и резус иммунизации.	31. Основная сущность ранних токсикозов и резус иммунизации Усвоить основные методы исследования 32. Иметь представление об основных направлениях ранних токсикозов и резус иммунизации 33. 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		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	34. Вступительное слово о ранних токсикозов и резус иммунизации. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. 35. В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования ранних токсикозов и резус иммунизации. Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 36. Определение и цели определения ранних токсикозов и резус иммунизации. Основные направления и составные части ранних токсикозов и резус иммунизации. Основные методы исследования.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии. 37. 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. Записывает задание для следующих занятий

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

1) 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.

2) 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:

- 1) рвота беременных (легкая форма, умеренная рвота);
 - 2) чрезмерная рвота;
 - 3) птолизм.
1. Часто встречающиеся формы
 2. 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, неврозами, 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 - пtiализмом (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, электроосон, 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.

Поскольку тошнота и рвота возникают чаще всего при пустом желудке советуем:

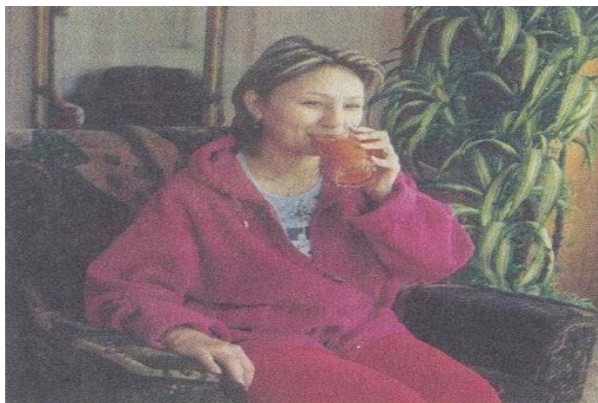
- Есть меньше, но чаще, каждые 2-3 часа.
- По возможности завтракать в постели, а затем полежать, прежде чем вставать. • Есть на завтрак продукты содержащие белки(яйца), молочные продукты(кефир, простоквашу, сыр).
- Избегать трудно перевариваемых продуктов(эта рекомендация распространяется на весь срок беременности).
- Есть больше жидкой или полужидкой, не горячей пищи.

- Пить газированную воду, но в разумных пределах.

Рецепт настоя “от токсикоза”:

Мята (листья)-2 ч. л.; валериана (корень)-1 ч. л.; ноготки (цветки)-2ч.л.; тысячелистник (травя)-2ч.л. Смесь залить 400 мл кипятка. Настоять 30 мин., процедить. Пить по 50 мл шесть раз в день, тремя курсами по 25 дней с 15-дневными перерывами.

Эти растения благоприятно воздействуют на слизистую оболочку желудка, стимулируют желудочную и почечную секрецию, обладают спазмолитическим эффектом. Кроме того, большое значение имеет и успокаивающее влияние этих трав на нервную систему.



Если симптомы токсикоза нарастают, частота рвоты увеличивается (свыше 5 раз в сутки), нарушилось самочувствие, вы теряете вес, необходимо срочно обратиться к врачу, т. к. наряду с нарушениями в вашем организме начинает страдать ребенок.

Рвота беременных средней тяжести и тяжелая требуют лечения в стационаре. Комплексная терапия включает препараты, воздействующие на нервную систему, нормализующие эндокринные и обменные нарушения, витамины. Обязателен лечебно-охранительный режим. Лечение проводится под контролем анализов крови и мочи. Об эффективности проводимой терапии судят по нарастанию веса, снижению пульса, артериального давления, температуры тела, частоты рвоты и времени ее прекращения.

Неэффективность лечения требует прерывания беременности в виду опасности для жизни матери.

Что такое токсикоз первой половины беременности и как с ним бороться? Токсикоз, ранний токсикоз, вещь настолько привычная, что многие женщины воспринимают его чуть ли не как обязательный признак беременности, иногда даже волнуются, если он не приходит. У очень большого количества женщин токсикоз не наступает вовсе, и с ребеночком, естественно, все в порядке. Несмотря на всевозможные исследования, ученым так и не удалось точно выяснить причины возникновения раннего токсикоза, остается не решенным и тот вопрос, почему у некоторых женщин его нет. Однако, было замечено, что жительницы деревень страдают токсикозом реже горожанок, так что возможно токсикоз следствие неблагоприятной экологии и неправильного питания. Больше времени проводите на открытом воздухе, если рядом есть парк, то гуляйте там хотя бы пол часа в день. Употреблять пищу часто, но помалу, и старайтесь облегчить ваше меню, сократите количество животных жиров и мяса, употреблять больше продуктов содержащих белок: фасоль, зерновые, орехи, семечки, рыбу, мясо (отварное и не жирное), молоко

некоторым помогает кислое: долька лимона или мандарина или же соленое (с этим злоупотреблять не стоит, соль задерживает воду, это чревато отеками) Иногда помогает минеральная вода (Нарзан, Боржоми). Если она приносит вам облегчение, всегда держите бутылочку воды в своей сумочке.

Бывает, что тошноту провоцируют витамины для беременных, принимать их на ночь после ужина.

Мята – проверенное средство. Можно использовать мятные леденцы, мятную жвачку или чай с мятой. Первые два варианта удобны в общественных местах для быстрого снятия тошноты. Купите в аптеки Мятую или мелису перечную в фильтр пакетиках, и пейте как чай. 1- 2 пакетика на стакан кипятка, настаивать 15 минут.

Можно приготовить самой или заказать в аптеке следующие капли:

Капли желудочные с мятой Настойка валерианы-20 мл, (Тинстура Валерианае) Настойка полыни-15 мл, (Тинстура Абсинтхии) Настойка мяты перечной-10 мл, (Тинстура Ментхае пиперитае) Настойка красавки - 5 мл, (Тинстура Белладоннае) Капли оказывают успокаивающее и улучшающее пищеварение действие, уменьшают тошноту проявляют спазмолитическое и болеутоляющее действие при болях в желудочно-кишечном тракте. Взрослым назначают по 5-7 капель на прием. Высшая разовая доза для взрослых - 20 капель, суточная - 60 капель.

Гипертензивные состояния при беременности.

Преэклампсия – 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 преэклампсии 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 преэклампсии. 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.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ:

- первые роды;
- возраст старше 40 лет;
- юная первородящая;
- семейный анамнез преэклампсии;
- тяжелая преэклампсия в анамнезе при предыдущей беременности;
- ожирение (увеличение индекса массы тела);
- хроническая артериальная гипертензия или почечная патология;
- сахарный диабет;
- заболевание почек;
- многоплодная беременность;
- резус – конфликт;
- антифосфолипидный синдром;
- сосудистая патология;
- низкий социальный статус

Определено множество факторов риска в развитии преэклампсии (Таблица 1). Данные факторы риска клинически полезны в выявлении больных, нуждающихся в профилактической терапии, но болезнь может появляться у лиц, не имевших никаких факторов риска, кроме отсутствия беременности.

Признаки и симптомы при эклампсии

Центральная нервная система	Желудочно-кишечный тракт
Головная боль	Тошнота
Головокружение	Рвота
Металлический привкус	Боль в эпигастрии
Сонливость	Увеличение и болезненность печени
Лихорадка	Кровь в содержимом кишечника
Гиперрефлексия	Почечная система
Диплопия	Протеинурия
Скотомы	Отеки
Затуманенное видение	Олигурия или анурия
Внезапная слепота	Гематурия или гемоглобинурия

Сердечно-сосудистая система Гипертония Изменение показателей дыхания Тахикардия	

Для прогнозирования развития преэклампсии используются следующие клинические тесты:

- увеличение среднего артериального давления во втором триместре беременности (85 – 90 мм. рт. ст.);
 - ортостатический тест в сроке от 28 до 32 недель беременности;
 - тест с изометрическими упражнениями;
 - инфузия ангиотензина при сроке беременности от 26 до 30 недель;
 - доплеровское исследование маточно – плацентарного кровотока в сроке от 18 до 24 недель беременности (индекс сопротивления 0,58 и наличие диастолического компонента);
 - лабораторные тесты (мочевая кислота, альфа – фетопротеин, фибронектин, микроальбуминурия и экскреция кальция с мочой, метаболизм кальция в тромбоцитах).
- Но ни один из этих тестов не может быть рекомендован в качестве универсального скринингового теста для определения степени риска преэклампсии.

В отсутствие действительно эффективных методов прогнозирования и профилактики заболевания, раннее распознавание и адекватная интенсивная терапия являются единственным выходом из ситуации. Вне зависимости от того, какую тактику родоразрешения выберет акушер-консервативную или оперативную, конечном результате лечения должно быть обеспечение женщине возможности безопасно родить здорового ребенка. В этом, по нашему мнению, и заключается главная задача анестезиолога и intensivиста (реаниматолога), работающего в акушерском стационаре.

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).

ХЕЛЛП=гемолиз, повышение печеночных энзимов, низкое количество тромбоцитов.

**- Все данные риска получены в лечебных учреждениях третичного уровня, в которых упомянутый токсикоз более обычен, чем в учреждениях первичного звена. Соответственно, риск этих осложнений в учреждениях первичной помощи, возможно, ниже.*

+- точной оценки риска нет; публикации ограничены докладами о случаях и небольшими сериями докладов.

#- зарегистрированный риск для больных с “тяжелой” преэклампсией.

АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ.

Диагноз гипертензии ставится тогда, когда диастолическое давление превышает или равно 110 мм рт.ст. при разовом измерении или превышает или равно 90 мм рт.ст. при двукратном измерении с интервалом в 4 часа .

Диагноз тяжелой гипертензии ставится тогда, когда диастолическое давление равно или превышает 120 мм рт.ст. при разовом измерении, или равно или превышает 110 мм рт.ст. при двукратном измерении с интервалом в 4 часа. Несмотря на повышенные цифры АД, значительное число беременностей протекает нормально, указывая, что некоторой степени гипертензия положительно воздействует на адекватный маточно-плацентарный кровоток в условиях повышенного сосудистого спазма.

Или

Диастолическое АД > 90 мм рт.ст

Или

Повышения систолического АД на 30 мм рт.ст. и более

Или

Повышение диастолического АД на 15 мм рт.ст. и более

** За исходный уровень артериального давления принимают результаты измерения артериального давления, которые были получены до 20-й недели беременности.*

ПРОТЕИНУРИЯ

Протеинурией считают потерю 300 мг белка в сутки или свыше 1 г/л в любой порции мочи. Высокий уровень протеинурии не только подтверждает диагноз, но и прямым образом ухудшает прогноз, как для матери, так и для плода.

В своевременную классификацию преэклампсии отеки не включены главным образом потому, что встречаются они у 80 % беременных женщин, которые практически здоровы. Против такого подхода есть несколько аргументов:

- во – первых, у 85 % женщин с преэклампсией имеющиеся отеки часто связаны с патологической прибавкой в весе за счет задержки жидкости;
- во – вторых, сам по себе отечный синдром необходимо соотносить с другими признаками преэклампсии и степенью его выраженности.

Доклиническая фаза преэклампсии продолжается много недель, а клинически определяемый, но бессимптомный период может изменяться, прежде, чем перейти в кризис. В идеале синдром нужно распознавать до наступления кризиса, однако, как отмечалось в

предшествовавшем обсуждении лабораторного выявления патологии, такое раннее распознавание не всегда выполнимо. Жесткие диагностические критерии при преэклампсии упоминаются в исследовательской литературе, но клиницисты должны понимать, что это статистическая необходимость в исследованиях, а не клинически достаточные показатели.

Отличительные характеристики преэклампсии и транзиторной гипертензии с учетом высказанных выше соображений показаны в таблице 8.

Задача раннего распознавания осложняется непредсказуемостью степени перехода болезни в кризис. У больных в течение долгого времени могут отсутствовать всякие симптомы или наблюдаться быстрое развитие расстройства.

Надежных предвестников возможности или показателей прогрессирования заболевания не существует. “Легкая” преэклампсия является дезориентирующим термином. Даже у пациенток с минимальной или отсутствующей гипертензией, а также с едва уловимыми лабораторными доказательствами патологии, болезнь может перерасти в кризис, угрожающий жизни.

Повторное лабораторное обследование (таблица 7) неопределимо в диагностике слабо выраженных случаев преэклампсии. Если такое заболевание подозревается при отсутствии выраженных клинических признаков заболевания, следует предусмотреть проверку, хотя бы раз в неделю, лабораторных параметров и практически ежедневный контроль артериального давления, уровня белка мочи и отеков. Гиперурицемия и/или тромбоцитопения должны рассматриваться как свидетельства преэклампсии, если обратное не доказано.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ КРИТЕРИИ ТЯЖЕСТИ.

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

Нарушение зрения и неврологическая симптоматика включают в себя фотофобию, диплопию, скотому и амвроз. 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.

Отеки легких – самое частое осложнение преэклампсии и эклампсии, однако встречается в 2,9 % случаев. В 70 % случаев отек легких развивается спустя 71 час 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

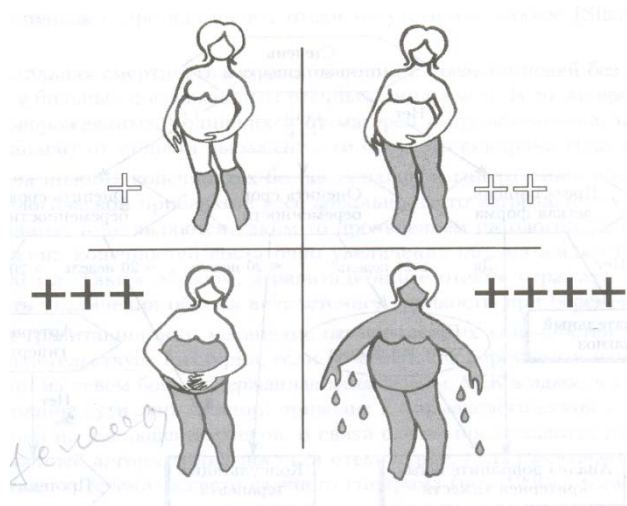


Рис. 12.9. Классификация степени тяжести отеочного синдрома

Транзиторная гипертония не требует специального лечения, если достаточно надежно доказано, что это не нарастающая преэклампсия (таблица 7). К сожалению, это не всегда возможно, даже если применяются сложные сывороточные маркеры в условиях научно-исследовательских учреждений. За женщинами, у которых в позднем периоде беременности возникла гипертония, должно осуществляться пристальное наблюдение с целью не пропустить развитие преэклампсии. Для такой беременности срочное родоразрешение обычно является наиболее безопасным способом, поскольку до четверти женщин, у которых развилась гипертония во время беременности, обязательно заболеет преэклампсией.

Ведение беременности, осложненной хронической гипертонией, имеет перед собой несколько задач: умеренный контроль за артериальным давлением для профилактики ранних осложнений гипертонии у матерей, профилактика внутриутробной смерти плода в связи с маточно-плацентарной недостаточностью и раннее распознавание эклампсии, под риском которой эти женщины находятся. В то время как показан контроль других факторов риска, ограничивающих внутриутробное развитие плода, лечение гипертонии само по себе, вероятно, не снижает частоту возникновения таких его состояний. Далее в этой статье приводятся рекомендации по контролю артериального давления и дородовой помощи пациенткам с хронической гипертонией.

Рождение плода при наличии преэклампсии проводится с медицинской помощью. Выбор времени для родов является трудным решением с учетом преждевременности родов, часто требующим тщательной оценки риска матери и плода. К сожалению, непредсказуемый риск прогрессирования болезни в кризис делает точную оценку такого риска невозможной. Однако, полезно вспомнить, что еженедельно рост способности выжить у недоношенных младенцев, составляет менее 2% в неделю после 32 недель. При доношенной беременности (или недоношенной беременности, при которой зрелость легких плода была доказана амниоцентезом) срочное родоразрешение почти всегда показано, поскольку выжидательное ведение больных с тяжелым заболеванием чревато печальным исходом для матери и ребенка. Использование вагинальных родов или кесарева сечения является вопросом клинической оценки. Показания к ускоренным родам (путем кесарева сечения, если вагинальные роды еще не начались) включают любую близкую угрозу благополучию матери или плода. Если близкой угрозы нет, приемливо проведение родов с помощью окситоцина (питоцина) и амниотимии. Если необходимо и позволяет время, можно попытаться провести подготовку шейки матки при помощи простагландина E₂ (препидил).

Беременность, осложненная хронической гипертонией и преэклампсией, связана с риском внутриутробной гибели плода и поэтому требует дородовой оценки состояния плода. Одной приемлимой стратегией является использование бесстрессового теста и индекса амниотической жидкости. Оптимальный протокол для этого не ясен. У пациенток с хронической гипертонией бесстрессовый тест проводится еженедельно после 32-34 недель. У пациенток с преэклампсией бесстрессовый тест проводится два или три раза в неделю и более, в зависимости от существующей степени недостатка кровоснабжения органов. Индекс амниотической жидкости определяется раз или два в неделю. Ультразвуковая оценка роста плода часто начинается с 30-32 недели, после основного исследования на 18-24 неделе. Значимость этой стратегии (в отличие от опоры на измерение только длины плода) не подвергалась строгой оценке.

Постельный режим является традиционной терапией гипертонии во время беременности. Контролируя кровяное давление, это не влияет на исход у плода или матери. Тем не менее, постельный режим является разумной стратегией до тех пор, пока клиницист не достигнет ложного успокоения от нормализации артериального давления.

Если кровяное давление не контролируется одним постельным режимом, может быть показана антигипертензивная терапия. У пациенток с преэклампсией и хронической гипертензией целевое диастолическое давление крови должно быть 90-100 ммХг. Антигипертензивным агентом выбора для женщин с преэклампсией или хронической гипертензией остается метилдопа (альдомет). Парентеральное введение гидралазина (апресолин) также эффективно контролирует кровяное давление в родовом периоде. Большинство пациенток, нуждающихся в антигипертензивной терапии во время беременности, хорошо реагируют на один или оба указанных препарата, но существуют другие менее изученные альтернативные препараты, эффективность и переносимость которых на практике не доказана.

Объем сосудов у пациенток с преэклампсией патологически мал, в то время как у больных с хронической и транзиторной гипертензией он нормален. Задержка натрия в организме при преэклампсии является, частично, его приспособительной попыткой поддержать кровоснабжение в ишемичных тканях. По этой причине пациенткам с преэклампсией не рекомендовано ограничение натрия.¹ Сокращенный внутрисосудистый объем может содействовать гипоперфузии жизненно важных органов, особенно почек. Тем не менее, во время родов потребление жидкости должно быть ограничено до, примерно, 100 мл в час, поскольку неуправляемое увеличение внутрисосудистого объема может вызвать угрожающий жизни отек легких. Если возникает олигурия или другое свидетельство уменьшения внутрисосудистого объема, должны быть назначены регулирующие средства. Если немедленной реакции на их применение не последует, то в целях поддержания водного баланса показана катетеризация центральной вены или легочной артерии.

Профилактика преэклампсии является главным разделом стратегии лечения преэклампсии. Широко известна эффективность сульфата магнезии, применяемого для этой цели, а в опубликованных сериях докладов о случаях, когда применялся сульфат магнезии, документированы результаты лечения в отношении матери и плода. Выбор пациента для профилактики все еще противоречив, и нет данных, имеющих прямое отношение к этому вопросу. Поскольку достаточные доказательства свидетельствуют, что риск и временной интервал прогрессирования болезни от преэклампсии до эклампсии не предсказуем, профилактика судорог парентеральным введением магнезии рекомендуется всем пациенткам с ясно выраженной преэклампсией. Профилактику следует продолжать в раннем послеродовом периоде, поскольку риск возникновения судорог наиболее велик в период родов и в течение 24 часов после родов. Протоколы по использованию магнезии публиковались повсюду.

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:
 - общий белок, альбумин,
 - креатинин, мочевины,
 - билирубин (прямой, непрямой),
 - Ал АТ, Ас АТ, ЩФ, ЛДГ,

- Свободный гемоглобин крови,
- Глюкоза крови,
- Электролиты.
- Анализ мочи на белок (в однократно взятой порции)
- Анализ суточной мочи на белок (повторно).
- Свободный гемоглобин мочи.
- Исследование глазного дна.

Подготовка к родоразрешению обычно совпадает по времени с началом интенсивной терапии.

Главные цели интенсивной терапии:

- прекращение судорог;
- восстановление проходимости дыхательных путей;
- обеспечение безопасности матери и плода.

Задачи интенсивной терапии:

- предотвратить повторные судороги;
- устранить гипоксию и ацидоз (дыхательный и метаболический);
- профилактика аспирационного синдрома.

План действий при появлении признаков и симптомов тяжелой преэклампсии/грозящей эклампсии.

- положить женщину на левый бок, при возможности начать давать кислород через маску
- начать медленную внутривенное вливание изотонических растворов, вести аккуратные записи о всей введенной и выделившейся жидкости
- дать гипотензивные лекарства/средства и/или седативные
- важно, чтобы женщину перевезли в надлежащее безопасное место для родов и последующего ухода.

ЛЕЧЕНИЕ И ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ ГРОЗЯЩЕЙ ЭКЛАМПСИИ/ЭКЛАМПСИИ.

Загрузочная доза 4 гр сухого вещества (100 мл раствора) вводить в течение 15-20 мин. Поддерживающая доза 1-2 грамм в час внутривенно.

В/в ведение магнезия.

Начальная доза 5 г сухого вещества вводится в каждую ягодицу в виде 50 % раствора. Поддерживающая доза – 5 г внутримышечно каждые 4 часа.

Лечение в обоих случаях проводить в течение 24 часов после родов и после последнего приступа (в зависимости от того, что произошло позднее).

Критерии отмены магниальной терапии:

- Прекращение судорог.
- Отсутствие признаков повышенной возбудимости ЦНС (гиперрефлексия, гипертенус, судорожная готовность).
- Нормализация артериального давления ($D_{AD} < 90$ мм рт.ст.).
- Нормализация диуреза (> 50 мл/час.).
- контроль уровня сознания;

- контроль и регистрация объема мочи, и если матери трудно использовать судно, то необходим постоянный катетер; олигурия говорит о плохом прогнозе;
- определение центрального венозного давления (возможность определить адекватный объем циркулирующей жидкости);
- нельзя использовать диуретики;
- внимательное наблюдение за состоянием плода, с использованием электронного монитора (при возможности).

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 α_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 вазодилатор 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 вазодилатор. 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 кардиомиопатия 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 валзартан, 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.

Сделаем промежуточное резюме:

- Хроническую артериальную гипертензию у беременных можно успешно лечить. Причем артериальную гипертензию от умеренной до тяжелой лечить надо обязательно, чтобы избежать развития тяжелых осложнений.
- Мнений о том, что антигипертензивная терапия может предупредить развитие эклампсии, - неверно. Поэтому в профилактике присоединения преэклампсии лечение женщин с мягкой артериальной гипертензией не дает никаких результатов.

Антигипертензивная терапия у женщин

с тяжелой формой преэклампсии.

При выборе препарата необходимо руководствоваться его фармакодинамикой у матери и потенциальным вредным воздействием на плод. Препараты, которые резко снижают сердечный выброс у матери, лучше не применять, поскольку и без того плохой маточно- плацентарный кровоток может уменьшиться еще больше.

Идеальный препарат – это тот, который быстро снижает АД и действие которого легко управляемо. В настоящее время для лечения тяжелой преэклампсии наиболее часто применяются нифедипин и гидралазин. При этом режимы применения препаратов могут быть различными.

Короткодействующие лекарственные формы нифедипина (антагонист кальция из дигидропиридиновой группы), которые приводят к вазодилатации – это капсулы с 10 мг препарата, которые очень быстро всасываются в желудке. Можно также применять нифедипина сублингвально. Артериальное давление снижается через 10-20 минут, действие препарата продолжается 4-6 часов. Если лекарство не подействовало , то дают

через 20 минут вторую капсулу 10 мг, затем прием препарата повторяют каждые 4-8 часов.

Гидралазин (апрессин), вводимый внутривенно, обладает прямым артериодилатирующим действием. Его вводят в дозе 5 мг через 15-20 минут АД начинает снижаться через 15 минут, снижение достигает пика к 60 минутам, действие препарата продолжается 4-6 часов. Рефлекторная симпатическая стимуляция приводит к тахикардии, головной боли и повышению сердечного выброса, редко могут быть боли в грудной клетке по типу стенокардии. Резкое снижение артериального давления наблюдается редко.

Лабеталол, неселективный Бета – адреноблокатор, который оказывает также α_1 – адреноблокарующее действие, выпускается как в таблетках, так и в форме раствора для внутривенного введения. Он не дает рефлекторной тахикардии. Лабеталол вводят в дозе 20 мг (максимум до 40 мг), его введение можно повторять через 10 минут или проводить постоянную инфузию препарата. Действие его развивается быстро – через 5 минут, достигает пика через 10-20 минут и продолжается от 1 до 6 часов. Тяжелых побочных эффектов он не имеет, а случаи передозировки наблюдаются очень редко. Однако, будучи Бета – блокатором, лабеталол может провоцировать бронхоспазм у предрасположенных к этому больных.

Метилдопа широко применяется у беременных и часто является препаратом выбора. Хотя при гипертонической болезни этот препарат используется редко (вызывает ортостатическую гипотонию и слабость), у беременных он эффективен и безопасен. Также терапия метилдолой позволяет улучшить исход для плода.

Общепринятый подход к антигипертензивной терапии при тяжелых формах преэклампсии делит все препараты на следующие группы:

Препараты первого ряда: метилдопа, атенолол, метопролол, лабеталол, гидралазин, гидрохлортиазид;

Препараты второго ряда: клонидин, нифедипин, исрадипин, празозин;

Для парентерального введения применяются: сульфат магния, нитропруссид натрия.

Противопоказаны: ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы ангиотензиновых рецепторов.

Инфузионная терапия

Проводится под контролем почасового диуреза. ЦВД , Нт и ОЦК.

Рекомендуется инфузионные средства:

- 7,5 % натрий хлор 2 мл/кг масса тела
- Стабизол, рефортан.
- Реополиглюкин
- СЗП или Альбумин 20 %

ИТТ при отеке мозга базируется на четырех основных принципах;

- малый объем;
- сочетание кристаллоидов и коллоидов;
- применение растворов крупно молекулярных ГЭК (стабизол)
- применение гипертонических солевых растворов.



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.

Заключительный комментарий

Последние согласительные данные по лечению высокого кровяного давления во время беременности выделил три ключевых принципа в распознавании и лечении преэклампсии:

“Наиболее уместной терапией для матери всегда являются роды, но они могут не быть таковыми для плода“. Риск возникновения преэкламптических осложнений у матери должен сравниваться с риском недоношенности плода.

“Признаки и симптомы преэклампсии не имеют патогенетического значения“. Борьба с гипертонией не влияет на исход беременности для матери или плода.

“Патогенетические изменения преэклампсии появляются задолго до того, как клинические критерии, ведущие к постановке диагноза, становятся манифестными“. Сниженное кровоснабжение жизненно важных органов и сопутствующая ему угроза здоровью матери и плода появляются раньше, чем мы распознаем синдром.

Уместны также несколько других максим:

“Эклампсия является единственной среди угрожающих жизни кризов, в которую может развернуться преэклампсия“. Несмотря на значительные достижения в лечении женщин, страдающих от токсикозов, преэклампсия остается единственной лидирующей причиной смерти матерей в Соединенных штатах, играющей существенную роль наряду с отслойкой плаценты и разрывом печени в дополнение к эклампсии.

“Легкая преэклампсия является дезориентирующим термином“. “Легкая“ означает только то, что угрожающая жизни ишемия органов клинически еще не проявилась.

“Транзиторная гипертония является диагнозом, лучше всего указывающим на ретроспективу“. Невозможно точно отличить это легкое состояние от преэклампсии, не вызвавшей пока общий недостаток кровоснабжения, приводящий к протеинурии, отекам и результатам лабораторных исследований, отличных от нормы. Поэтому женщины с гипертонией в позднем периоде беременности должны рассматриваться как потенциальные преэкламптические больные. Они должны проверяться на признаки, свидетельствующие о разрушении здоровья матери или плода в дородовом периоде, а когда родовой период наступил, роды должны быть вызваны искусственно.

“Поскольку эклампсия не лечится ни чем, кроме родов, усилия должны концентрироваться на профилактике, а если профилактика неудачна, на распознавании и срочном родоразрешении“. Терапия аспирином и кальцием не является самой лучшей, но в определенной мере эффективной стратегией профилактики преэклампсии и транзиторной гипертонии соответственно. Обычные лабораторные тесты (особенно на концентрацию уратов сыворотки крови и количество тромбоцитов) ценны в выявлении малопроявляющихся токсикозов, но эти показатели могут стать не соответствующими норме всего за несколько дней до развития угрожающего жизни криза.

Лекция №4

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 – 2 часа	Количество студентов - поток
Форма проведения занятия	Учебная лекция
План лекционного занятия	38. Вводное слово 39. Причины гемолитической болезни плода 40. Тактика при анемии и инфекций мочеполовых путей при беременности

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

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
42. Дать определение «анемия и инфекция мочеполовых путей при беременности.» Разобрать основные методы исследования Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при анемии и инфекций мочеполовых путей при беременности.	43. Основная сущность заболевание анемий и инфекций мочеполовых путей при беременности Усвоить основные методы исследования 44. Иметь представление об основных направлениях заболевание анемий и инфекций мочеполовых путей при беременности 45. 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		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	46. Вступительное слово о анемии и инфекций мочеполовых путей при беременности. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным	Активно участвует в блиц-опросе по

мин.)	вопросам темы. 47. В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования заболелание резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода. Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 48. Определение и цели определения заболелание резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода. Основные направления и составные части анемии и инфекций мочеполовых путей при беременности. Основные методы исследования.	основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии. 49. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «воспалительные заболевания женских половых органов» и кровотечения в первой половине беременности	Уточняет неясные вопросы. 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, КАНАЛЫЦЕВОМ 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 ПЕРЕНОСЕННЫЙ РАНЕЕ ПИЕЛОНЕФРИТ. ПО КЛИНИКЕ РАЗЛИЧАЮТ ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ.

острый пиелонефрит

острый пиелонефрит встречается у 2-10% беременных женщин, чаще у первобеременных (80%), чем у повторнобеременных (20%). поражение бывает двухсторонним, но чаще правосторонним, что связывается с частой ротацией матки вправо. развитию острого пиелонефрита у беременных способствуют: нарушения уродинамики и лоханочно-почечные рефлюксы, переутомления, охлаждения и нарушения почечного кровотока, различные заболевания и гиповитаминозы, изменения гормонального гомеостаза. у первобеременных женщин чаще проявляется на 4-5-м месяцах беременности, у повторнобеременных — на 7-8-м месяцах. заболевание может проявиться также у рожениц (до 15%) и у родильниц (более 20-30%).

у первобеременных женщин преобладает мономикробная флора, у повторнобеременных — смешанная бактериальная флора. риск развития острого пиелонефрита возрастает с увеличением бактериурии.

различают несколько форм острого пиелонефрита: *серозную, острогнойную и некротический папиллит*. жалобы больных при серозном пиелонефрите — на повышение температуры (до 38° c), боли в пояснице с одной или обеих сторон, общую слабость, снижение аппетита. острогнойный пиелонефрит имеет следующие разновидности: апостематозный (гнойничковый), карбункул или абсцесс почки. он протекает в виде инфекционного процесса с резкими болями в поясничной области (чаще справа), головной болью и напряжением мышц передней брюшной стенки (по типу "острого живота"). для него характерна высокая температура с ознобами и проливным потом. могут иметь место уремические симптомы (гиперазотемия), рвота. отмечаются высокая соэ, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. из-за воздействия микробных эндотоксинов может развиваться бактериальный шок. в связи с изложенными особенностями клиники острогнойный пиелонефрит следует дифференцировать с пневмонией, хирургическими заболеваниями типа "острого живота", септическим абортom, ранними токсикозами беременных, преждевременными родами. некротический папиллит характеризуется почечной коликой, гематурией, отхождением некротических масс с мочой.

диагностика острого пиелонефрита основывается на общеклинических, лабораторных и данных других методов исследований. для него характерны лейкоцитурия и бактериурия. нередко имеет место повышенное содержание в крови мочевины и остаточного азота. при проходимости верхних мочевых путей выделяется гнойная моча, а при хромоцистоскопии почка, вовлеченная в процесс, индигокармин не выделяет. катетеризация мочеточников, кроме диагностического, имеет и лечебное значение, так как устраняет блокаду почки. на ретроградной пиелограмме выявляется симптом "большой белой почки" — отсутствие выделения из нее контрастного вещества, может отмечаться сдавление либо ампутация одной из чашечек (при карбункуле почки).

ценным в диагностике ранних форм болезни является определение степени поражения почечной паренхимы по ренально-кортикальному индексу (рки) и симптому хадсона — неравномерность расстояния между чашечками и наружным

КОНТУРОМ ПОЧКИ, ЧТО ВЫЯВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ УЗИ. О КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ МОЖНО СУДИТЬ ПО УРОВНЮ КРЕАТИНИНА, КОТОРЫЙ ПОВЫШАЕТСЯ БЫСТРЕЕ, ЧЕМ УРОВЕНЬ МОЧЕВИНЫ.

ЛЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПРОВОДИТСЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА. ПЕРВОНАЧАЛЬНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ВОССТАНОВЛЕНИЕ ОТТОКА МОЧИ ИЗ ПОЧКИ ПУТЕМ УКЛАДЫВАНИЯ БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ НА ЗДОРОВЫЙ БОК, ПРИДАНИЯ КОЛЕННО-ЛОКТЕВОГО ПОЛОЖЕНИЯ, А ПРИ ОТСУТСТВИИ ЭФФЕКТА — С ПОМОЩЬЮ КАТЕТЕРИЗАЦИИ МОЧЕТОЧНИКОВ. ПОКАЗАНИЯМИ К ЭТОЙ МАНИПУЛЯЦИИ ЯВЛЯЮТСЯ БОЛИ В БОКУ, ПОЧЕЧНАЯ КОЛИКА, ЛИХОРАДКА, ОЛИГУРИЯ ИЛИ АНУРИЯ. КАТЕТЕРЫ МОГУТ ОСТАВАТЬСЯ НА НЕСКОЛЬКО ДНЕЙ.

СРАЗУ ЖЕ ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ ДИАГНОЗА БОЛЕЗНИ НАЗНАЧАЕТСЯ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ, КОТОРОЕ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРОМ ПАТОГЕННОЙ ФЛОРЫ МОЧИ И ЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ К АНТИБИОТИКАМ. ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ПРИМЕНЯЮТСЯ С УЧЕТОМ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ, ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПОЧЕК, ТЯЖЕСТИ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА, СОПУТСТВУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО АНАМНЕЗА И ВОЗМОЖНЫХ НЕГАТИВНЫХ ВЛИЯНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ПЛОД В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ БЕРЕМЕННОСТИ. ПРИ СНИЖЕНИИ ФУНКЦИИ ПОЧЕК ДОЗЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ УМЕНЬШАЮТСЯ В 2-3 РАЗА. В I И ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ ПРИРОДНЫХ И ПОЛУСИНТЕТИЧЕСКИХ ПЕНИЦИЛЛИНОВ, ВО II И III ТРИМЕСТРАХ И ПОСЛЕ РОДОВ ДОПУСКАЕТСЯ БОЛЕЕ ШИРОКИЙ СПЕКТР АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ (ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ УРОАНТИСЕПТИКИ, АМИНОГЛИКОЗИДЫ, ЦЕФАЛОСПОРИНЫ И ДР.). НА ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ РОДОВ ПРЕКРАЩАЕТСЯ ГРУДНОЕ ВСКАРМЛИВАНИЕ.

АМПИЦИЛЛИН ЭФФЕКТИВЕН ПРИ ЭНТЕРОКОККАХ, ПРОТЕЕ, ЭШЕРИХИЯХ (ДО 2-3 Г В СУТКИ В ТЕЧЕНИЕ 8-10 ДНЕЙ); КОРБЕНИЦИЛЛИН — ПРИ СИНЕГНОЙНОЙ ПАЛОЧКЕ И ПРОТЕЕ (ДО 4-6 Г В СУТКИ 7-8 ДНЕЙ); ЦЕФАЛОСПОРИНЫ — ПРИ МНОГИХ ВИДАХ ГРАМПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ И ГРАМОТРИЦАТЕЛЬНЫХ МИКРООРГАНИЗМОВ (ДО 2-4 Г В СУТКИ 7-8 ДНЕЙ); АМИНОГЛИКОЗИДЫ — ПРИ МНОГИХ ВИДАХ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ (ДО 0,1-0,15 Г В СУТКИ 5-6 ДНЕЙ); ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ УРОАНТИСЕПТИКИ — 5-НОК, НИТРОКСОЛИН (ДО 0,2-0,4 Г В СУТКИ 10-14 ДНЕЙ), НЕВИГРАМОН (2-4 Г В СУТКИ 10-14 ДНЕЙ); СУЛЬФАНИЛАМИДЫ (2 Г В СУТКИ 10-12 ДНЕЙ); НИТРОФУРАНЫ (0,3-0,4 Г В СУТКИ 10-14 ДНЕЙ). НЕРЕДКО АНТИБИОТИКИ СОЧЕТАЮТ С НИТРОФУРАНАМИ И ДРУГИМИ ХИМИОПРЕПАРАТАМИ, СУЛЬФАНИЛАМИДАМИ. ЛЕЧЕНИЕ ПРОВОДИТСЯ КУРСАМИ КАЖДЫЕ 3 НЕДЕЛИ, НЕРЕДКО В ТЕЧЕНИЕ 2-3 МЕСЯЦЕВ.

ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ПОКАЗАНЫ АНТИГИСТАМИННЫЕ СРЕДСТВА (ПИПОЛЬФЕН, СУПРАСТИН, ТАВЕГИЛ, ДИМЕДРОЛ), ИНФУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ (ДЕКСТРАНЫ, АЛЬБУМИН, ПЛАЗМА), КОРРЕКЦИЯ КИСЛОТНО-ЩЕЛОЧНЫХ ЭЛЕКТРОЛИТНЫХ НАРУШЕНИЙ, СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (КАРДИОТОНИКИ, САЛУРЕТИКИ).

ОСТРЫЕ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРОЦЕССЫ ТРЕБУЮТ ЭКСТРЕННОЙ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ (ДЕКАПСУЛЯЦИЯ И ДРЕНИРОВАНИЕ ПОЧКИ, НЕФРОСТОМИЯ ИЛИ НЕФРЭКТОМИЯ, ВСКРЫТИЕ АБСЦЕССА С ДРЕНИРОВАНИЕМ ПОЛОСТИ И ОКОЛОПОЧЕЧНОЙ КЛЕТЧАТКИ). ПРИ ОСЛОЖНЕНИЯХ (БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ШОК) ИЛИ РАЗВИТИИ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ПОКАЗАНО ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ. ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ МНОГОЧИСЛЕННЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ: СОЧЕТАННЫМИ ФОРМАМИ ПОЗДНИХ ГЕСТОЗОВ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫМИ РОДАМИ И МЕРТВОРОЖДЕНИЯМИ, ВЫСОКОЙ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТЬЮ, ВНУТРИУТРОБНЫМИ ИНФЕКЦИЕЙ И ИНФИЦИРОВАНИЕМ ПЛОДА, ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У РОДИЛЬНИЦ.

хронический пиелонефрит

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ — НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, КОТОРЫМ БОЛЕЮТ 5-7% БЕРЕМЕННЫХ. ЭТО БАКТЕРИАЛЬНОЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ТКАНИ, КАНАЛЫЦЕВ 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.

классификация пиелонефрита

формы пиелонефрита	активность болезни	функция почек
1. первичный острый	1. активная стадия	1. сохранение функции почек
2. вторичный (при обменных и деструктивных нефропатиях), хронический:	2. частичная клиничко-лабораторная ремиссия	2. нарушение функции почек
• рецидивирующий • латентный	3. полная клиничко-лабораторная ремиссия	3. хроническая почечная недостаточность

ВТОРИЧНЫЙ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ РАЗВИВАЕТСЯ ОБЫЧНО НА ФОНЕ ОБСТРУКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ И РАССТРОЙСТВА УРОДИНАМИКИ ПРИ НАРУШЕНИИ КРОВΟΣНАБЖЕНИЯ ПОЧКИ. ОН ЧАЩЕ БЫВАЕТ ОДНОСТОРОННИМ, В ТО ВРЕМЯ КАК ПЕРВИЧНЫЙ — ЧАЩЕ ДВУХСТОРОННИЙ. ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ХАРАКТЕРНО ГЕМАТОГЕННОЕ РАСПРОСТРАНЕНИЕ ИНФЕКЦИИ, ДЛЯ ВТОРИЧНОГО — УРОГЕННЫЙ ПУТЬ ИНФИЦИРОВАНИЯ.

КЛИНИЧЕСКИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ ВЫДЕЛЯЮТ ТРИ СТАДИИ: АКТИВНУЮ, ЛАТЕНТНУЮ И СТАДИЮ РЕМИССИИ. ХАРАКТЕРНЫЕ СИМПТОМЫ: ТУПЫЕ БОЛИ В ОБЛАСТИ ПОЧЕК; ОБЩАЯ СЛАБОСТЬ, ДИЗУРИЯ; ПОВЫШЕННАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ, ГОЛОВНЫЕ БОЛИ, ЖАЖДА, СУХОСТЬ ВО РТУ, СУБФЕБРИЛЬНАЯ ТЕМПЕРАТУРА. ВНАЧАЛЕ ИМЕЕТ МЕСТО ПОЛИУРИЯ, КОТОРАЯ МЕНЯЕТСЯ ОЛИГУРИЕЙ. АРТЕРИАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ И УРЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПОЗДНИХ СТАДИЙ БОЛЕЗНИ.

ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ЗАТРУДНЕНИЯ, ОСОБЕННО ПРИ ЛАТЕНТНОМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ В РАННЕЙ СТАДИИ. БОЛЬШОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ ПОКАЗАТЕЛИ ЛЕЙКОЦИТУРИИ И БАКТЕРУРИИ, ХОТЯ ПРИ ОБЫЧНОМ ЗАБОРЕ МОЧИ ОНИ МОГУТ БЫТЬ ЛОЖНОПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ. ПРИ ИССЛЕДОВАНИИ МОЧИ ВЫЯВЛЯЮТСЯ СЛЕДЫ БЕЛКА, ЦИЛИНДРУРИЯ И ИНОГДА ГЕМАТУРИЯ. ХАРАКТЕРНЫ УСКОРЕННАЯ СОЭ, АНЕМИЯ, ГИПО- И ДИСПРОТЕИНЕМИЯ. С ПОМОЩЬЮ УЗИ ОЦЕНИВАЕТСЯ СОСТОЯНИЕ ЧАШЕЧНО-ЛОХАНОЧНОЙ СИСТЕМЫ, СТЕПЕНЬ ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ. ВАЖНОЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЮТ РЕНТГЕНРАДИОИЗОТОПНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И БИОПСИЯ ПОЧЕК, КОТОРЫЕ ПОЗВОЛЯЮТ ОЦЕНИТЬ ХАРАКТЕР И СТЕПЕНЬ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ПРОЦЕССА, СТАДИЮ БОЛЕЗНИ. ОДНАКО ЭТИ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ДОПУСТИМЫ ЛИШЬ ПО СТРОГИМ ПОКАЗАНИЯМ И В БОЛЕЕ ПОЗДНИЕ СРОКИ.

ТАКИМ ОБРАЗОМ, КОМПЛЕКСНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ДИНАМИКЕ ПОЗВОЛЯЕТ ОПРЕДЕЛИТЬ ФОРМУ И АКТИВНОСТЬ ПРОЦЕССА, ОЦЕНИТЬ ПРОГНОЗ И ВЫРАБОТАТЬ ПРАВИЛЬНУЮ ТАКТИКУ ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.

СЧИТАЕТСЯ, ЧТО ЕСЛИ СИМПТОМЫ ПИЕЛОНЕФРИТА СОХРАНЯЮТСЯ В ТЕЧЕНИЕ 3 МЕСЯЦЕВ, ТО ЭТО ДОЛЖНО РАСЦЕНИВАТЬСЯ КАК ПЕРЕХОД ЕГО В ХРОНИЧЕСКУЮ ФОРМУ. КРИТЕРИЯМИ ЖЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА РЯД АВТОРОВ СЧИТАЮТ СОХРАНЕНИЕ СИМПТОМОВ БОЛЕЗНИ СВЫШЕ 6 МЕСЯЦЕВ ИЛИ НАЛИЧИЕ 2-3 ОБОСТРЕНИЙ ЗА ЭТОТ ПЕРИОД.

ПОСКОЛЬКУ БЕРЕМЕННОСТЬ БЛАГОПРИЯТСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ВОСПАЛЕНИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (ЗА СЧЕТ ГОРМОНАЛЬНЫХ И ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ), ТО И ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА, КАК ПРАВИЛО, ИМЕЮТ МЕСТО У ЖЕНЩИН В

ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ. ОБОСТРЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРОТЕКАЕТ КЛИНИЧЕСКИ ПО ТИПУ ОСТРОГО ПИЕЛОНЕФРИТА. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭТИХ ДВУХ ПРОЦЕССОВ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ С ПОМОЩЬЮ ИЗЛОЖЕННЫХ РАНЕЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКИМ ПИЕЛОНЕФРИТОМ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЮТСЯ И ДРУГИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ (ГЕСТОЗЫ, НЕВЫНАШИВАНИЕ, ИНФИЦИРОВАНИЕ ПЛОДА). ПРИ ЭТОМ ПОВЫШАЕТСЯ РИСК ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У РОДИЛЬНИЦ И НОВОРОЖДЕННЫХ. ОСОБЕННО СЕРЬЕЗНУЮ ОПАСНОСТЬ ПРЕДСТАВЛЯЕТ ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ ДЛЯ НОРМАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ПЛОДА ПРИ НАЛИЧИИ ПОЧЕЧНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ИЛИ АЗОТЕМИИ, А ТЕМ БОЛЕЕ ПРИ ИХ СОЧЕТАНИИ. ПОЭТОМУ ВСЕ БЕРЕМЕННЫЕ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ ОТНОСЯТСЯ К ГРУППЕ ВЫСОКОГО РИСКА. ИЗ МНОГОЧИСЛЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА М.М. ШЕХТМАН (1987) ВЫДЕЛЯЕТ ТРИ СТЕПЕНИ РИСКА ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ: I СТЕПЕНЬ — НЕОСЛОЖНЕННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ОБНАРУЖЕННЫЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ; II СТЕПЕНЬ — ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, СУЩЕСТВОВАВШИЙ ДО БЕРЕМЕННОСТИ; III СТЕПЕНЬ — ПИЕЛОНЕФРИТ С ГИПЕРТЕНЗИЕЙ ИЛИ АЗОТЕМИЕЙ И ПИЕЛОНЕФРИТ ЕДИНСТВЕННОЙ ПОЧКИ. ЖЕНЩИНАМ С I И II СТЕПЕНЯМИ РИСКА БЕРЕМЕННОСТЬ МОЖНО РАЗРЕШИТЬ И СОХРАНИТЬ ПРИ ОСОБОЙ ТАКТИКЕ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ (НАБЛЮДЕНИЕ АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ СОВМЕСТНО С ТЕРАПЕВТОМ, РЕГУЛЯРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ МОЧИ, ЗАБЛАГОВРЕМЕННАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ДЛЯ РОДРАЗРЕШЕНИЯ), А БОЛЬНЫМ С III СТЕПЕНЬЮ РИСКА БЕРЕМЕННОСТЬ ПРОТИВОПОКАЗАНА.

ПРИ ОСТРОМ ПИЕЛОНЕФРИТЕ И ПРИ ОБОСТРЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО БЕРЕМЕННЫЕ ДОЛЖНЫ БЫТЬ ГОСПИТАЛИЗИРОВАНЫ, ТЕМ БОЛЕЕ ПРИ ПРИСОЕДИНЕНИИ ДРУГИХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ (ГЕСТОЗОВ И ДР.).

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА ПРЕДУСМАТРИВАЕТ НОРМАЛИЗАЦИЮ ОТТОКА МОЧИ ИЗ ПОЧЕК, ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ (АНТИБИОТИКОВ, ХИМИОУРОАНТИСЕПТИКОВ) ЦИКЛАМИ В ТЕЧЕНИЕ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОГО ВРЕМЕНИ. ПОКАЗАНО ОБИЛЬНОЕ ПИТЬЕ, ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ДИУРЕТИКОВ, ВИТАМИНОВ. В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ ЛЕЧЕНИЕ МОЖЕТ ПРОВОДИТЬСЯ БОЛЕЕ ШИРОКИМ СПЕКТРОМ СРЕДСТВ, В ТОМ ЧИСЛЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ БИСЕПТОЛА, КОТОРЫЙ БЕРЕМЕННЫМ ПРОТИВОПОКАЗАН. ПОКАЗАНО ТАКЖЕ ПРИМЕНЕНИЕ БЕЛКОВЫХ ПРЕПАРАТОВ, ДЕЗИНТОКСИКАЦИОННЫХ И ДЕСЕНСИБИЛИЗИРУЮЩИХ СРЕДСТВ.

РОДРАЗРЕШЕНИЕ ЖЕНЩИНЫ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ ДОЛЖНО ПРОВОДИТЬСЯ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ, А ПРИ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ МЕТОД ВРЕМЕННОГО ОГРАНИЧЕНИЯ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ИЛИ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ПУТЬ.

ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА ЖЕНЩИНЫ С ПИЕЛОНЕФРИТОМ ПОСТУПАЮТ ПОД НАБЛЮДЕНИЕ АКУШЕРА-ГИНЕКОЛОГА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ И УРОЛОГА.

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 ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ БЫСТРО СНИЖАЕТСЯ ФУНКЦИЯ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ, ЧТО ДИАГНОСТИРУЕТСЯ МЕТОДОМ КЛИРЕНСА ЭНДОГЕННОГО КРЕАТИНИНА. СЛЕДУЕТ ПОМНИТЬ О ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЯХ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ: ОНА УВЕЛИЧИВАЕТСЯ В I И ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ (ДО 130-140 МЛ/МИН) И СНИЖАЕТСЯ ВО II И III ТРИМЕСТРАХ (110-120 МЛ/МИН), А ОСОБЕННО В ПОСЛЕДНИЕ НЕДЕЛИ ПЕРЕД РОДАМИ (80-90 МЛ/МИН). КОНЦЕНТРАЦИОННАЯ СПОСОБНОСТЬ ПОЧЕК ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЕ НАРУШАЕТСЯ ПОЗЖЕ (ОЦЕНИВАЕТСЯ ПРОБОЙ ЗИМНИЦКОГО).

БЕРЕМЕННОСТЬ СУЩЕСТВЕННО УСУГУБЛЯЕТ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА, ПРИ КОТОРОМ ВОЗМОЖНЫ СЕРЬЕЗНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ СО СТОРОНЫ МАТЕРИ И ПЛОДА (ТЯЖЕЛЫЕ ГЕСТОЗЫ, ОТСЛОЙКА ПЛАЦЕНТЫ, ЗАДЕРЖКА РАЗВИТИЯ ПЛОДА, ВЫСОКАЯ ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ). ОСОБЕННО ВЫСОКИЙ РИСК ДЛЯ МАТЕРИ И ПЛОДА ПРЕДСТАВЛЯЮТ ГИПЕРТОНИЧЕСКИЕ И СМЕШАННЫЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА И НАИМЕНЬШИЙ — ЛАТЕНТНЫЕ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ.

ВСЕ ФОРМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА ПЕРЕХОДЯТ В ТЕРМИНАЛЬНУЮ СТАДИЮ С РАЗВИТИЕМ ХРОНИЧЕСКОЙ АЗОТЕМИИ, ЛИШЬ В РАЗЛИЧНЫЕ СРОКИ ОТ НАЧАЛА БОЛЕЗНИ. ПОЭТОМУ ПОЛНОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ, УТОЧНЕНИЕ ФОРМЫ БОЛЕЗНИ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГНОЗА БЕРЕМЕННОСТИ ДОЛЖНЫ ПРОВОДИТЬСЯ В РАННИЕ СРОКИ ЕЕ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА. НЕЦЕЛЕСООБРАЗНО СОХРАНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ ВСЕХ ВИДАХ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА. ЛИШЬ В ОТДЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ С УЧЕТОМ ВСЕХ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ВОЗМОЖНО СОХРАНЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ

НЕПРОДОЛЖИТЕЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ ЛАТЕНТНОЙ И НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМ ХРОНИЧЕСКОГО ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТА. ПОВТОРНАЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ ПОКАЗАНА ВО ВСЕХ СЛУЧАЯХ ОБОСТРЕНИЯ БОЛЕЗНИ ПРИ ПРИСОЕДИНЕНИИ ДРУГИХ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ (ГЕСТОЗЫ, НАРУШЕНИЯ В РАЗВИТИИ ПЛОДА И ДР.). БЕРЕМЕННЫЕ С ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОМ ДОЛЖНЫ НАБЛЮДАТЬСЯ И ОБСЛЕДОВАТЬСЯ СОВМЕСТНО АКУШЕРОМ-ГИНЕКОЛОГОМ И НЕФРОЛОГОМ (ТЕРАПЕВТОМ). ВЕСЬМА ВАЖНА ПРОФИЛАКТИКА ВСЕХ ВИДОВ ИНФЕКЦИИ, ОХЛАЖДЕНИЯ.

В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТОВ ОСОБОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИДАЕТСЯ ДИЕТОТЕРАПИИ: ПРИ НЕФРОТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ БЕЛКОВ (ДО 2 Г/КГ В СУТКИ), ОГРАНИЧЕНИЕ ПОВАРЕННОЙ СОЛИ (ДО 5 Г/СУТ) И ЖИДКОСТИ (ДО 1 Л/СУТ); ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ — ТОЛЬКО ОГРАНИЧЕНИЕ СОЛИ; ПРИ СМЕШАННОЙ — ОГРАНИЧЕНИЕ СОЛИ И ЖИДКОСТИ; ПРИ ЛАТЕНТНОМ ТЕЧЕНИИ БОЛЕЗНИ ОГРАНИЧЕНИЙ В ДИЕТЕ НЕ ТРЕБУЕТСЯ. ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ СРЕДСТВ ПОКАЗАНО ТОЛЬКО ПРИ НАЛИЧИИ ИНФЕКЦИИ. ТЕРАПИЯ ИММУНОДЕПРЕССАНТАМИ И БОЛЬШИМИ ДОЗАМИ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДОВ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ПРОТИВОПОКАЗАНА. ПРИ ВЫРАЖЕННОЙ ГИПОПРОТЕИНЕМИИ НАЗНАЧАЮТСЯ СУХАЯ ПЛАЗМА, РАСТВОРЫ АЛЬБУМИНА, ПРОТЕИНА. ПРОВОДИТСЯ СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ (ГЛИКОЗИДЫ, ДИУРЕТИКИ, ГИПОТЕНЗИВНЫЕ СРЕДСТВА).

РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ВОЗМОЖНО ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ ИЛИ ОПЕРАЦИЕЙ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ С УЧЕТОМ АКУШЕРСКИХ ПОКАЗАНИЙ. НЕРЕДКО ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ КАК В ИНТЕРЕСАХ МАТЕРИ, ТАК И ПЛОДА, ОСОБЕННО ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ЕГО РАЗВИТИЯ ВО ИЗБЕЖАНИЕ ВНУТРИУТРОБНОЙ ГИБЕЛИ.

ПОСЛЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЯ БОЛЬНЫЕ НАБЛЮДАЮТСЯ НЕФРОЛОГОМ (АМБУЛАТОРНО ИЛИ СТАЦИОНАРНО).

беременность у женщин с одной почкой.

отсутствие почки может быть следствием врожденной аномалии развития, но чаще почка бывает удалена по поводу какого-либо патологического процесса. причинами нефрэктомии являются туберкулез почки, гидро- или пионефроз, реже — пиелонефрит, мочекаменная болезнь, опухоль почки и реноваскулярная гипертензия, вызванная эндартериитом почечной артерии.

у большинства женщин через 1 — 1,5 года после нефрэктомии оставшаяся здоровая почка полностью компенсирует функцию утраченного парного органа.

большинство женщин с одной почкой, врожденной или сохранившейся после нефрэктомии вследствие различных заболеваний, могут иметь беременность и рожать без ущерба для своего здоровья. однако такие женщины нуждаются в тщательном урологическом и акушерском наблюдении, начиная с ранних сроков беременности, с периодическим обследованием в условиях стационара. возможность сохранения беременности зависит прежде всего от состояния оставшейся почки. поэтому необходимо тщательно исследовать функцию (водовыделительную, концентрационную, азот выделительную, клубочковую фильтрацию).

беременность при одной здоровой почке обычно протекает без осложнений; поздний токсикоз развивается редко.

беременность противопоказана при наличии аномалии развития, пиелонефрите, гидронефрозе, туберкулеза, мочекаменной болезни единственной почки, при гипертензии, хронической почечной недостаточности.

роды у пациенток с единственной почкой не представляют особенностей; кесарево сечение, в основном, производится по акушерским показаниям. исключение составляет

эктопическое расположение почки в малом тазу, что часто приводит к неправильному положению плода и может создавать препятствия родам через естественные родовые пути.

заболевания крови и беременность

СИСТЕМА КРОВИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ОРГАНЫ КРОВЕТВОРЕНИЯ, КРОВЕРАЗРУШЕНИЯ И ПЕРИФЕРИЧЕСКУЮ КРОВЬ. ДАЖЕ НОРМАЛЬНАЯ ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ ВЫЗЫВАЕТ СУЩЕСТВЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В СИСТЕМЕ КРОВИ. НАИБОЛЕЕ ИЗВЕСТНЫ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ. ЕЕ ОБЪЕМ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ИЗ РАСЧЕТА НА ЕДИНИЦУ ПОВЕРХНОСТИ ТЕЛА ИЛИ НА 1 КГ МАССЫ ТЕЛА НА 35-50% ПО ОТНОШЕНИЮ К ИСХОДНОМУ ДО БЕРЕМЕННОСТИ. УВЕЛИЧЕНИЕ ПРОИСХОДИТ КАК ЗА СЧЕТ ЖИДКОЙ ЧАСТИ КРОВИ (ПЛАЗМЫ), ТАК И ЗА СЧЕТ ФОРМЕННЫХ ЭЛЕМЕНТОВ. ОДНАКО ФУНКЦИЯ ГЕМОПОЭТИЧЕСКИХ ОРГАНОВ "ОТСТАЕТ" ОТ СКОРОСТИ УВЕЛИЧЕНИЯ ОБЪЕМА КРОВИ, И ПОЭТОМУ, КАК ПРАВИЛО, ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ ИМЕЕТ МЕСТО ГИДРЕМИЯ (АУТОГЕМОДИЛЮЦИЯ), ЧТО, СОПРОВОЖДАЕТСЯ СНИЖЕНИЕМ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА И ЧИСЛА ЭРИТРОЦИТОВ В ЕДИНИЦЕ ОБЪЕМА КРОВИ. ЭТО ЯВЛЯЕТСЯ СУЩЕСТВЕННЫМ ФАКТОРОМ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН. С РАННИХ СРОКОВ БЕРЕМЕННОСТИ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ КОЛИЧЕСТВО ПЛАЗМЫ, УМЕНЬШАЕТСЯ ГЕМАТОКРИТ, ПОВЫШАЕТСЯ ЧИСЛО ЛЕЙКОЦИТОВ, СОЭ, СНИЖАЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ БЕЛКА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ЗА СЧЕТ АЛЬБУМИНОВ. ОДНАКО ПРИ НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННОСТИ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ НОСЯТ КОМПЕНСИРОВАННЫЙ ХАРАКТЕР, НЕ ВЫХОДЯТ ЗА ПРЕДЕЛЫ "КОРИДОРА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ". ТЕМ НЕ МЕНЕЕ ОТМЕЧЕННАЯ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТЬ ПРЕЖДЕ ВСЕГО К РАЗВИТИЮ АНЕМИИ НЕРЕДКО ПЕРЕХОДИТ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМИ ИЗ НИХ ЯВЛЯЮТСЯ ПАТОЛОГИЯ "КРАСНОЙ" И "БЕЛОЙ" КРОВИ, НАРУШЕНИЯ СВЕРТЫВАЮЩЕЙ СИСТЕМЫ КРОВИ.

анемии. анемия железододефицитная — СНИЖЕНИЕ УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА И ЭРИТРОЦИТОВ В ЕДИНИЦЕ ОБЪЕМА КРОВИ ВСЛЕДСТВИЕ НЕДОСТАТКА ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ. ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ БЕРЕМЕННЫХ РАЗВИВАЕТСЯ ПРИ ЕГО ИЗБЫТОЧНОЙ ПОТЕРЕ (ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ), НАРУШЕНИИ ВСАСЫВАНИЯ (ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА), АЛИМЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ И ПОВЫШЕННОЙ ПОТРЕБНОСТИ В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ. СРЕДНЯЯ ПОТРЕБНОСТЬ В ЖЕЛЕЗЕ ЗА ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ ДОСТИГАЕТ 1200-1500 МГ. ЖЕЛЕЗО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ПЛАЦЕНТЫ, РОСТА ПЛОДА, УВЕЛИЧЕНИЯ ОБЪЕМА ЦИРКУЛИРУЮЩИХ ЭРИТРОЦИТОВ (ОЦЭ) В ОРГАНИЗМЕ БЕРЕМЕННОЙ. ЗАТЕМ ОНО ТЕРЯЕТСЯ ПРИ КРОВОПОТЕРЕ В РОДАХ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ (ЛОХИИ). ВСАСЫВАНИЕ ЖЕЛЕЗА С ПИЩЕЙ В ВИДЕ ДВУХВАЛЕНТНОГО СОЕДИНЕНИЯ ОГРАНИЧЕНО 1,5 МГ В СУТКИ И ПРОИСХОДИТ В ОСНОВНОМ В ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКЕ И НАЧАЛЬНЫХ ОТДЕЛАХ ТОНКОГО КИШЕЧНИКА. ПРИ ДЕФИЦИТЕ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ ВСАСЫВАНИЕ ЕГО УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ДО 2,5 МГ/СУТ И ПРОИСХОДИТ УЖЕ ВО ВСЕМ ТОНКОМ КИШЕЧНИКЕ. ПЕРЕНОС ЖЕЛЕЗА В КОСТНЫЙ МОЗГ ПРОИСХОДИТ В СВЯЗАННОМ СОСТОЯНИИ С ТРАНСФЕРРИНОМ, А ДЕПОНИРОВАНИЕ В ПЕЧЕНИ, СЕЛЕЗЕНКЕ И МЫШЦАХ — С ФЕРРИТИНОМ И ГЕМОСИДЕРИНОМ. ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ПОТЕРЯ ЖЕЛЕЗА С КАЛОМ, МОЧОЙ, ЖЕЛЧЬЮ И ПОТОМ СОСТАВЛЯЕТ ДО 1 МГ/СУТ, А ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ КРОВОТЕЧЕНИЯХ, КАК ПРАВИЛО, ПРЕВЫШАЕТ ЭТОТ УРОВЕНЬ. БЕРЕМЕННОСТЬ СПОСОБСТВУЕТ БЫСТРОМУ ПРОГРЕССИРОВАНИЮ ХРОНИЧЕСКОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ. СЧИТАЕТСЯ, ЧТО СКРЫТЫЙ ДЕФИЦИТ ЖЕЛЕЗА В ОРГАНИЗМЕ (В ДЕПО), ИЛИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ, ВСТРЕЧАЕТСЯ У 49-88% БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН.

КЛИНИЧЕСКУЮ КАРТИНУ ХАРАКТЕРИЗУЕТ АНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ: СЛАБОСТЬ, БЫСТРАЯ УТОМЛЯЕМОСТЬ, СОНЛИВОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ, ШУМ В УШАХ, ОДЫШКА, БЛЕДНОСТЬ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И СЛИЗИСТЫХ ОБОЛОЧЕК, СЕРДЦЕБИЕНИЕ, ОБМОРОКИ, ГИПОТОНΙΑ, СИСТОЛИЧЕСКИЙ ШУМ НА ВЕРХУШКЕ СЕРДЦА, ЛЕГОЧНОЙ АРТЕРИИ. ЗАТЕМ ПРИСОЕДИНЯЮТСЯ СИМПТОМЫ СИДЕРОПЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА: ЛОМКость, ИСКРИВЛЕНИЕ И

ПОПЕРЕЧНАЯ ИСЧЕРЧЕННОСТЬ НОГТЕЙ, ВЫПАДЕНИЕ И ЛОМКОСТЬ ВОЛОС, АНГУЛЯРНЫЙ СТОМАТИТ, ИЗВРАЩЕНИЕ ВКУСА (ПОТРЕБНОСТЬ ЕСТЬ УГОЛЬ, МЕЛ, ГЛИНУ) И ОБОНЯНИЯ, ЗАПОРЫ, ЗАТРУДНЕНИЕ ПРИ ГЛОТАНИИ СУХОЙ И ТВЕРДОЙ ПИЩИ, БОЛЬ И ЖЖЕНИЕ ВО РТУ, БЛЕСК ЯЗЫКА. СИДЕРОПЕНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПОЯВЛЯЮТСЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ АНЕМИЯХ И ИСЧЕЗАЮТ С НАЧАЛОМ ЛЕЧЕНИЯ. СИМПТОМЫ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ У БЕРЕМЕННЫХ РАЗВИВАЮТСЯ ОБЫЧНО ВО II ИЛИ III ТРИМЕСТРЕ, А ХРОНИЧЕСКОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МОГУТ БЫТЬ ВЫРАЖЕНЫ УЖЕ С РАННИХ СРОКОВ ГЕСТАЦИИ.

ПРИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ЧАЩЕ ИМЕЮТ МЕСТО ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ И ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА: НЕВЫНАШИВАНИЕ, ОПГ-ГЕСТОЗЫ, СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, КРОВОТЕЧЕНИЯ С ВЫСОКИМ РИСКОМ РАЗВИТИЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ШОКА И ДВС-СИНДРОМА, ЗАТЕМ ГИПОГАЛАКТИЯ И ПОСЛЕРОДОВЫЕ ИНФЕКЦИОННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ. У ПЛОДА ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ ХРОНИЧЕСКАЯ ГИПОКСИЯ. НЕРЕДКО НАБЛЮДАЕТСЯ АНЕМИЯ У ДЕТЕЙ В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ЖИЗНИ. ПОСЛЕ РОДОВ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ ЧАСТО ПРОГРЕССИРУЕТ.

ДИАГНОЗ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ КАК КЛИНИЧЕСКИХ, ТАК И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ: СНИЖАЮТСЯ УРОВНИ ГЕМОГЛОБИНА, ЦВЕТНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ, ЭРИТРОЦИТОВ, СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА, ФЕРРИТИНА, ОБЩЕЙ ЖЕЛЕЗОСВЯЗЫВАЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ И УВЕЛИЧИВАЕТСЯ СОДЕРЖАНИЕ ПРОТОПОРФИРИНА И СВОБОДНОГО ТРАНСФЕРРИНА ПЛАЗМЫ. ДАЛЕЕ РАЗВИВАЮТСЯ ГИПОХРОМИЯ, МИКРО-, ПОЙКИЛО- И АНИЗОЦИТОЗ. В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВЫДЕЛЯЮТ РЯД СТАДИЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ.

ПРИ I СТАДИИ ИМЕЕТСЯ ЛИШЬ СКРЫТЫЙ ДЕФИЦИТ ДЕПО ЖЕЛЕЗА С ПОВЫШЕНИЕМ УРОВНЯ ПРОТОПОРФИРИНА, ОСТАЛЬНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ В ПРЕДЕЛАХ НОРМЫ.

II СТАДИЯ ИМЕЕТ ДВА ВАРИАНТА: 1) УМЕРЕННАЯ АНЕМИЯ СО СНИЖЕНИЕМ СЫВОРОТОЧНОГО ЖЕЛЕЗА, ПОВЫШЕНИЕ ПРОТОПОРФИРИНА И СОХРАНЕНИЕ НОРМОХРОМНЫХ И НОРМОЦИТНЫХ ЭРИТРОЦИТОВ; 2) ТЯЖЕЛАЯ АНЕМИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ ПАТОЛОГИЕЙ ВСЕХ ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, ПОЯВЛЕНИЕМ ГИПОХРОМИИ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ ЭРИТРОЦИТОВ.

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ ПО УРОВНЮ ГЕМОГЛОБИНА: 115-91 Г/Л — ЛЕГКАЯ ФОРМА, 90-81 Г/Л — СРЕДНЯЯ И 80 Г/Л И НИЖЕ — ТЯЖЕЛАЯ ФОРМА. СНИЖЕНИЕ ГЕМОГЛОБИНА ДО 110 Г/Л ПРИ НОРМАЛЬНОМ СОДЕРЖАНИИ ПРОТОПОРФИРИНА ХАРАКТЕРИЗУЕТ ФИЗИОЛОГИЧЕСКУЮ ГИПЕРВОЛЕМИЮ БЕРЕМЕННЫХ.

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ: РАЦИОНАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ И ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА. РЕКОМЕНДУЮТСЯ ПРОДУКТЫ С БОЛЬШИМ СОДЕРЖАНИЕМ ЖЕЛЕЗА: ТЕЛЯТИНА, ГОВЯДИНА, РЫБА, ПЕЧЕНЬ, ОВОЩНЫЕ БЛЮДА, ФРУКТОВЫЕ И ЯГОДНЫЕ СОКИ. УСИЛИВАЮТ ВСАСЫВАНИЕ ЖЕЛЕЗА ЯНТАРНАЯ, ПИРОВИНОГРАДНАЯ, АСКОРБИНОВАЯ КИСЛОТЫ, ФРУКТОЗА, СОРБИТ, ОСЛАБЛЯЮТ — ТАНИН, ФИТАТЫ, ОКСАЛАТЫ, ФОСФАТЫ. НЕ СЛЕДУЕТ ПЕРЕГРУЖАТЬ РАЦИОН БЕРЕМЕННЫХ ЯБЛОКАМИ И ГРАНАТАМИ, ВСАСЫВАНИЕ ЖЕЛЕЗА ИЗ КОТОРЫХ НЕВЕЛИКО.

ВСАСЫВАНИЕ ДВУХВАЛЕНТНОГО СОЛЕВОГО ЖЕЛЕЗА ВО МНОГО РАЗ ВЫШЕ, ЧЕМ ЖЕЛЕЗА ИЗ ПИЩИ. В СВЯЗИ С ЭТИМ РЕКОМЕНДУЮТСЯ РАЗЛИЧНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДВУХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА (ФЕРРОПЛЕКС, КОНФЕРОН, ТАРДИФЕРОН. ФЕРАМИД, СУЛЬФАТ ЖЕЛЕЗА И ДР.). СУТОЧНАЯ ДОЗА ИХ (160-200 МГ) ДЕЛИТСЯ НА 3-4 ПРИЕМА ПЕРЕД ЕДОЙ. ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ТАКЖЕ ПРОЛОНГИРОВАННЫЕ СРЕДСТВА (ФЕРРОГРАДУМЕНТ, ФЕОСПАН И ДР.) ПО 1 ТАБЛЕТКЕ В СУТКИ.

ПРИ ПЛОХОЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ВО ВРЕМЯ ИЛИ ПОСЛЕ ЕДЫ СО СНИЖЕНИЕМ СУТОЧНОЙ ДОЗЫ ДО 80-120 МГ. ПОСЛЕ НОРМАЛИЗАЦИИ УРОВНЕЙ ГЕМОГЛОБИНА И ЭРИТРОЦИТОВ ЕЩЕ ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ СОХРАНЯЕТСЯ ДЕФИЦИТ ДЕПО ЖЕЛЕЗА. ПОЭТОМУ ЛЕЧЕНИЕ ПРЕПАРАТАМИ ЖЕЛЕЗА УЖЕ В МЕНЬШИХ ДОЗАХ (60-80 МГ/СУТ) ПРОДОЛЖАЕТСЯ ДО 2-3 МЕСЯЦЕВ, ЗАТЕМ ОНО НАЗНАЧАЕТСЯ В ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДОЗЕ (30 МГ/СУТ) В ТЕЧЕНИЕ ВСЕГО ПЕРИОДА ГЕСТАЦИИ И ЛАКТАЦИИ.

БЕРЕМЕННЫМ НЕ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИМЕНЯТЬ ХЛОРИД ЖЕЛЕЗА В СИРОПЕ АЛОЕ, ГЕМОСТИМУЛИН И ПРЕПАРАТЫ ТРЕХВАЛЕНТНОГО ЖЕЛЕЗА ВНУТРЬ. ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ НЕПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТОВ ЖЕЛЕЗА ИЛИ НЕОБХОДИМОСТИ БЫСТРО

ПОДНЯТЬ УРОВЕНЬ ЕГО В КРОВИ, ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ НАРУШЕНИЕМ ВСАСЫВАНИЯ ЖЕЛЕЗА. С ЭТОЙ ЦЕЛЬЮ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ФЕРРУМ-ЛЕК, ФЕРБИТОЛ, ФЕРРОКАЛЬ, ИМФЕРОН, ФЕРКОВЕН И ДР. ПРЕПАРАТЫ ВВОДЯТСЯ ВНУТРИВЕННО ЛИБО ВНУТРИМЫШЕЧНО ПОСЛЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ЖЕЛЕЗУ. ГЕМОТРАНСФУЗИИ ПОКАЗАНЫ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ ФОРМЕ АНЕМИИ ПЕРЕД РОДАМИ ИЛИ МЕДЛЕННОМ ПОДЪЕМЕ ЭРИТРОЦИТОВ, ГЕМОГЛОБИНА ПРИ ТРАДИЦИОННОМ ЛЕЧЕНИИ.

БЕРЕМЕННЫЕ С ЛЕГКОЙ ФОРМОЙ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ МОГУТ ЛЕЧИТЬСЯ АМБУЛАТОРНО, СО СРЕДНЕЙ И ТЯЖЕЛОЙ — ТОЛЬКО В СТАЦИОНАРЕ.

К ГРУППЕ ПОВЫШЕННОГО РИСКА ПО РАЗВИТИЮ АНЕМИИ ОТНОСЯТСЯ СЛЕДУЮЩИЕ БЕРЕМЕННЫЕ: МНОГОРОЖАВШИЕ, ДОНОРЫ, СТРАДАЮЩИЕ НЕВЫНАШИВАНИЕМ БЕРЕМЕННОСТИ, ДМК, МЕНОРРАГИЕЙ, ПОСЛЕРОДОВЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ, ФИБРОМИОМОЙ МАТКИ, ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ, ТОНКОГО КИШЕЧНИКА, ГЛИСТНОЙ ИНВАЗИЕЙ, МНОГОПЛОДИЕМ, А ТАКЖЕ ПЕРЕНЕСШИЕ ВНЕМАТОЧНУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ. ЭТИМ БЕРЕМЕННЫМ ПОСЛЕ 16 НЕДЕЛЬ НАЗНАЧАЮТСЯ С ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ЦЕЛЬЮ ПРЕПАРАТЫ ЖЕЛЕЗА ИЗ РАСЧЕТА ДО 30 МГ/СУТ.

в₁₂-дефицитная анемия У БЕРЕМЕННЫХ ВСТРЕЧАЕТСЯ РЕДКО. БЕРЕМЕННОСТЬ НЕ ВЫЗЫВАЕТ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА Б₁₂ В СВЯЗИ СО ЗНАЧИТЕЛЬНЫМ ДЕПО ЕГО В ОРГАНИЗМЕ. ОСНОВНЫМ ИСТОЧНИКОМ ВИТАМИНА В₁₂ ЯВЛЯЕТСЯ ПИЩА (МЯСО, ПОЧКИ, ПЕЧЕНЬ, ЯЙЦА, СЫР, МОЛОКО).

ДЕПО ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ В ОРГАНИЗМЕ БЕРЕМЕННЫХ ОГРАНИЧЕННО. ДЕФИЦИТ ЕЕ НАСТУПАЕТ ПРИ НЕДОСТАТОЧНОМ ПОСТУПЛЕНИИ С ПИЩЕЙ, МНОГОКРАТНО ПОВТОРЯЮЩИХСЯ БЕРЕМЕННОСТЯХ, МНОГОПЛОДИИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ РЕЗЕКЦИЮ ТОНКОЙ КИШКИ, ДЛИТЕЛЬНО ПРИНИМАВШИХ ФЕНОБАРБИТАЛ, ДИФЕНИН И ГОРМОНАЛЬНЫЕ КОНТРАЦЕПТИВЫ. СУТОЧНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ БЕРЕМЕННЫХ ЗНАЧИТЕЛЬНО ВЫШЕ, ЧЕМ НЕБЕРЕМЕННЫХ. ОНА СОСТАВЛЯЕТ 300-500 МКГ/СУТ. НЕРЕДКО ИМЕЕТСЯ СКРЫТЫЙ ДЕФИЦИТ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ. ПОЭТОМУ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ УХУДШАЕТСЯ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРХРОМНОЙ ФОЛИЕВО-ДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ. ОНА СОСТАВЛЯЕТ 2-5% ВСЕХ АНЕМИЙ БЕРЕМЕННЫХ, КОТОРЫЕ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЮТСЯ В ИИИ ТРИМЕСТРЕ, ЗА НЕДЕЛЮ ПЕРЕД РОДАМИ И В ПЕРВУЮ НЕДЕЛЮ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА. ОСНОВНЫМИ ИСТОЧНИКАМИ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ (СВЕЖИЕ ОВОЩИ, ФРУКТЫ, ОРЕХИ, ЯЙЦА, ПЕЧЕНЬ, СЫР, МОЛОКО) И БИОСИНТЕЗ В КИШЕЧНИКЕ, КОТОРЫЙ МОЖЕТ ВОСПОЛНИТЬ 50% ЕЕ ПОТРЕБНОСТИ. БИОСИНТЕЗ ФОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ ПОВЫШАЕТСЯ ПРИ ПРИЕМЕ РАСТИТЕЛЬНОЙ ПИЩИ, ОСОБЕННО КЛЕТЧАТКИ.

МЕГАЛОБЛАСТНАЯ АНЕМИЯ, ОБУСЛОВЛЕННАЯ НЕДОСТАТКОМ ВИТАМИНА В₁₂, ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ НАРУШЕНИЕМ КРОВЕТВОРЕНИЯ, А ТАКЖЕ ПОРАЖЕНИЕМ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА (ГЛОССИТ, ДИСПЕПТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА), НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ (ФУНИКУЛЯРНЫЙ МИЕЛОЗ). В СВЯЗИ С ПОВЫШЕННЫМ ГЕМОЛИЗОМ УВЕЛИЧИВАЮТСЯ ПЕЧЕНЬ, СЕЛЕЗЕНКА, ПОЯВЛЯЕТСЯ ЖЕЛТУШНОСТЬ. МЕГАЛОБЛАСТНАЯ ФОЛИЕВО-ДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ ОТСУТСТВИЕМ АППЕТИТА, ПОНОСАМИ, ЖЖЕНИЕМ ЯЗЫКА, ГЕМОРАГИЯМИ НА КОЖЕ, СЛИЗИСТЫХ, СКЛЕРАХ, УМЕРЕННОЙ АНЕМИЕЙ, ПЕРИОДИЧЕСКИ СУБЪЕБРИЛИТЕТОМ И ОТСУТСТВИЕМ ФУНИКУЛЯРНОГО МИЕЛОЗА. ПЕЧЕНЬ НЕ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ. УВЕЛИЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ НАБЛЮДАЕТСЯ ЛИШЬ У 1/3 БОЛЬНЫХ.

ДИАГНОЗ СТАВИТСЯ НА ОСНОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИХ И ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ. ГЕМОГРАММА: ГИПЕРХРОМИЯ, НОРМОХРОМИЯ, РЕЗКО ВЫРАЖЕННЫЕ АНИЗОЦИТОЗ, ПОЙКИЛОЦИТОЗ, ПОЛИСЕГМЕНТАЦИЯ И АНИЗОЦИТОЗ НЕЙТРОФИЛОВ, ГИГАНТИЗМ КЛЕТОК КРАСНОГО И БЕЛОГО РЯДА, КОЛЬЦА КЕБОТА И ТЕЛЬЦА ЖОЛЛИ В МЕГАЛОЦИТАХ, ЦВЕТНОЙ ПОКАЗАТЕЛЬ БОЛЕЕ ЕДИНИЦЫ, МЕГАЛОБЛАСТЫ. ХАРАКТЕРНЫ УМЕИ РЕННЫЕ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯ И ТРОМБОЦИТОПЕНИЯ. ВЕДУЩАЯ РОЛЬ В ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ПРИНАДЛЕЖИТ ИССЛЕДОВАНИЮ КОСТНОГО МОЗГА. В МИЕЛОГРАММЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ МЕГАЛОБЛАСТЫ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ.

ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ 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 В₁₂ 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 В₁₂ 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 № 5:

РЕЗУС ФАКТОР В АКУШЕРСТВЕ ИММУНОКОНФЛИКТНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПЛОДА.

Цель: Изучить этиопатогенетические факторы, клинические проявления, 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 сенсибилизации АВО и резус системы антигенов матери и плода.

Технологический модель учебного занятия:

Время – 2 часа	Количество студентов - поток
Форма проведения занятия	Учебная лекция
План лекционного занятия	50. Вводное слово 51. Причины гемолитической болезни плода 52. Тактика при заболевании гемолитической болезни плода

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

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
54. Дать определение «резус фактор в акушерстве, гемолитическая болезнь плода.» Разобрать основные методы исследования Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при заболевании резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода.	55. Основная сущность заболевание резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода Усвоить основные методы исследования 56. Иметь представление об основных направлениях заболевание резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода 57. 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		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	58. Вступительное слово о заболевании резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода.	Слушает, записывает

	Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. 59. В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования заболевание резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода. Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 60. Определение и цели определения заболевание резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода. Основные направления и составные части заболевание резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода. Основные методы исследования.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии. 61. 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. Записывает задание для следующих занятий

Резус конфликт – несовместимость между эритроцитарных антигенов матери и плода.

Гемолитическая болезнь – развивается за счёт сенсибилизации 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 R_h-отрицательная женщина беременна от R_h-положительного мужчины, то плод имеет 50% шансов быть гетерозиготным R_h-положительным как отец и 50% шансов быть резус-отрицательным.



Критерии степени тяжести гемолитической болезни				Нормативные показатели объема плацент при физиологически протекающей беременности	
Основные клинические признаки	Степень тяжести гемолитической болезни			Сроки беременности, нед	Объем плаценты
	I	II	III		
Анемия (содержание гемоглобина в крови пуповины, г/л)	>150 (> %)	149-100 (15,1- %)	<100 (< 10 г%)	20	128,03±14,10
Желтуха (содержание билирубина в крови пуповины, мкмоль/л)	< 85,5 (< 5,0 мг %)	85,6-136,8 (5,1-8,0 мг %)	> 136,9 (> 8,1 мг %)	21	152,83±13,29
				22	172,47±5,55
Отечный синдром	Пастозность подкожной клетчатки	Пастозность и асцит	Универсальный отек	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 –
тяжелая ГБ 0,70 - > мертвый плод**

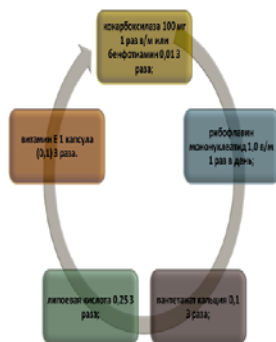
Определение белка в пуповинной крови

- **Легкая степень– протеин - 2,1 г/л**
- **Средняя степень– протеин 3,4 г/л**

Тяжелая степень – протеин 80% повышается.

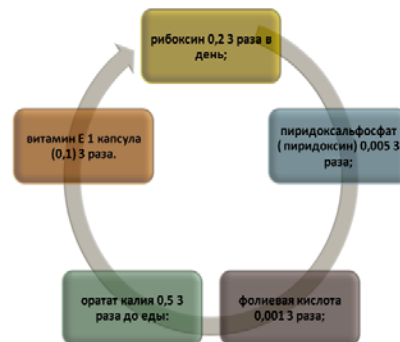
**Профилактика плацентарной
недостаточности**

**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:



$$ппб = \frac{Б2-Б1}{Ч}$$

ППБ – Почасовой прирост билирубина.

Б2 – Билирубин 2 часа.

Б1 – 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 ведение стандартных иммуноглобулинов**



Профилактика:

- Соблюдение правил переливания крови.
- Рациональное ведение родов.
- Планирование семьи.
- Уменьшение число абортoв.
- Послеродовая и послеабортная прививка Антирезус анти Д 1,0 мл.

ЛЕКЦИЯ №6. НЕВЫНАШИВАНИЕ И ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ.

Цель: Изучить этиопатогенетические факторы, клинические проявления, 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 многообразии причин, ведущих прерыванию беременности, в связи с этим данная проблема весьма актуально посей день.

Технологический модель учебного занятия:

Время – 2 часа	Количество студентов - поток
Форма проведения занятия	Учебная лекция
План лекционного занятия	62. Вводное слово 63. Причины невынашивания беременности 64. Тактика ведение беременности у пациенток с привычной потерей беременности 65. Перенашивание беременности

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

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
67. Дать определение «невынашивания и перенашивания беременности.» Разобрать основные методы исследования Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при невынашивание и перенашивание беременности.	68. Основная сущность невынашивание и перенашивание беременности Усвоить основные методы исследования 69. Иметь представление об основных направлениях невынашивание и перенашивание беременности 70. 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		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	71. Вступительное слово о невынашивание и перенашивание беременности. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает

2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. 72. В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования невынашивание и перенашивание беременности. Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 73. Определение и цели определения невынашивание и перенашивание беременности. Основные направления и составные части невынашивание и перенашивание беременности. Основные методы исследования.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии. 74. 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. Записывает задание для следующих занятий

Самопроизвольное прерывание беременности в сроки зачатия до 37 недель, считая с первого дня последний менструации. Прерывание беременности в сроки от зачатия до 22 недель – называют самопроизвольным аборт (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 беременностях.

Привычный выкидыш - самопроизвольные прерывании беременности два и более раз под. Частота привычного невынашивания в популяции составляет 2-х от числа беременностей. В структуре невынашивании 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 к прерыванию беременности.

Причины невынашивания беременности:

1. Генетические
2. Эндокринные
3. Иммунологические (ауто – иммунные, алло иммунные)
4. Инфекционные
5. Тромбофилические
6. Патология матки (пороки развития, генитальный инфантилизм, гипоплазия матки, истмический – цервикальная недостаточность, внутриматочные синехии).

II Социально– биологические факторы.

1. С местом жительства.
2. Тяжелые климатические условия.
3. Трудности оказания специализированной помощи в отдаленных районах.
4. Сезонная вариабельность – осенние и весенние месяцы частота осложнений увеличивается.
5. Условия труда – профессия, характер труда (химические вредности, вибрация, реакция).
6. Частота привычной потери беременности у женщин пользующихся с несколькими видами транспорта по пути и работе.
7. Паритет женщины и возраст женщины.
8. Определенный уклад в семье, обилие домашних работ, характер отношения между супругами.

В связи с развитием ультразвуковой диагностики появились значительные возможности в диагностике и лечении осложнений беременности, в том числе и привычного прерывания беременности.



По данным Боне Ж и соавт (1975 г) при цитогенетическом исследовании в 50 – 65 % абортусов выявлены хромосомные аномалии.

При высоком исходном уровне хромосомно – аномальных зародышей происходит естественный отбор, не направленный на устранение носителей хромосомных мутаций. У

человека более 95 % мутаций элиминируются внутри утробно, и лишь небольшая часть эмбрионов и плодов с операциями хромосом доживает по перинатального периода генетические нарушения следующие:

- а) трисомия, моносомия, триплодия, тетраплодия
- б) реципроинная трансплодия хромосом;
- в) « Мозациум » или « малые » изменения морфологии хромосом;

Для изучения генетической причины невынашивания нужно соблюдать следующие правила:

1. Объяснение того, что найдено у супругов (генеалогия + цитогенетика).
2. Оценка степени риска для последующих выкидышей или рождения ребенка решения с аномалиями развития.
3. Разъяснение необходимости пренатальной диагностики при последующих беременностях: возможности донации яйцеклетки или сперматозоидов при выявление грубой патологии у супругов, шансы не иметь ребенка в этой семье и др.

ИИИ. Эндокринные причины невынашивания беременности.

1. **Гиперандрогения** – патологическое состояние, обусловленное изменением секреции и метаболизма андрогенов.

а) гиперандрогения надпочечникового генеза.

В случае развития гиперплазии считат зоны коры надпочечников или образования в ней опухоли, которая ведет атрофии других слоев надпочечника, АГС может сочетаться с болезнью Аддисона.

А) Гиперандрогения яичникового генеза – синдром поликистозных яичников (СПКЯ).

Причины формирования синдрома ПКЯ остаются неясными. Полагают, это заболевание начинается с адренархе. В период адренархе происходит стимуляции сетчатой зоны коры надпочечников, что приводит к увеличению секреции надпочечников (сравниваемой с тем, что происходит при стрессе), что приводит и увеличению секреции надпочечниками андрогенов, и тем следствие этого, усиление образования эстрогенов на периферии. Повышенный уровень эстрогенов нарушает соотношение ЛГ/ФСГ, что стимулирует яичники и выработке андрогенов.

Б) Смешанная форма гиперандрогении –это группа больных наиболее неоднородна по содержанию гормонов. Характерным для этой форме является увеличение уровня ДЭА и умеренная гиперпролактинемия.

В) Гиперпролактинемия – Пролактин имеет, структурное сходство с гормоном роста является полипептидом, образуется в гипофизе.

В случае развития гиперплазии считают зоны коры надпочечников или образования в ней опухоли, которая ведет к атрофии других слоев надпочечника, АГС может сочетаться с болезнью Аддисона.

А) Гиперандрогения яичникового генеза – синдром поликистозных яичников (СПКЯ).

Причины формирования синдрома ПКЯ остаются неясными. Полагают, это заболевание начинается с адренархе. В период адренархе происходит стимуляция сетчатой зоны коры надпочечников, что приводит к увеличению секреции надпочечников (сравниваемой с тем, что происходит при стрессе), что приводит и к увеличению секреции надпочечниками андрогенов, и тем следствием этого, усилению образования эстрогенов на периферии. Повышенный уровень эстрогенов нарушает соотношение ЛГ/ФСГ, что стимулирует яичники и выработку андрогенов.

Б) Смешанная форма гиперандрогении - это группа больных наиболее неоднородна по содержанию гормонов. Характерный для этой формы является увеличение уровня ДЭА и умеренная гиперпролактинемия.

В) Гиперпролактинемия – Пролактин имеет структурную сходство с гормоном роста является полипептидом, образуется в гипофизе.

С) невынашиванием беременности связаны не тяжелые нарушения синтеза Пролактина, как это наблюдается при бесплодии. Высокий уровень ПЛ в ранней фолликулярной фазе тормозит секрецию прогестерона а более низкий уровень ПЛ в зрелых фолликулах способствует усилению секреции прогестерона. При гиперпролактинемии если наступила беременность, то течение, как правило, протекает без существенных осложнений.

Д) Гипер – и гипотиреоз -гормоны щитовидной железы играют большую роль в развитие беременности, поэтому нарушение функции щитовидной железы оказывает существенное влияние на развитие беременности.

При гипертиреозе отмечается повышенная содержание глобулинов, связывающих половые гормоны (ГСПГ). Вследствие этого замедляется скорость метаболического клиренса (СМК) андрогенов и эстрогенов, связи с чем возрастает содержания тестостерона и значительно ускоряется превращения тестостерона в андростендион.

При гипотиреозе из-за снижения глобулинов, возрастает СМК тестостерона, а СМК андростендиона остается нормальными, в связи, с чем ускоряется превращения андростендиола в тестостерон, и затем в эстрадиол.

Эти нарушения ведут и к бесплодию и к невынашиванию беременности. При неадекватной терапии при этих нарушениях имеет высокий риск таких осложнений, как преждевременные роды, ЗВУРП, невынашивания.

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:

1. **Срок беременности.**
2. **Вид инфекции.**

Вирусы могут передаваться плоду несколькими путями, но наибольшее значение имеет трансплацентарный путь передачи инфекции. Плацента представляет собой физиологический барьер, препятствующий проникновению вируса и 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.

1. Грипп.
2. Краснуха.
3. Корь.
4. Полиомиелит
5. Паратит.
6. Гепатит А
7. Гепатит В
8. Парвовирус
9. 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.

1. ЦМВ.
2. Хламидии.
3. Токсоплазмоз.
4. Микоплазма.
5. Уреаплазма.

В. Иммунологические аспекты невынашивания беременности.

Причины бывают:

1. Аутоиммунные
2. Алло иммунные

Аутоимуунный характеризуется с антифосфолипидные синдромом.

Алло иммунные - Rh кровь, гемолитическая болезнь анемии.

АФС – критерии для классификации и определении АФС:

1. Сосудистые тромбозы

2. 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 невынашивании.

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.

Выделяют четыре звена в системе гемостаза:

1. Сосудисто – тромбоцитарное звено;
2. Прокоагулянты;
3. Фибринолитическое звено;
4. Звено ингибиторов свертывания крови;

Нарушаются при беременности одной из этих звеньев, приводит к потере беременности, оно заключается нарушение адгезии – прилипание тромбоцитов и участку повреждения сосудистой стенки, и коллагеновым волокнам сосудистой стенки и микрофибрину и эластину. Нарушение гемостаза у беременных обоснованное нарушением факторов ингибирования крови.

VII. Маточная патология.

а) пороки развития матки которая классифицируется по следующими (Хилл Ж. 1998 г.)

И тип – агенезия или гиперплазия

ИИ тип – однорогая матка

ИИИ тип – двойная матка

ИВ тип – двурогая матка

В тип – внутриматочная перегородка

ВИ тип – после внутриутробного действия диэтилстиль бэстрола.

Пороки развития при невынашивании обосновываются тем, что из-за не удаchi плацентации, беременность теряется

б) **Генитальный инфантилизм** - патогенез которого при невынашивании до конца не изучено, но нам полагают, авторы при генитальном инфантилизме определяется гипофункция яичников, что спровоцирует при наступление беременности и её потери, это доказывается не соответствием между уровнем гормонов в плазме крови и теста

функциональной диагностики. Однако, следует учитывать, что при данной нозологической форме правильно говорит не о гипофункции яичников, а о недостаточности или неполноценности эндометрия. В механизме при генитальном инфантилизме является маточный фактор, что обуславливается недостаточности подготовки эндометрия и имплантации из-за недостаточности рецепторного звена эндометрия. Вся беременность при генитальном инфантилизме проходит на фоне угрозы прерывания беременности. Также следует отметить, на фоне генитального инфантилизма, часто проявляется неблагоприятное действие других факторов самопроизвольного невынашивания.

в) **ИЦН** – в структуре невынашивания в III триместре беременности наблюдается у 40 % женщин. Оно бывает:

1. Органическая или посттравматическая – после осложненных родов, глубокие разрывы ш/м, механические расширение цервикального канала.
2. Функциональная ИЦН – патогенез изучен недостаточно. Функциональная ИЦН возникает при эндокринных нарушениях, при нарушении пропорционального соотношения между мышечной тканью, содержание которой, возрастает до 50 %. (при норме 15 %) что приводит к раннему разлучению шейки и соединительной ткани, а также изменения реакции структурных элементов матки на нейрогуморальные раздражители.

г) **Миома матки** - прерывание беременности возникает у 30 – 75% больных с миомой матки. Прерывание беременности может возникать при следующих случаях:

1. Межмышечное и под слизистое локализация узлов;
2. Субмукозные миомы;
3. Локализация плаценты по отношению к узлу опухоли;
4. Гормональные нарушения – абсолютное или относительное прогестероновая недостаточность;
5. Отек, либо некроз узла;

д) Внутриматочные синехии – образующиеся после инструментальных вмешательств или перенесенного эндометрита.

Также при невынашивании беременности могут быть следующие причины:

1. Осложнения течения беременности.
2. ЭГЗ – заболевание матери
3. Отцовские причины невынашивания беременности.

ИНФЕКЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ НЕВЫНАШИВАНИЯ

вопрос об этиологической роли инфекции широко дискутируется в литературе. одни исследователи считают, что инфекция — одна из наиболее значимых причин невынашивания как спорадического, так и привычного (виткин с.с. и соавт., 1992; демидова е. м., 1993), другие считают, что для спорадического прерывания, может быть, инфекция играет роль, а для привычного — нет (кхан г. и соавт., 1998).

чрезвычайно много работ 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, неразвивающейся беременности, самопроизвольным выкидышам, антенатальной гибели плода, к порокам развития плода (совместимым и несовместимым с жизнью), внутриутробной инфекции, проявляющейся в постнатальном периоде. важное значение в характере нарушений, вызванных вирусной инфекцией, имеет срок беременности, в котором произошло внутриутробное инфицирование. чем меньше срок беременности, тем выше вероятность остановки развития и формирования пороков развития. инфицирование плода в более поздние сроки развития не приводит, как правило, к формированию грубых дефектов развития, но может нарушать функциональные механизмы дифференцировки клеток и тканей (амстей м., 1976).

в настоящее время установлено, что вирусы могут передаваться плоду несколькими путями, но наибольшее значение имеет трансплацентарный путь передачи инфекции.

переход вирусов через плаценту значительно облегчается при различных повреждениях ее, например, при угрозе прерывания, при аутоиммунных нарушениях, токсокозах.

плацента проницаема практически для всех вирусов. вирусы с током крови могут достигать плодных оболочек, адсорбироваться на них и инфицировать околоплодные воды, а затем и плод. инфицирование оболочек и вод может быть и при восходящей инфекции (бикбулатов п.м., фарбер н.а. и соавт., 1982).

из острых вирусных инфекций наиболее частым заболеванием является грипп.

острые вирусные инфекции вносят свой вклад в спорадическое прерывание беременности. если появляется угроза прерывания при такой острой инфекции, то сохранение беременности нецелесообразно.

гораздо более сложной и дискуссионной является проблема персистирующей вирусной инфекции и привычного невынашивания. вероятность того, что эпизоды острой вирусной инфекции будут возникать при каждой последующей беременности в одни и те же сроки, приводя к привычному невынашиванию, ничтожно мала. теоретически, чтобы быть причиной повторных потерь беременности, инфекционный агент должен персистировать, постоянно находясь в генитальном тракте женщины в течение длительного времени, и при этом быть бессимптомным, чтобы избежать детекции (раж р. и соавт., 1996).

анализ данных литературы и опыт работы отделения невынашивания беременности позволяет сделать вывод о том, что персистирующая инфекция, вирусная и бактериальная, являются одним из основных факторов привычного невынашивания беременности. даже в случае отсутствия прямого специфического воздействия инфекционных агентов на плод, нарушения репродуктивной системы, вызванные персистенцией их в эндометрии, с развитием хронического эндометрита, а также сопутствующие эндокринопатии и

аутоиммунные нарушения ведут к нарушению развития эмбриона/плода и к прерыванию беременности.

среди персистирующих вирусных инфекций наибольшее значение имеют:

1. герпес-вирусные инфекции (цитомегаловирус, вирус простого герпеса, герпес-зостер).
2. энтеровирусные инфекции (коксаки а, в).
3. вирус иммунодефицита человека.
4. гепатит в, с.
5. аденовирусы.

цитомегаловирусная инфекция у пациенток с привычным невынашиванием беременности

внутриутробное инфицирование цмв является наиболее частым среди других инфекций и встречается у 0,4—2,3% (в среднем у 1%) всех новорожденных (г.а.нанкервисетал., 1984; пасс к.ф. Этал., 1985; стагнос. Этал., 1985; фарбер х.а. и соавт.,1990), хотя этот показатель в значительной мере колеблется среди разных популяций.

многие женщины приобретают или реактивируют цмви во время беременности, но только некоторые из них передают вирус своим плодам, с развитием острой или длительно текущей инфекции. генерализованная цмви у плода почти всегда происходит в результате первичной инфекции у матери, которая, как правило, протекает асимптомно.

врожденная цитомегаловирусная инфекция новорожденного может вести к глухоте, задержке умственного развития и другим неврологическим нарушениям.

при первичной цмв инфекции заболевает 30—40% новорожденных. из них с симптомами заболевания рождается 10—15%, из их числа — 20—30% умирают. из выживших инвалидизируется 90% и выздоравливают лишь 10%.

при вторичной инфекции или реактивации инфекции рождаются инфицированными 0,2—1% новорожденных. при вторичной инфекции дети не умирают, но в 5—10% случаев могут иметь неврологические последствия, здоровыми являются 90—95%. если на момент рождения у ребенка нет симптомов инфекции, то 99% детей будут здоровы.

в таблице 2 приведены суммарные цифры данных американских исследователей (1996 г.) при цмв инфекции (данные воз).

*исход беременности для новорожденного при
цитомегаловирусной инфекции*

категории	частота заболеваний
живорожденные	100 000
частота рождения детей с врожденной цмв инфекцией (1%)	1000
новорожденные с симптомами заболевания (10%), из них умершие	100 20 80
с нарушением цнс	
бессимптомное инфицирование (90%),из них с поздними проявлениями пораженияцнс	900 135

перинатальная инфекция может быть получена трансплацентарно от матери к плоду, или восходящим путем из инфицированной шейки матки через интактные оболочки. наиболее опасна первичная инфекция в I и II триместрах беременности, хотя внутриутробная инфекция может быть и при реактивации, но протекает она с гораздо меньшими осложнениями для плода.

вирус простого герпеса у пациенток с привычным невынашиванием

генитальный герпес относится к наиболее частым инфекциям человека, большинство исследователей полагают, что истинная частота ВПГ у женщин не известна, так как высока доля бессимптомных форм и вирусоносительства. особенностью этой инфекции является то, что антитела не предотвращают реактивацию, также как и при ЦМВИ.

среди пациенток с привычным невынашиванием 55% — бессимптомные носители вируса простого герпеса, 10% имеют периодические эпизоды реактивации (характерные высыпания, зуд). по нашим данным, у пациенток с привычным невынашиванием при вирусоносительстве ВПГ как монокультура встречается редко. чаще всего — в ассоциации с ЦМВИ и бактериями и в цервикальном канале, и в эндометрии.

генитальный герпес у 66% женщин, среди тех у кого имеется частая реактивация, характеризуется атипичной формой заболевания. клиническими критериями диагностики являются: стойкие выделения из половых путей, чувство изнурительного зуда, жжения, отека, дискомфорта во влагалище т.н. вульводиния. рецидивирующие заболевания шейки матки — эктопии, лейкоплакии, тазовый ганглионеврит, кандиломы.

для беременности большую опасность представляет первичный ВПГ, причем отмечено, что первичный ВПГ у беременных протекает нередко более тяжело, чем у небеременных.

очень часто в процесс вовлекается шейка матки с образованием «эрозии» шейки матки. если первичная инфекция наблюдается в первой половине беременности, отмечена высокая частота выкидышей, а в более поздние сроки — преждевременные роды.

при поражении ребенка ВПГ возможен врожденный синдром, который проявляется микроцефалией, внутричерепные кальцификаты, хориоретинитом. чаще всего ребенок инфицируется в процессе родов при наличии высыпаний в половых путях матери. наличие антител у матери не предотвращает заболевания, но улучшает его исход, так же как при ЦМВИ.

дифференциальная диагностика первичного ВПГ и рецидива ВПГ

клиника	первичная ВПГ	рецидив ВПГ
инкубационный период	2—10 дней	
продрома	—	1—2 дня
региональная лимфаденопатия	+	—
боли	+	—
продолжительность вульводинии	15 дней	7 дней
число высыпаний	много	немного

поражение шейки матки	обычно	редко

бактериальная инфекция

помимо вирусной инфекции в прерывании беременности играет существенную роль бактериальная инфекция и ассоциации бактериально-вирусные.

в последние годы появились работы, в которых показана роль нарушений нормальной микрофлоры генитального тракта в преждевременном прерывании беременности. при спорадическом прерывании инфекция является ведущей причиной потерь, особенно во ii и iii триместрах беременности. хориоамнионит обычно является результатом восходящей инфекции, что более характерно для iii триместра беременности. инфекция может прямо поражать плод, а возможно за счет активации провоспалительных цитокинов, имеющие цитотоксический эффект. потеря беременности может быть связана с гипертермией, повышенным уровнем простагландинов, с преждевременным разрывом плодного пузыря за счет микробных протеаз и *т.фл.*(дудлей и соавт.1996).

что касается привычного невынашивания, то роль инфекции вызывает много дискуссионных вопросов и многие полагают, что инфекция в привычной невынашивании такой роли как в спорадическом не играет (хилл ж., 1999). тем не менее, в последние годы много работ свидетельствуют о важной роли инфекции и в привычном прерывании беременности.

бактериальный вагиноз – находят практически у половины женщин с привычным невынашиванием инфекционного генеза (земляная а.а., 1993; коршунова о.в. 2000; ламонт р., 1994; сауси м. и соавт.,1995)

хламидийная инфекция по данным многих исследователей (кира е. и соавт., 1994; мешерякова а.в., 2000), найдена у 57,1% и 51,6% соответственно у женщин с невынашиванием беременности. авторы предлагают скрининговое обследование женщин, планирующих беременность, на наличие хлам иди й. рае и соавт. (1994) не находят увеличения частоты инфицирования среди женщин с привычным невынашиванием. по данным других авторов, действие хламидий осуществляется через воспалительные цитокины (аулт к. и соавт., 1996). тем не менее, большинство исследователей считают, что хламидийная инфекция чаще характерна для пациенток с бесплодием, а не с невынашиванием (бурменская о.в., 1999).

стрептококк группы в по данным многих авторов, часто связан с задержкой развития плода (дудлей д. и соавт. 1996), периодически определяется в посевах из шейки матки у 15—40% беременных. при инфицировании возможно преждевременное излитие вод, преждевременные роды, хориоамнионит, бактериальный послеродовый эндометрит. заболевания новорожденных встречаются у 1 —2% инфицированных матерей. у новорожденного, особенно недоношенного, возникают заболевания обусловленные стрептококком группы в — пневмония, менингит, сепсис, протекающие очень тяжело (зангвилл к., и соавт., 1990).

по мнению большинства исследователей, для невынашивания беременности характерна не моноинфекция, а сочетанная урогенитальная инфекция, которая часто протекает в субклинической форме, что затрудняет ее выявление.

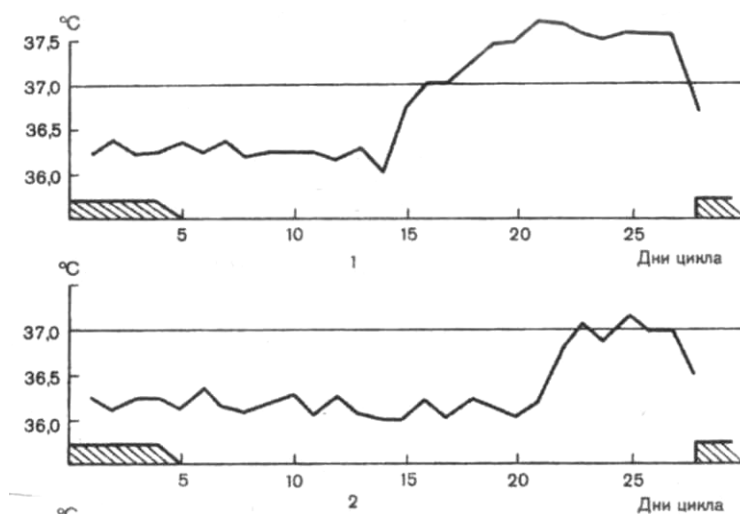
персистируя длительное время, вирусно-бактериальная инфекция может приводить к изменению антигенной структуры инфицированных клеток за счет собственно

инфицированных антигенов включаемых в структуру поверхностных мембран, так и образования новых клеточных антигенов, детерминированных клеточным геномом. при этом развивается иммунный ответ на гетерогенизированные аутоантигены приводящий к появлению аутоантител, который, с одной стороны, оказывает разрушающее действие на клетки собственного организма, но, с другой стороны, является защитной реакцией, направленной на сохранение гомеостаза (ройт а., 1991; семенов б.ф. и соавт., 1993).

аутоиммунные реакции, вирусно-бактериальная колонизация эндометрия относится к наиболее частым этиологическим факторам, вызывающим развитие хронической формы двс-синдрома (колодие, 1989).

в случае наступления беременности аутоиммунные реакции и активация инфекции могут приводить к развитию диссеминированного внутрисосудистого свертывания, возникновению локальных микротромбозов в области плацтации с образованием инфарктов с последующей отслойкой плаценты.

таким образом, хроническая смешанная вирусно-бактериальная инфекция у пациенток с привычным невынашиванием, персистируя длительное время в организме и оставаясь при этом бессимптомной, приводит к активации системы гемостаза и иммунитета на локальном уровне, которые непосредственно участвуют в процессах гибели и отторжения плодного яйца (демидова е.м., 1993, колодие л, 1989).



Базальная температура в норме и при неполноценной лютеиновой фазе цикла.

Диагностика заключается в следующем:

1. Наследственность – выяснить наследственный анамнез супружеской пары, заболевания родителей, братьев, сестер.
2. Социальные условия жизни семьи.
3. Перенесенные заболевания
4. Менструальная функция

5. Детородная функции
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:

- 1. Неполный аборт;
- 2. Полный аборт;
- 3. Преждевременные роды;
- 4. Неразвивающаяся беременность.

Тактика подготовки к беременности женщин с привычным невынашиванием беременности.

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

1. 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 удается нормализовать 1 фазу назначается;
- в) Кломифен или клостелбегит в дозе 50 мг с 5 дня цикла в течение 5 дней не больше 3х циклов.

II. Тактика подготовки и беременности пациенток с гиперандрогенией.

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.

III. 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 кластелбегитом или кломифеном в течение 2-3 х циклов;

д) во время этого этапа лечения можно рекомендовать оральную контрацепцию с антиандрогенным действием – Диане – 35, рекомендовать использования верошпирона (спиронолактона) в дозе 100 мг в сутки в 1 фазу цикла 10 дней для снижения уровня тестостерона.

IV. 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.

V. 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 мононуклеаза 1,0 в/м 1 раз в день
- пантетанат 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;
- оротат калия 0,5 – 3 раза до еды;
- Витамин Е 1 кап. (0,1) – 3 раза;

VI. Тактика подготовки к беременности при ИЦН.

Хирургическая коррекция с 16 по 24 недель беременности, наряду с этим назначается патогенетическая терапия.

ВИИ. Тактика подготовки к беременности с АФС.

- а) метаболическая терапия
- б) системная энзимотерапия (коэнзим по 5 драже 3 раза в день).
- в) иммуномодулирующая терапия;
- г) антикоагулянты; варфарин – антагонист витамина К.
- д) Глюкокортикоиды – преднизолон в дозе 10 – 20 амп. день
- е) **Плазмофорез** - которая позволяет нормализовать реологические свойства крови имеет следующие лечебные эффекты:

- 1. детоксикация
- 2. реокоррекция
- 3. иммунокоррекция-специфические
- 4. диффузионный
- 1. Гемодинамические
- 2. Перераспределение клеток крови
- 3. активацию эндокринной системы-неспецифические.
- 4. Стресс реакции

Противопоказание:

Выраженные орг. изменения ССС

- 1. Анемия (Нв ниже 70 мл)
- 2. Гипопроотеинемия (белок ниже 55 л)
- 3. Гипокоагуляция
- 4. Иммунодефицитные состояния
- 5. Аллергические реакции.

**Тактика ведение беременности у пациенток с привычной
потерей беременности.**

I. Лечение угрозы прерывание беременности.

- 1. Физический и сексуальный покой;
- 2. Психотерапия, седативные средства;
- 3. Спазмолитическая терапия: но – шпа по 0,04 г 3 раза в сутки, свечи папавериновые, но-шпа 2,0 мл в/м, баралгин 2,0 мл в/м.
- 4. Патогенетическая обоснованная гормональная терапия в зависимости от причин угрозы прерывания:

II. Лечение угрозы прерывание беременности у женщин с НЛФ.

- 1. Дюфастон с 6 недель 10 мл 2 раза в день или утрожестан 100 мл по 1 капсуле 2-3 раза пер ос или вагинально до 16 недель.
- 2. Физиотерапия – эндоназальная гальванизация, иглорефлексотерапия;

III. Лечение угрозы прерывание беременности при надпочечниковой гиперандрогении.

Лечение проводится в течение всей беременности. ¼ таблетки дексаметазона через день в течение всей беременности, но 3-4 день дозу дексаметазона снижают и прекращают терапию по 7-8 день.

ИВ. Лечение угрозы прерывание беременности с яичниковой и смешанной формой гиперандрогении.

1. Лечение при этом виде дексаметазоном прекращается после 16 недель;
2. При смешанной форме продолжается до 35 – 36 недель;
3. Профилактика плацентарной недостаточности магний В₆ по 2 т х 3 раза в день в течение 15 дней с ранних сроком.

IV. Лечение угрозы прерывание беременности инфекционный генез невынашивания.

1. Проводится бактериологическое вирусологические или каждые 2 недели;
2. В 1 триместре от лечения следует активного вмешательства ограничивается, но рекомендуется: иммуноглобулин в/в капельно 25,0 мл в/в капельно № 3;
3. Лимфотерапия с лимфоцитами мужа;
4. Актовегин по 1т х 3 раза в день или в/в 5,0 мл актовегина в 200,0 мл физиологического раствора № 5;
5. Дюфастон, утрожестон по показанием;
6. В 1 триместре воздерживаться применением эубиотика вагинально ждем 13 – 14 недель и применяли этиотропную терапию по возбудителю.
7. Генитальные свечи – виферон по 2 свечи в день 10 дней.

V. Лечение угрозы прерывание беременности при ИЦН.

Хирургическая коррекция ИЦН осуществляется от 13 до 27 недель беременности – наложение циркулярного шва вокруг ш/м.

Ведение послеоперационного периода.

1. Постельный режим;
2. Спазмолитики: (папаверин свечи, но – шпа по 0,04 г х 2 раза, магний В₆
3. Токолитическая терапия: партусистен 5,0 % глюкоза 5 % 300,0 м в/в капельно, гинепрал 2,0 гр + глюкоза 5 % 300,0 мл в/в капельно;
4. С профилактической целью АВ терапии: ампициллин в дозе 2,0 гр в сутки в течение 5 дней нистатин по 500000 ед. 4 раза в сутки.

ВИИ. Лечение угрозы прерывание беременности с АФС с синдромом.

1. Фраксипарин, фрагмин – антикоагулянты;
2. Иммуноглобулин в дозе 25 мл (1,25 г через день всего 3 дозы).
3. Профилактика плацентарной недостаточности;
 - а) актовегин 5,0 мл + натрий хлор 250,0 мл № 5,
 - б) инстенон 2,0 мл + натрий хлор 250,0 мл № 5.
4. Рыбий жир по 1т х 3 раза в день.

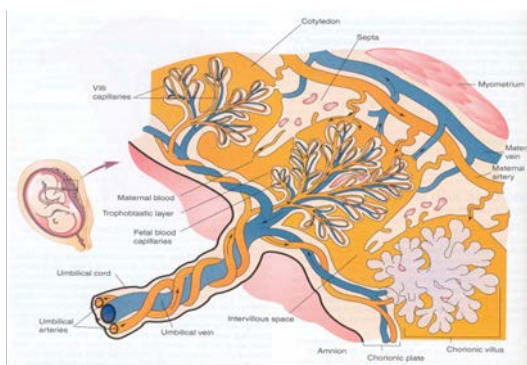
Перенашивание беременности.

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 оплодотворяющего 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 перенашенной. 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.).

П р о л о н г и р о в а н н о й, 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.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПЕРЕНАШИВАНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ.

Этиология и патогенез перенашивания беременности до настоящего времени изучены недостаточно. Переносимая беременность не может рассматриваться как случайная вариация нормальной беременности; ее правильнее рассматривать как патологическое явление, обусловленное определенными причинами, зависящими состояния организма как матери, так и плода.

Перенесенные раннее детские инфекционные заболевания (скарлатина, паротит, краснуха и др.), которые играют значительную роль в формировании репродуктивной системы

женщины, а также экстрагенитальные заболевания могут явиться преморбидным фоном для перенашивания беременности [Степанковская К. Г., 1967, Фефилов А. И., Чернуха Е. А., 1977, Артамонов В. С., 1977; Беисчлер эт ал., 1969, и др.].

Многочисленными работами установлено, что перенашиванию беременности способствует инфантилизм, перенесенные аборт, воспалительные заболевания внутренних половых органов, которые вызывают изменения в нервномышечном аппарате матки и приводят к эндокринным нарушениям.

Перенашиванию беременности способствуют эндокринные заболевания, нарушения жирового обмена, психические травмы токсикозы второй половины беременности.

Изучение патогенеза перенашивания беременности имеет очень большое значение для успешного решения вопросов профилактики и лечения.

К сожалению, современные данные о патогенезе перенашивания ограничены и противоречивы.

Существует ряд теорий возникновения переносимой беременности. Авторы одних теорий исходят из особенностей индивидуального развития оплодотворенного яйца, наследственности или конституциональных факторов, другие за основу берут неврогенные и гормональные расстройства. Любая концепция естественно имеет свои доказательства, но ни одна из них не дает исчерпывающего объяснения переносимой беременности. Все трудности прежде всего связаны с изучением механизмов наступления своевременных родов. Действительно, перенашивание беременности означает по существу несвоевременное (запоздалое) возникновение родовой деятельности, поэтому логично предположить, что патогенез перенашивания непосредственно связан с механизмом возникновения родов. В связи с этим мы считаем целесообразным рассмотреть патогенез перенашивания прежде всего с позиций современных представлений о причинах наступления родов.

Ведущее значение в нейрогуморальной регуляции функционального состояния матки, включая и родовую деятельность, имеют гипоталамус и структуры лимбического комплекса, в первую очередь миндалевидные ядра и корковые образования, расположенные в височных долях больших полушарий [Николаев А. П., 1968; Персианинов Л. С., 1972, 1975]. Не исключается регулирующее влияние и с других корковых структур на гипоталамус и гипофиз, осуществляемое по кортикофугальным путям с помощью гуморальной передачи. Яичники, плацента и другие железы внутренней секреции также оказывают влияние на моторную функцию матки. В регуляции родовой деятельности большое значение имеет матка как рецепторный эффектор. Установлено, что растяжение матки является одним из факторов, обуславливающих начало родов. Доказательством этого является преждевременное наступление родов при многоводии и многоплодии. Маловодие, которое довольно часто наблюдается при перенашивании беременности, по – видимому, препятствует своевременному началу родовой деятельности.

По данным Ворхерр (1975), при переносимой беременности активность локальных стимуляторов миометрия (эстрогены и др.). Снижена, а ингибиторов (прогестерон и др.) повышена.

Как известно, роды начинаются при наличии сформировавшейся родовой доминанты (Яковлев И.И., 1951; Гармашева Н.Л., 1952; Хечинашвили Г.Г., 1974, и др.). В основе сложный безусловный рефлекс. Большое значение имеют рефлекторные реакции, начинающиеся с возбуждения матки импульсами, исходящими от плода. Рецепторы матки, воспринимая раздражения от плода, играют большую роль в корригировании функций матки. При изменении информации, идущей от плода, в материнском организме наблюдаются рефлекторные изменения тонуса и моторики матки (Гармашева Н.Л., 1972; Филимонов В. Г., 1975; Чард, 1974).

Главными патогенетическими моментами, ведущими к перенашиванию беременности, являются функциональные сдвиги в центральной нервной системе, вегетативные и эндокринные нарушения. По данным И.З. Вельвовского и соавт. (1954), в основе перенашивания лежит повышение тонуса коры головного мозга и усиление ее

тормозного влияния на нижележащие образования, т.е. пониженную возбудимость подкормки.

Таким образом, при переносимой беременности выявлены значительные функциональные нарушения в системе мать - плацента - плод, которые нашли свое выражение в изменении уровня эстрогенных гормонов в плазме крови беременной, амниотической жидкости и пуповинной крови, т. е. во всех трех важнейших средах фетоплацентарного комплекса.

Описанные морфофункциональные изменения в плаценте при переносимой беременности нарушают основные функции этого органа: уменьшается переход от матери к плоду кислорода и питательных веществ, усиливается накопление в организме плода продуктов метаболизма. Развивающаяся плацентарная недостаточность приводит к нарушению обмена веществ у плода. Ввиду существования тесной взаимосвязи плода и плаценты, снижение жизнеспособности плода отражается на функции плаценты.

Функциональная недостаточность плаценты при переносимой беременности дала основание Слиффорд (1954) предложить понятие «синдром плацентарной дисфункции», которое получило в настоящее время всеобщее признание. Н.Л. Гармашова(1967) считает, что понятие «плацентарная недостаточность» включает в себя главным образом нарушение плацентарного кровообращения и уменьшение продукции эстрогенов.

Следствием плацентарной недостаточности является нарушение водного обмена между матерью и плодом.

И Плацентарной недостаточностью объясняют происхождение такого явления, как «дистресс-синдром» («фетал дистресс»).

Таким образом, в свете достижений современной науки этиологию и патогенез перенашивания беременности следует рассматривать как результат взаимодействия множества факторов. Ведущее значение в этой сложной цепи принадлежит нейрогуморальной регуляции, функциональному состоянию центральной нервной системы (особенно гипоталамуса, гипофиза, лимбической системы), матке и плоду.

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 А. 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 переносимой беременности характеризуется большим числом осложнений. К ним относятся 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 переносимой беременностью требуется большой клинический опыт врача.

Учитывая то обстоятельство, что переносимая беременность часто развивается на преморбидном фоне и у женщин часто отмечаются осложнения в течении беременности и особенно в родах, естественно ожидать большее число осложнений в послеродовом периоде, чем при своевременных родах.

Сократительная деятельность матки и сердечная деятельность плода при переносимой и пролонгированной беременности.

Учитывая высокую частоту аномалий сократительной деятельности матки и частое развитие гипоксии плода при запоздалых родах, большое практическое значение имеет изучение особенностей родовой деятельности и сердечной деятельности плода при переносимой, пролонгированной и доношенной беременности при спонтанном начале родов и при родовозбуждении. В свою очередь раннее выявление изменений сократительной деятельности матки и сердечной деятельности.

При переносимой беременности следует быть готовым к борьбе с гипотоническим кровотечением в послеродовом и раннем послеродовом периоде. С целью профилактики кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периоде женщине внутривенно капельно вливают метилэргометрин (1 мл препарата разводят в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида) или окситоцин (5 ЕД на 500 мл раствора) в момент вырезывания или прорезывания головки плода. Введение указанных растворов следует продолжать в течение 10 – 15 минут в раннем послеродовом периоде. При запоздалых родах, особенно при спонтанном их начале, у женщин нередко наблюдаются аномалии родовой деятельности (первичная или вторичная слабость родовых сил).

Лечение аномалий родовой деятельности в каждом конкретном случае должно быть индивидуальным. В случае утомления роженицы показано предоставление ей отдыха с помощью акушерского наркоза виадрилом или электроанальгезии с премедикацией (лечебная электроанальгезия). Указанных мероприятий иногда бывает достаточно для получения желаемого эффекта. Если отдых, который обычно продолжается 1-2 ч, не дает результата, следует прибегнуть к медикаментозной стимуляции. При отсутствии эффекта от медикаментозной стимуляции или присоединении признаков внутриутробной асфиксии показано срочное родоразрешение путем наложения акушерских щипцов или кесарева сечения. Так как переносимый плод легко подвергается родовой травме, то показания к оперативному вмешательству необходимо устанавливать своевременно.

Представляет интерес изучение состояния детей при рождении, их адаптации к окружающей среде, течения периода новорожденности в зависимости от характера переносивания при спонтанном начале родов и при родовозбуждении, а так же после кесарево сечения.

Характеристика новорожденных и постнатального периода при перенашивании беременности.

Диагноз биологически переносивной беременности подтверждается после родов на основании выявления признаков перзрелости у новорожденного и соответствующих патоморфологических изменений в плаценте.

Первое подробное описание переносивного ребенка принадлежит Баллантайне (1902). Позже Рунге (1939) расширил и уточнил симптоматику перзрелости ребенка, и это патологическое состояние получило название синдрома Баллантайна – Рунге. Классический синдром Баллантайна – Рунге включает следующие признаки:

тсутствие лануго и казеозной смазки, повышенная плотность костей черепа, узость швов и родничков, удлинение ногтей, зеленое окрашивание кожи. Кожа у переносивного ребенка сухая, « полированная », с участками десквамации, с явлениями мацерации в области стоп и ладоней, тургор кожи снижен. Подкожная жировая клетчатка выражена слабо, поэтому кожа выглядит дряблой.

В связи с хронической гипоксией при переносивной беременности плод отвечает защитной реакцией викарного перераспределения имеющегося кислорода из периферических отделов системы кровообращения в центральные. Для жизненно важных органов плода (мозг, печень, сердце) сохраняется нормальное снабжение кислородом, другие органы и системы (кожа, мышцы, кишечник и др) испытывают состояние гипоксии.

Приняв в качестве критерия внешний вид новорожденного и его адаптационные способности к условиям существования вне организма матери, Глиффорд (1954) дал новое описание клиники перзрелости ребенка, выделив три степени, или стадии, перенашивания. При 1 степени адаптационная способность новорожденного нормальная или слегка снижена, при 2 – резко снижена, поэтому часто требуется проведение реанимационных мероприятий. У новорожденного имеется склонность к аспирации, приступам цианоза, пневмо – и энцефалопатии, которые обычно исчезают в течение 3-4 дней. При 3 степени адаптационная способность новорожденного резко снижена, так что требуется проведение реанимационных мероприятий. Новорожденный склонен к асфиксии, пневмо- и энцефалопатии, из которых его трудно выводить. Указанные проявления исчезают к 5-10-му дню периода новорожденности.

Одной из главных причин развития гипоксии у переносивного плода являются функциональные и структурные изменения плаценты, приводящие к нарушению маточно – плацентарного кровообращения, что особенно сильно проявляется во время родов. Расстройства маточно – плацентарного кровообращения усугубляются часто возникающими аномалиями родовой деятельности, оперативными вмешательствами в родах. Внутриутробная асфиксия плода при переносивной беременности отмечалась в 5-10 раз чаще, чем при своевременных родах.

Учитывая большую зрелость центральной нервной системы у переносивного ребенка и ее высокую чувствительность к гипоксии по сравнению с доношенным, более частое осложненное течение родового процесса, асфиксию плода, частое

использование оперативных методов родоразрешения, более высокий травматизм перенесенного плода, более высокую заболеваемость в постнатальном периоде, можно сделать предположение о более частых осложнениях в период дальнейшего развития такого ребенка.

Течение беременности, родов и после родового периода при переносивании характеризуется рядом особенностей. Однако те изменения, которые выявляются при переносивании, могут быть как таковой причиной.

Более часто переносивание беременности наблюдается у первородящих и возрастных первобеременных при нарушениях менструального цикла и других видах эндокринной патологии. Во время беременности чаще отмечаются токсикозы, анемия и угроза выкидыша.

Роды при пролонгированной беременности называются запоздалыми, а при перенесенной – запоздалыми родами незрелым плодом. Основными осложнениями запоздалых родов являются: преждевременное и раннее излитие околоплодной жидкости; различные виды аномалий родовых сил (чаще слабость и дискоординация); затяжные роды; гипоксия плода и новорожденного; клиническое несоответствие между головкой плода и тазом женщины; высокая перинатальная заболеваемость и смертность; кровотечение в послеродовые осложнения. Поэтому ведение беременности и родов также имеет свои особенности.

При переносивании женщину госпитализируют не позднее 41 недели беременности для обследования и выработки тактики родоразрешения. Истинное переносивание беременности следует расценивать как акушерскую патологию, поэтому тактика ведения должна быть активной. Показано интенсивное наблюдение и обследование плода и матери. Возможны спонтанные роды, но чаще приходится прибегать к искусственному родоразрешению. Последнее может осуществляться с помощью медикаментозных и немедикаментозных средств и приемов, оперативных вмешательств и их сочетания. Широко используются методы анодической гальванизации головного мозга и электроанальгезии.

Медикаментозное родовозбуждение проводится традиционными методами, изложенными ранее. После предродовой подготовки применяются утеротонические средства (простогландины, окситоцин, бета-адреноблокаторы), вводимые оральным или парентеральными путями. Нередко приходится их использовать даже при «недостаточно зрелой» или «незрелой» шейки матки. Показания, противопоказания и дозировка к применению утеротоников определяются состоянием матери, плода и характером родовой деятельности. Допускается комбинированное введение утеротоников. При их использовании показана ранняя (своевременная) амниотомия, несмотря на высокую биологическую значимость околоплодной жидкости. Во всех случаях показано интенсивное наблюдение (с применением вспомогательных методов) за состоянием плода и развитием родовой деятельности. Коррекция нарушений сократительной функции матки должна проводиться с учетом индивидуальных особенностей, при необходимости с предоставлением отдыха с помощью акушерского наркоза электроанальгезией, виатрилом или оксibuтиратом натрия.

При проведении медикаментозного родовозбуждения и отсутствии эффекта в течение 3-4 ч, а также при возникновении акушерской патологии, гипоксии плода показано родоразрешение операцией кесарева сечения.

Применяется также родовозбуждение с помощью шло-, электро- и лазерорефлексотерапии. Пальцевое расширение шейки матки и операция метрейриза при переносивании беременности в современном акушерстве не используются.

Амниотомия как метод родовозбуждения, а также ранняя амниотомия при других методах родовозбуждения используются широко.

Кесарево сечение при истинном перенашивании беременности в современном акушерстве находит все более частое применение как в плановом порядке, так и при неэффективности различных консервативных методов родовозбуждения. В плановом порядке кесарево сечение при перенашивании беременности всегда показано при наличии других сопутствующих показаний (возрастная первородящая, тазовые предлежания плода, сужение таза и т.д.).

Акушерские щипцы при переношенной беременности могут использоваться только по экстренным показаниям, создавшимся в процессе родоразрешения (гипоксия плода, слабость родовых сил), когда кесарево сечение уже нецелесообразно (потужный период или другие обстоятельства).

Исходы родов при переношенной беременности часто бывают неблагоприятными, особенно для плода (высокая перинатальная заболеваемость, нитра- и ранняя ненатальная смертность). Длительный безводный период, затяжка родов и преморбидный фон способствуют более частому возникновению послеродовых осложнений.

Профилактика перенашивания беременности включает комплекс общегигиенических и оздоровительных мероприятий с учетом факторов риска в подростковом возрасте, перед наступлением беременности, в период диспансеризации беременных женщин.

Профилактика осложнений для плода, новорожденного и матери при перенашивании беременности определяется своевременной диагностикой и оптимальной тактикой ведения беременности, родов и послеродового периода.

Кислород, доставляемый из организма матери, используется и плацентой, и плодом. Причем ткани плаценты утилизируют больше половины поступающего к ним кислорода. Так, при сроке беременности 3 мес плацента потребляет 252 мл O_2 /кг ткани/ч, в то время как плод — 90—138 мл O_2 /кг ткани/ч. Зрелая плацента нуждается примерно в 198 мл O_2 /кг ткани/ч, что в 2—3 раза больше потребления кислорода тканями плода.

Установлено, что потребление кислорода плодом человека возрастает с 0,3 мл/мин в 14 нед беременности, когда масса плода составляет около 100 г, до 3,5 мл/мин в 28 нед при массе плода 650 г. При пересчете на единицу массы потребление кислорода плодом при этом составляет более 0,5 мл/мин/100 г ткани, т. е. 5 мл/мин/кг. Суммарное потребление кислорода маткой, а также плацентой и плодом в начале беременности достигает 2 мл/мин/кг массы, к середине беременности увеличивается до 10 мл/мин/кг и остается примерно на этом уровне до конца беременности. Поэтому при гипоксии в первую очередь страдает плацента (в ней начинает преобладать гликолиз), а не плод.

Нарастание тяжести гипоксии в материнском организме на определенном этапе вызывает снижение скорости поглощения кислорода плацентой, что, по-видимому, может быть связано с развитием в ней структурных изменений (инфаркты, петрификаты и т. п.). Так, при сахарном диабете в плаценте отмечаются участки с отеком и склерозом стромы ворсин, гипертрофией, дистрофией и атрофией клеток синцития, а также очаги плазморрагии, гиалиноз мелких артерий, утолщение базальных сосудистых мембран. В сосудах матки при этом наблюдаются изменения, подобные тем, какие развиваются при диабете в сосудах почек, сердца, сетчатой оболочки глаза и т. п. [Грязнова И. М., Второва В. Г. 1985].

Обмен газов в плаценте во многом аналогичен таковому в легких. Переход осуществляется за счет разности напряжения кислорода по обе стороны плацентарной мембраны. По данным Н. И. Цирельникова (1980), к моменту родов на 1 кг массы плода приходится 4—4,5 м² площади поверхности ворсин хориона, что примерно в 3 раза превышает площадь альвеол в легких в расчете на 1 кг массы тела взрослого человека. При некоторых заболеваниях матери (пороки сердца, гипертоническая болезнь), кроме того, возможно компенсаторное увеличение обменной поверхности плаценты. Вместе с тем газообмен в плаценте, по-видимому, нельзя сводить только к простой диффузии кислорода и углекислого газа, обусловленной величиной их градиента по обе стороны плацентарной мембраны.

ЛЕКЦИЯ №7.

**Вагинальное кровотечение в поздние сроки
беременности послеродовое вагинальное кровотечение.**

(аномалия прикрепления плаценты, гипо и атония матки, дефект последа). Вагинальное кровотечение во время родов - разрыв матки и родовых путей

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 – 2 часа	Количество студентов - поток
Форма проведения занятия	Учебная лекция
План лекционного занятия	75. Вводное слово 76. Причины акушерских кровотечений 77. Тактика при акушерских кровотечениях

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

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
79. Дать определение «акушерских кровотечений.» Разобрать основные методы исследования Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при акушерских кровотечениях.	80. Основная сущность акушерских кровотечений Усвоить основные методы исследования 81. Иметь представление об основных направлениях акушерских кровотечений 82. 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		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	83. Вступительное слово о акушерских кровотечениях. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. 84. В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования акушерских кровотечений. Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 85. 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. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии. 86. 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. 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%.

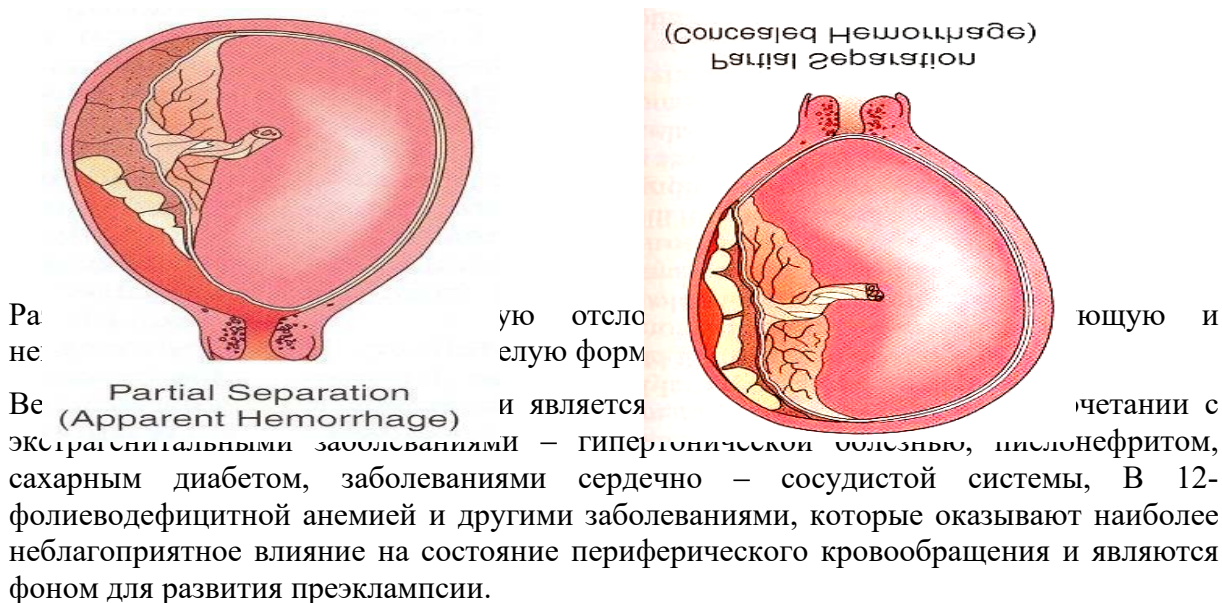
Анализ смертности беременных и рожениц от кровотечения свидетельствует об определённых дефектах в организации лечебно-профилактического процесса в ж/к и родильных домах.

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.



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 тромбо – пластина;
- ДВС – синдром.

Ухудшение микрокровотока в плаценте приводит к уменьшению эластично 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 объем ретроплацентарной гематомы, содержащей более 150 мл крови указывает на риск гибели плода. В случаях внутриутробной гибели плода объем ретроплацентарной гематомы достигает 500 мл и более. При ретроплацентарной гематоме объемом 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.).

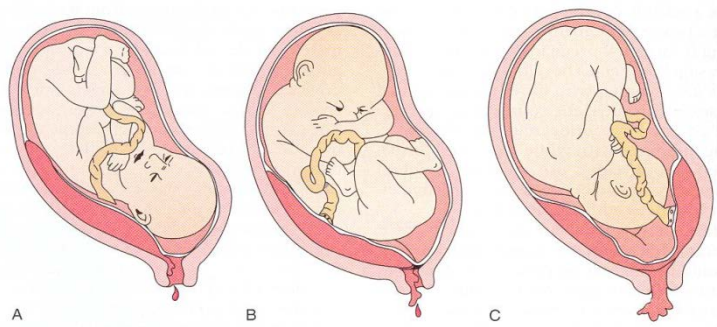
Лечение прогрессирующей ПОНРП оперативное. Недопустимо консервативное ведение родов в случаях ПОНРП, так как при удлинении времени от отслойки плаценты до родоразрешения увеличивается маточно – плацентарная апоплексия, происходит повреждение нервно – мышечного аппарата матки, что в дальнейшем может привести к развитию атонического кровотечения. Кроме того, усугубляются нарушения в системе гемостаза, 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 имбиция 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.



К причинам
дистрофически

и атрофические и
ных 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;
- тромбозом;
- 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 шейного 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.

Клинические дифференциально – диагностические признаки предлежания плаценты:

- кровотечение при предлежании плаценты – чаще во III-IV триместре беременности и в II периоде родов, обильное, наружное, повторяющееся;
- боль отсутствует при предлежании плаценты;
- состояние матки при предлежании плаценты консистенция и форма ее обычные;
- плод при предлежании плаценты хорошо пальпируется, сердцебиение плода чаще нормальное, реже страдает;
- сопутствующая патология при предлежании плаценты – осложненные роды и аборт в анамнезе, инфантилизм.

Наблюдение и лечение беременных с предлежанием плаценты при сроке беременности свыше 24 недель осуществляется только в акушерских стационарах. Несмотря на прекращение кровянистых выделений из половых путей беременные с предлежанием плаценты ни при каких условиях не подлежат выписке до родов. При выборе способа лечения следует руководствоваться прежде всего силой кровотечения, степенью малокровия больной, общим ее состоянием плода. Если кровотечение незначительное и начинается при недоношенной беременности, а состояние больной удовлетворительное, то назначаются: строгий постельный режим; препараты токолитического и спазмолитического действия, улучшающие координированный характер сократительной деятельности матки и более плавное постепенное растяжение нижнего ее сегмента; лечение анемии; препараты, нормализующие маточно-плацентарный кровоток и обменные процессы.

При отсутствии выраженного кровотечения показаны в течение 3 –7 дней адrenomиметики (алупент, партусистена и др.). При назначении токолитических препаратов необходимо помнить об их гипотензивном эффекте, что важно при лечении беременных с предлежанием плаценты, у которых отмечается склонность к этому состоянию. β -Адреномиметики способствуют увеличению маточно-плацентарного кровотока за счет сосудорасширяющего эффекта на периферическом уровне. В связи со спазмолитическим эффектом возможно некоторое увеличение кровянистых выделений, что требует отмены препарата.

При предлежании плаценты наблюдается высокая перинатальная смертность (главным образом неонатальная), развитие у новорожденных дыхательных расстройств вследствие их недоношенности, внутриматочной гипоксии.

Для улучшения обменных процессов обязательно использование комплекса витаминов, эссенциале, липостабила. Целесообразно назначение теоникола, курантила, свечей с теофиллином. По показаниям применяется седативная терапия (настой травы пустырника, корень валерианы, седуксен), а также антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен, супрастин).

Беременным с предлежанием плаценты слабительные противопоказаны. При необходимости назначают очистительную клизму.

Показаниями к кесареву сечению во время беременности являются:

- повторяющиеся кровопотери, объем которых превышает 200 мл;
- сочетание небольших кровопотерь с анемией и гипотонией;
- одномоментная кровопотеря 250 мл и более и продолжающееся кровотечение;
- полное предлежание плаценты на 38-й недели беременности, а также неполное предлежание в сочетании с другой акушерской и соматической патологией.

В этих случаях операция производится по жизненным показаниям со стороны матери независимо от срока беременности и состояния плода.

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 метрейризм, 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, переносная беременность, старые разрывы шейки матки II-III 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 послеродового 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.

ЛЕКЦИЯ №8.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК «ДВС - СИНДРОМ»

Цель: Изучить этиопатогенетические факторы, клинические проявления, а также современные методы лечения инфузионно-трансфузионную терапию при геморрагическом шоке, «ДВС - синдром».

Актуальность: Геморрагический шок-это состояние, связанное с острым и массивным кровотечением, выражающееся в резком снижении ОЦК, сердечного выброса и тканевой перфузии вследствие декомпенсации защитных механизмов и реакций

Технологический модель учебного занятия:

Время – 2 часа	Количество студентов - поток
Форма проведения занятия	Учебная лекция
План лекционного занятия	87. Вводное слово 88. Причины гемолитической болезни плода 89. Тактика при геморрагическом шоке, «ДВС - синдроме»

90. Цель лекционного занятия: дать представление о «геморрагическом шоке, «ДВС - синдроме», её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
91. Дать определение «геморрагический шок, «ДВС - синдром»» Разобрать основные методы исследования Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при геморрагическом шоке, «ДВС - синдроме».	92. Основная сущность геморрагического шока, «ДВС - синдрома» Усвоить основные методы исследования 93. Иметь представление об основных направлениях геморрагического шока, «ДВС - синдрома» 94. 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		

	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	95. Вступительное слово о геморрагическом шоке, «ДВС - синдроме». Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. 96. В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования геморрагического шока, «ДВС - синдрома». Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 97. Определение и цели определения заболелание резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода. Основные направления и составные части геморрагического шока, «ДВС - синдрома». Основные методы исследования.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии. 98. 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. Записывает задание для следующих занятий

Геморрагический шок

Это состояние, связанное с острым и массивным кровотечением, выражающееся в резком снижении ОЦК, сердечного выброса и тканевой перфузии вследствие декомпенсации защитных механизмов и реакций

Стадии геморрагического шока

- Компенсированный
- Декомпенсированный обратимый

- Декомпенсированный необратимый

Принципы лечения геморрагического шока

- Выведение больной из шока (ИИТТ)
- Остановка кровотечения
- Анестезиологическое пособие

Причины первичных послеродовых кровотечений:

- - Травма родовых путей
- - Тонус матки

Гиповолемический шок

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ

- **ЖИЗНЕННО ВАЖНО:** оказание срочной медицинской помощи
- Положения женщины: с опущенным головным концом
- Дыхательные пути должны быть свободны
- Восполнение ОЦК путем инфузионной-трансфузионной терапии
- Катетеризация мочевого пузыря для контроля диуреза
- **ВАЖНО** как быстрее госпитализировать женщину в крупное акушерское отделение
- **Никогда** не оставляйте пациентку одну, пока не стабилизируется состояние и не прекратится кровотечение.
- При атоническом ПРК **никогда** не используйте влагалищный тампон
- Если вы находитесь дома или в учреждении, где не может быть оказана квалифицированная помощь, необходимо перевезти больную в специализированный центр, если:
 - пациентка в шоковом состоянии
 - кровотечение не останавливается
 - для удаления частей плаценты необходимо выскабливание.
- Используйте по возможности самое быстрое средство транспортировку.¹

Единственное показание к гемотрансфузии - возмещение потери, превышающей возможности ауторегуляции функций организма.

Массивная гемотрансфузия возмещение потери превышающее 50 % нормального ОЦК.

Гемотрансфузия производится в 4-х вариантах:

- переливание консервированной крови
- прямое переливание

- реинфузия
- аутогемотрансфузия.

Компоненты крови и кровозаменители

- эритроцитарная масса
- тромбоцитарная массу
- криопреципитат
- плазма
- альбумин
- коллоидные растворы
- кристаллоидные растворы

Качественный и количественный состав инфузионной терапии при острой кровопотере в акушерской практике

10-12% (500-700 мл)	Объем инфузий -150-200% кровопотери: - коллоидные : кристаллоидные растворы -1,2:1
15-20% (1000-1400 мл)	Объем инфузий 200-250% кровопотери: - кровь (около 50% потерянной) - коллоидные : кристаллоидные растворы -2:1
25-40% (1500-2000 мл)	Объем инфузий не менее 300% кровопотери: - кровь - 80% потерянной - коллоидные : кристаллоидные растворы 2,4:1
50-60% и более (2500 3000 мл и более)	Объем инфузий на 300% превышает кровопотерю: - кровь -100% потерянной - коллоидные : кристаллоидные растворы - 3,4:1

Возмещение плазменного объема

ПРОТОКОЛ ИНФИУЗИОННО-ТРАНСФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ АКУШЕРСКИХ КРОВОТЕЧЕНИЙ

КРОВОПОТЕРЯ I ст.	КРОВОПОТЕРЯ II ст.	КРОВОПОТЕРЯ III ст.	КРОВОПОТЕРЯ IV ст.
 КРОВОПОТЕРЯ < 650 мл	 КРОВОПОТЕРЯ 650 - 1000 мл	 КРОВОПОТЕРЯ 1000 - 2000 мл	 КРОВОПОТЕРЯ > 2000 мл
 РЕФОРТАН 650 мл	 РЕФОРТАН 650 - 1000 мл	 РЕФОРТАН 1000 - 2000 мл	 РЕФОРТАН 1500 мл
 КРИСТАЛЛОИДЫ 500 мл	 КРИСТАЛЛОИДЫ 1000 мл	 КРИСТАЛЛОИДЫ 1000-1500 мл	 КРИСТАЛЛОИДЫ 1500-2000 мл
		СЗП 250-500 мл ЭРИТРОЦИТАРНАЯ МАССА 250-500 мл	СЗП 500-1000 мл ЭРИТРОЦИТАРНАЯ МАССА 500-1500 мл

- 1) Трансфузия СЗП (свежезамороженной плазмы) может быть заменена введением плазматических факторов свёртывания крови.
- 2) Трансфузия эритроцитной массы при снижении показателя гемоглобина <80 г/л, гематокрита <25%.
- 3) Показание для трансфузии тромбоцитарной массы - уменьшение количества тромбоцитов менее $70 \times 10^9/\text{мл}$.

ВСПОМОГАТЕЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- **ВАЗОПРЕССОРЫ**

- начинать терапию необходимо с минимальных доз адреномиметиков
- обязательные является использование сочетания нескольких препаратов: допамин (2-5 мкг/кг/мин) + добутрекс (2,5 мкг/м /мин)
- одновременное применение метилпреднизолонa, повышающее плотность адренорецепторов.

• КАРДИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ

- **СТЕРОИДЫ**

- **СТИМУЛЯЦИЯ ДИУРЕЗА**

- **КОРРЕКЦИЯ ГЕМОКОАГУЛЯЦИИ:**

- свежемороженая плазма
- небольшие дозы гепарина
- ингибиторы протеаз

- **КОРРЕКЦИЯ КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ (КОС) И ЭЛЕКТРОЛИТИЧНОГО БАЛАНСА**

формула расчета дефицита калия по концентрации в плазме :

К⁺ (дефицит в ммоль/л) = (5 - Кф плазмы больной в ммоль/л x 0,2 массы тела (в кг), где Кф - фактический уровень калия в плазме,

ЛЕГОЧНАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ И ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ

- Показания к переводу на ИВЛ:

- Гипоксемия ($PaO_2 < 60$ мм рт.ст. при $PiO_2 > 0,5$)
- Повышенная цена дыхания (ЧД более 40 *m* минуту).
- Низкое инспираторное усилие
- Перевод на ИВЛ до декомпенсации больного

- **Критерии отключения от респиратора:**

- стабильное клиническое состояние
- проблема, приведшая пациента к ИВЛ, должна полностью контролироваться
- стабильная гемодинамика

- самостоятельная ЧД менее 30 в минуту.
- Инспираторные усилия менее -15 см вд.ст.
- возможность произвольно удвоить U_e (выдыхаемый в минуту дыхательный объем).
- 8 U_e на респираторе меньше 10 л/мин.

Патологические механизмы при массивной трансфузии

несовместимость крови цитратная интоксикация

метаболическое несовершенство консервировочной крови:

- кислотность снижена
- плазменная гиперкалиемия (до 25 ммоль/л)
- коагулопатические свойства
- ограниченная способность к транспорту O_2 разность температур инфицирование крови
- наличие микросгустков кардиотоксический эффект

Оперативное лечение

При неэффективности консервативной терапии необходимо оперативное лечение – путем операции экстирпации матки.

Синдром массивного кровозамещения

• Острое расширение сердца.

- Клиника: одышка, цианоз, повышение ЦПД, снижение АД, тахикардия, аритмия, увеличение и болезненность печени
- Лечение: кровопускание, вазонессоры, гликокортикоиды и т.д.

• Цитратная интоксикация.

- Клиника: тремор, судороги, аритмии сердца, гипотония, снижение УО и МОК, повышение давления в правых отделах сердца, левожелудочковая недостаточность, удлинение интервала СМ, снижение резервной щелочности крови, расширение зрачков. В ряде случаев развивается отек легких, мозга.
- В целях профилактики применение солей кальция. На каждые 500 мл цитратной крови рекомендуется введение 0,6 г хлорида кальция.

• Калиевая интоксикация

- клиника: фибрилляция желудочков, асистолии
- профилактика: соли кальция (фармакологический антагонист калия) и использование свежей крови

• "Метаболический шок"

- тяжелая интоксикация из-за быстрого массивного введения в кровеносное русло реципиента больших количеств продуктов обмена, содержащихся в консервированной крови (аммиак, фосфор, молочная и пировиноградная кислоты) Особенно подвержены этому больные с заболеваниями печени, миокарда
- профилактика: использование крови малых сроков хранения

• Осложнения, связанные с переливанием большого количества рефрижераторной крови (сохраняющей низкую температуру)

- клиника: у больных отмечается гипотермическая реакция. Температура сердца снижается на 2-3 ° (в эксперименте). На ЭКГ: фибрилляция желудочков, увеличение

интервала 3-Т, нарушения комплекса QRS, заострение зубца Т экстрасистолия, брадикардия.

- профилактика: подогревание крови, особенно у больных у которых ранее были выявлены холодовые антитела-криоагглютинины. Надо помнить, что введение перегретой крови не менее опасно, чем холодной,

- "Шоковые легкие" - микротромбоз легких

- клиника: нарушение внешнего дыхания и тканевого газообмена, развитие гипоксии, ацидоза.

- Профилактика: использовать фильтр с порами диаметром 20-40 мкм при массивной гемотрансфузии

СИНДРОМ ГОМОЛОГИЧНОЙ КРОВИ

- Аутоимунный процесс возникающий при массивной гемотрансфузии и заключающийся в депонировании и секвестрировании значительных объемов крови

Патогенез СГК

- I этап - на основании реакции антиген-антитело развивается иммунологическая несовместимость крови донора (одного или нескольких) и реципиента.

- II этап - агрегация эритроцитов, снижается скорость кровотока в капиллярном русле, повышается вязкость, нарушается микроциркуляция, появление микросгустков и лейкоцитов, тромбоцитов и нитей фибрина. Замедление и стаз капиллярного кровотока, депонирование крови

- III этапе - нарушение центральной гемодинамики, Гиповолемия приводит к снижению ОПС, уменьшению $U < X$ МОК и АД. Депонирование крови - основной патологический феномен СГК. В первые часы депонирование может составлять 30-40 % трансфузии,

- IV этап - развиваются осложнения, связанные с нарушением транкапиллярного обмена в органах и тканях, заключающиеся в избыточном полнокровии и застое в одних и резкой анемии & других

Клиника СГК

- "Парадоксальная гиповолемия

- гипотония (при объеме гемотрансфузии не менее 2-2.5 л донорской крови)

- бледность кожных покровов, за исключением тех случаев, когда поверхностно расположенные капилляры заполнены застойными агрегированными эритроцитами, придающими им красный цвет - "красный шок"

- застойные явления в легких ("насосные легкие") - резкая одышка, цианоз

- В периферической крови гемоглобин и число тромбоцитов снижены и не увеличиваются под влиянием массивной гемотрансфузии

- Концентрация фибриногена снижена

- Функция почек снижается, однако в связи с отсутствием гемолиза ОПН, как правило, не возникает

Профилактика СГК

- Объем гемотрансфузий не должен превышать 50 % исходного ОЦК реципиента, т. е. 2-2,5 л. Донорскую кровь следует применять лишь с целью нормализации кислородной емкости крови. Показаниями являются концентрации гемоглобина и гематокрита ниже 100-80 г/л и 30-25 %.

- Вместо цельной крови следует использовать эритроцитную массу, отмытую от плазменных факторов.

- Необходимо широко применять в больших количествах коллоидные и кристаллоидные растворы, улучшающие макро- и микроциркуляцию.

Диссеминированное внутрисосудистое свертывание крови

Это неспецифический общепатологический процесс, встречающийся при многих видах патологии и проявляющийся в прижизненном образовании тромбоцитарно-фибриновых

сгустков в системе микроциркуляции ЖВО. Это приводит к гипоксии, ишемии, некрозу и нарушению функции ЖВО и, одновременно, - к неконтролируемому кровотечению из макрососудов.

Формы ДВС

- Острая
- Подострая
- Хроническая

Акушерская патология, приводящая к развитию острой формы ДВС

- Нарушение процессов прикрепления и отделения плаценты
- Оперативные и травматические повреждения матки и мягких тканей половых путей
- Другие виды патологии
- Эклампсия, преэклампсия
- Длительная задержка мертвого плода в матке
- ЭГЗ
- Иммуооконфликтная беременность

Лечение ДВС

СТРОГО ИНДИВИДУАЛЬНО и направлено на

- Ликвидацию причины
- Нормализацию гемодинамики
- Нормализацию свертывания крови
- Гепарин широко применяется при ДВС-синдроме. Гепарин вводится в зависимости от концентрации в крови тромбина, фибриногена, тромбоцитов под контролем гемокоагуляции.
- В фазу гиперкоагуляции- 50-70 ЕД/кг
- В фазу гипокоагуляции без активации фибринолиза- 30 ЕД/кг
- В фазу гипокоагуляции с активацией фибринолиза- 10-20 ЕД/кг
- В фазу полного несвертывания крови – гепарин противопоказан.

Естественные ингибиторы протеаз –

- контрикал (трасилол) по 60000-80000 ЕД,
- гордокс по 500 000-600 000 ЕД в/в

Мероприятия по предотвращению или уменьшению послеродового кровотечения

До родов

- Определить предрасполагающие факторы риска
- Определить исходный гематокрит
- Послать образец крови пациентки в банк крови для определения группы и подбора донорской крови
- Установить внутривенный катетер большого калибра для обеспечения возможности быстрой инфузии
- Определить исходную коагулограмму и количеству тромбоцитов и показаниям

В родзале

- Избегать ненужных потягиваний за пуповину
- Тщательно осмотреть родившийся послед
- Пальпаторно оценить тонус матки
- Выполнить массаж матки
- Осмотреть в зеркалах шейку матки и стенки влагалища
- Перед переводом в послеродовую палату полностью удалить сгустки крови из матки и влагалища

В послеродовой палате

- Постоянно наблюдать за пациенткой
- Часто пальпировать и массировать матку
- Часто контролировать жизненные показатели пациентки

ЛЕКЦИЯ №9.

Неудовлетворительный прогресс родов. Дистоция плечиков.

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

Актуальность:

Технологический модель учебного занятия:

Время – 2 часа	Количество студентов - поток
Форма проведения занятия	Учебная лекция
План лекционного занятия	99. Вводное слово 100. Причины родоразрешающих операций 101. Тактика при родоразрешающих операций

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

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
103. Дать определение «родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.» Разобрать основные методы исследования Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при родоразрешающих операций.	104. Основная сущность заболевание резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода Усвоить основные методы исследования 105. Иметь представление об основных направлениях родоразрешающих операций 106. 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		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	107. Вступительное слово о родоразрешающих операций. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. 108. В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования родоразрешающих операций. Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 109. 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. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии. 110. 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. Записывает задание для следующих занятий

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 – 2 часа	Количество студентов - поток
Форма проведения занятия	Учебная лекция
План лекционного занятия	111. Вводное слово 112. Причины родоразрешающих операций 113. Тактика при родоразрешающих операций

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

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
115. Дать определение «родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.» Разобрать основные методы исследования Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при родоразрешающих операций.	116. Основная сущность заболевание резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода Усвоить основные методы исследования 117. Иметь представление об основных направлениях родоразрешающих операций 118. 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		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	119. Вступительное слово о родоразрещающих операций. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. 120. В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования родоразрещающих операций. Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 121. 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. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии. 122. 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. Записывает задание для следующих занятий

Продолжительность изучения темы

Количество часов- 5,4 ч

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 значительное 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 относится 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 послеродовом 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; Стер 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):

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

ИИ 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 плодоразрушающей 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:

1. Общеравномерносуженный таз
2. Простой плоский таз
3. Плоскорахитический таз
4. Поперечносуженный

К редко встречающимся узким тадам относят

1. Кососмещенный и кососуженный таз
2. Воронкообразный таз
3. Спондилолистетический таз
4. Остеомалятический таз
5. Таз суженный экзостозами и костными опухолями
6. 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;

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

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

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

4. 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

1. Головка вставляется стреловидным швом в поперечном размере таза
2. Разгибание головки
3. Передне-теменное вставление (асинклитизм Негеля).
4. Среднее и низкое поперечное стояние головки

Плоскорихитический таз характеризуется деформацией верхней части крестца, подвздошные кости отклонены кнаружи, лобковая дуга расширена. Вход в таз удлинен 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

1. Разгибание головки
2. Длительное высокое поперечное стояние головки
3. 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 родовой 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.

Особенности биомеханизма родов:

1. Высокое прямое стояние головки
2. Через все плоскости таза головка проходит стреловидным швом в прямом размере (очень редко).

Роды у женщин с поперечно суженным тазом как правило заканчиваются операцией кесарева сечения.

Диагностика АУТ основывается на изучении анамнеза больной, осмотра тела, измерении таза, данных влагалищного исследования, рентгенографии, рентгенопельвеометрии. Перенесенный рахит, тяжелые бытовые условия, в которых женщина жила в детском возрасте, позднее менархе, туберкулёз костей и пр.- все это может дать указания на возможные изменения в костях таза. Важное значение имеет сведения о течении прежних родов (акушерский анамнез).

Важное значение имеет наружное исследование, осмотр беременной. Следует обратить внимание на рост, деформацию костей, искривление позвоночника, не хромота ли женщина, нет ли анкилозов, какая форма ромба Михаэлиса, формы живота (остроконечный у первобеременных, отвислый- у многорожавших).

При АУТ головка плода остается подвижной над входом в малый таз вплоть до родов, высокое стояние дна матки и предлежащей головки, часто наблюдаются неправильные положения и предлежания плода, преждевременное прерывание беременности, осложненное течение беременности (одышка, отеки, гипертензионные состояния).

При влагалищном исследовании необходимо измерить диагональную конъюгату и по ней определить величину истинной конъюгаты.

При измерении таза важно определить высоту симфиза, размеры выхода таза, измерение боковых конъюгат.

В некоторых случаях прибегают к дополнительным методам исследования, как рентгенография, рентгенопельвеометрия, ультразвуковое исследование.

Анатомический узкий таз в 27% оказывается в родах и клинически узким. Течение родов при АУТ зависит от следующих факторов:

1. величины головки плода
2. характера предлежания и вставления головки
3. способности головки плода к конфигурации
4. степени интенсивности родовой деятельности
5. степени сужения таза

В родах часто наблюдается несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, внутриутробная гипоксия плода, асфиксия новорожденного, родовой травматизм матери и плода. Длительный безводный период обуславливает развитие эндометрита в родах и послеродовых септических осложнений.

Клинический узкий таз (КУТ)

Это такой таз, при котором во время родов возникает несоответствие (диспропорция) между головкой плода и размерами таза.

Диспропорция между головкой плода и размерами таза может возникнуть как при анатомически узком таза (25-27%), так при нормальных размерах таза вследствие крупного плода, плохой способности головки к конфигурации при перенашивании, неправильном вставлении головки (разгибательные, заднетеменное вставления, высокое прямое вставление, лобное предлежание головки, задний вид лицевого) и др. неблагоприятны - 0,5%.

Причины возникновения диспропорции головки плода и таза матери (клинически узкого таза).

Причинами развития клинически узкого таза являются:

1. Анатомическое сужение таза.
2. Крупный плод, реже гидроцефалия.
3. Неправильное вставление головки плода (высокое прямое стояние стреловидного шва, разгибательные предлежания, асинклитическое вставление головки).

К предрасполагающим факторам возникновения клинически узкого таза являются: перенесенная беременность; задний вид затылочного предлежания.

Классификация клинически узкого таза.

Р.И. Калганова (1965 г.) предложила классификацию клинически узкого таза в зависимости от степени несоответствия между тазом роженицы и головкой плода и выделила три степени несоответствия:

II степень несоответствия (относительное несоответствие):

- 1) Особенности вставления головки и механизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза.
- 2) Хорошая конфигурация головки плода.

III степень несоответствия (значительное несоответствие):

- 1) Особенности вставления головки и механизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза.
- 2) Резко выраженная конфигурация головки плода.
- 3) Длительное стояние головки в одной плоскости таза.
- 4) Наличие признака Вастена вровень.
- 5) Симптомы прижатия мочевого пузыря (затрудненное мочеиспускание, примесь крови в моче).

IIII степень несоответствия (абсолютное несоответствие):

- 1) Особенности вставления головки, присущие имеющейся форме сужения таза, однако часто возникает механизм вставления головки, несвойственный для данной формы анатомически узкого таза.
- 2) Выраженная конфигурация головки или отсутствие конфигурационной способности головки, особенно переносного плода.
- 3) Положительный признак Вастена.
- 4) Выраженные симптомы прижатия мочевого пузыря.
- 5) Преждевременное появление произвольных безрезультатных потуг.
- 6) Отсутствие поступательных движений головки при полном открытии шейки матки и энергичной родовой деятельности, появление признаков гипоксии плода.
- 7) Симптомы угрожающего разрыва матки.

Симптомы клинического несоответствия

1. Биомеханизм родов соответствует какому либо АУТ. При возникновении клинического несоответствия между головкой плода и тазом роженицы при нормальных размерах таза механизм вставления головки имеет те же особенности, что и при АУТ. Чаще всего образуется передний асинклитизм или клиновидное вставление головки.
2. Положительный симптом Вастена, т. е. степень нависания головки над лоном выражен, это является несомненным признаком КУТ.

Вместе с тем следует помнить, что наличие или отсутствие признака Вастена зависит от особенностей вставления головки, при заднем асинклитизме, когда первой вставляется во вход в таз задняя теменная кость, а передняя задерживается над лоном, признак Вастена обязательно будет положительным. При переднем асинклитизме, наоборот,

первой вставляется передняя теменная кость. В этом случае признак Вастена не является доказательством благоприятных соотношений между тазом роженицы и головкой плода.

3. Симптом прижатия мочевого пузыря
4. Появление признаков перерастяжения нижнего маточного сегмента
5. Длительное стояние головки при наличии хорошей родовой деятельности
6. Отсутствие поступательных движений головки при полном раскрытии шейки матки и энергичной родовой деятельности.
7. Симптом угрожающего разрыва матки (частые и болезненные схватки, высокое стояние ретракционного кольца, болезненность нижнего маточного сегмента при пальпации, отек шейки матки, симптом “рукава”, непроизвольная и непродуктивная потужная деятельность, признаки внутриутробной гипоксии плода, натяжение и болезненность при пальпации круглых маточных связок, изменение формы матки: ”форма песочных часов“).
8. Если при полном раскрытии шейки матки и хорошей родовой деятельности, отошедших водах нет поступательных движений головки в течении 2 часов у первородящих и 1 часа у повторнородящих следует ставить диагноз абсолютно узкого клинического таза и роды закончить операцией кесарева сечения.

Осложнения родов при КУТ

1. Несвоевременное излитие околоплодных вод
2. Слабость родовой деятельности, чаще вторичная
3. Выпадение пуповины и мелких частей плода
4. Затяжные роды
5. Внутриутробная гипоксия и асфиксия плода, внутриутробная гибель плода
6. Травматизм плода
7. Угроза разрыва матки и разрыв матки
8. Мочеполовые и прямокишечно-вагинальные свищи
9. Эндометрит в родах
10. Кровотечения в 3 и раннем послеродовом периоде

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 плодом, 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 моментом 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. Чаще 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.

Период изгнания.

Когда заканчивается период раскрытия при узком тазе головка обычно еще стоит над входом в малый таз. Для того, чтобы начался период изгнания, нужна подготовительная работа по вставлению и конфигурации головки. Чтобы головка соответствующим образом установилась во входе в малый таз, должно пройти определенное время между периодом раскрытия и началом периода изгнания. Этот период родов – самый ответственный при узком тазе, называют периодом конфигурации. В этом периоде решается вопрос о возможности родов через естественные родовые пути при узком тазе, проводится функциональная оценка таза: при отсутствии поступательных движений головки при полном открытии шейки матки, отошедших водах и энергичной родовой деятельности в течение 1-2 часов у повторнородящих и в течении 2 -3 часов у первородящих следует ставить диагноз “клинический узкий таз 3 степени” и закончить роды операцией кесарева сечения. При отсутствии условий для кесарева сечения или мертвом плоде показана плодоразрушающая операция. Чрезмерно длительное выжидание во втором периода родов – периоде конфигурации- нежелательно так как исход родов для плода при этом ухудшается. По данным Р.И.Калгановой, длительность выжидания не должна превышать 2 – 3 часов для первородящих и 1 – 1,5 часов у повторнородящих.

Для диагностики клинического несоответствия таза определяются признак Вастена и Цангемейстера, симптомы сдавления мочевого пузыря. Одним из признаков прижатия мочевого пузыря является отсутствие самостоятельного мочеиспускания, что часто сочетается с трудностью катетеризации, затрудненным мочеиспусканием (мочеиспускание малыми порциями, при котором мочевой пузырь полностью не опорожняется).

При появлении признаков внутриутробной гипоксии плода необходимо применение мер борьбы с гипоксией и ускорение родов.

Слабость родовой деятельности, которая нередко встречается при клиническом узком тазе, ведет к затяжным родам, что в свою очередь опасно, так как способствует развитию асфиксии плода и инфекции. При затянувшихся родах и утомлении роженицы ей необходимо предоставить отдых путем дачи акушерского наркоза, показано систематическое применение методов профилактики внутриутробной гипоксии плода.

Три клинических признака очень важны для диагностики диспропорции головки плода и таза матери. К ним относятся:

- недостаточный прогресс в раскрытии шейки матки;
- замедленное продвижение головки;
- конфигурация головки.

При клиническом несоответствии шейка матки при полном открытии не смещается за головку плода, а часто отекает и пассивно свисает во влагалище, создавая ложное впечатление о неполном открытии шейки матки.

При диспропорции таза роженицы и головки плода опасными признаками являются длительное стояние головки в одной плоскости, отечность шейки матки и наружных половых органов, задержка мочеиспускания и появление крови в моче, растяжение нижнего сегмента матки, наличие произвольных безрезультатных потуг, повышение температуры тела и учащение пульса, появление признаков острой гипоксии плода. При наличии перечисленных признаков следует немедленно закончить роды. В случае отсутствия условий для родоразрешения через естественные родовые пути производят кесарево сечение. Следует отметить, что при узких тазах расширены показания к операции кесарева сечения в интересах плода у женщин с отягощенным акушерским анамнезом, при тазовом

предлежании, крупном плоде, у первородящих старшего возраста и др. Расширение показаний к кесареву сечению при узком тазе позволяет снизить перинатальную смертность, частоту послеродовых септических заболеваний, частоту родового травматизма матери и плода.

Профилактика анатомического узкого таза рассматривается с позиции оздоровления девочек начиная с раннего детского возраста. Важное место имеет профилактика рахита, правильное питание, гигиена школьного возраста, предупреждение других соматических заболеваний. В профилактике клинического узкого таза важное место занимает дородовая госпитализация женщин группы риска для проведения дородовой подготовки и своевременного родоразрешения.

Одним из частых осложнений в родах при узком тазе является дистоция плечиков плода (затруднение при рождении плечевого пояса).

Дистоция плечиков может возникать при всех родах, особенно если ожидается крупный плод.

Факторы риска

- Первичная дистоция плечиков
- Гестационный диабет
- Переношенная беременность
- Макросомия
- Анатомически узкий таз
- Крупный плод

ДИАГНОСТИКА:

-головка плода родилась, но остается плотно охваченной вульвой

-подбородок втягивается и опускается

т промежность

-потягивание за головку не сопровождается рождением плечика, которое цепляется за симфиз

ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ:

Исправление дистоции плечиков с использованием ХЕЛПЕРР

Х = Хелп (призыв о помощи)

Е = эвалуате фор эписиотомий (эпизиотомия)

Л = Легс (маневр МсРобертс)

П = Прессуре (сдавления над симфизом)

Е = энтер тхе вагина (введение влагалища)

Р = Ремове тхе постериор арм (согнуть руки)

Р = Ролл тхе пациент (поставить на четвереньки)

Х - Хелп – позовите всех на помощь

Е - Проведите достаточно большую эпизиотомию для уменьшения препятствий со стороны мягких тканей

Л -В положении женщины на спине сгибаем оба бедра, приведя колени как можно ближе к груди (помогают ассистенты)

П -Надев стерильные перчатки, осуществляем сильное продолжительное потягивание вниз за головку плода для подведения плечика под симфиз. Одновременно ассистент во время потягивания надавливает в надлобковой области вниз для способствования рождения плечика

Е -Если плечико не родилось, войти рукой во влагалище и надавить на переднее плечико по направлению к груди ребенка для вращения плечика и уменьшения в диаметре

Р -При необходимости надавливают на заднее плечико по направлению к груди. Если плечико все еще не родилось, захватите плечевую кость задней руки и согнув её в локте проведите через грудь и выведите её. Это освободит место для другого плеча, которое обычно рождается самостоятельно.

Р – Роженицу просят встать на четвереньки при этом увеличивается диаметр таза

Если после всех перечисленных мероприятий плечико не родилось необходимо произвести клейдотомию.

Осложнения

- *Со стороны матери*
 - Повреждение мягких тканей
 - Повреждение сфинктера
 - Послеродовые кровотечения
 - Разрыв матки
 - Расхождение симфиза
- *Со стороны новорожденного*
 - Паралич плечевого сплетения
 - Перелом ключицы
 - Перелом плеча
 - Внутриутробный ацидоз
 - Гипоксическая энцефалопатия

БУМ!

Цель: Развлечение, концентрация.

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 послеродовом 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; Стерр 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 плодоразрушающей 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:

5. Общеравномерносуженный таз
6. Простой плоский таз
7. Плоскорахитический таз
8. Поперечносуженный

К редко встречающимся узким тавам относят

7. Кососмещенный и кососуженный таз
8. Воронкообразный таз
9. Спондилолистетический таз
10. Остеомалитический таз
11. Таз суженный экзостозами и костными опухолями
12. 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:

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

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

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

8. 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

5. Головка вставляется стреловидным швом в поперечном размере таза

6. Разгибание головки

7. Передне-теменное вставление (асинклитизм Негеля).

8. 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

4. Разгибание головки

5. Длительное высокое поперечное стояние головки

6. 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 естественные 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.

Особенности биомеханизма родов:

3. Высокое прямое стояние головки

4. Через все плоскости таза головка проходит стреловидным швом в прямом размере (очень редко).

Роды у женщин с поперечно суженным тазом как правило заканчиваются операцией кесарева сечения.

Диагностика АУТ основывается на изучении анамнеза больной, осмотра тела, измерении таза, данных влагалищного исследования, рентгенографии, рентгенопельвеометрии. Перенесенный рахит, тяжелые бытовые условия, в которых женщина жила в детском возрасте, позднее менархе, туберкулёз костей и пр.- все это может дать указания на возможные изменения в костях таза. Важное значение имеет сведения о течении прежних родов (акушерский анамнез).

Важное значение имеет наружное исследование, осмотр беременной. Следует обратить внимание на рост, деформацию костей, искривление позвоночника, не хромота ли женщина, нет ли анкилозов, какая форма ромба Михаэлиса, формы живота (остроконечный у первобеременных, отвислый- у многорожавших).

При АУТ головка плода остается подвижной над входом в малый таз вплоть до родов, высокое стояние дна матки и предлежащей головки, часто наблюдаются неправильные положения и предлежания плода, преждевременное прерывание беременности, осложненное течение беременности (одышка, отеки, гипертензионные состояния).

При влагалищном исследовании необходимо измерить диагональную конъюгату и по ней определить величину истинной конъюгаты.

При измерении таза важно определить высоту симфиза, размеры выхода таза, измерение боковых конъюгат.

В некоторых случаях прибегают к дополнительным методам исследования, как рентгенография, рентгенопельвеометрия, ультразвуковое исследование.

Анатомический узкий таз в 27% оказывается в родах и клинически узким. Течение родов при АУТ зависит от следующих факторов:

1. величины головки плода
2. характера предлежания и вставления головки
3. способности головки плода к конфигурации
4. степени интенсивности родовой деятельности
5. степени сужения таза

В родах часто наблюдается несвоевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, внутриутробная гипоксия плода, асфиксия новорожденного, родовой травматизм матери и плода. Длительный безводный период обуславливает развитие эндометрита в родах и послеродовых септических осложнений.

Клинический узкий таз (КУТ)

Это такой таз, при котором во время родов возникает несоответствие (диспропорция) между головкой плода и размерами таза.

Диспропорция между головкой плода и размерами таза может возникнуть как при анатомически узком тазе (25-27%), так при нормальных размерах таза вследствие крупного плода, плохой способности головки к конфигурации при перенашивании, неправильном вставлении головки (разгибательные, заднетеменное вставления, высокое прямое

вставление, лобное предлежание головки, задний вид лицевого) и др. неблагоприятны - 0,5%.

Причины возникновения диспропорции головки плода и таза матери (клинически узкого таза).

Причинами развития клинически узкого таза являются:

4. Анатомическое сужение таза.
 5. Крупный плод, реже гидроцефалия.
 6. Неправильное вставление головки плода (высокое прямое стояние стреловидного шва, разгибательные предлежания, асинклитическое вставление головки).
- К предрасполагающим факторам возникновения клинически узкого таза являются: переносная беременность; задний вид затылочного предлежания.

Классификация клинически узкого таза.

Р.И. Калганова (1965 г.) предложила классификацию клинически узкого таза в зависимости от степени несоответствия между тазом роженицы и головкой плода и выделила три степени несоответствия:

II степень несоответствия (относительное несоответствие):

- 1) Особенности вставления головки и механизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза.
- 2) Хорошая конфигурация головки плода.

III степень несоответствия (значительное несоответствие):

- 1) Особенности вставления головки и механизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза.
- 2) Резко выраженная конфигурация головки плода.
- 3) Длительное стояние головки в одной плоскости таза.
- 4) Наличие признака Вастена вровень.
- 5) Симптомы прижатия мочевого пузыря (затрудненное мочеиспускание, примесь крови в моче).

IIII степень несоответствия (абсолютное несоответствие):

- 1) Особенности вставления головки, присущие имеющейся форме сужения таза, однако часто возникает механизм вставления головки, несвойственный для данной формы анатомически узкого таза.
- 2) Выраженная конфигурация головки или отсутствие конфигурационной способности головки, особенно переносного плода.
- 3) Положительный признак Вастена.
- 4) Выраженные симптомы прижатия мочевого пузыря.
- 5) Преждевременное появление произвольных безрезультатных потуг.
- 6) Отсутствие поступательных движений головки при полном открытии шейки матки и энергичной родовой деятельности, появление признаков гипоксии плода.

7) Симптомы угрожающего разрыва матки.

Симптомы клинического несоответствия

9. Биомеханизм родов соответствует какому либо АУТ. При возникновении клинического несоответствия между головкой плода и тазом роженицы при нормальных размерах таза механизм вставления головки имеет те же особенности, что и при АУТ. Чаще всего образуется передний асинклитизм или клиновидное вставление головки.

10. Положительный симптом Вастена, т. е. степень нависания головки над лоном выражен, это является несомненным признаком КУТ.

Вместе с тем следует помнить, что наличие или отсутствие признака Вастена зависит от особенностей вставления головки, при заднем асинклитизме, когда первой вставляется во вход в таз задняя теменная кость, а передняя задерживается над лоном, признак Вастена обязательно будет положительным. При переднем асинклитизме, наоборот, первой вставляется передняя теменная кость. В этом случае признак Вастена не является доказательством благоприятных соотношений между тазом роженицы и головкой плода.

11. Симптом прижатия мочевого пузыря

12. Появление признаков перерастяжения нижнего маточного сегмента

13. Длительное стояние головки при наличии хорошей родовой деятельности

14. Отсутствие поступательных движений головки при полном раскрытии шейки матки и энергичной родовой деятельности.

15. Симптом угрожающего разрыва матки (частые и болезненные схватки, высокое стояние ретракционного кольца, болезненность нижнего маточного сегмента при пальпации, отек шейки матки, симптом "рукава", непроизвольная и непродуктивная потужная деятельность, признаки внутриутробной гипоксии плода, натяжение и болезненность при пальпации круглых маточных связок, изменение формы матки: "форма песочных часов").

16. Если при полном раскрытии шейки матки и хорошей родовой деятельности, отошедших водах нет поступательных движений головки в течении 2 часов у первородящих и 1 часа у повторнородящих следует ставить диагноз абсолютно узкого клинического таза и роды закончить операцией кесарева сечения.

Осложнения родов при КУТ

11. Несвоевременное излитие околоплодных вод

12. Слабость родовой деятельности, чаще вторичная

13. Выпадение пуповины и мелких частей плода

14. Затяжные роды

15. Внутриутробная гипоксия и асфиксия плода, внутриутробная гибель плода

16. Травматизм плода

17. Угроза разрыва матки и разрыв матки

18. Мочеполовые и прямокишечно-влагалищные свищи

19. Эндометрит в родах

20. Кровотечения в 3 и раннем послеродовом периоде

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 плодом, 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 моментом 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. Чаще 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.

Период изгнания.

Когда заканчивается период раскрытия при узком тазе головка обычно еще стоит над входом в малый таз. Для того, чтобы начался период изгнания, нужна подготовительная работа по вставлению и конфигурации головки. Чтобы головка соответствующим образом установилась во входе в малый таз, должно пройти определенное время между периодом раскрытия и началом периода изгнания. Этот период родов – самый ответственный при узком тазе, называют периодом конфигурации. В этом периоде решается вопрос о возможности родов через естественные родовые пути при узком тазе, проводится функциональная оценка таза: при отсутствии поступательных движений головки при полном открытии шейки матки, отошедших водах и энергичной родовой деятельности в течение 1-2 часов у повторнородящих и в течении 2 -3 часов у первородящих следует ставить диагноз “клинический узкий таз 3 степени” и закончить роды операцией кесарева сечения. При отсутствии условий для кесарева сечения или мертвом плоде показана плодоразрушающая операция. Чрезмерно длительное выжидание во втором периода родов – периоде конфигурации- нежелательно так как исход родов для плода при этом ухудшается. По данным Р.И.Калгановой, длительность выжидания не должна превышать 2 – 3 часов для первородящих и 1 – 1,5 часов у повторнородящих.

Для диагностики клинического несоответствия таза определяются признак Вастена и Цангемейстера, симптомы сдавления мочевого пузыря. Одним из признаков прижатия мочевого пузыря является отсутствие самостоятельного мочеиспускания, что часто сочетается с трудностью катетеризации, затрудненным мочеиспусканием (мочеиспускание малыми порциями, при котором мочевой пузырь полностью не опорожняется).

При появлении признаков внутриутробной гипоксии плода необходимо применение мер борьбы с гипоксией и ускорение родов.

Слабость родовой деятельности, которая нередко встречается при клиническом узком тазе, ведет к затяжным родам, что в свою очередь опасно, так как способствует развитию асфиксии плода и инфекции. При затянувшихся родах и утомлении роженицы ей необходимо предоставить отдых путем дачи акушерского наркоза, показано систематическое применение методов профилактики внутриутробной гипоксии плода.

Три клинических признака очень важны для диагностики диспропорции головки плода и таза матери. К ним относятся:

- недостаточный прогресс в раскрытии шейки матки;
- замедленное продвижение головки;
- конфигурация головки.

При клиническом несоответствии шейка матки при полном открытии не смещается за головку плода, а часто отекает и пассивно свисает во влагалище, создавая ложное впечатление о неполном открытии шейки матки.

При диспропорции таза роженицы и головки плода опасными признаками являются длительное стояние головки в одной плоскости, отечность шейки матки и наружных половых органов, задержка мочеиспускания и появление крови в моче, растяжение нижнего сегмента матки, наличие произвольных безрезультатных потуг, повышение температуры тела и учащение пульса, появление признаков острой гипоксии плода. При наличии перечисленных признаков следует немедленно закончить роды. В случае отсутствия условий для родоразрешения через естественные родовые пути производят кесарево сечение. Следует отметить, что при узких тазах расширены показания к операции кесарева сечения в интересах плода у женщин с отягощенным акушерским анамнезом, при тазовом предлежании, крупном плоде, у первородящих старшего возраста и др. Расширение показаний к кесареву сечению при узком тазе позволяет снизить перинатальную смертность, частоту послеродовых септических заболеваний, частоту родового травматизма матери и плода.

Профилактика анатомического узкого таза рассматривается с позиции оздоровления девочек начиная с раннего детского возраста. Важное место имеет профилактика рахита, правильное питание, гигиена школьного возраста, предупреждение других соматических заболеваний. В профилактике клинического узкого таза важное место занимает дородовая госпитализация женщин группы риска для проведения дородовой подготовки и своевременного родоразрешения.

Одним из частых осложнений в родах при узком тазе является дистоция плечиков плода (затруднение при рождении плечевого пояса).

Дистоция плечиков может возникать при всех родах, особенно если ожидается крупный плод.

Факторы риска

- Первичная дистоция плечиков
- Гестационный диабет
- Переношенная беременность
- Макросомия
- Анатомически узкий таз
- Крупный плод

ДИАГНОСТИКА:

-головка плода родилась, но остается плотно охваченной вульвой

-подбородок втягивается и опускает промежность

-потягивание за головку не сопровождается рождением плечика, которое цепляется за симфиз

ТАКТИКА ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ:

Исправление дистоции плечиков с использованием ХЕЛПЕРР

Х = Хелп (призыв о помощи)

Е = эвалуате фор эписиотомий(эпизиотомия)

Л = Легс (маневр МсРобертс)

П = Прессуре (сдавления над симфизом)

Е = энтер тхе вагина (введение влагалища)

Р =Ремове тхе постериор арм (согнуть руки)

Р = Ролл тхе пациент (поставить на четвереньки)

Х - Хелп – позовите всех на помощь

Е - Проведите достаточно большую эпизиотомию для уменьшения препятствий со стороны мягких тканей

Л -В положении женщины на спине сгибаем оба бедра, приведя колени как можно ближе к груди (помогают ассистенты)

П -Надев стерильные перчатки, осуществляем сильное продолжительное потягивание вниз за головку плода для подведения плечика под симфиз. Одновременно ассистент во время потягивания надавливает в надлобковой области вниз для способствования рождения плечика

Е -Если плечико не родилось, войти рукой во влагалище и надавить на переднее плечико по направлению к груди ребенка для вращения плечика и уменьшения в диаметре

Р -При необходимости надавливают на заднее плечико по направлению к груди. Если плечико все еще не родилось, захватите плечевую кость задней руки и согнув её в локте проведите через грудь и выведите её. Это освободит место для другого плеча, которое обычно рождается самостоятельно.

Р – Роженицу просят встать на четвереньки при этом увеличивается диаметр таза

Если после всех перечисленных мероприятий плечико не родилось необходимо произвести клейдотомию.

Осложнения

- *Со стороны матери*
 - Повреждение мягких тканей
 - Повреждение сфинктера
 - Послеродовые кровотечения
 - Разрыв матки
 - Расхождение симфиза
- *Со стороны новорожденного*
 - Паралич плечевого сплетения
 - Перелом ключицы
 - Перелом плеча
 - Внутриутробный ацидоз
 - Гипоксическая энцефалопатия

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 – 2 часа	Количество студентов - поток
Форма проведения занятия	Учебная лекция
План лекционного занятия	123. Вводное слово 124. Причины родоразрешающих операций 125. Тактика при родоразрешающих операций

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

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
127. Дать определение «родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.» Разобрать основные методы исследования Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов исследования при родоразрешающих операций.	128. Основная сущность заболевание резус фактор в акушерстве, гемолитической болезни плода Усвоить основные методы исследования 129. Иметь представление об основных направлениях родоразрешающих операций 130. 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		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	131. Вступительное слово о родоразрещающих операций. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. 132. В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования родоразрещающих операций. Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 133. 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. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии. 134. 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. Записывает задание для следующих занятий

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

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПОВТОРНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ:



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 -Кесарево сечению (М.С. Малиновскому 1974 г.)

А. Абсолютные показания

1. Абсолютно суженный таз, когда истинная конъюгата не превышает 6 см.
2. Рубцовые сужения влагалища.
3. 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.)

Многие зарубежные авторы разделяют все показания к кесарево 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

ИИ группа. Детские

- Угрожающая внутриутробная гипоксия плода
- Резус конфликт
- Мертворождение в анамнезе

ИИИ группа. Смешанные

- Перенашивание беременности
- Слабость родовой деятельности
- Аномалии положения плода
- Сахарный диабет

Противопоказания к хирургическому родоразрешению

И 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.

ИИ 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. Обезболивающие средства назначают в течение 2 сут после операции, трансфузионную 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?

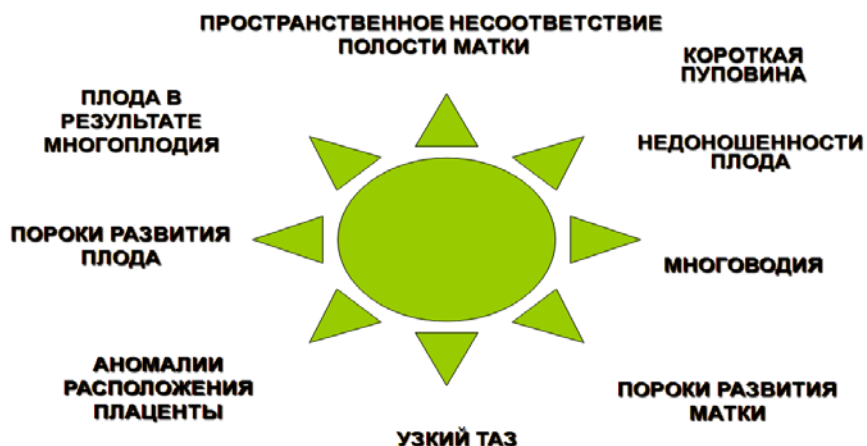
Позиция плода при поперечном положении определяется по положению головки: если головка слева — первая. Поперечное положение позиция, если головка справа — вторая позиция.

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

Диагностика поперечного положения плода



этиология поперечного положения плода



Осложнения в родах при поперечном положении плода

- РАННЕЕ ИЗЛИТИЕ ВОД

- ХОРИОНАМНИОНИТ В РОДАХ
- ЗАПУЩЕННОЕ ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА

Что называется запущенным поперечным положением плода?

Запущенным поперечным положением плода называется поперечное положение при отошедших водах, когда плод в матке совершенно неподвижен. Исправление такого поперечного положения на продольное путем поворота совершенно невозможно. Плечико плода при этом обычно вколачивается в малый таз, нередко выпадает ручка.

Какова тактика врача при установлении диагноза поперечного или косого положения плода у беременной?

Каждая беременная, у которой за 3—5 нед до родов установке поперечное или косое положение плода, должна быть госпитализирована в отделение патологии беременных.

Какого плана ведения родов следует придерживаться?

С началом родовой деятельности у рожениц с поперечным положением плода следует производить операцию кесарева сечения, операция может быть произведена и в плановом порядке при сроке беременности 39—40 нед.

Операция поворота плода на ножку очень травматична для плода и при поперечном положении его применяется только при отсутствии условий для операции кесарева сечения (отсутствие операционной, инструментария, соответствующего персонала), при внутриутробной смерти плода.

При наличии косого положения плода роженица укладывается на бок, соответствующий нахождению крупной части в подвздошной области. При опускании тазового конца плода, который нередко занимает продольное положение. Если укладыванием на бок не удастся добиться исправления косого положения плода, вопрос должен быть решен в пользу кесарева сечения

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Как только женщина узнает о том, что беременна двойней, у нее в воображении обычно возникают милые образы одинаково одетых, похожих друг на друга детей. На самом же деле многоплодная беременность таит в себе значительных риск, как для самой матери, так и для ее потомства. Чтобы такая беременность закончилась благополучно необходимо вести по особым правилам. Можно сказать, что все осложнения возможные при двуплодной беременности, нарастают по частоте тяжести с увеличением количества плодов.

ЧАСТОТА МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ



ДИАГНОСТИКА МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

- 1) Размеры матки значительно превышают размеры, характерные для данного срока беременности
- 2) Увеличение ВДМ на 4 см за неделю
- 3) *многоплодной беременности обычно устанавливается с помощью ультразвукового исследования*

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРОВОДЯТ С

- ЛЕЙОМИОМОЙ МАТКИ
- ДРУГИМИ ОПУХОЛЯМИ
- МНОГОВОДИЕМ
- ПУЗЫРНЫМ ЗАНОСОМ
- Неправильно установленным сроком беременности

ВЕДЕНИЕ РОДОВ

Тактика ведения родов в значительной степени *определяется характером предлежания двойни*. Если первый из близнецов (предлежащий) находится в головном (вертексом) предлежании, обычно допускаются трансвагинальные роды. Если же предлежащий близнец находится в другом, нежели головное, предлежании, — как правило, производится кесарево сечение. Сердечную деятельность каждого плода во время родов регистрируют отдельно. Подходы к ведению родов двойней различаются в зависимости от срока беременности, предлежания и опыта принимающего роды врача. Независимо от первоначального плана родов, обязательна готовность анестезиологов и педиатров на случай срочного проведения кесарева сечения.

Резюме: При все выше указанных ситуациях врач общего профиля должен решать вопрос дородовой госпитализации с целью достижения благоприятного исхода беременности и родов.

ЛЕКЦИЯ 12

Послеродовая инфекция. Акушерский перитонит.

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 – 2 часа	Количество студентов - поток
Форма проведения занятия	Учебная лекция

		представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог лекционного занятия. напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на лекции. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в лекционном занятии. 146. 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. 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.)

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Для возникновения любого гнойно-септического заболевания, в том числе и послеродового, необходимым условием является наличие возбудителя. Динамически протекающий процесс, который возникает в результате взаимодействия двух основных систем – микро и макроорганизма – носит название послеродового септического заболевания.

При этом, наряду со свойствами микроорганизма, чрезвычайно важное значение имеют защитно - приспособительные возможности организма родильницы. В развитии послеродовых осложнений основная роль принадлежит не столько фактору инфицирования, сколько способности материнского организма противостоять инфекции. До эры антибиотиков основным этиологическим фактором послеродовых воспалительных заболеваний является стрептококк, который высевается у 50-80% больных.

После широкого внедрения антибиотиков – занял стафилакокки, его высевали в 64,5%. Другим возбудителем, часто вызывающим послеродовых заболеваний, является кишечная палочка. Нередко из полости матки высевают ассоциации двух и более микроорганизмов, которые представлены различными видами энтеробактерий и бактериями или другими сочетаниями. Аэробные бактерии без анаэробных выделены лишь в 4% случаев. При легком течении эндометриты анаэробы выявлены в 48% случаев. По данным авторов патогенный стафилакокк был обнаружен у 38% женщин из числа поступивших в родильный дом и у 60% женщин, выписавшихся после родов, причем частота гнойно-септических заболеваний у них значительно возростала и достигла 9%.

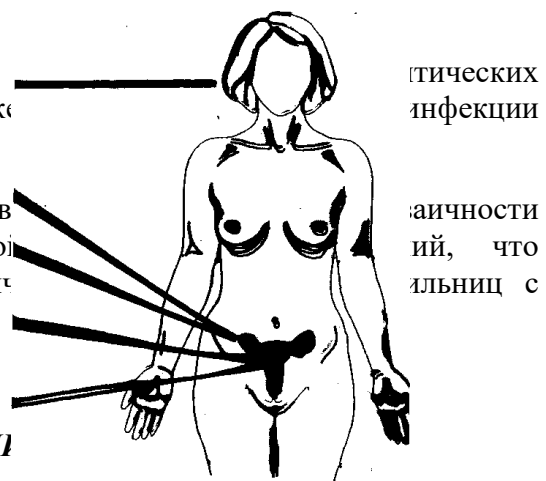
Инфицирование госпитальными штаммами возбудителей, которые обладают высокой вирулентностью и множественной устойчивостью к антибиотикам происходит экзогенным путем. Оно может происходить как до родов (операция) когда эти штаммы вторгаются в нормальные микро биоценозы слизистых оболочек, кожи и, обладая селективными преимуществами в условиях стационара, вытесняют представителей нормальной биомикрофлоры так и в послеродовой (послеоперационный период).

Подводя итог, следует отметить, что послеродовые гнойно- септические заболевания продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства.

Частота распространения таких форм заболеваний, как эндометрит, особенно после кесарева сечения, послеоперационных ран, не снижается.

Изложенные выше данные свидетельствуют о сложной этиологической структуре послеродовых гнойно-септических заболеваний, что предъявляет особые требования к бактериологическому обследованию и лечению, особенно в осложненном течении послеродового периода.

ПОСЛЕРОДОВЫЕ



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.

1. Послеродовый мастит является одним из относительно частых проявлений гнойно-септической инфекции в акушерстве.
2. В последнее десятилетие отмечается повышение частоты послеродового мастита.
3. Послеродовый мастит оказывает выраженное неблагоприятное влияние на организм матери.

4. Воздействие послеродового мастита на организм ребенка весьма неблагоприятно.

5. Длительное пребывание больной гнойным маститом в стационаре, необходимость применения дорогостоящих антибиотиков, а также других препаратов причиняют определенный ущерб.

ЭТИОЛОГИЯ

Этиологии послеродового мастита посвящено значительное число исследований. Прежде всего, необходимо подчеркнуть, что специфического возбудителя послеродового мастита не существует. Как проявление гнойно-септической инфекции, в акушерстве мастит может быть обусловлен различными микроорганизмами, но преимущественно так называемыми гноеродными микробами.

Исходя из особенностей практики клинического течения в современных условиях, Б.А. уртовой предложил следующую классификацию послеродового мастита:

1. серозный
2. инфильтративный
3. гнойный
 - а) *инфильтративно-гнойный*
 - диффузный
 - узловой
 - б) *абсцедирующий*
 - фурункулез ареолы
 - абсцесс ареолы
 - абсцесс в толще железы
 - абсцесс позади железы (ретромаммарный)
 - в) *флегмозный*:
 - гнойно-некротический
 - г) *гангренозный*

Клиника мастита начинается остро. При серозном мастите температура тела повышается до 38-39 °, озноб, слабость, головные боли, боли в молочной железе.

Лечение послеродового мастита должно быть этиотропным, комплексным, систематическим и активным. Оно должно включать антибактериальные препараты, дезинтоксикационные, десенсибилизирующие средства, методы повышения специфической иммунологической реактивности и неспецифической защиты организма, при гнойном мастите – своевременное оперативное вмешательство.

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.

Клиническая картина 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 .

Лечение эндометрита в острой стадии заключается в назначении антибиотиков, с учетом чувствительности к ним возбудителя. Обычно начинают полусинтетические пенициллины, канамицин, гентамицин и др . Дозы и длительность применения антибиотиков определяются тяжестью заболевания. В связи с частотой присоединения анаэробов рекомендуется дополнительно применять метранидазол. При необходимости проводят инфузионную, десенсибилизирующую, общеукрепляющую терапию.

Лечение хронического эндометрита комплексное, включают терапию сопутствующих заболеваний, общеукрепляющие средства, по показаниям седативные, десенсибилизирующие препараты, витамины.

Физиотерапия занимает основное место при лечении хронического эндометрита, ее проводят дифференцированно в зависимости от длительности процесса, возраста больной, функции яичников.

ПОСЛЕРОДОВЫЙ САЛЬПИНГООФАРИТ

Сальпингоофарит (СО) относится к числу наиболее частых локализаций ВЗОТ. Развитие не гонорейных СО обуславливается 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. Рекомендуются 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 основании 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 стафилококки 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.

Общие принципы комплексной терапии можно сформулировать следующим образом.

- Необходимо своевременное оперативное лечение для устранения причины перитонита;
- Дренирование брюшной полости;
- Рациональная антибиотикотерапия;
- Дезинтоксикационная терапия;
- Нормализация объема циркулирующей жидкости;
- Парентеральное питание;
- Устранение нарушений микроциркуляции;
- Коррекция КЩС;
- Восстановление перистальтики кишечника;
- Профилактика и лечение нарушений деятельности сердца, легких, печени и почек.

Оперативное лечение показано при неполноценности послеоперационного шва на матке, при перитоните вследствие нарушения барьерной функций кишечника. Целью операции является удаление источника инфекции и дренирование брюшной полости.

Матку удаляют вместе с маточными трубами. Во время операции следует уточнить форму перитонита по характеру экссудата (серозный, фибринозный, гнойный) и распространенности поражения брюшины (ограниченный, диффузный или тотальный). Уточнение формы перитонита необходимо для решения вопроса о применении брюшного диализа.

С Е П С И С.

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.

<i>Патологичес. процесс</i>	<i>Клинико – лаборатор признаки.</i>
ССВО (ССВР)	Характеризуется 2 или более признаками: - температура > 38⁰ С или < 36⁰ С, - ЧСС > 90 мин. - ЧД > 20 мин. - Лейкоцитоз в крови > 12 тыс/ мл или - < 4 тыс/мл или незрелых форм 10 %
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	- Головная боль; - Угнетения нервной системы, помрачение или даже потеря сознания; - Постоянно повышена температура тела. - Артериал. гипотония - Тахикардия – 120 – 130 уд..мин - тахипноэ – 30 - повышается ЦВД - увелич СОЭ - 40 – 65 мм/час лейкоцита. - Спленомегалия - В мочи появляются белок и форменные элементы . - Снижение тромбина в крови 45 – 50 %.
Септической шок – признаки тканевой и органной гипоперфузии и артер. Гипотонией, не устраняющийся с помощью инфузионной терапии.	- гипертермия 39 – 41⁰ С, озноб - изменения психического состояния. - Нарушения макро и микроциркуляции - Метаболический ацидоз. - Снижение моче отделения ниже 30 мл/г. - Тромбоциты – 150 – 109/л., протромб. инд.< 70 % - Креатинин > 0,176 ммоль/л, натрий в мочи инд < 40 ммоль/л - Увеличение АЛТ, АСТ и щелочной фосфатазы в 2 раза от нормы.
Рефракторный септической	- сохраняющая артериальная гипотония не смотря на адекватную инфузию и применение инфузионной и

шок	сосудистой поддержки.



Цитокины и их локальная агрессия

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

Клиническая картина сепсиса характеризуется температурой выше 38°C или ниже 36°C , повторным ознобом, быстро нарастающей интоксикацией, вызывающей нарушения сознания: в начале наблюдается заторможенность, затем интоксикационный делирий. Одновременно с повышением температуры развиваются выраженная тахикардия, цианоз. При исследовании больных можно контролировать гипотонию, олигоурию, протенурию. Центральное венозное давление повышено. На ЭКГ отмечаются признаки перегрузки правых отделов сердца.

Гемограмма характеризуется высоким лейкоцитозом и СОЭ, сдвигом формулы белой крови влево, нарастающей анемией редко можно наблюдать лейкопению, что обычно свидетельствует о отмеченном течении заболевания. Отмечается бледность кожных покровов с желтушным оттенком, цианоз губ и ногтей. У больных бывает частый жидкий стул. Для больных сепсисом характерно относительно быстрое снижение температуры и улучшение общего состояния на фоне интенсивной, правильно построенной комплексной терапии. Возникновение вторичных гнойных очагов сопровождается усилением лихорадки, интоксикации. Наиболее часто вторичные гнойные очаги образуются в легких, почках, печени, мозговых оболочках, мозге. Накопление определенного количества микроорганизмов в первичном очаге способствует развитию сепсиса а повторное накопление микробов в гнойном очаге снижает возможности иммунной защиты и становится одной из причин попадания микробов в кровь и образования гнойных метастазов.

Лечение. При наличии первичного очага инфекции в матке на него необходимо воздействовать активно. В случае выявления остатков послеродовых или скопления организовавшихся сгустков крови показано их удаление кюреткой.

При отсутствии содержимого в полости матки ее следует промыть охлажденным антисептическим раствором, используя двух просветный катетер. В некоторых случаях приходится решать вопрос об экстирпации матки. Она показана при перитоните после кесарева сечения, при неэффективной консервативной терапии инфекционно – токсического шока и сепсиса с почечно-печеночной недостаточностью. Удаление матки показано также при некротическом эндометрите.

При первичном очаге в виде мастита, гнойника промежности, пост инъекционного абсцесса показано хирургическое вмешательство с эвакуацией гноя, иссечением некротизированной ткани. При тяжелом рецидивирующем мастите с интоксикацией,

недостаточной эффективностью интенсивной терапии следует прекратить лактацию. Роль первичного очага у больных сепсисом сохраняется не только в первые дни заболевания, то и в последующем. Даже при хроническом сепсисе она остается ведущей.

Одновременно с воздействием на очаг инфекции необходимо приступить к комплексной антибактериальной, инфузионно – трансфузионной, общеукрепляющей, десенсибилизирующей, иммунокорректирующей, симптоматической, гормональной терапии.

Особого внимания и совершенствования требует терапия антибиотиками. Чувствительность микробов к антибиотикам важный лабораторный тест, на котором строится антибактериальная терапия. Лечение антибиотиками при сепсисе продолжается в течение и значительно дольше. При сепсисе оправдано назначение сочетания антибиотиков в соответствии с особенностями их спектра и механизма действия.

При антибиотикотерапии сепсиса как и других тяжелых проявлений бактериальной инфекции, приходится учитывать возрастание частоты выделения устойчивых штаммов возбудителей.

ОСНОВНЫЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА.

<i>№</i>	<i>Название препарата</i>	<i>Однократная доза</i>	<i>Суточная доза</i>
1.	Бензилпенициллин	2 – 5 млн.ед	10 – 20 млн.ед
2.	Оксациллин	1-2,0	4 – 8,0
3.	Уназин	1,5 – 3,0	4,5 – 9,0
4.	Имипенем	0,5 – 1,0	2,0 – 4,0
5.	Аугментин	1,2	3,6
6.	Цефазолин	1,0 – 2,0	4,0 6,0
7.	Цефатоксин	1,0 – 3,0	3,0 – 6,0
8.	Цефтриаксон	1,0 – 2,0	2,0 – 4,0
9.	Аминацин	0,6	2,0
10	Сизомицин	0,6	1,8
11	Тобрамицин	0,8	2,4
12	Метрогил	0,5	1,5
13	Эфлоран	0,5	1,5
14	Клион	0,5	1,5
15	Метранидазол	0,5	1,5 – 2,0
16	Ванкомицин	0,5	2,0

Для повышения эффективности антибиотикотерапии и подавления резистентности микроорганизмов, особенно при перекрестной устойчивости, их комбинируют с сульфаниламидами и антисептическими препаратами нитрофуранового ряда (фуразолидон, солафур, фуразолин).

Для повышения специфической и неспецифической иммунобиологической реактивности организма больным с первых дней лечения переливают гипериммунную антистафилококковую плазму в дозе 100 мл через 2 дня. в/м вводят антистафилококковый гамма – глобулин по 5 мл ежедневно на курс от 6 до 10 доз). Инфузионно – трансфузионная терапия направлена на поддержание объема циркулирующей крови, устранения анемии, гипопроитенемии, коррекцию нарушений водно – электролитного и кислотно основного равновесия, гемостаза. В программе инфузионной терапии соотношение между коллоидами и кристаллоидами составляет в первые 6 дней 2:1, затем в течение 6 дней 1:1, в последующем – 1:1,5. Коррекцию волевических нарушений обычно сочетают с парентеральным питанием. Наряду с этим с целью уменьшения катаболизма назначают анаболические гормоны (ретаболил 1 раз в 3 дня).

В комплексе терапии больных входят также дегитализация гепаринотерапия, антипиретины, антиагреганты (дипиридамол, ксантинола никотинат), ингибиторы протеаз (гордокс, контрикал) салуретики, витамины, антигистаминные препараты, седативные средства обезболивающие и спазмолитические препаратов. При возникновении элементов органов больные нуждаются в специализированной хирургической помощи.

При выборе метода воздействия на первичный очаг, при септицемии отдается предпочтение гистерэктомии. Теоретически удаление матки не всегда дает ожидаемый эффект, так как вторичные очаги поддерживают септический процесс. Однако без удаления матки и при этом форме сепсиса выздоровление невозможно. Если на фоне комплексной интенсивной терапии состояние больной не улучшается (чаще на 3-4-ые сутки), то производят гистероэктомию с придатками.

Практическое занятие № 1

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 мультимедиасистемы;
- 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.

Продолжительность изучения темы

Количество часов – 6.

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 –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	147. Вводное слово 148. Определение и цели предмета гинекологии 149. Основные положения гинекологии 150. Определяющие компоненты и составные части гинекологии

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

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

Студент должен уметь:

Проводить физио-психопрофилактическую подготовку беременной к родам, проводить наружный осмотр беременной матки методом Леопольда-Левицкого, диагностировать ранние и поздние сроки беременности, собирать анамнез у беременной женщины, проводить осмотр беременной, в том числе наружных половых органов, пальпировать части плода и определять приблизительную массу плода.

Мотивация

Обучение студентов основам акушерства и гинекологии на базе знания, полученных ими на предыдущих курсах, принципам обследования беременных и рожениц, гинекологических больных, методам профилактики и первой помощи, диагностики, неотложных состояний, наиболее часто встречающихся в акушерской и гинекологической практике.

Изучение данной темы необходимо для того, чтобы студенты могли ориентироваться при дальнейшем изучении курса по акушерству и гинекологии, без знания данной темы они не могут освоить дальнейший курс акушерства и гинекологии.

Межпредметные и внутрипредметные связи

Для успешного изучения дисциплины студенты должны иметь хороший уровень знаний по следующим предметам: нормальная и топографическая анатомия, физиология, патофизиология, гистология, патологическая анатомия, микробиология с эпидемиологией, терапия и хирургия, анестезиология и реаниматология, дерматовенерология, клиническая фармакология, эндокринология, детские болезни. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими циклов по эндокринологии, терапии, хирургии, патологическому акушерству, гинекологии, гигиены, педиатрии и др.

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	Вступительное слово о предмете акушерства Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. Основные этапы и направления развития акушерства В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы Определение и цели определения акушерства	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных

	Основные направления и составные части акушерства Основные методы исследования. Основные этапы в изучении гинекологических заболеваний Классификации гинекологических заболеваний	вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия. 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, организация акушерской помощи в сельской местности и в городе. Роль семейной</i> <i>поликлиники при профилактики акушерских осложнений партнерские роды. Школа мам.</i> »	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30

5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры, клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных, инструментальных исследований тематического больного, дифференциальная диагностика, составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

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.

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.

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

В период первобытнообщинного 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. Гиппократы считают автором большого труда по медицине, так называемого Гиппократова сборника, который состоит из трех разделов: «О природе женщины», «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 Гиппократов, 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, Фаллопия, 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 «Ховумлунен» (Новый свет 1701 г.), в котором впервые был детально описан обращенный суженный и плоский таз, Гунтера (Хантера) «Анатомия утери хумени гравиде» (Анатомия беременной матки 1774 г.) французский акушер гинеколог 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 акушер 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 влагалищном 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 – акушеров-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 было создано 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 Бабином 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 акушеров-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 родами 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 полостью 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 абортов», это оградила женщину от опасности внебольничного аборта и предоставила право самой решать вопрос о материнстве.

Развития восточной медицины

В период раннего средневекового (IX-XII 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 преднадлежит к числу ученых, величайших Средней Азии, обогативших мировую науку достижениями первостепенной важности. Труды Ибн Сина и его современника Абу Райхон Беруни знаменовали наивысшую степень развития науки 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 совершенства. 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 человечества. 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 книги трактуется 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 в Самарканде.

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

М О Л О Ч Н Ы Е Ж Е Л Е З Ы

Молочные железы имеют гроздевидные строения. Паренхима молочной железы состоит из множества пузырьков (альвеол). Они располагаются вокруг мелкого выводного протока и сообщаются с его просветом. Такие очаги железистой ткани соединяются вместе и образуют крупные отдельные дольки. Эпителий желез обладает секреторной функцией.

Между дольками располагаются волокнистая соединительная ткань, в которой залегают эластические волокна и жир.

Количество долек в молочной железе достигает 15-20, каждая долька имеет выводной проток, куда поступает секрет из всех мелких протоков, связанных с альвеолами. Проток каждой дольки открывается на поверхности соска самостоятельно, не сливаясь с другими; на поверхности соска имеется 15-20 отверстий (по числу протоков долек)-молочные поры.

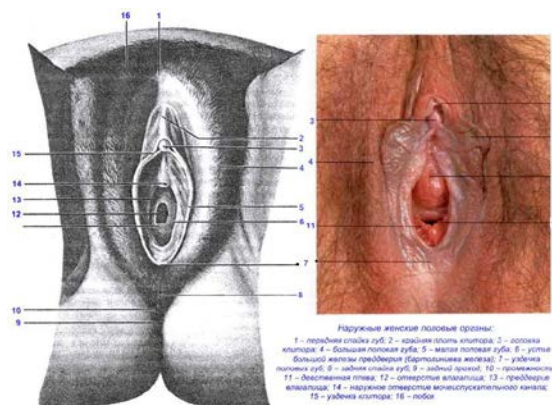
Каждый молочный проток перед выходом на поверхность соска под околососковым кружком образует расширение (молочный мешок). На выпуклой поверхности железы располагается сосок, покрытый нежной, морщинистой, пигментированной кожей. Соски имеют цилиндрическую или коническую форму, величина их различна. Иногда соски бывают плоские и даже втянутые, что затрудняет процесс кормления грудью. Кожа вокруг соска пигментирована (ареола, околососковый кружок); здесь располагаются монтгомеровы железы, которые являются рудиментарными молочными железами. Сосок и околососковый кружок содержит гладкие натАомия и физиология женских половых органов.

Женская половая система состоит из внутренних половых органов, расположенных в полости малого таза, и наружных половых органов, находящихся 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.*



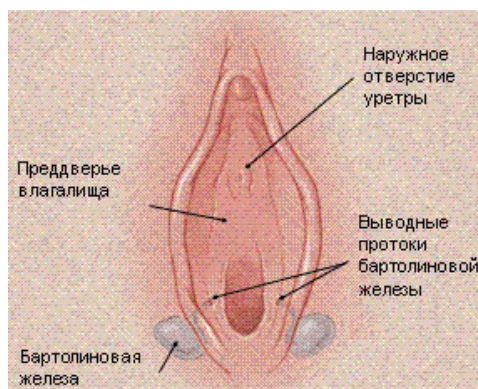
Большие половые губы (большие срамные губы) — округлые складки кожи, ограничивающие с боков половую щель. Соединительная и жировая ткань кожных складок обеспечивает упругость губ. Большие половые губы хорошо снабжены кровеносными и лимфатическими сосудами. Внутренняя поверхность больших губ имеет характер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

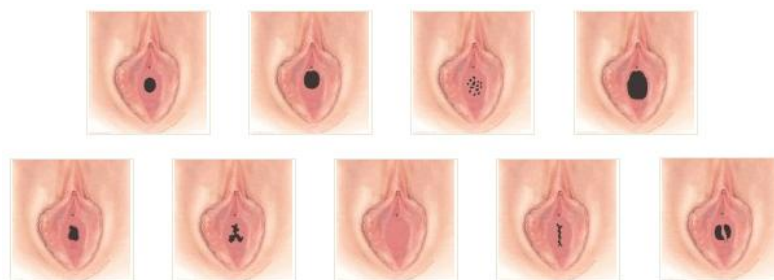
Малые половые губы (малые срамные губы, нимфы) — складки кожи, расположенные внутри от больших половых губ и ограничивающие преддверие во влагалище. У девушек, а также у нерожавших упитанных молодых женщин они обычно не видны, так как прикрыты большими половыми губами. У женщин с пониженным питанием, 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).

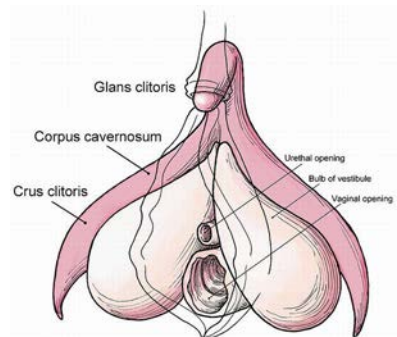
Вход во влагалище у девушек ограничен (окаймлен полностью или частично) девственной плевой (хймен). По поводу ее физиологического значения существуют различные мнения (препятствие проникновению инфекции, поддержание относительной стабильности содержимого влагалища и т. д.). Роль и оценка девственной 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).



Изредка 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 хймена.

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.

Клитор (русский термин «похотник») является важнейшим образованием наружных половых органов женщины. Он находится в верхней части половой щели, спереди и сверху прикрыт «капюшоном» (препутиум слиторидис), образованным передними частями малых губ. Клитор в обычном состоянии пальпируется как мягкое овальное образование величиной от просяного зерна до небольшой горошины. Однако это не весь клитор, а лишь его головка. Клитор состоит из трех частей — головки, тела и двух ножек.



Все части построены из кавернозных тел, аналогичных кавернозным телам полового члена мужчины. Эмбриологический процесс развития клитора близок к процессу развития полового члена.

П. Мантегацца совершенно справедливо утверждал, что клитор подобно пенису при эрекции увеличивается в размерах. А. Молл категорически это отрицает и считает, что клитор в отличие от мужского органа при половом возбуждении не меняет своей величины. Мы считаем это недоразумением. Эрекция клитора выражена, конечно, значительно менее ярко, чем эрекция пениса. Особенно мало заметно это увеличение при маленьких размерах клитора.

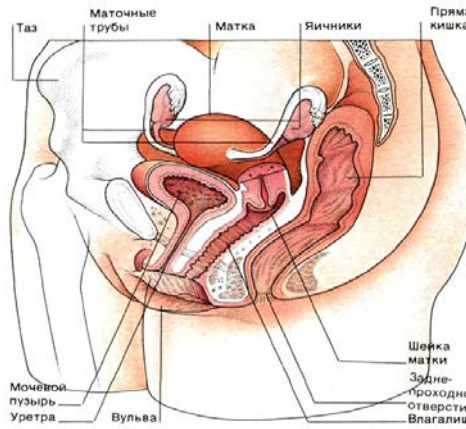
Величина клитора, пожалуй, еще более вариабельна, чем величина пениса. Чем крупнее клитор, тем заметнее его тумесценция и увеличение объема при эрекции.

Величина клитора в половой потенции женщины заметной роли не играет. По данным W. Мастерс анд В. Жохнсон, во время эрекции ствол клитора постоянно реагирует увеличением своего диаметра, удлинение же его авторы наблюдали менее чем в 10% случаев.

Клитор богато снабжен кровеносными сосудами и нервами. Это одна из наиболее эрогенных зон женщины, однако, индивидуальные колебания эрогенности клитора тоже довольно велики. У женщин, обладающих клиторным, клиторно-влагалищным и недифференцированным типами оргазма, клитор представляет собой обширное рецепторное поле, от которого начинается сложная система афферентных нервных путей, участвующих вместе с центральной нервной системой, эфферентными путями и исполнительными аппаратами в рефлекторном механизме оргазма. Клитор часто является объектом женской мастурбации и так называемой лесбийской любви (женский гомосексуализм).

Пространство между задней спайкой половой щели и задним проходом называется промежностью (перинеум). Оно заполнено телом промежности, состоящим из соединительно-тканых и мышечных волокон. Промежность покрыта тонкой кожей. Она может быть высокой (3—4 см) или низкой. Ее значение для сексопатологии состоит в том, что она является одной из эрогенных зон женских наружных половых органов. В редких

случаях она становится рецепторным полем системы, обеспечивающей промежностный



(перинеальный) оргазм.

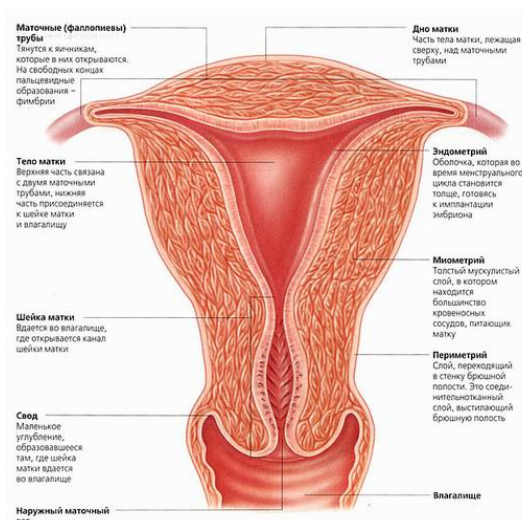
Внутренние половые органы

Внутренние половые органы состоят из яичников (оварии), маточных, или фаллопиевых, труб (сальпинх), матки (утерус) и влагалища (вагина, соллос).

Яичники — овальные образования размером 3-4 x 2-2,5 см, весом 6-8 г. Эта парная половая железа, расположенная в малом тазу, вырабатывает яйцеклетки и женские половые гормоны — эстрогены, прогестерон (гормон желтого тела) и небольшое количество андрогенов—мужских половых гормонов. Половое влечение женщины определяется главным образом андрогенами.

Маточные (фаллопиевы) трубы начинаются от матки и соединены с ее полостью. Другой конец труб несколько расширен и находится вблизи яичника. Яйцеклетка поступает в маточную трубу и попадает в полость матки. Оплодотворение яйцеклетки сперматозоидом происходит в трубе, после чего оплодотворенное яйцо движется под влиянием сокращения мышц трубы в полость матки.

Матка представляет собой мышечный орган, расположенный в малом тазу и имеющий форму груши. Широкая часть матки (дно) обращена вверх, а узкая нижняя часть матки (шейка матки) - вниз и выступает в просвет влагалища. Различают наружный соединительно-тканый слой - брюшину (периметрий), средний мышечный (миометрий) и внутренний, состоящий из цилиндрического эпителия (эндометрий). Матка имеет полость в виде щели, которая книзу переходит в канал шейки матки.



Матка регулируется нервной системой и различными гормонами (в частности, эстрогенами и прогестероном — гормонами яичников и гормоном задней доли гипофиза — питуитрином). Сокращения матки, как полагают, лежат в основе женского оргазма, однако это лишь одно из его внешних проявлений, ведь оргазм возможен и при отсутствии матки, удаленной во время хирургической операции. В матке происходит имплантация (внедрение) оплодотворенной яйцеклетки в ее стенку. Это орган, играющий главную роль в процессе менструаций.

Влагалище представляет собой трубку длиной от 8—9 до 12—14 см, выстланную многослойным эпителием. По данным В. И. Здравомыслова, имеются лишь некоторые корреляции между длиной влагалища и ростом женщины, а также ее телосложением. Однако наблюдается и несоответствие этих параметров (глубокое влагалище у женщины маленького роста). Влагалище имеет развитый мышечный слой, который, с одной стороны, дает возможность влагалищу растягиваться до 40—50% его длины, с другой стороны, обеспечивает перед концом полового акта образование оргастической манжетки в нижнем отделе влагалища. Мышечный слой способствует наиболее плотному прилеганию стенок влагалища к поверхности полового члена, что увеличивает сладострастные ощущения партнеров.

Изредка встречается недоразвитие или отсутствие влагалища, а также сужение или заращение его после травм, ожогов и других поражений (рубцы влагалища). При отсутствии указанных грубых повреждений С.С.Либих считает возможным не говорить об анатомическом несоответствии половых органов партнеров в силу уже указанной способности влагалища растягиваться или уменьшаться в соответствии с размерами полового члена. Перед половым актом и во время его канал, в котором расположен половой член, увеличивается в длину приблизительно на 1 см за счет набухания и увеличения малых губ.

Высота промежности, а следовательно расположение входа во влагалище ближе к симфизу или к анусу, создает удобства или неудобства для сношения в той или иной позиции. Самым удачным и удобным для любой позиции является расположение интроитуса в центре вульвы. При расположении входа во влагалище ближе к симфизу облегчается сношение вис-а-вис, а расположение ближе к анусу удобнее для сношения сзади и в коленно-локтевом положении.

СВЯЗОЧНЫЙ АППАРАТ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Нормальное положение матки с трубами и яичников зависит главным образом от связочного аппарата и мышц тазового дна. В нормальном положении матку с трубами и яичники удерживает подвешивающий аппарат (связки) закрепляющий аппарат (связки, фиксирующие подвешенную матку), опорный, или поддерживающий, аппарат (тазовое дно).

Подвешивающий аппарат внутренних половых органов включает следующие связки.

1. **Круглые связки** — состоят из гладких мышц и соединительной ткани. Которые имеют вид шнуров, длина их 10—12 см. Круглые связки отходят от углов матки (немного кпереди и ниже места отхождения труб), идут под передним листком широкой связки к внутренним отверстиям паховых каналов. Пройдя паховый канал, круглые связки веерообразно разветвляются, прикрепляются к клетчатке лобка и больших половых губ. Круглые связки притягивают дно матки кпереди (наклонение кпереди); во время беременности круглые связки утолщаются и удлиняются.

2. **Широкие связки** — двойные листки брюшины, идущие от ребер матки до боковых

стенок таза. В верхних отделах широких связок проходят трубы, в задних листках вставлены яичники, между листками находятся клетчатка, сосуды и нервы.

3. Крестцово-маточные связки - отходят от задней поверхности матки в области перехода тела в шейку, идут кзади, охватывают с двух сторон прямую кишку и прикрепляются на передней поверхности крестца. Эти связки притягивают шейку матки кзади. Во время родов круглые и крестцово-маточные связки способствуют удержанию матки на месте.

4. Собственные связки яичников начинаются от дна матки сзади и ниже места отхождения труб и идут к яичникам.

Закрепляющий аппарат матки представляет собой соединительнотканые тяжи с примесью гладкомышечных волокон; они идут от нижнего отдела матки: а) кпереди, к пузырю и далее к симфизу, б) к боковым стенкам таза — основные связки, в) кзади, составляя соединительнотканый остов крестцово-маточных связок.

Опорный, или поддерживающий, аппарат, составляют мышцы и фасции тазового дна. Тазовое дно имеет огромное значение в удержании внутренних половых органов в нормальном положении. При повышении внутрибрюшного давления (настуживание, подъем тяжести, кашель и др.) шейка матки опирается на тазовое дно, как на подставку; мышцы тазового дна препятствуют опусканию вниз половых органов и внутренностей.

КЛЕТЧАТКА МАЛОГО ТАЗА

Под брюшинным покровом органов малого таза располагается тазовая клетчатка, которая прилегает к внутренним половым органам в разных их отделах. Клетчатка заполняет все свободные промежутки между органами малого таза в той части, которая не покрыта брюшиной и располагается выше фасции таза. В рыхлой тазовой клетчатке выделяются области, где преобладает плотная, волокнистая соединительная ткань. Эти участки уплотнения составляют, в частности, закрепляющий аппарат внутренних половых органов. В тазовой клетчатке различают следующие отделы.

Околоматочная (параметральная) клетчатка занимает пространство между листками широких связок от боковых отделов (ребер) матки до боковых стенок таза.

Околопузырная (парабезикальная) клетчатка выполняет свободное пространство вокруг мочевого пузыря; ее больше спереди и сзади от пузыря.

Околовагинальная (паравагинальная) клетчатка окружает влагалище, располагается преимущественно в пространстве, идущем от боковых отделов влагалища до стенок таза.

Околопрямки (параректальная) клетчатка располагается вокруг прямой кишки.

Все указанные отделы тазовой клетчатки не отграничены, а связаны друг с другом многочисленными соединительноткаными элементами. Тазовая клетчатка имеет большое значение. Рыхлая клетчатка способствует физиологической подвижности и правильному функционированию внутренних половых органов, мочевого пузыря и прямой кишки, позволяет органам менять объем (наполнение и опорожнение пузыря и прямой кишки, изменение величины матки в связи с беременностью и родами и др.). Плотные отделы тазовой клетчатки закрепляют тазовые органы в подвижноподвешенном состоянии, участвуют в удержании матки и других отделов полового аппарата в нормальном положении. Клетчатка таза образует ложе трансверсуса перинеи суперфиссалис

г) м. исchio — саверносус

4. 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. пубососсйгеус, т. илеососсйгеус, т. исчиососсйгеус. 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 для мочеточников, кровеносных и лимфатических сосудов, лимфатических узлов, нервных стволов и сплетений.

КРОВЕНОСНАЯ СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Кровоснабжение наружных половых органов осуществляется преимущественно за счет срамной артерии.

С р а м н а я а р т е р и я берет начало от внутренней полости таза, отдает ветви, идущие к наружным половым органам, промежности, влагалищу и прямой кишке. А вместе с круглой связкой выходит из пахового канала, участвует в кровоснабжении больших половых губ и лобка.

Главными источниками кровоснабжения внутренние половых органов являются маточные и яичниковые артерии.

М а т о ч н а я а р т е р и я — парный сосуд отходит от подчревной артерии, идет к матке по около-маточной клетчатке, располагающейся в основании широких связок, по пути пере скрещивается с мочеточник ком, подходит к боковой по верхности матки на уровне внутреннего зева. В этом месте крупная ветвь, снабжающая шейку и верхний отдел влагалища, - шеечно-влагалищная ветвь.

Основной ствол маточной артерии поднимается, извиваясь по ребру матки, вверх, отдает по пути многочисленные веточки, питающие стенки матки, и доходит до дна матки, где отдает веточку, идущую к трубке. После этого конечные ветви маточной артерии соединяются с веточками яичниковой артерии, идущими в верхнем отделе широкой связки

А р т е р и а л ь н ы е ветви, отходящие от основного, восходящего ствола маточной артерии, образуют густую сеть тонких кровеносных сосудов, обильно снабжающих кровью мышечную и слизистую оболочки и брюшинный покров матки.

Я и ч н и к о в а я а р т е р и я — парный сосуд, отходит от брюшной аорты, несколько ниже почечной артерии, спускается вместе с мочеточником вниз, проходит по воронко-тазовой связке к верхнему отделу широкой связки, отдает ветви к яичнику и трубке; конечный ствол яичников артерии анастомозирует с концевым отделом маточной артерии. В внутренних половых органов образуют сплетения (маточно-яичниковое, пузырное и др.).

НЕРВНАЯ СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

В учение о нервной системе половых органов ценный вклад внесли отечественные авторы: Г. Е. Рейн, Н. В. Ястребов, Г. И. Писемский, Т. Я. Синицин, А. П. Морковитин, А. П. Гавронский и др.

В иннервации половых органов участвуют симпатическая и парасимпатическая нервная система, а также спинномозговые нервы.

Волокна симпатической нервной системы, иннервирующие половые органы, берут начало от аортального и солнечного сплетений, направляются к кровоснабжению влагалища, кроме маточной и срамной артерии, участвуют также ветви пузырной и геморроидальной артерий.

Артерии половых органов сопровождаются одноименными венами, причем каждую

артерию, обычно сопровождают две вены. Вены вниз и на уровне В поясничного позвонка образуют верхнее пахивое чревное сплетение. От указанного сплетения отходят волокна, которые идут книзу и в стороны и образуют правое и левое нижние подчревные сплетения.

Нервные волокна от этих сплетений направляются к мощному маточно-влагалищному, или тазовому, сплетению. Маточновлагалищное сплетение расположено в параметральной клетчатке, сбоку и сзади от матки, на уровне внутреннего зева шейного канала. К этому сплетению подходят ветви тазового нерва, относящегося к парасимпатической нервной системе. Симпатические и парасимпатические волокна, отходящие от маточно-влагалищного сплетения, иннервируют влагалище, матку, внутренние отделы маточных труб, мочевого пузыря; Тело матки иннервируется главным образом симпатическими волокнами, а шейка и влагалище — преимущественно парасимпатическими.

Яичник иннервируется симпатическими и парасимпатическими нервами из яичникового сплетения. К яичниковому сплетению подходят нервные волокна из аортального и почечного сплетения. Наружные половые органы и тазовое дно в основном иннервируются срамным нервом. Таким образом, нервы внутренних половых органов связаны через аортальное, солнечное, почечное и другие сплетения с нервами внутренних органов. В стенках матки, труб и в мозговом слое яичника образуются густые нервные сплетения. Тончайшие нервные веточки, отходящие от этих сплетений, направляются к мышечным волокнам, покровному эпителию и всем другим клеточным элементам. В слизистой оболочке матки концевые нервные веточки направляются также к железам, в яичнике к фолликулам и желтым телам. Тончайшие концевые нервные волокна заканчиваются в виде пуговок, колбочек и т. д. Эти нервные окончания воспринимают химические, механические, термические и другие раздражения.

Нервные окончания внутренних половых органов относятся к ей п

интерорецепторам, которые воспринимают раздражения из внутренних органов к раздражения, воспринимаемые чувствительными нервными окончаниями, передаются по нервным волокнам в лежащие выше отделы нервной системы, где располагаются центры, регулирующие деятельность внутренних половых органов. Импульсы из этих центров передаются по двигательным и секреторным нервным волокнам в половые органы и направляют их деятельность (сокращение мускулатуры, секреция желез, продукция гормонов и др.). Нервные центры, регулирующие деятельность половых органов, располагаются на разных уровнях центральной нервной системы: в спинном мозге и в подкорковой области головного мозга, а также в коре головного мозга.

Еще И. П. Лазаревич, Н. Ф. Толочин, И. М. Сеченов отмечали зависимость функций половых органов женщины от психических моментов.

Клинические наблюдения показывают, что сильные психические потрясения могут привести к временному прекращению менструаций, выкидышу, преждевременным родам и нарушению родовой деятельности. Установлено, что благоприятное воздействие на психику роженицы способствует правильному течению родов, устранению или снижению болевых ощущений. Это положение за последние годы использовано в системе психопрофилактической подготовки к родам.

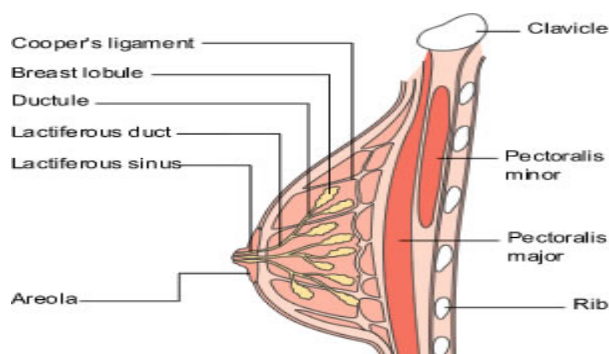
ЛИМФАТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Лимфатическая система половых органов состоит из густой Сети извилистых лимфатических сосудов и множества лимфатических узлов. Лимфатические пути и узлы располагаются преимущественно по ходу кровеносных сосудов. (рис. 14). Лимфатические сосуды, отводящие лимфу из наружных половых органов и нижней трети влагалища, идут к паховым лимфатическим узлам. Лимфатические пути, отходящие от средней и верхней трети влагалища и шейки матки, идут к лимфатическим узлам, располагающимся, по ходу подчревных и подвздошных кровеносных сосудов.

Из тела матки, труб и яичников лимфа отводится по сосудам, располагающимся вдоль яичниковой артерии, и идет к лимфатическим узлам, лежащим на аорте и нижней полой вене. Между указанными системами лимфатических путей половых органов существуют связи — лимфатические анастомозы.

мышечные волокна, располагающие близко к коже, и большое количество нервных рецепторов.

Паренхима молочной железы начинает усиленно развиваться в период полового созревания; на развитие молочных протоков влияет фолликулярный гормон яичника, на развитие альвеол- гормон жёлтого тела. Полное развитие молочная железа достигает в период половой зрелости. У пожилых женщин происходит постепенная атрофия паренхимы молочных желёз.



Кровоснабжение молочной железы происходит за счёт соответствующей артерии и веточек, отходящих по подмышечной артерии. Лимфатические сосуды идут к подмышечным лимфатическим узлам.

. Молочные железы- у беременных под действием эстрогенов, прогестерона, кортизола, пролактина, плацентарного лактогена и инсулина происходит быстрое развитие железистых структур молочных желез. В течение беременности лактацию подавляют стероидные гормоны, синтезируемые плацентой. После родов их уровень быстро снижается и на фоне высокого уровня пролактина начинается лактация. Вначале молочные железы выделяют молозиво, которое отличается от молока более высоким содержанием белка и иммуноглобулинов.

Функция молочных желез после родов достигает наивысшего развития. Во время беременности под действием эстрогенов формируются млечные протоки, под влиянием прогестерона происходит пролиферация железистой ткани. Под влиянием пролактина происходит усиленный приток крови к молочным железам и усиленная секреция молока, что ведет к нагрубанию молочных желез, наиболее выраженные на 3-4 сутки послеродового периода. Секреция молока происходит в результате сложных рефлекторных и гормональных воздействий и регулируется нервной системой и лактогенным (пролактин) гормоном аденогипофиза. Стимулирующее действие оказывают гормоны щитовидной железы и надпочечников, а также рефлекторное воздействие при акте сосания. Первые сутки послеродового периода молочные железы секретируют молозиво. Молозиво - густая желтоватая жидкость с щелочной реакцией. Она содержит молозивные тельца, лейкоциты, молочные шарики, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков. Молозиво богаче зрелого грудного молока белками, жирами, минеральными веществами. Белки молозива по аминокислотному составу занимают промежуточное положение между белковыми фракциями грудного молока и сыворотки крови, что, очевидно, облегчает адаптацию организма новорожденного в

период перехода от плацентарного питания к питанию грудным молоком. В молозиве больше, чем в зрелом грудном молоке, белка, связывающего железо (лактоферрина), который необходим для становления кроветворения новорожденного. В нем высоко содержание иммуноглобулинов, гормонов (особенно кортикостероидов), ферментов. Это очень важно, т.к. первые дни жизни новорожденного функции ряда органов и систем еще незрелы и иммунитет находится в стадии становления. Переходное молоко, образующееся на 3-4 сутки, на 2-3 неделе приобретает постоянный состав и называется зрелым молоком.

Ф у н к ц и я м о л о ч н ы х ж е л ё з сводится к продукции молока. Секреторная деятельность молочных желёз начинается во время беременности, а полового развития достигает после родов.

Секреция молока происходит под влияние лактогенного гормона передней доли гипофиза, деятельность которого регулируется центральной нервной системой. При кормлении грудью происходит раздражение нервных элементов молочной железы и поступление соответствующих импульсов в центральную нервную систему. Под влиянием сдвигов, возникающих в нервной системе, усиливается продукция лактогенного гормона гипофиза, который активизирует функцию молочных желёз.

По данным М.М. Миронова, перерезка нервов, идущих к молочной железе, приводят к уменьшению молока и к изменению его состава.

Л.Н.Воскресенский установил усиление выдоения молока под влиянием, раздражителей, имеющих условнорефлекторный характер (показ ребёнка, звуковые раздражители, ранее сочетавшихся с кормлением). О связи функции молочных желёз вкратце с водится к следующему. В протоплазме железистого эпителия функционирующей молочной железы образуются округлые молочные шарики, которые затем поступают в полость альвеол. Жидкая часть секрета молочных желёз образуется также железистым эпителием, а не является простым фильтратом жидкой части крови.

Процесс выделения молока происходит под влиянием раздражения рецепторов соска и околососкового кружка при кормлении грудью (сосании). Раздражение нервных окончаний приводит к сокращению мышечных элементов соска и околососкового кружка; в связи с этим происходит увеличение или уплотнение соска (эрекция), что способствует захвату соска ребёнком и выделению молока из железы (о составе молока и технике кормления см. главу XII-XIII).

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 кость, 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 II 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 позвздошных костей.

Размеры большого таза.

1. дистанцио спинарум 25—26 *см* расстояние между отдаленными точками спина илиаса anteriор супериор.

2 дистанцио сристарум 28 — 29 *см*, отдаленные точки гребней позвздошных костей.

3. дистант о трочантериса — 31 —32 *см* отдаленные точки трочантер мажор.

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

5. Сонжугата латералис — боковая конъюгата — от спина илиаса anteriор супериор до спина илиаса постериор супериор — той же стороны — равен 14— 15 *см*.

6. Сонжугата обликва - от спина илиаса anteriор супериор до спина илиаса постериор супериор — противоположной стороны равен 17 — 18 *см*.

В малом тазу различают 4 плоскости.

1. Плоскость входа в малый таз.

Границы: спереди — верхний край лонного сочленения, с боков линеа инномината, сзади — мыс — промонториум.

Размеры: прямой называется истинной конъюгатой— сонжугата вера — расстояние от верхневнутреннего края лонной дуги до мыса = 11 *см*, поперечный — отдаленные точки линеа инномината 13 *см*, косые правый и левый равны 12 *см*, расстояние от крестцово-позвздошного сочленения до позвздошнолонного бугра.

2. Плоскость широкой части.

Границы: спереди — середина лонного сочленения, сзади сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков, с боков внутренняя пластинка — фосса асетабулум 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 тубер исchia — 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:

10. Размеров большого таза.
11. Размеров выхода малого таза.
12. Окружность лучезапястного сустава — индекс Соловьева — 14 — 16 см.
13. Высота лона = 4 — 5 см.
14. Диагональной конъюгаты = 13 см,
15. Наружной конъюгаты = 20 - 21 см.
16. Ромба Михаэлиса — продольный размер = 11 см, поперечный — 10,5 — 11 см.
17. Лонного угла — равен 90 — 100°.
18. 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 обтураториа. Тазовое дно состоит из трех слоев.

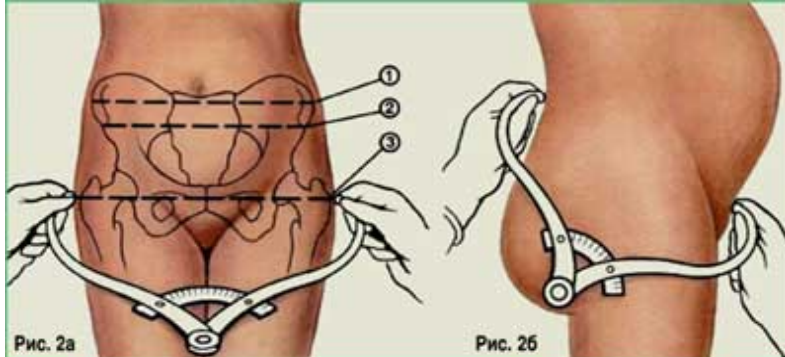
1. Наружный слой из следующих мышц.
 - а) м. спхинстер ани эхтернус
 - б) м. булбосавер носус (сонстристор сунни)
 - в) м

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
площадку
крестца.
составляет
остистым



представляет собой
на задней
поверхности
Верхний угол ромба
углубление между
отростком В

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:

1. 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 дистанциа спинарум пуговицы с остей передвигают по наружному краю гребней, подвздошных костей до тех пор, пока не

определят наибольшего расстояния; это расстояние будет дистанция сристарум, оно в среднем равняется 28—29 см.

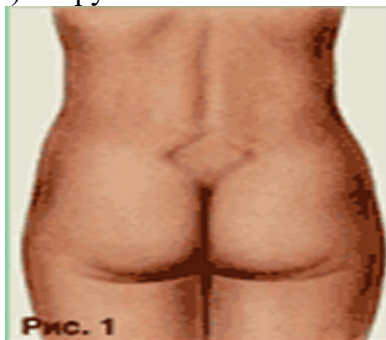
3. Дистанция трачантерериса — расстояние между большими вертелами бедренных костей. Женщина продолжает лежать на спине, ноги вытянуты и сдвинуты друг к другу. Отыскивают наиболее выдающиеся точки больших вертелов и прижимают к ним пуговки тазомера. Этот размер равен 30—31 см.

У тучных женщин прощупыванию вертелов мешает подкожно жировой слой. В подобных случаях предлагают женщине поворачивать ступни внутрь и наружу, 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 сристарум 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.

Для определения истинной конъюгаты из длины наружной. Конъюгаты вычитают 9 см, Например, при размерах наружной конъюгаты, равной 20 см, истинная конъюгата равна 11 см, при наружной конъюгате 18 см истинная конъюгата равна 9 см и т. д.

Разница между наружной и истинной конъюгатой, зависит от толщины крестца, симфиза и мягких тканей. Толщина костей и мягких тканей у женщин различна, поэтому разница между размерами наружной и истинной конъюгаты не всегда точно соответствует 9 см.

Истинную конъюгату можно более точно определить по диагональной конъюгате.

Диагональной конъюгатой (сонжугате диагоналис) называется расстояние от нижнего края симфиза до наиболее выдающейся точки мыса крестца.

Диагональная конъюгата, определяется при влагалищном исследовании женщины, которое производится с соблюдением всех правил асептики и антисептики. Указательный и средний пальцы вводят во влагалище, безымянный и мизинец сгибают, тыл их упирается в промежность. Введенные во влагалище пальцы продвигают к мысу; если мыс достигим, то кончик среднего пальца фиксируют на его верхушке, а ребро ладони упирают в нижний край симфиза. После этого указательным пальцем другой руки отмечают место соприкосновения исследующей руки с нижним краем симфиза. Не отнимая указательного пальца от отмеченной точки, руку, находящуюся во влагалище, извлекают из него и измеряют расстояние от верхушки среднего **пальца** до точки, соприкасавшейся с нижним краем симфиза.

Измерение производят тазомером или сантиметровой лентой.

Размер диагональной конъюгаты, при нормальном тазе равняется в среднем 12,5—13 см. Для определения истинной конъюгаты из размера диагональной конъюгаты высчитают 1,5—2 см.

Диагональную конъюгату измерить удастся не всегда, потому что при нормальных размерах таза мыс не достигается или прощупывается с трудом.

Если концом вытянутого пальца мыс не достигается, то объем **данного** таза можно считать нормальным, или близким к норме.

Поперечные размеры таза и наружную конъюгату измеряют, у всех без исключения беременных и рожениц.

Если при исследовании женщины возникает подозрение о сужении; выхода таза, то определяют размер данной плоскости.

Размеры выхода таза определяют следующим образом. Женщина лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, отведены в стороны и подтянуты к животу. Прямой размер выхода измеряют обычным тазомером. Одну пуговку тазомера прижимают к нижнему краю симфиза, другую — к верхушке копчика.

Поперечный размер выхода измеряют сантиметровой лентой или тазомером с перекрещивающимися ветвями. Прощупывают внутренние поверхности седалищных бугров и измеряют расстояние между ними. К полученной величине нужно прибавить 1—1,5 см, учитывая толщину мягких тканей, находящихся между пуговками тазомера и седалищными буграми.

Известное клиническое значение имеет определение формы лонного угла. При нормальных размерах таза лонный угол равен 90—100°; уменьшение или увеличение лонного угла указывает на ненормальности таза.

Форма лонного угла определяется следующим приемом. Женщина лежит на спине, ноги согнуты и подтянуты к животу. Ладонной стороной большие пальцы прикладывают вплотную к нижним ветвям лонных и седалищных костей; соприкасающиеся концы пальцев прижимают к нижнему краю симфиза. Расположение пальцев позволяет судить о величине угла лонной дуги (рис. 39).

Косые размеры таза приходится измерять при **кососуженных** тазах.

Для выявления асимметрии таза измеряются следующие косые размеры.

1. Расстояние от передневерхней ости одной стороны до задневерхней ости другой стороны и наоборот.

2.

3. Расстояние от надкрестцовой ямки до правой и левой передневерхней ости.

Косые размеры, одной стороны сравнивают, с соответствующими косыми размерами другой стороны. При нормальном строении таза величина парных косых размеров одинакова. Разница, превышающая 1 см, указывает на асимметрию таза.

Рентгенография таза и последующее измерение (специальной линейкой) прямых и поперечных размеров его дает наиболее точное представление о емкости малого таза. Этот метод исследования таза применяется только по показаниям, например, при необходимости уточнить форму и степень сужения таза, соотношение между размерами таза и головки крупного плода.

В настоящее время в ряде крупных родильных домов используется ультразвуковой метод определения размеров таза и их соответствия величине головки плода

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, предлежащая 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 соронариа между теменными и лобными костями; лямбовидный (сутура ламбдой-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 — 28 см, измеряют рост новорожденного, в среднем 50—53 см, массу — в среднем 3500,0.

Нормальный овариально – менструальный цикл.

Репродуктивная система женщины достигает оптимальной функциональной активности в возрасте 16-17 лет. Когда организм готов к воспроизведению. До 45-50 лет угасает гормональная функция репродуктивной системы.

Репродуктивная система регулируется гипоталамо-гипофизарной, яичниково-маточной и нейро-гуморальной системой. Репродуктивная система организована по иерархическому Расстояние от верхнего края симфиза до правой и левой задневерхней ости.

принципу: в ней выделяют 5 уровней, каждый из которых регулируется структурами, который лежат выше, чем механизм обратной связи. В зависимости от прямой и обратной связи выделяют следующие уровни регуляции репродуктивной системы.

- I уровнем является ткани – мишени – место влияния действия гормонов (половые органы, молочные железы)
- II уровень – яичники; в них происходят сложные процессы синтеза стероидов и развития фолликулов.
- III уровень – гипофиз в котором синтезируются гонадотропные гормоны (ФСГ, ЛГ, Прл.)
- IV уровень – гипофизотропная зона гипоталамуса, в них синтезируются релизинг гормоны – либерины.
- V уровень – экстрагипоталамические церебральные структуры – нейротрансмиттеры: биогенные аминные – кетахоламины, дофамин, норадреналин, индолы, серотанин и класс морфиноподобных опиоидных, нейропептидов.

Таким образом, в регуляции функции репродуктивной системы основными являются пульсирующая секреция РГЛГ в нейронах гипоталамуса и регуляция выделения ЛГ и ФСГ эстрадиолом по механизму отрицательной и положительной обратной связи.

Практическое занятие № 2

Роды.

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 ОСКИ (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 мультимедиа-системы;
- 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.;
- комплект слайдов по теме «Физиологические роды», слайдоскоп;
- инструменты используемые при родоразрешении-тестовые задания;

-пошаговые инструкции проведения исследований: определение готовности шейки матки к родам, регистрация родовой деятельности, определение отношения головки плода к плоскостям малого таза; определения целостности последа, методов выделения последа;
-история болезни,партограмма;

Продолжительность изучения темы

Количество часов- 6

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика <i>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	Вводное слово <i>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> Определение и цели Основные положения цели Определяющие компоненты и составные цели <i>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>

Цель практического занятия: -изучить критерии начала родов, предвестники родов;
-подробно изучить характерные особенности трех периодов родов;
-объяснить понятие о схватках и потугах;
-объяснить понятие о нижнем маточном сегменте, контракционном кольце, внутреннем поясе прилегания;
-научить определять раскрытие шейки матки;
-проанализировать роль плодного пузыря в родах;
-рассмотреть методы определения состояния плода в родах (КТГ,УЗИ,доплерометрия,метод Залинга и т.д.);
-обсудить особенности ведения родов (каждый период в отдельности);
-изучить варианты затылочного предлежания;
-рассмотреть моменты биомеханизма родов при затылочном предлежании плода;

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение «<i>Роды. Периоды родов. Партнерские роды. Заполнение партограммы. Активное ведение III периода родов. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгара. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Первичная обработка новорожденного</i>» Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях в составных частях гинекологии Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	-нормальную анатомию женских половых органов; -причины наступления родовой деятельности; -нейрогуморальную регуляцию родовой деятельности; -доминанту родов; -роль плода в развитии родовой деятельности; -признаки начала родов; -тройной нисходящий градиент; -периоды родов и их характеристики; -моменты биомеханизмов родов при переднем виде затылочного предлежания.
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Студент должен уметь:

Продемонстрировать на тазе и кукле все моменты биомеханизмов родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания, определить с помощью приемов Леопольда-Левицкого положение, позицию, вид и предлежание плода, определять готовность шейки матки к родам, определять целостность плодного пузыря, определить на фантоме, в какой плоскости таза находится головка плода, показать активное ведение третьего периода родов.

Мотивация

Ведение родов в современных условиях подчинено принципам управления родовым актом с позицией прогнозирования вероятных осложнений для матери и плода в целях снижения материнской и перинатальной смертности. Кроме того, следует обратить внимание на дифференцированное родоразрешение в зависимости от степени риска родов и выбора оптимальных сроков, методов и уровня родовспомогательного учреждения.

Межпредметные и внутрипредметные связи

При подготовке к занятию студент должен будет знать анатомию женских половых органов, строение и размеры головки плода, строение и размеры женского таза, биохимические процессы, происходящие в организме женщины в период подготовки к родам.

Проверка базовых знаний по анатомии и топографической анатомии человека. Полученные знания студент может использовать на уроках по гинекологии, реанимации, хирургии и гигиены, терапии..

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	Вступительное слово о Родах, периодах родов. Заполнение партограммы, активное ведение ИИИ. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. Основные этапы и направления развития акушерства В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы Определение и цели определения родов, периодов родов. Основные направления и составные части гинекологии Основные методы исследования. Основные этапы в изучении гинекологических заболеваний Классификации гинекологических заболеваний Дисфункциональное маточное кровотечение	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный -	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые	

(10 мин.)	разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия «ДМК»	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления,	Работа с клиническими лабораторным	30

	выписывание рецептов и т.д	инструментами	
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

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?
- 12.Назовите основные методы обезбаливания родов.
- 13.Перечислите основные параметры, характеризующие потуги.
- 14.Укажите среднюю продолжительность ИИ периода родов у первородящих и повторнородящих.
- 15.Укажите способы определения положения головки в малом тазу во ИИ периоде родов.
- 16.Перечислите принципы ручного пособия при рождении плода.
- 17.Признаки отделения последа
- 18.Способы отделения последа
- 19.Оценка состояния новорожденного по Апгар
- 20.Физиологическая кровопотеря в родах.

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.

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 рочи

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 предлежащей части и ее местоположение по отношению к плоскостям малого таза

Определяет высоту стояния дна матки

Определяет предлежащую 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 важной 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

Что относится к достоверным (несомненным) признакам беременности?

*Движения плода, определение плода при УЗИ

Увеличение молочных желез, цианотичность слизистой влагалища шейки матки

Раздражительность, сонливость

Повышенная утомляемость, тошнота, рвота

Мягкая беременная матка под влиянием механического раздражения во время двуручного исследования уплотняется и сокращается. После прекращения раздражения матка вновь приобретает мягкую консистенцию. Как называется этот признак определения беременности по автору?

*Признак Снегирева

Симптом Горвица-Гегера

Признак Пискачека

Признак Гентера

Что характерно для признака Пискачека?

*Для ранних сроков беременности характерна асимметрия матки, обусловленная куполообразным выпячиванием правого или левого ее угла, что соответствует месту имплантации плодного яйца. Беременная матка при исследовании мягкая, размягчение особенно выражено в области перешейка. Пальцы обеих рук при двуручном исследовании соприкасаются в области перешейка почти без сопротивления.

Указывает на легкую подвижность шейки матки в ранние сроки беременности, что связано со значительным размягчением перешейка.

Вследствие размягчения перешейка в ранние сроки беременности возникают перегиб матки кпереди и гребневидное утолщение на передней поверхности матки по средней линии.

Дайте характеристику продольного положения плода

*Продольная ось плода и продольная ось матки совпадают

Продольная ось плода пересекает продольную ось матки под прямым углом

Продольная ось плода образует с продольной осью матки острый угол

Продольная ось плода образует с продольной осью матки тупой угол

В чем заключается смысл первого приема наружного акушерского исследования?

*Определяется высота стояния дна матки и часть плода, находящаяся в ее дне

Определяется позиция плода

Определяется характер предлежащей части и отношение ее к малому тазу

Определяется место нахождения предлежащей части

К какому приему наружного акушерского исследования относится определение характера предлежащей части (головка или ягодицы), отношение предлежащей части ко входу в малый таз

*третий прием наружного акушерского исследования

первый прием наружного акушерского исследования

второй прием наружного акушерского исследования

четвертый прием наружного акушерского исследования

Что относится ко второму приему наружного акушерского исследования?

*Определение позиции плода по месту нахождения спинки и мелких частей плода (ручек и ножек)

Определение характера предлежащей части и ее отношение к малому тазу

Определение предлежащей части (головка или ягодицы), места нахождения предлежащей части (над входом в малый таз, во входе или глубже, где именно), в каком положении находится предлежащая головка (в согнутом или разогнутом).

Определение высоты стояния дна матки и часть плода, находящуюся в ее дне.

К какому приему наружного акушерского исследования относится определение высоты стояния дна матки и части плода, находящейся в ее дне ?

*первому приему наружного акушерского исследования
второму приему наружного акушерского исследования

третьему приему наружного акушерского исследования
четвертому приему наружного акушерского исследования

Что определяют по последней менструации?

*Срок родов
состояние плода

вес плода

массу и длину плода

Что оценивают по окружности живота и высоте стояния дна матки?

*Срок родов
состояние плода

вес плода

вес и рост плода

Чему равен размер -Дистанция спинарум?

*25-26

20-21

28-29

30-31

Чему равен размер - Дистанция кристарум?

*28-29

20-21

30-31

25-26

Чему равен размер -Дистанция трохантерика?

*20-21

28-29

30-31

25-26

Чему равен размер - наружная конъюгата?

*20-21

28-29

30-31

25-26

Чему равен размер -Диагональная конъюгата?

*20-21

28-29

30-31

25-26

Когда ощущается первобеременными 1-е шевеление плода?

*с 20 нед

С 25нед

С 16нед

С 20нед

Когда ощущается повторнобеременными 1-е шевеление плода?

*с 22нед

С 26нед

С 30нед

С 10нед

Где находится дно матки в конце 5-го акушерского месяца?

*на 2 поперечных пальца ниже пупка

На 3 поперечных пальца ниже пупка

На 4 поперечных пальца ниже пупка

на 5 поперечных пальца ниже пупка

ВДМ 35 см ,окружность живота 100см,определите предполагаемый вес плода?

*3500

2500

2000

4000

Иммунологические тесты на беременность основываются на определении :

*Хорионического гонадотропина

Прогестерон в крови

Плацентарного лактогена

Окситациновый тест

Важным признаком беременности при влагалищном исследовании является :

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

Уплотненная матка

Увеличение размеров матки

Боли при пальпации

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

*10 декабря

30 декабря

10 ноября

20 ноября

Когда сердцебиение плода выслушивается над лобком ?

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

плод находится в поперечном положении

плод находится в ягодичном предлежании

плод находится в продольном положении

В норме индекс Соловьева равен ?

*14 -16см

11-12 см

13-14 см

26-18см

Начиная с какой недели беременности можно выслушивать сердцебиение плода?

*18-20

10-12

27-28

30-32см

Сколько приемов наружного акушерского обследования?

*4

3

5

6

Какими методами можно выслушивать сердцебиение плода?

*стетоскоп и Доплер

Фанедоскоп

УЗИ

Доплер и фанедоскоп

Первый метод Леопольда-Левицкого определяет :

*часть плода располагающиеся в дне матки

Определяет предлежащую часть

Размер головки плода

Мелкие части плода

Второй метод Леопольда-Левицкого определяет :

*позиция и вид плода

Определяет предлежащую часть

Размер головки плода

Мелкие части плода

Третий метод Леопольда-Левицкого определяет :

*предлежащую часть плода

Размер головки плода

Мелкие части плода

часть плода располагающиеся в дне матки

**Количество методов по
Леопольду-Левицкому**

*4

5

6

3

**Чем измеряется окружность
живота?**

*см лентой

Тазомером

Линейкой

Жгутом

**При какой позиции плода
сердцебиение слышится
справа?**

*2я позиция

1я позиция

3я позиция

4я позиция

**При какой позиции плода
сердцебиение слышится
слева?**

*1я позиция

2я позиция

3я позиция

4я позиция

Вероятные признаки беременности?

*прекращение менструации

Перемены в аппетите

Изменения со стороны нервной системы

Пигментация на лице

**Предположительные признаки
беременности?**

* Перемены в аппетите

Прекращение менструации

Увеличение матки

Цианоз слизистой влагалища

Вероятные признаки беременности?

*появление молозива

Перемены в аппетите

Изменения со стороны нервной системы

Пигментация на лице

Виды зеркал?

*створчатый, ложкообразный

Шарообразный

Грушевидный

Квадратный

Признак беременности?

*признак Снегирёва

Признак Кохера

Признак Шредера

Признак Альфельда

**Когда дно матки находится на уровне
симфиза?**

*в конце 3-го месяца

в конце 4-го месяца

в конце 5-го месяца

в конце 6-го месяца

**Для незрелой шейки матки не
характерно.**

*Мягкая консистенция.

длина 2см

Отношение ее к крестцу

**Для зрелой шейки матки не
характерно....**

* отклонение ее к лону или крестцу

длина ее 1,5 см

мягкая консистенция

Перечислите периоды родов

* раскрытие шейки матки, изгнание

плода, рождение последа

раскрытие шейки матки. Рождение плода

Изгнание плода, рождение последа

**Раскрытие шейки матки происходит в
результате...**

* контракция, ретракция, дистракция

мышечных волокон матки

ретракция

Дистракция

**Структурные изменения в шейке
матки у первородящих в родах
начинаются**

* в области внутреннего зева

в области наружного зева

Нет изменений

**Скорость раскрытия маточного зева у
первородящих**

* 1 см в час

2 см в час

3 см в час

**Скорость раскрытия маточного зева у
повторнородящих**

*2 см в час

1 см в час

3 см в час

**В каком периоде родов применяется
методика Кохрейна**

* Во втором

Первом

Третьем

Когда применяется метод по Кохрейну

* Во время врезывания переднего
плечика

Во время рождения головки
Во время врезывания головки
Своевременное отхождение вод должно наступать.

*при раскрытии шейки матки более чем на 6см \$

при появлении нерегулярных схваток

при появлении регулярных схваток

В первом периоде родов не происходит

*Врезывание предлежащей части плода

Раскрытие шейки матки

Укорочение и сглаживание шейки матки

Длительность латентной фазы у

первородящей

*6-8 ч

4-5 ч

3-4 ч

7-11ч

Какой признак по автору не относится к признаку отделения плаценты

*Гегара

Альфельда

Шредера

Микулич

Длительность латентной фазы у повторнородящей

* 4-6 ч

5-6 ч

6-8 ч

Увеличение какого гормона в крови беременной женщины происходит в период подготовки к родам?

* Эстрадиола

Прогестерона

Фолликулостимулирующего

гормона

Гонадотропин

В результате действия какого гормона повышается тонус матки, стимулируется частота и амплитуда схваток

*Окситоцин

Прогестерон

Вазопрессин

Гонадотропин

Как изменяется уровень мелатонина в крови плода и матери перед родами?

*У плода повышается, у матери – снижается

У плода снижается, у матери – повышается

У плода и у матери одинаково повышается

Не изменяет

В каком отделе матки расположена область, называемая водителем ритма- «Пейсмейкер»?

* В дне матки ближе к правому углу

В нижнематочном отделе ближе к внутреннему зеву

В теле матки

В шейке матки

Чему равна продолжительность физиологических родов у первородящих?

* 12-16 ч

8-10 ч

1-2 ч

6 ч

На сколько % снижается ОЦК после родоразрешения?

* 13,1%

12,7%

11,2%

15%

Какие изменения со стороны мочевого пузыря наблюдаются сразу после родов?

*Гипотония мочевого пузыря и снижение его вместимости

Гипертонус мочевого пузыря и непроизвольное мочеиспускание

Отсутствие мочи вследствие атонии мочевого пузыря

Атония мочевого пузыря

Признак Альфельда?

*Удлинение наружного отрезка пуповины

Появление выпячивания над симфизом

Укорочение наружного отрезка пуповины

Появление выпячивания над лоном

Признак Шредера ?

*Изменение формы и высоты стояния дна матки

Удлинение наружного отрезка пуповины

Появление выпячивания над симфизом

Укорочение наружного отрезка пуповины

Признак Микулича?

*Позыв к потуге

Удлинение наружного отрезка
пуповины

Появление выпячивания над симфизом

Укорочение наружного отрезка

пуповины

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

*Прижата ко входу в малый таз

Над входом в малый таз

Фиксирована малым сегментом во
входе в таз

В трубе

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

*При первой

При второй

При третьей

При четвертой

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

При второй

При третьей

При первой

При четвертой

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

*При головных

При тазовых

При поперечных

При продольных

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

При тазовых

При головных

При поперечных

**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 продольном
положении

**В норме индекс Соловьева равен
?**

* 14 -16см \$

11-12 см

20см

13-14 см

**Сколько градусов составляют
углы ромба Михаэлиса?**

* 90 градусов

40 градусов

70 градусов

60 градусов

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

*18-20

10-12

27-28

26-28

**Для незрелой шейки матки не
характерно.**

*Мягкая консистенция.

длина 2см

Отношение ее к крестцу

отклонение ее к лону или крестцу

**Для зрелой шейки матки не
характерно....**

* отклонение ее к лону или крестцу

длина ее 1,5 см

мягкая консистенция

длина 2 см

Перечислите периоды родов

* раскрытие шейки матки, изгнание
плода, рождение последа

раскрытие шейки матки. Рождение плода
изгнание плода, рождение последа

изгнание плода

**Раскрытие шейки матки происходит в
результате...**

* изгнание плода, ретракция, дистракция
мышечных волокон матки

ретракция

дистракция

изгнание плода

**Структурные изменения в шейке
матки у первородящих в родах
начинаются**

* в области внутреннего зева
в области наружного зева
нет изменений

в области среднего зева

**Скорость раскрытия маточного зева у
первородящих**

* 1 см в час

2 см в час

3 см в час

5 см в час

**Скорость раскрытия маточного зева у
повторнородящих**

* 2 см в час

1 см в час

3 см в час

5 см в час

**В каком периоде родов применяется
методика Кохрейна**

* Во втором

Первом

Третьем

В четвёртом

Когда применяется метод по Кохрейну

* Во время врезывания переднего
плечика

Во время рождения головки

Во время вырезывания головки

при раскрытии шейки матки более чем на
6см

**Своевременное отхождение вод должно
наступить.**

*при раскрытии шейки матки более чем
на 6см

при появлении нерегулярных схваток

при появлении регулярных схваток

Во время вырезывания головки

В первом периоде родов не происходит

*Врезывание предлежащей части плода

Раскрытие шейки матки

Укорочение и сглаживание шейки матки

Вырезывания головки

**Длительность латентной фазы у
первородящей**

* 6-8 ч

4-5 ч

3-4 ч

2ч

**Какой признак по автору не относится
к признаку отделения плаценты**

*Гегара

Альфельда

Шредера

Кохрейна

**Длительность латентной фазы у
повторнородящей**

* 4-6 ч

5-6 ч

6-8 ч

9-10ч

**Увеличение какого гормона в
крови беременной женщины
происходит в период подготовки
к родам?**

* Эстрадиола

Прогестерона

Фолликулостимулирующего

гормона

Гонадотропин

**В результате действия какого
гормона повышается тонус матки,
стимулируется частота и
амплитуда схваток**

*Окситоцин

Прогестерон

Вазопрессин

Гонадотропин

**Как изменяется уровень
мелатонина в крови плода и
матери перед родами?**

*У плода повышается, у матери –
снижается

У плода снижается, у матери –
повышается

У плода и у матери одинаково
повышается

Не изменяет

**В каком отделе матки
расположена область, называемая
водителем ритма- «Пейсмекер»?**

* В дне матки ближе к правому
углу

В нижнематочном отделе ближе к
внутреннему зеву

В теле матки

В шейке матки

**Чему равна продолжительность
физиологических родов у
первородящих?**

* 12-16 ч

8-10 ч

1-2 ч

6 ч

В каком году был принят 500 приказ?

*2003

2000

2005

2007

Сколько принципов в 500 приказе?

*10

5

8

3

В каком приказе говорится о грудном вскармливании?

*81

100

500

520

Когда заполняется партограмма?

*с началом родовй деятельности

В И периоде родов

Во ИИ пероде

Во время беременности

Что такое амниотомия?

*инструментальное вскрытие
плодного пузыря

Раннее излитие околоплодных вод

Запоздалое излитие околоплодных
вод

Преждевременное излитие
околоплодных вод

**Когда в норме отходят
околоплодные воды?**

*в конце И периода родов

в конце ИИ периода родов

В латентной фазе И периода родов

В активной И периода родов

**Чем характеризуется активная
фаза I периода родов?**

*появлением регулярной родовой
деятельности

Ноющими болями в низу живота и
пояснице

Полным открытием шейки матки

Ранним излитием околоплодных вод

Функция молочных желез

* Секреция. Вскармливание
секреция

вскармливание

Укажите периоды жизни женщины

**Сколько дней составляет интервал
между родоразрешением и**

**появлением овуляторных циклов у
некормящих?**

* 49 дней

50 дней

40 дней

28 дней

**Сколько дней составляет интервал
между родоразрешением и
появлением овуляторных циклов у
кормящих?**

*112 дней

40 дней

52 дня

28 дней

**Основными гормонами,
ответственными за установление и
поддержание лактации является...**

*Прولاктин и окситоцин

Вазопрессин и окситоцин

Мелатонин и эстроген

Прогестерон

**К какому сроку послеродового
периода объем щитовидной железы
возвращается к нормальному
значению?**

*В течение 12 нед

В течение 401 дней

В течение 1 года

Сразу после родов

**На каком уровне находится дно
матки непосредственно после
окончания третьего периода родов?**

*На 15-16 см выше лобка

На 2 см выше лобка

Не изменяется

На 4 см выше лобка

**Продолжительность IIII перодда
родов в среднем?**

*10-20мин

30 мин

40-50мин

50-60мин

**Из скольки моментов состоит
механизм родов?**

*4х

3х

2х

5ти

**Чем характеризуется II момент
биомеханизма родов в головном
предложении?**

*сгибание головки

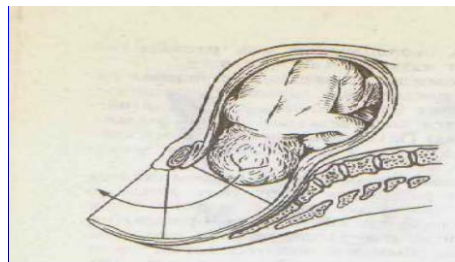
разгибание головки
внутренний поворот головки
наружный поворот головки
**Чем характеризуется III момент
биомеханизма родов в головном
предложении?**

*внутренний поворот головки
наружный поворот головки
сгибание головки
разгибание головки

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, продуцирующих 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 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.

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 – дезоксикортизола 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 III этапа, изменений в системе мать – плацента – плод, предшествующего наступлению родов. Этот период характеризуется в основном выбросом в кровь матери серотонина и 17β - 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 начала 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, нейrogормонов (биогеенных 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 дофамина в крови матери. Что свидетельствует, по их мнению, о прогрессирующей созревании адренергических систем плода в период окончания развития беременности. Подобные метаболические сдвиги, оказывая местное действие на уровне фетоплацентарного комплекса, стимулируют появление утеротонических ПГ в децидуальной оболочке. Утеротонический ПГ во время менструального цикла действуют лютеолитически, уменьшают синтез прогестерона и сенсibiliзируют миометрий к окситоцическим веществам.

Однако в период беременности, когда прогестерон синтезируется плацентой, подобное действие ПГ не доказано. В подтверждение этого Хусслеу (1982), Лиггинс

(1982) и другие авторы отмечают, что до настоящего времени не обнаружено связи между началом родов и изменениями соотношения половых стероидов и ПГ.

Однако возрастание синтеза ПГ непосредственно перед родами в организме матери, а также во время родов свидетельствует о важной роли их в инициации и развитии родовой деятельности. Точный механизм, контролирующий синтез эндогенных ПГ в беременной матке, который индуцирует запуск и пускового механизма начало родов, пока не известен. Резкое повышение уровня ПГ в конце беременности связывают с освобождением арахдониновой кислоты обусловленным липолитическим действием катехоламинов плода Лерат (1979).

Одни авторы связывают накоплением ПГ в организме с процессами старения структурных элементов плаценты её децидуальной оболочки, другие – с воздействием на организм матери метаболитов плода, третьи – с падением уровня прогестерона или депонированием его при помощи специфических белковых молекул. Рассмотренные факторы являются основной, но не главной причиной индукции родов, продукция плодом кортикотропина, кортизола, ПГ или окситоцина в последующие или окситоцина в последующие динамические изменения половых стероидов в фетоплацентарном комплексе и другие морфофункциональные сдвиги последующем является вторичным и развивается ответ на главенствующие, возможно даже не одномоментные, ещё полностью нерасшифрованные стимулы.

Заслуживает внимания тот факт, что стимулом для наступления нормальных родов является наличие соматически зрелого плода, приспособленного к самостоятельной внеутробной жизни.

Таким образом, в сложном комплексе факторов, способствующих наступления родов, участвуют нервная система, гормоны и медиаторы.

Возникновению регулярных сокращений матки способствуют изменения в содержании калия, кальция, магния, натрия и других ионов в организме. Увеличивается калий и кальций, калий повышает моторную функцию матки, а кальций – тонус матки и чувствительности к окситоцину. Во время родов возрастает количество кобальта усиливающего моторную функцию матки, количество солей магния, тормозящего сокращения матки, перед родами уменьшается.

Таким образом, к началу родов происходит, с одной стороны, повышение возбудимости матки, а с другой увеличение механических и химических раздражителей воздействующих на рецепторы ганглии, нервные стволы и сплетения матки. При этом отмечается множественность (совокупность) факторов, определяющих возбудимость матки, а также вызывающих возбудимость матки сократительную деятельность.

На фоне повышенной возбудимости матки особенно значителен эффект окситоцина, ацетилхолина и др. веществ вызывающих сокращения матки. В этом же направлении действуют раздражения связанные с двигательной активностью плода и соприкосновением предлежащей части с нижним сегментом и шейки матки.

Когда возбудимость матки и сила раздражений достигают определенного предела, возникает родовая деятельность. Все сложные процессы, определяющие наступление и правильное течение родов, регулируются нервной системой.

Процессы подготовки организма к родам усиливаются в последние дни беременности. Это время некоторые авторы выделяют как подготовительный (прелиминарный) период.

Интеграция течения родового акта условно разделяется на три периода: - раскрытие шейки матки, изгнания плода и изгнания последа.

Родовой акт представляет собой процесс взаимодействия, трех компонентов: - изгоняющих сил, родового канала и плода, как объекта родов.

Клиническими признаками начавшихся родов являются регулярные схватки, нарастающие изменения шейки матки, в виде её укорочения, сглаживания и раскрытия маточного зева.

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 оценки 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 спазмолитических и обезболивающих средств, своевременным предоставлением отдыха, обоснованной амниотомией и проводимым 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 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.



Сократительная деятельность матки характеризуется интенсивными схватками, к которым присоединяются потуги, носящие рефлекторный характер (воздействие подлежащей 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.

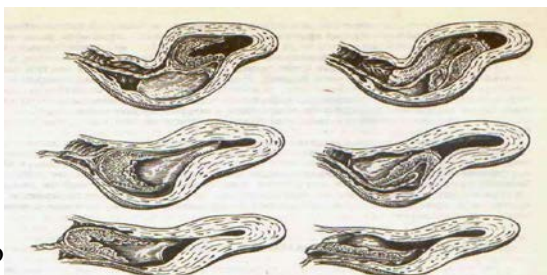
ТРЕТИЙ ПЕРИОД РОДОВ – ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД, самый короткий и одновременно самый ответственный в связи с опасностью возникновения кровотечения. Он начинается с момента рождения ребенка и заканчивается рождением последа.

В его течение различают три фазы:

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

II фаза – отделения плаценты;

III фаза – рождения последа.



Средняя продолжительность третьего периода родов составляет 5-10 минут. Средняя продолжительность третьего периода родов 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 выжидательной – активный характер и определяется в первую очередь объемом кровопотери.

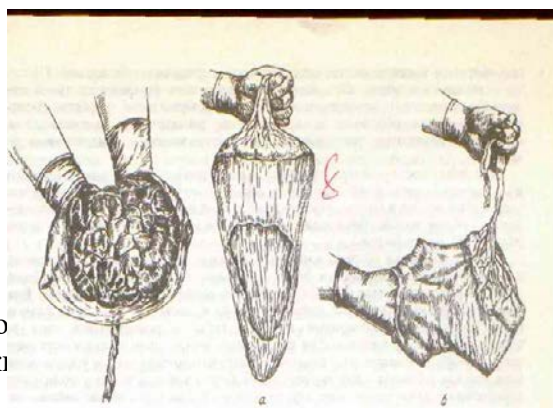
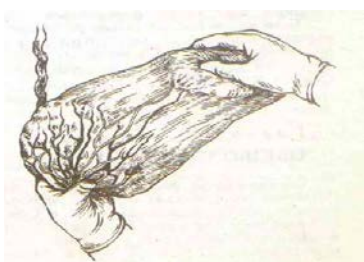
Показаниями для ручного обследования матки является:

явный дефект плацентарной или подозрение на него;

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

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

кровотечение продолжающийся после достижение кровопотери 250 мл.



При рациональном ведение родо положений. Длительность родов не должн подготовительный период);

которых
входить

Роды с минимальной степенью риска должны проводиться в стационарах круглосуточной готовностью операционной (ЦРБ);

Роды с повышенной степенью риска должны проводиться в городских, областных и акушерских стационарах, крупных многопрофильных больницах;

Роды с высокой степенью риска должны проводиться в специализированных родильных домах, являющихся клиническими базами кафедра акушерства и гинекологии медицинских институтов.

Следующим кардинальным аспектом при составлении плана родоразрешения является выбор метода, которой определяется прогнозом вероятных осложнений. Качество прогнозирования родов находится в прямой зависимости от способностей врача – акушера – гинеколога и её мышления.

Самостоятельные роды через естественные родовые пути проводятся у молодых здоровых женщин с минимальной степенью риска.

У определённой категории женщин (с отягощенным акушерским анамнезом, первородящим в возрасте старше 30 лет, с тазовым предлежания плода, анатомическим сужением таза и др.) вопрос о выборе способа родоразрешения должен решаться с позицией планового кесарева сечения. Для ведения родов у женщин со средней и высокой степенью риска необходима их дородовая госпитализация, сроки которой определяются со степенью тяжести акушерских осложнении и экстрагенитальных заболеваний.

По бактериологическому контролю качества проведения противоэпидемических мероприятий в акушерских стационарах, в соответствии с Приказом МЗ РУз № 500 от 13.11.2003 «О реорганизации работы родильных комплексов по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактики внутрибольничных инфекций».

В ходе проведения реформ в здравоохранении Республики Узбекистан были достигнуты определенные успехи в области охраны репродуктивного здоровья. Несмотря на это показатели материнской, детской заболеваемости и смертности продолжают оставаться высокими. Это во многом зависит от обеспечения должного ухода беременным, роженицам и родильницам до, во время родов и в послеродовом периоде. Многие страны изменили практику оказания помощи матерям и детям в соответствии с рекомендациями ВОЗ и добились снижения показателей материнской, перинатальной заболеваемости и смертности. Для эффективной работы акушерских стационаров, необходимо существующие принципы работы её перевести в соответствие с современными технологиями, рекомендуемыми ВОЗ. В связи, с чем, возникает необходимость пересмотра принципов организации работы акушерских стационаров нашей республики.

Партограмма.

Партограмма – это наиболее простое и наиболее эффективное средство ведения родов из всех, которые до сих пор были разработаны.

Основные принципы партограммы заключается в следующем:

это способ отображения процесса раскрытия шейки матки в виде непрерывного графика, одновременно;

это способ графического отображения многих других характеристик состояния матери, плода и течения родов.

Такое сочетание характеристик делает партограмму весьма ценной. Партограмма эффективна во всех условиях оказания медицинской помощи: обычных и тех, которые характеризуется наличием самого сложного оборудования и должна применяться при ведении родов в медицинских учреждениях всех уровней.

Записи в партограмме – в верхней части записывается следующая информация:

Роженица:

- имя;
- акушерские данные (количество родов, беременностей в анамнезе);
- регистрационный номер;
- дата поступления;
- время поступления принимается за ноль. Фактическое время дня указывается;
- под линией времени;
- время разрыва околоплодного пузыря.

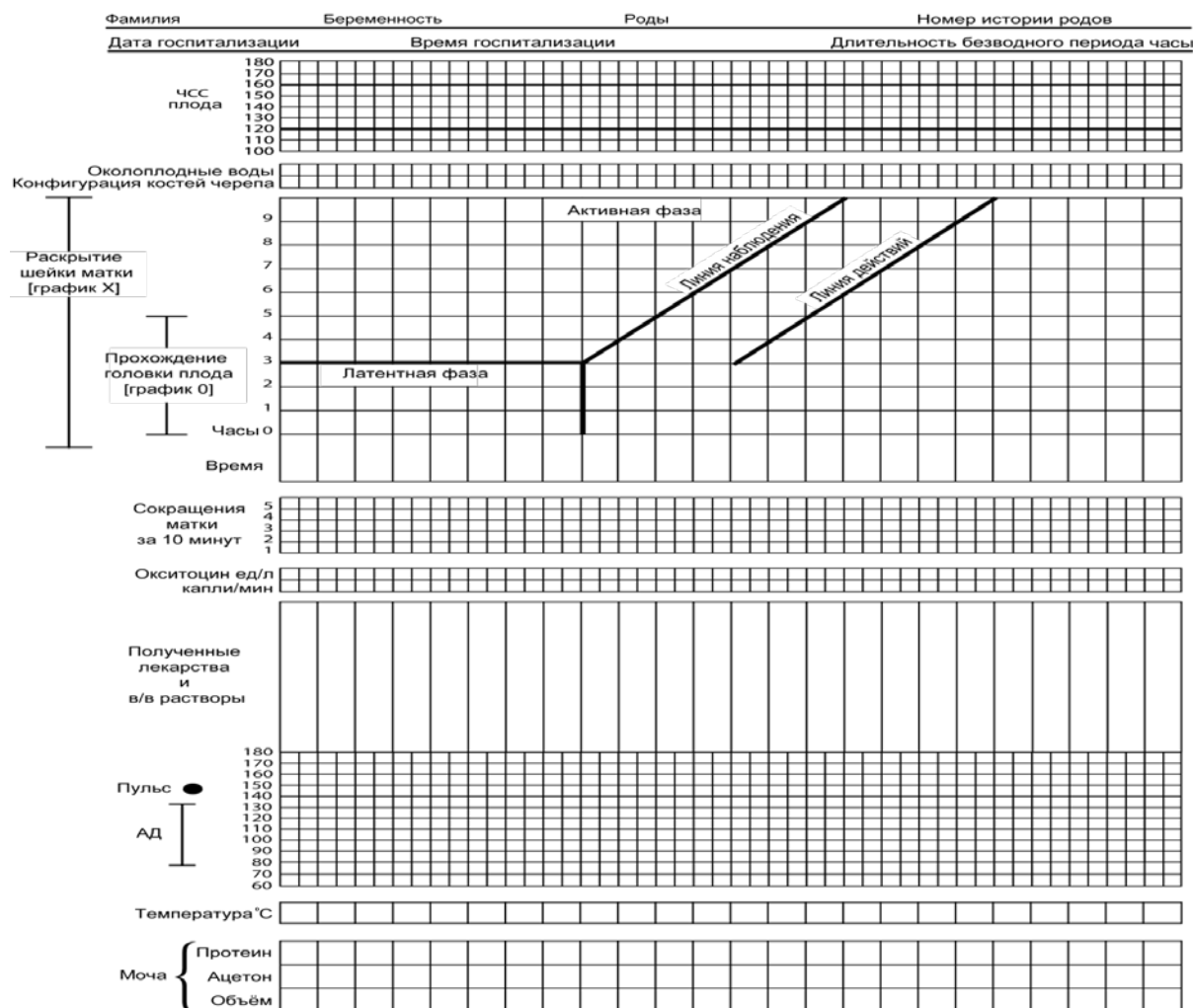
Плод:

частота сердечных сокращений;

околоплодные воды: прозрачные (С), окрашенные кровью (В) или окрашенные меконием (М) или околоплодный пузырь целый (И);

шейка матки: раскрытие в см, отмечается знаком X на диаграмме продвижение головки плода: ((ведущей поверхности головки плода), определяемое пальпированием пятью пальцами области живота, отмечается знаком 0 на диаграмме). Пальпирование живота производится перед каждым вагинальным осмотром.

Партограмма



Формирование головки плода: этот процесс записывается следующим образом: кости черепа разъединены соединительной тканью, которая легко прощупывается (0); кости слегка соприкасаются друг с другом (+); кости находятся друг на друга (++); кости значительно находятся друг на друга (+++).

Раскрытие шейки матки

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

Анализ (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.

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 мультимедиа системы;
- 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 –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План практического занятия	Вводное слово <i>Физиологический послеродовый период.</i> Определение и цели в первой половине беременности ,нарушение в первой половине беременности Основные положения цели ,нарушение Определяющие компоненты и составные цели

Цель занятия

- изучить изменения в сердечно-сосудистой, эндокринной, выделительных системах, в половых органах и молочных железах у родильницы в послеродовом периоде;
- изучить клиническое ведение физиологического послеродового периода;
- продемонстрировать методы осмотра родильницы (общий осмотр, состояние молочных желез, темпы инволюции матки);
- обсудить критерии диагностики общего состояния новорожденного по шкале Апгар и Сильверману;
- обсудить принципы грудного вскармливания ребенка;
- сравнить результаты послеродового периода при совместном пребывании матери и ребёнка с течением послеродового периода при раздельном пребывании;
- ознакомить со структурой и принципами работы послеродового отделения.

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить

Дать определение науки «акушерства» Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях в составных частях гинекологии Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	-изменения в сердечно-сосудистой, эндокринной, выделительных системах, в половых органах и молочных железах у роженицы в послеродовом периоде; -особенности течения и ведения послеродового периода; -санитарно-гигиенические мероприятия в послеродовом периоде; -основные принципы грудного вскармливания.
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Студент должен уметь:

Провести дифференциальный диагноз физиологического и осложненного течения послеродового периода, правильно осмотреть роженицу (общий осмотр, состояние молочных желез), определить темпы инволюции матки, определить характер лохий, по данным объективного и дополнительных методов обследования (УЗИ, анализ крови, анализ мочи, мазки на влагалищную флору) дать оценку течения послеродового периода.

Мотивация

Послеродовым, или пуэрперальным, называется период, в течение которого в организме у роженицы происходит обратное развитие (инволюция) тех органов и систем, которые подвергались изменениям в связи с беременностью, родами. Именно в этот период женщина подвержена риску инфекционных, гнойно-септических заболеваний. Основной задачей ведения послеродового периода является профилактика этих заболеваний у роженицы и новорожденного. Послеродовой период совпадает с началом формирования новых семейных связей. Болезнь матери или новорожденного может нарушить этот процесс.

Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знаниях 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, хирургии, патологического акушерства, гинекологии, гигиены, неонатологии и педиатрии.

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение –	Вступительное слово Физиологический	Слушает,

10 мин.	<i>послеродовый период. Физиологический период новорожденности. 10 принципов грудного вскармливания. Совместное прикладывания матери и ребенка. уход за молочными железами</i> Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы : Определение и цели определения гинекологии и Основные направления и составные части гинекологии Основные методы исследования. Основные этапы в изучении гинекологических заболеваний Классификации гинекологических заболеваний	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос , тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

Контрольные вопросы

1. Что такое послеродовой период?
2. Как называют женщину после родов?

3. Сколько времени продолжается послеродовой период?
4. Как подразделяют послеродовой период по срокам?
5. Как вести ранний послеродовой период?
6. Что должен сделать врач, прежде чем перевести женщину в послеродовое отделение?
7. Как идет обратное развитие матки?
8. Как идет инволюция шейки матки?
9. Когда заканчивается эпителизация внутренней поверхности матки?
10. Что такое "лохии"?
11. Как изменяется функция молочных желез?
12. Каков состав женского молока?
13. Как регулируется процесс лактации? Эксклюзивное грудное вскармливание.
14. Какова клиника нормального послеродового периода?
15. Функции каких органов нарушены в послеродовом периоде и как с этим бороться?
16. Что такое "субинволюция матки" и каковы лечебные мероприятия при этом?
17. Какие мероприятия проводят при нагрубании молочных желез?
18. Как осуществляют уход за родильницей, на промежность которой наложены швы?
19. Каков режим родильницы?
20. Какова диета родильницы?
21. В чем заключается уход за родильницей?
22. Правила гигиены при кормлении новорожденного.
23. Какова продолжительность периода новорожденности?
24. Что такое шкала Апгар?
25. Признаки зрелости новорожденного.
26. Что необходимо для 2-х моментной обработки новорожденного?
27. Какую оценку по шкале Апгар имеет здоровый новорожденный?
28. Значение первого крика новорожденного.
29. Причины и продолжительность желтухи новорожденных.
30. Как производится обработка глаз новорожденных? Выпишите необходимый для этого препарат.
31. Правила первичной обработки новорожденного.
32. Что необходимо для вторичной обработки новорожденного?

33. Как производится обработка остатка пуповины?
34. Правила вторичной обработки новорожденного.
35. Особенности кожи новорожденных.
36. Особенности сердечно-сосудистой системы новорожденных.
37. Чем объясняют половой криз у новорожденных?

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 кладется 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.

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?**

* железододефицитная

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

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

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?

* железodefицитная

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

Теоретическая часть

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.

Матка.

Сразу после рождения последа матка начинает сильно сокращаться и уже через несколько минут приобретает округлую форму. Стенка ее становится плотной, зияющие сосуды плацентарной площадки сжимаются. Дно матки располагается на уровне или чуть ниже пупка. Через 2 нед после родов матка располагается уже в пределах малого таза. Размеры ее продолжают уменьшаться и через четыре недели после родов соответствуют размерам небеременной матки. В течение нескольких суток после родов поверхностный слой децидуальной оболочки отторгается и выделяется в виде лохий. Регенерация эндометрия происходит за счет эпителия его желез. Стенки полости матки, за исключением плацентарной площадки, эпителизируются через 7—10 сут, нормальной толщины эндометрий достигает через 2—3 нед после родов. Эпителизация плацентарной площадки происходит гораздо медленнее за счет напользания эндометрия с соседних с ней участков к концу 6-й недели после родов. Задержка эпителизации плацентарной площадки может быть причиной маточного кровотечения в позднем послеродовом периоде. Наиболее выраженные инволюционные изменения происходят в половых органах, особенно в матке. Темп инволюционных изменений максимально выражен в первые 8-12 суток. Ближайшие 2-4 часа после родоразрешения выделяют особо и обозначают как ранний послеродовой период. По истечении этого времени начинается поздний послеродовой период. После рождения последа матка значительно уменьшается в размерах из-за резкого сокращения ее мускулатуры. Ее тело имеет почти шаровидную форму, сохраняет большую подвижность за счет понижения тонуса растянутого связочного аппарата. Шейка матки имеет вид тонкостенного мешка с широко зияющим наружным зевом с надорванными краями и свисающего во влагалище. Шеечный канал свободно пропускает в полость матки кисть руки. Вся внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность с наиболее выраженными деструктивными изменениями в области плацентарной площадки. Просветы сосудов в области плацентарной площадки сжимаются при сокращении мускулатуры матки, в них образуются тромбы, что способствует остановке кровотечения после родов. В последующие дни инволюция матки происходит очень быстро. Каждые сутки высота стояния дна матки понижается в среднем на 2 см. Нужно учитывать, что темпы инволюции находятся в зависимости от паритета родов, степени ее растяжения во время беременности (крупный плод, многоводие, многоплодие), грудного вскармливания с первых часов послеродового периода, функции соседних органов. За счет сдавления кровеносных и лимфатических сосудов, часть из них облитерируется. Цитоплазма части мышечных клеток подвергается жировому перерождению, а затем жировой дистрофии. Обратное развитие происходит также в межмышечной соединительной ткани. Значительная часть сосудов облитерируется и превращается в соединительно-тканые тяжи.

Процесс заживления внутренней поверхности матки начинается с распада и отторжения обрывков губчатого слоя децидуальной оболочки, сгустков крови, тромбов. В течение первых 3-4 дней полость матки остается стерильной. Этому способствует фагоцитоз и внеклеточный протеолиз. Распадающиеся частицы децидуальной оболочки, сгустки крови и другие отторгающиеся тканевые элементы представляют собой лохии. Эпителизация внутренней поверхности матки происходит параллельно с отторжением децидуальной

оболочки и заканчивается к 10 дню послеродового периода (кроме плацентарной площадки). Полностью эндометрий восстанавливается через 6-8 недель после родов. Обычный тонус связочного аппарата матки восстанавливается к концу 3 недели.

2. Шейка матки. Спустя 2—3 сут после родов восстанавливается тонус шейки матки, внутренний зев остается раскрыт на 2—3 см. К концу первой недели после родов шейка матки формируется окончательно.

Инволюция шейки матки происходит медленнее. Раньше других отделов сокращается и формируется внутренний зев. Это связано с сокращением циркулярных мышечных волокон. Через 3 суток внутренний зев пропускает один палец. Формирование шейного канала заканчивается к 10 дню. К этому времени полностью закрывается внутренний зев. Наружный зев смыкается к концу 3 недели и принимает щелевидную форму.

3. Влагалище. В течение трех недель после родов стенки влагалища остаются отечными, просвет его несколько расширен. Отек полностью исчезает к концу послеродового периода.

4. Яичники. У большинства женщин менструации отсутствуют в течение всего периода естественного вскармливания. В отсутствие лактации овуляция происходит в среднем на 10-й неделе после родов, а первая менструация — на 12-й. Менструация может появляться на 7—9-й неделе после родов, в таких случаях первый менструальный цикл обычно ановуляторный. В яичниках в послеродовом периоде заканчивается регресс желтого тела и начинается созревание фолликулов. Вследствие выделения большого количества пролактина у кормящих женщин менструация отсутствует в течение нескольких месяцев или всего времени кормления грудью. У не кормящих женщин менструация восстанавливается через 6-8 недель после родов. Первая менструация после родов, как правило, происходит на фоне ановуляторного цикла: фолликул растет, зреет, но овуляция не происходит, и желтое тело не образуется. В эндометрии происходят процессы пролиферации. Вследствие атрезии фолликула и падения титра эстрогенных гормонов наступает отторжение слизистой оболочки матки — менструация. В дальнейшем овуляторные циклы восстанавливаются. У некоторых женщин овуляция и наступление беременности возможны в течение первых месяцев после родов, даже на фоне кормления грудью.

5. Молочные железы. У беременных под действием эстрогенов, прогестерона, кортизола, пролактина, плацентарного лактогена и инсулина происходит быстрое развитие железистых структур молочных желез. В течение беременности лактацию подавляют стероидные гормоны, синтезируемые плацентой. После родов их уровень быстро снижается и на фоне высокого уровня пролактина начинается лактация. Вначале молочные железы выделяют молозиво, которое отличается от молока более высоким содержанием белка и иммуноглобулинов.

Функция молочных желез после родов достигает наивысшего развития. Во время беременности под действием эстрогенов формируются млечные протоки, под влиянием прогестерона происходит пролиферация железистой ткани. Под влиянием пролактина происходит усиленный приток крови к молочным железам и усиленная секреция молока, что ведет к нагрубанию молочных желез, наиболее выраженному на 3-4 сутки послеродового периода. Секреция молока происходит в результате сложных рефлекторных и гормональных воздействий и регулируется нервной системой и лактогенным (пролактин) гормоном аденогипофиза. Стимулирующее действие оказывают

гормоны щитовидной железы и надпочечников, а также рефлекторное воздействие при акте сосания. В первые сутки послеродового периода молочные железы секретируют молозиво. Молозиво - густая желтоватая жидкость с щелочной реакцией. Она содержит молозивные тельца, лейкоциты, молочные шарики, эпителиальные клетки из железистых пузырьков и молочных протоков. Молозиво богаче зрелого грудного молока белками, жирами, минеральными веществами. Белки молозива по аминокислотному составу занимают промежуточное положение между белковыми фракциями грудного молока и сыворотки крови, что, очевидно, облегчает адаптацию организма новорожденного в период перехода от плацентарного питания к питанию грудным молоком. В молозиве больше, чем в зрелом грудном молоке, белка, связывающего железо (лактоферрина), который необходим для становления кроветворения новорожденного. В нем высоко содержание иммуноглобулинов, гормонов (особенно кортикостероидов), ферментов. Это очень важно, т.к. в первые дни жизни новорожденного функции ряда органов и систем еще незрелы и иммунитет находится в стадии становления. Переходное молоко, образующееся на 3-4 сутки, на 2-3 неделе приобретает постоянный состав и называется зрелым молоком.

Б. Другие органы

1. Мочевые пути. Мочевой пузырь нередко травмируется во время родов, вследствие чего в раннем послеродовом периоде возможно его перерастяжение и задержка мочи. Это повышает риск инфекции мочевых путей. Послеродовая атония мочевого пузыря усиливается при проводниковой анестезии. Почечный кровоток, СКФ и реабсорбция электролитов, аминокислот и глюкозы в канальцах возвращаются к исходному уровню через 6 нед после родов. Расширение почечных лоханок, чашечек и мочеточников может сохраняться до нескольких месяцев.

2. Сердечно-сосудистая система. При родоразрешении через естественные родовые пути кровопотеря обычно не превышает 500 мл, а при кесаревом сечении — 1000 мл. Несмотря на кровопотерю, после родов возрастает ударный объем сердца (вследствие выключения плацентарного кровотока, возврата внесосудистой жидкости в кровоток и увеличения венозного возврата). В связи с тем что ЧСС снижается, сердечный выброс остается прежним или незначительно повышается. Через 2 нед после родов сердечный выброс возвращается к норме.

3. Пищеварительная система. У беременных под влиянием эстрогенов повышается синтез белков в печени, что проявляется повышением уровня сывороточных белков. Через 3 нед после родов он возвращается к норме.

Первые 2-4 часа после нормальных родов родильница находится в родильном зале. Врач-акушер внимательно следит за общим состоянием родильницы, ее пульсом, артериальным давлением, постоянно контролирует состояние матки: определяет ее консистенцию, высоту стояния дна, следит за степенью кровопотери. В раннем послеродовом периоде производит осмотр мягких родовых путей, если есть показания для проведения осмотра. Осматривают наружные половые органы и промежность, вход во влагалище и нижнюю треть влагалища. Осмотр шейки матки и верхних отделов влагалища производят с помощью зеркал. Все обнаруженные разрывы зашивают. При оценке кровопотери в родах учитывают количество крови, выделившейся в последовый и ранний послеродовый периоды. Средняя кровопотеря составляет 250 мл, а максимальная физиологическая - не более 0,5% от массы тела родильницы.

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 нагрудия. 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

1. 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.

2. Лабораторные исследования. В первые сутки после родов проводят общий анализ крови с определением лейкоцитарной формулы. При необходимости определяют группу крови и

Рх-фактор. У женщин с Рх-отрицательной кровью исследуют кровь на антирезусные антитела. Для выявления родильниц, подлежащих вакцинации, определяют титр антител к вирусу краснухи (если исследование не проводили ранее).

3. 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 кортикостероидов 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 дислипиды, 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 шкалы 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.

ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ

Для оценки физического развития новорожденных используют статистические показатели основных параметров в зависимости от гестационного возраста или перцентильные оценочные таблицы. Параметры физического развития новорожденного, расположенные в интервале $M \pm 2s$ (s - среднее квадратичное отклонение) или P10 - P90 относятся к нормальным физическим показателям для данного гестационного возраста. Параметры физического развития новорожденных зависят от параметра и возраста его родителей, особенностей питания, условий жизни и порядкового номера беременности у женщины. Имеет значение характеристика пропорциональности телосложения и питания новорожденных.

Доношенный новорожденный - ребенок, родившийся при сроке беременности 37-42 недели. У доношенного новорожденного из-за превалирующего развития мозга голова составляет 1/4 часть тела. Особое значение имеет определение окружности головы при рождении (и в динамике) массы тела, а так же ее формы. К вариантам нормальной формы относят следующие: долихоцефалическая - вытянутая в передне- заднем направлении, брахиоцефалическая - в поперечном, и башенный череп. Кости черепа податливы, могут заходить друг на друга по сагитальному и венечному швам. Особенности отражены в таблице зрелости.

Недоношенный новорожденный - ребенок, родившийся при сроке ниже 37 недель беременности. Родившиеся живыми при сроке гестации 22 - 28 недель и выжившие в первые 168 часов жизни. К нормальным параметрам развития в сроки 28-37 недель относят детей с массой тела от 1000,0 до 2500,0 г, длиной 38-47 см, окружностью головы 26-34 см и груди 24-33 см. По статистическим данным разных стран недоношенными рождаются от 6 до 13% детей.

Масса тела не может быть основным критерием недоношенности. Существует понятие "низкая масса тела при рождении" или "маловесные" - это дети с массой менее 2500,0 г при рождении, которые родились в срок.

К переносным новорожденным относят детей, родившихся после 294 дней или 42 недель гестации. Частота рождения таких детей от 8 до 12%. У детей наблюдают клинические признаки трофических нарушений: снижение тургора кожи, истончение подкожно-жирового слоя, десквамация, сухость и шелушение кожи, отсутствие смазки, плотные кости черепа, нередко с закрытыми швами.

При сопоставлении гестационного возраста и показателей физического развития выделяют следующие группы:

- новорожденные с крупной массой тела, которая выше средней к данному сроку на 2с или 90 перцентилей и больше;

- с нормальным физическим развитием для данного гестационного возраста;

- с низкой массой тела по отношению к гестационному возрасту или с задержкой внутриутробного развития. Встречаются следующие типы ЗВУР: незрелость или "смалл фор дате", диспластический или асимметричный и поздний тип или внутриутробная гипотрофия. Сочетания различных типов ЗВУР могут встречаться у одного ребенка. Патогенез задержки развития и роста у плода многообразен. При отставании лишь массы тела от гестационного возраста плода неблагоприятные факторы, как правило, взаимодействуют в последнем триместре беременности. При отставании в массе и длине тела от гестационного возраста - неблагоприятные условия существования плода наблюдаются в конце первого и начале второго триместра беременности. Нарушение пропорции тела, часто сочетающиеся с дисэмбриогенетическими стигмами и пороками развития, относят к диспластическому типу и наблюдают у детей с хромосомными и геномными нарушениями, а так же при внутриутробных, генерализованных инфекциях. Различные типы ЗВУР встречают у доношенных, недоношенных и переносных новорожденных.

СОВРЕМЕННЫЕ ПЕРИНАТАЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

(физиологическая адаптация и формирование здоровья новорожденных)

Физиологическая, иммунобиологическая и психоэмоциональная связь матери и ребенка не прерывается до 1,5 лет его постнатального развития. Физиологическое формирование

реакций адаптации новорожденного и последующее развитие младенца возможно только при условии совместного пребывания матери и ребенка в родильном стационаре. Постоянный контакт матери и ребенка, который начинается с рождения: после первичного отсечения пуповинного остатка. Ребенка выкладывают на живот матери и прикладывают к груди. На формирование защитных сил организма ребенка крайне негативно влияет обработка груди дезинфицирующими средствами или обмывания проточной водой с мылом. На ареоле сосков вырабатывается (особенно перед кормлением, когда мама слышит голос своего ребенка) огромное количество биологически активных и защитных факторов (лизосома, иммуноглобулинов, бифидобактерий и т.д.), которые необходимы для физиологического формирования локальной и общей системы иммунитета, микробиоценоза и пищеварительной функции. Гигиенические мероприятия женщина должна проводить только после кормления ребенка, грудного вскармливания с первых минут жизни и в дальнейшем по требованию ребенка без определенного временного интервала, включая ночь, исключая выпаивание растворами и назначение адаптированных смесей. Необходимо (по возможности) кормить ребенка только молоком его мамы. Сохраняющаяся после родов прямая и обратная иммунобиологическая связь опосредована через лактацию универсальным составом молока мамы, идеально подходящим только ее малышу. Состав меняется по часам и дням жизни новорожденного и идеально обеспечивает адаптацию нутритивных процессов и формирование собственной экологической системы ребенка. Нарушение адаптации новорожденного, как и его заболевание, влияет на изменения качественного состава молока и повышения его иммунологической активности. Несмотря на малый объем молозива, в первые 3 дня после родов при создании условий частого прикладывания новорожденного к груди (по его требованию), не реже 10-12 раз в сутки в период адаптации, обеспечивает его необходимыми калориями и защитными факторами. Частые прикладывания новорожденного к груди отражаются на усилении продукта окситоцина и пролактина в организме матери, снижают риск послеродовых гнойно-септических заболеваний и кровотечений и являются необходимым условием становления лактационной функции.

Ранняя выписка из родильного стационара (на 3-4 день) возможна при условии хирургического отсечения пуповинного остатка (после 12 часов жизни). К 3 дню пребывания родильницы и новорожденного в родильном доме наблюдается повышенная колонизация их госпитальными штаммами бактерий, обладающих высокой устойчивостью к антибактериальным препаратам и дезинфицирующим средствам, вирулентностью и токсигенностью. К 6 дню колонизированы практически все мамы и дети. Это значительно нарушает формирование нормальной эндомикроэкологической системы новорожденного и ослабляет защитные силы матери.

Парафизиологические состояния новорожденных:

- первоначальная убыль массы тела, не превышающая 6-8% от массы тела при рождении;
- расширение потовых желез;
- токсическая эритема;
- половой криз;
- физиологическая гипербилирубинемия;
- транзиторная диарея.

К факторам риска развития синдрома нарушенной адаптации здорового новорожденного (у здоровой матери с физиологическим течением беременности) чаще относят условия, разделяющие мать и ребенка в раннем неонатальном периоде и нарушающие правильное грудное вскармливание. Во всех других случаях изменения функционального состояния новорожденного обусловлено факторами риска со стороны матери и плода.

ПРИНЦИПЫ ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ

Основной целью является:

- Понимать важность грудного вскармливания
- Понимать опасность искусственного вскармливания
- Знать основные механизмы продукции и выделения молока
- Знать основные свойства грудного молока
- Понимать важность контакта «кожа-к-коже» для начала эффективного грудного вскармливания
- Уметь консультировать женщину по вопросам первого прикладывания к груди
- Знать правильные позиции при грудном вскармливании
- Уметь наблюдать за грудным вскармливанием с целью помощи матери
- Обучиться навыкам консультирования по вопросам грудного вскармливания
- Уметь своевременно распознавать проблемы, связанные с грудным вскармливанием и помогать матери решать их

Преимущества грудного вскармливания

Грудное молоко содержит все жизненно важные вещества, макро- и микроэлементы, необходимые для оптимального физического, психомоторного, интеллектуального, эмоционального и социального

развития ребенка. Грудное вскармливание экономически выгодно и для семьи, и для общества, а также вероятность того, что мать оставит своего ребенка уменьшается.

Незаменимые компоненты грудного молока

Среди антиинфекционных белков, содержащихся в грудном молоке, наиболее важными являются: железосвязывающий лактоферрин, угнетающий рост и размножение бактерий; лизоцим, также уничтожающий бактерии; а также антитела - иммуноглобулин А.

Другим важным антиинфекционным фактором является бифидум-фактор, который способствует росту лактобацилл, который ингибирует размножение патогенных бактерий. Грудное молоко также содержит противовирусные факторы.

Ребенок, находящийся на исключительно грудном вскармливании, получает 0,5 г секреторного Иг А в день. Секреторный ИгА (из грудного молока) защищает ребенка от болезнетворных микроорганизмов, таких как кишечная палочка, а также защищает от проникновения антигенов.

Совместное пребывание матери с ребенком

Совместное пребывание это такой вид организации пребывания в акушерском стационаре, при котором мать может быть с ребенком все время, непрерывно.

Совместное пребывание способствует тепловой защите, грудному вскармливанию, сопротивлению инфекциям и становлению родственных уз. Мать должна ухаживать за ребенком и касаться его; это способствует профилактике перекрестного инфицирования. Мать и ребенок должны быть вместе с момента рождения. Так начнется становление контакта между матерью и ребенком. Кроме того, при совместном пребывании ребенок обсеменяется материнской флорой, он находится в тепле и получает эмоциональную поддержку.

Помощь родственников матери очень важна и нужна, особенно в случаях оперативного родоразрешения (после кесарева сечения), когда мать еще не очень хорошо себя чувствует.

Персонал роддома не должен заменять мать в уходе за ребенком. Медицинские работники могут помогать, консультировать, выслушивать мать и отвечать на ее вопросы, но им не следует заменять мать в уходе за ребенком.

Скажите матери, что она может брать ребенка к себе в кровать во время кормления (если ей так удобнее) - нет риска травмировать или инфицировать ребенка.

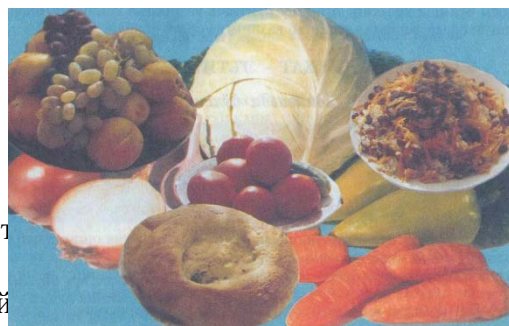
Неэффективные технологии послеродового ухода за матерью и новорожденным

Рутинное применение лекарственных препаратов (слабительных, антибиотиков, анальгетиков, утеротоников)

- Рутинное обследование без показаний (ультразвуковые и лабораторные исследования матери и ребенка)
- Ограничение посещений родственниками
- Ограничение контакта между матерью и новорожденным
- Использование мази для ухода за сосками
- Использование антисептиков для обработки пуповины
- Тугое пеленание новорожденного
- Регулярное ежедневное взвешивание ребенка до и после кормления

Преимущества грудного вскармливания

- Грудное молоко
 - ☐ Идеальное питание
 - ☐ Хорошо усваивается
 - ☐ Защищает от инфекций
- Грудное вскармливание
 - ☐ Обеспечивает эмоциональный контакт
 - ☐ Защищает здоровье матери
 - ☐ Помогает предохраниться от новой беременности
 - ☐ Экономически выгодно



Некоторые положения при кормлении грудью

Основные признаки правильных положений

- ☐ Голова и туловище ребенка находятся на одной линии
- ☐ Ребенок повернут лицом к груди
- ☐ Мать прижимает ребенка к своему телу
- ☐ Мать поддерживает тело ребенка

круглосуточного совместного пребывания матери и ребенка

- ☐ Поощрение кормления грудью по требованию ребенка
- ☐ Отказ от использования сосок или пустышек

Поощрение создания групп поддержки грудного вскармливания и направление матерей в эти группы после выписки из родильного стационара **Десять шагов успешного грудного вскармливания (2)**

- ☐ Наличие политики в отношении грудного вскармливания, которая постоянно доводится до всего медицинского персонала

- ☐ Обучение медицинского персонала навыкам, необходимым для практического осуществления политики грудного вскармливания
- ☐ Информирование всех беременных женщин о преимуществах и технике грудного вскармливания
- ☐ Помощь матерям начать кормление грудью в течение первого часа с момента рождения ребенка
- ☐ Обучение матерей технике кормления грудью и сохранения лактации в случае их разделения с детьми
- ☐ Кормление ребенка исключительно грудным молоком, кроме тех случаев, когда дополнительное введение жидкости клинически обосновано

Практическое занятие № 4

Тазовое предлежания плода.

Место проведения занятия, оснащение

- 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.
- учебный видеофильм: «Тазовое предлежание плода»

- учебные компьютерные программы;
- обучающие и тестирующие мультимедиа-системы;
- 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
- шкала Апгар;
- шкала Сильвермана.

Продолжительность занятия

Количество часов-6

Технологический модель учебного занятия:

Время –5 часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План практического занятия	Вводное слово <i>Тазовое предлежание плода. Биомеханизм родов. Методы Ловсет и Морис-Смейли-Вейта</i> Определение и цели , Основные положения цели Тазовое предлежание плода. Биомеханизм родов. Методы Ловсет и Морис-Смейли-Вейта Определяющие компоненты и составные цели <i>Тазовое предлежание плода. Биомеханизм родов. Методы Ловсет и Морис-Смейли-Вейта</i>

Цель занятия

- объяснить понятие тазового предлежания и его разновидности;
- проанализировать особенности течения беременности при тазовом предлежании;
- разъяснить принципы ведения беременности;
- проанализировать особенности течения II периода родов при тазовом предлежании и его ведения;
- продемонстрировать на фантоме биомеханизм рождения плода при тазовом предлежании;
- проанализировать возможные осложнения во III периоде родов;
- продемонстрировать на фантоме ручные пособия при тазовом предлежании (пособие по Цовьянову, классическое ручное пособие);
- обсудить возможные осложнения для плода и новорожденных при родах в тазовом предлежании.

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение науки «гинекологии» Разобрать основные методы исследования Дать представление о Тазовом предлежании плода. Биомеханизме родов. Методов Ловсет и Морис-Смейли-Вейта Перечислить и дать краткую характеристику	- этиологию, классификацию, биомеханизм родов; -особенности ведения и течения родов; -применяемые пособия в родах, осложнения, возникающие в 1 и 2 периодах родов при тазовых предлежаниях плода.
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Студент должен уметь:

Наружными методами обследовать беременную и роженицу, диагностировать тазовые предлежания плода, продемонстрировать на фантоме все моменты биомеханизма родов при тазовом предлежании плода, распознать их при внутреннем исследовании, определить местонахождение предлежащей части в родовом канале, оказать ручное пособие по Цовьянову и Брахту, классическое акушерское пособие, продемонстрировать выведение головки плода по методу Мориссо-Левре-Ла Шапель и Смелли-Файту, правильно записать данные обследования в истории родов, поставить диагноз и определить тактику ведения родов (роды через естественные родовые пути или операция кесарева сечения).

Мотивация

Вопрос о ведении беременности и родов при тазовых предлежаниях является весьма актуальным, что обусловлено прежде всего повышением перинатальной смертности в 3-5 раз по сравнению с родами в головном предлежании. При тазовых предлежаниях повышена заболеваемость детей и наблюдаются неблагоприятные отдаленные результаты в виде центральных парезов, эпилепсии, гидроцефалии, отставания в умственном развитии и др. Среди осложнений у матери следует отметить большую частоту несвоевременного излития околоплодных вод, аномалии родовой деятельности, затяжных родов, оперативных вмешательств, инфицирования и др. Своевременная диагностика и коррекция является одним из первостепенных этапов лечебной помощи, которая возложена на врача первого звена.

Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знаниях студентами основ анатомии, топографической анатомии, гистологии, нормальной и патологической физиологии, эндокринологии и микробиологии. Полученные в ходе занятия будут использованы при прохождении ими эндокринологии, терапии, хирургии, патологического акушерства,

гинекологии, гематологии, гигиены, педиатрии. Важность изучения данной патологии в расширенном масштабе, совместно со смежными специальностями, объясняется высоким риском развития патологии во время беременности, в родах и в послеродовом периоде, а также даже благополучный исход беременности требует дальнейшей реабилитационной терапии в условиях семейной поликлинике.

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	Вступительное слово Тазовое предлежание плода. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 1.Этиология воспалительных заболеваний. 2.Пути проникновения инфекций. 3.Клинические признаки воспалительных заболеваний ЖПО. 4. Диагностика воспалительных заболеваний. 5.Диф. диагностика воспалительных заболеваний.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

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 окажется 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.

Тесты

Сколько видов трихомониаза вы знаете?

3

1

4

2

5

Что является возбудителем при дрожжевом кольпите?

Трихомонады

стрептококки

кандида альбиканс

гонококки

фильтрующий вирус

Что является возбудителем остроконечных кондилом?

Стафилококки

кандида альбиканз

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 гонорей?

Нейссером

Кохом

Давидовский

Маневический

Гедоном

Сколько видов трихомониаза вы знаете?

3*

1

4

2

5

**то является возбудителем при
дрожевом кольпите?**

Трихомонады\$

стрептококки\$

кандида альбиканз#

гонококки\$

фильтрующий вирус\$

**Что является возбудителем
остроконечных кондилом?**

Стафилококки\$

кандида альбикаиз#

фильтрующий вирус\$

бледная триконеша\$

хламидии\$

Чем лечится кандидомикоз?

Тетрациклин#

гоновакцина\$

леворин#

пеницилин\$

трихопол\$

Чем лечится трихомониаз?

Нистатин\$

метронидазол#

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 веделения

д/НМЦ

**Что относится к специальными
методами обследования при воспалите
льных заболеваниях ЖПС**

анализ крови\$

анализ мочи\$

УЗИ\$

Гистероскопия\$

бак посев мазка#

**Назовите основные клинические
симптомы хранического эндометрита**

а.боли внизу живота

б.повышение температуры

в.бели

г.озноб

д.метрорагия

**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\$

Что характерно для гонорея

а.внутриклеточное расположение

б.внематочное расположения

в.бобовидная форма

г.грамм отр

д.грамм пол

а б г\$

б в г\$

а б в\$

а в г#

в г д\$

**Противо показание к очаговый
вакцино терапии**

а.беременность

б.менструация

в.хроническая гонорея

г.безуспешность антибактериальной
терапии

а б#

б в\$

в г\$

а г\$

Показании к иммунно терапии

безуспешность к антибактериальной
терапии#

гипертоническая болезнь\$

хроническая форма гонорея\$

гонорея при беременности\$

восходящая гонорея\$

**Применяется ли местные лечения при
острой стадии гонореи**

Применяется#

не применяется\$

применяется при противопоказания к
антибиотика терапии\$

**Критерие излеченности
устанавливается**

при отсутствие гонококов после 3х
провокаций#

после стихания острых явлений\$

после антибиотико терапии\$

при отсутствие гонококов по первой
провокации\$

критерие излеченности нет\$

Что характерно гонореи шейки матки

а.под эпителиальное расположения гонококов	г а д\$
б.бесплодие нарушение проходимости	д.переход инфекции в хран. форму
в.образование при glandулярных абсцессов	Сколько стадии рака тела матки различают
г.острая начала заболевания	2\$
а б в#	6\$
б в г\$	4#
а в д\$	3\$
	5\$

отношении наружного профилактического поворота плода на головку при тазовом предлежании плода единая точка зрения отсутствует, хотя эффективность его достаточно высока — 67—70 %.

Наружный поворот плода при доношенной беременности значительно снижает частоту случаев хирургического родоразрешения путем кесарева сечения.

Следует предлагать и обсуждать с женщинами:

- с неосложненной одноплодной беременностью
- с тазовым предлежанием плода
- в сроке беременности 36 недель

Следует выполнять в 37 недель беременности

Рутинное использование токолитиков:

- о снижает уровень неудач
- о облегчает проведение процедуры
- о профилактика развитие брадикардии у плода

Противопоказания: маловодие, излитие околоплодных вод, многоплодие, предлежание и отслойка плаценты, дистресс плода, кесарево сечение в анамнезе, кровотечение.

Наружный профилактический поворот, предложенный Б.А.Архангельским, требует соблюдения ряда условий: его должен выполнять врач высокой квалификации и стационарных условиях, где в случае необходимости (кровотечение, острая гипоксия плода) может быть произведено кесарево сечение. В последнее время наружный поворот на головку предлагается проводить после 36—37 нед беременности при достаточном количестве околоплодных вод под контролем УЗИ. Обязательным при этом является назначение β-миметиков для снижения тонуса матки. Кроме того, следует осуществлять

мониторный контроль за сердечной деятельностью плода до поворота и в течение часа после его выполнения.

Однако если учесть, что для проведения наружного профилактического поворота имеется достаточно много противопоказаний (угроза прерывания беременности, узкий таз, возраст первородящей более 30 лет, бесплодие или невынашивание беременности в анамнезе, аномалии развития гениталий, рубец на матке, многоплодие, мало- или многоводие, заболевания сердечно-сосудистой системы и др.) и во время его проведения нередко наблюдаются такие осложнения, как преждевременная отслойка плаценты, вскрытие плодного пузыря, острая гипоксия плода, эмболия околоплодными водами, повреждения спинного мозга у плода и др., то становится ясным, почему вопрос о целесообразности проведения наружного поворота плода на головку остается предметом дискуссии и многие предпочитают вести роды в тазовом предлежании или производят плановое кесарево сечение.

Выбор способа родоразрешения при тазовом предлежании плода зависит от возраста женщины, срока беременности, состояния и массы плода, степени разогнутости головки, "зрелости" шейки матки, размеров малого таза, сопутствующей экстрагенитальной патологии, осложнений данной беременности (длительная угроза невынашивания, гипертензивные состояния при беременности, недонашивание и перенашивание) и др.

Тактика родоразрешения при тазовом предлежании должна быть определена до родов. Она может быть следующей:

- спонтанное начало родов и родоразрешение через естественные родовые пути;
- родовозбуждение в срок или до срока родов;
- родоразрешение путем кесарева сечения в плановом порядке.

Очень важным при выборе метода родоразрешения является определение предполагаемой массы плода. Установлено, что самая низкая смертность при тазовом предлежании плода при его массе от 2500 до 3500 г. Плод более 3600 г при тазовом предлежании принято считать крупным. При массе плода 1500—2500 г часто неблагоприятен исход родов при влагалищном родоразрешении, потому что головка, являясь наиболее крупной частью плода, подвергается травмированию (внутричерепные кровоизлияния), особенно при ножном предлежании.

Наиболее объективным методом определения предполагаемой массы плода является ультразвуковое исследование.

Серьезным и опасным осложнением в процессе рождения головки является ее чрезмерное разгибание, вследствие чего нередко возникают кровоизлияния в мозжечок, субдуральные гематомы, травмы шейного отдела спинного мозга и разрывы мозжечкового намета. Наличие III и IV степени разгибания головки (по данным УЗИ) является основанием для родоразрешения путем кесарева сечения. При II и III степенях разгибания во время оказания ручного пособия при рождении плода требуется осторожность при выведении головки.

Для оценки состояния плода при тазовом предлежании показано изучение его сердечной деятельности, а также маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока (доплерометрия).

Огромное значение при тазовом предлежании плода имеет оценка размеров и формы малого таза. При тазовом предлежании даже небольшое уменьшение одного из размеров таза может привести к травматизму плода и процессе родов, поскольку при его рождении последующая головка не успевает приспособиться к тазу матери.

Объективную оценку размеров и формы костного таза можно получить при рентгенопельвиметрии. При рентгенопельвиметрии производится измерение прямых и поперечных размеров малого таза во всех плоскостях, что позволяет избрать адекватный метод родоразрешения.

Большое значение при определении готовности женского организма к родам при тазовом предлежании плода имеет "зрелость" шейки матки для выбора метода родоразрешения как во время беременности, так и при преждевременном излитии околоплодных вод.

Для выбора способа родоразрешения все клинические данные и результаты, полученные при объективных методах исследования, целесообразно оценивать по балльной шкале прогноза родов при тазовом предлежании доношенного плода [Чернуха Е.А., Пучко Т.К., 1991).

Оценка ведется по 13 параметрам от 0 до 2 баллов каждый. Если сумма баллов равняется 16 и более, то роды можно вести через естественные родовые пути. Кесарево сечение показано, если хотя бы один из внутренних размеров таза оценивается в 0 баллов, имеется чрезмерное разгибание головки плода, предполагаемая его масса 4000 г и более, при выраженном внутриутробном страдании плода, при "незрелой" шейке матки, переношенной беременности, а также при массе плода 3500—3999 г и размерах таза, оцененных в 1 балл, у первородящих.

В настоящее время в связи с опасностью травматизации плода при родоразрешающих операциях через естественные родовые пути большинство акушеров считают целесообразным расширение показаний к кесареву сечению при тазовом предлежании плода (операция проводится в 80—90 % случаев). Исход же для плода при кесаревом сечении значительно лучше, чем при родах через естественные родовые пути. При ведении родов через естественные родовые пути тактика может быть изменена в зависимости от конкретной акушерской ситуации. Показаниями для проведения планового кесарева сечения при тазовых предлежаниях плода являются перенашивание беременности, неподготовленность родовых путей при доношенной беременности, аномалии развития половых органов, анатомически узкий таз, выраженная хроническая гипоксия плода, масса плода более 3600 г и менее 2000 г, разгибание головки III-IV степени. Кроме указанных показаний, значительное место занимают сочетанные показания, а именно: сочетание тазового предлежания с возрастом первородящей более 30 лет, длительным бесплодием в анамнезе, неблагоприятным исходом предыдущих родов, рубцом на матке после кесарева

сечения и др.

При хорошем состоянии беременной и плода, нормальных размерах таза и средних размерах плода, при согнутой его головке, при "зрелой" шейке матки роды следует вести через естественные родовые пути под мониторингом. В процессе родов могут появиться осложнения со стороны матери и (или) плода, и план ведения родов может быть изменен в сторону оперативного родоразрешения.

С началом родовой деятельности следует уточнить характер тазового предлежания, что облегчается после разрыва плодного пузыря и при значительном раскрытии маточного зева. При чисто ягодичном предлежании пальпируется объемистая мягковатой консистенции часть плода, можно при этом определить крестец, копчик, седалищные бугры, щель между ягодицами, заднепроходное отверстие, половые органы плода, паховый сгиб. По расположению крестца распознают позицию и вид плода: при переднем виде первой позиции он обращен влево и кпереди, при заднем виде второй позиции — вправо и кзади. При смешанном ягодичном предлежании рядом с ягодицами прощупывается стопа.

Можно ошибочно чисто ягодичное предлежание спутать с лицевым, приняв анус за рот, седалищные ости за молярные возвышения. Тщательное исследование должно предотвратить ошибку. Исследуемый палец ощущает сопротивление мышц ануса, в то время как более твердые челюсти ощущаются при прохождении в рот. Более того, палец, выведенный из ануса, иногда окрашен меконием. Рот и молярные возвышения имеют треугольную форму, в то время как седалищные бугры и анус располагаются по одной линии. Пальпацию половых органов и заднепроходное отверстие следует проводить очень бережно, чтобы не нанести травму.

При ножных предлежаниях пяточный бугор, короткие и ровные пальцы, отсутствие отведения большого пальца позволяют отличить ножку от ручки плода. Колено отличается от локтя наличием подвижной надколенной чашечки.

В первом периоде родов с целью профилактики раннего покрытия плодного пузыря роженица должна соблюдать постельный режим. Роженицу укладывают на тот бок, куда обращена спинка плода, что способствует вставлению предлежащей части плода, усилению родовой деятельности, предупреждению выпадения петель пуповины.

Сразу после излития вод производят влагалищное исследование, чтобы уточнить диагноз и исключить выпадение петель пуповины.

При ведении родов в тазовом предлежании обязателен мониторный контроль за сердечной деятельностью плода и сократительной деятельностью матки.

Сердечная деятельность плода при тазовом предлежании в начале первого периода родов не отличается от сердечной деятельности плода при головном предлежании и имеет свои особенности в конце первого и втором периодах родов: отмечается более высокая базальная частота сердечных сокращений (БЧСС), появление акцелераций в ответ на схватку и ранних децелераций во время потуг. К начальным признакам гипоксии плода в первом периоде родов относятся умеренная тахикардия (БЧСС 175—190 уд/мин) или брадикардия (БЧСС до 100 уд/мин), периодическая кратковременная аритмия или монотонность ритма; во втором периоде родов отмечается снижение БЧСС до 80 уд/мин, периодическая монотонность ритма в сочетании с аритмией. К выраженным признакам гипоксии в первом периоде родов относятся тахикардия до 200 уд/мин или брадикардия до 80 уд/мин, стойкая монотонность ритма или аритмия, длительные поздние урежения ЧСС. Во втором периоде родов — тахикардия свыше 200 уд/мин или брадикардия ниже 80 уд/мин, стойкая аритмия в сочетании с монотонностью или длительным поздним урежением ЧСС.

Для оценки динамики родового процесса (раскрытием маточного зева)

необходимо ведение партограммы. При нормальном течении родов скорость раскрытия шейки матки в активную фазу родов при тазовом предлежании плода должна быть не менее 1,2 см/ч у первородящих и не менее 1,5 см/ч — у повторнородящих.

При установившейся регулярной родовой деятельности (открытие шейки матки на 3—4 см) показано введение обезболивающих (промедол и др.) и спазмолитических средств (но-шпа, баралгин и др.). Хорошие результаты получены при проведении эпидуральной анестезии, которая (кроме обезболивающего эффекта) способствует регуляции родовой деятельности, более быстрому раскрытию шейки матки; во втором периоде родов релаксации мышц тазового дна. Необходимо проводить мероприятия по профилактике гипоксии плода: 2—4 мл 1 % раствора сигетина, 50—100 мг кокарбоксилазы, 10—20 мл 40% раствора глюкозы, ингаляции увлажненного кислорода и др.

Важной задачей являются своевременная диагностика аномалий родовой деятельности и проведение соответствующего лечения. При выявлении нарушений сократительной деятельности матки при тазовых предлежаниях плода чаще, чем при головном, следует решать вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения.

Наиболее частыми показаниями к экстренному проведению кесарева сечения у женщин с тазовым предлежанием являются слабости родовой деятельности, отсутствие схваток в течение 2—3 ч после излития околоплодных вод, гипоксия плода.

При выпадении петли пуповины при доношенном жизнеспособном плоде, неуспешное ее заправление и отсутствии условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути следует произвести кесарево сечение.

Во втором периоде родов необходимо усилить наблюдение за плодом, сердцебиение плода следует выслушивать после каждой потуги. Предпочтительно проводить мониторный контроль с учетом особенностей сердечной деятельности плода у рожениц с тазовым предлежанием. В отличие от головного предлежания появление мекония во время изгнания плода не является признаком гипоксии, так как меконий выдавливается из кишечника механически

Во втором периоде родов с профилактической целью рекомендуется внутривенное капельное введение утеротонических средств (окситоцин). К концу второго периода родов для предупреждения спазма шейки матки рекомендуется ввести 1,0 мл 0,1 % раствора сульфата атропина, или 2,0 мл 2,0 % раствора папаверина гидрохлорида, или другие спазмолитические средства.

С момента врезывания ягодиц роженицу укладывают так, чтобы ее таз находился на краю родильной кровати. Во время потуг роженице рекомендуют стопами упираться в подставки, а руками удерживаться за специальные приспособления или прижимать руками бедра к животу для усиления потуг и уменьшения угла наклона таза.

До прорезывания ягодиц вмешиваться в течение родов не следует. При прорезывании тазового конца необходимо произвести срединно-латеральную эпизиотомию

При родах в тазовом предлежании различают 4 этапа: 1) рождение плода до пупка;

2) рождения плода от пупка до нижнего угла лопаток; 3) рождение плечевого пояса и ручек; 4) рождение головки.

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 ягодиц 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 головке. 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 ягодичцы 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 ягодичцы плода и его туловище рождаются без затруднений.

После рождения туловища до нижних углов лопаток ручное пособие оказывают, как при ягодичном предлежании.

Непременным условием успешного ведения родов указанным методом является внутривенное введение утеротонических средств, систематическое (после каждой потуги) выслушивание сердечных тонов плода стетоскопом, а лучше ультразвуковым датчиком с цифровым обозначением или с помощью кардиотокографа, наблюдение за высотой стояния контракционного кольца, за выделениями из половых путей (возможна отслойка плаценты, разрыв шейки матки). Ручное пособие по Цовьянову не всегда предупреждает выпадение ножек, запрокидывание ручек и затруднения при выведении ручек (плечевого пояса) и головки плода. В подобных ситуациях прибегают к классическому ручному пособию с целью рождения ручек и головки плода. Классическое ручное пособие оказывается при самопроизвольных родах, после рождения туловища до нижнего угла лопаток или при оказании пособия по Цовьянову, если рождение плечевого пояса и головки не совершается в течение 2—3 мин.

При потягивании плода за туловище и несвоевременном его отклонении впереди может произойти резкое разгибание головки и повреждение позвоночных артерий, которые проходят в поперечных отростках шейных позвонков и кровоснабжают мозг и шейный отдел позвоночника. Важно отметить, что на уровне спинного мозга у плода расположены клетки спинального дыхательного центра. Даже незначительные повреждения стенки позвоночной артерии могут вызвать ее спазм, нарушение вертебробазиллярного кровотока и привести к молниеносной смерти плода в процессе родов или развитию параличей у новорожденного. Кроме того, грубые манипуляции, во время оказания пособия при выведении головки могут привести к травме шейного отдела позвоночника и повреждению спинного мозга.

Метод Брачт. В Европе при родах в тазовом предлежании используется метод Брачт, при котором плод спонтанно рождается до пупка. Затем тело ребенка удерживают и, не сдавливая, отклоняют в сторону симфиза матери. Применяемая сила при этой процедуре должна быть умеренной. Удержание ребенка в этой позиции усиливает маточные сокращения и умеренного давления ассистента над лобком на головку плода часто достаточно, чтобы завершить роды спонтанно.

В некоторых случаях туловище плода после его выхождения из родовых путей поворачивается спинкой не кпереди, как это бывает при типичном механизме родов, а кзади. Образующийся при этом задний вид осложняет течение родов, так как последующая головка прорезывается в заднем виде прямым своим размером, а не малым косым, как при переднем виде. Возникающие трудности для прохождения головки через родовые пути часто являются причиной гибели плода от внутричерепной травмы, у матери возникают глубокие разрывы промежности.

Задний вид ягодичного предлежания часто самопроизвольно переходит в передний. Если этого не происходит, необходимо оказать соответствующую помощь. Как только обнаруживается, что крестец, подколенная ямка, пятки плода обращены кзади, родившуюся голень плода обхватывают через стерильную пеленку и потягивают книзу, одновременно вращая ее в сторону большого пальца стопы с тем, чтобы туловище плода до появления из половой щели нижних углов лопаток установилось в одном из косых размеров со спинкой, обращенной кпереди.

Если предотвратить образование заднего вида не удалось, что является серьезным осложнением операции, то предложенные для таких случаев методы извлечения головки очень редко дают благоприятные результаты. И в большинстве таких случаев дети рождаются мертвыми или умирают от тяжелой родовой травмы. Травму получает и роженица. Поэтому после не очень продолжительных и не очень энергичных попыток освободить головку сердцебиение плода обычно не прослушивается. В такой ситуации следует произвести перфорацию головки.

Тяжелым осложнением при родах в чисто ягодичном предлежании является вколачивание ягодич, которое может быть вследствие слабости родовых сил, а при крупном плоде как признак клинического несоответствия между тазовым концом плода и тазом матери.

Иногда наблюдается запрокидывание ручек плода за головку различной степени выраженности; Запрокидыванию ручек способствуют несвоевременные попытки к извлечению плода (при недостаточном раскрытии маточного зева, слабости родовых сил, узком тазе и т.д.). Ручки теряют типичное расположение, отходят от грудки вверх к личику. Отходя кверху, ручки располагаются или впереди личика, по бокам головки, или запрокидываются на затылок (I, II, III степени).

Нередко при тазовых предлежаниях плода возникает необходимость досрочного родоразбуждения (иммуноконфликт, гипертензивные состояния при беременности, хроническая гипоксия плода и др.), как при наличии плодного пузыря, так и при его отсутствии. Для родоразбуждения используют капельное внутривенное введение окситоцина, простагландина или их сочетание. При отсутствии готовности родовых путей к родам, особенно при преждевременном излитии околоплодных вод, недоношенной беременности производят кесарево сечение.

Во время кесарева сечения у женщин с тазовым предлежанием плода ребенка необходимо извлекать за ножку или паховые сгибы.

Для оказания новорожденному первой помощи в родильном зале необходимо присутствие неонатолога. При осмотре ребенка не только оценивается его состояние по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни, определяется КОС пуповинной крови, но и обращается внимание на выявление признаков внутричерепной травмы, нарушения мозгового кровообращения. Довольно часто (до 20—22 %) у новорожденных, рожденных в тазовом предлежании, выявляется дисплазия тазобедренных суставов, требующая корригирующей терапии с первых дней жизни. Детей, рожденных в тазовом предлежании, следует относить к группе высокого риска.

Течение и ведение третьего периода родов не отличается от такового при головном предлежании.

Послеродовой период у большинства родильниц протекает нормально. Однако послеродовые заболевания наблюдаются чаще, чем при головных предлежаниях. Это связано с более частым повреждением мягких родовых путей, что обусловлено более частым применением пособий и хирургических вмешательств в связи с возникновением осложнений.

Прогноз для плода менее благоприятен, чем при головных предлежаниях в плане ближайших и отдаленных последствий

Практическое занятие № 5

Тошнота и рвота беременных. Этиология, классификация, клиника, лечение

Место проведения занятия, оснащение

- 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;
- 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.
- сантиметровая лента,стетоскоп;

Продолжительность изучения темы

Количество часов– 6.

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План практического занятия	Вводное слово Определение и цели <i>Тошнота и рвота беременных.</i> <i>Этиология, классификация, клиника, лечение</i> Основные положения цели <i>Тошнота и рвота беременных.</i> <i>Этиология, классификация, клиника, лечение</i> Определяющие компоненты и составные цели <i>Тошнота и рвота беременных.</i> <i>Этиология, классификация, клиника, лечение</i>

Цель занятия

- объяснить понятие тошнота и рвота беременных;
- рассмотреть классификацию ранних токсикозов:
- проанализировать этиопатогенетические аспекты различных форм ранних токсикозов;
- обсудить клинику и диагностические особенности различных форм ранних токсикозов;
- обсудить лечебную тактику различных форм ранних токсикозов:

-обсудить показания к прерыванию беременности при тяжелых формах ранних токсикозов.

-проанализировать профилактические мероприятия при ранних токсикозах.

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение <i>Тошнота и рвота беременных. Этиология, классификация, клиника, лечение</i> Разобрать основные методы исследования	-часто встречающиеся формы токсикозов (слюнотечение, рвота беременных), -а также редкие формы токсикозов(хорея беременных, остеопороз, дерматозы, острая желтая дистрофия печени), -этиологию и патогенез рвоты беременных, классификацию по клинической картине, методы диагностики, -принципы лечения, показания для прерывания беременности.
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Студент должен уметь:

На основании жалоб, анамнеза, клинической картины, дополнительных методов исследования поставить диагноз и определить степень тяжести токсикоза, составить план лечения.

Мотивация

Тошнота и рвота беременных – это своеобразные осложнения физиологического течения беременности, носящие характер более или менее глубокого расстройства всех видов обмена веществ и нейрогуморальных корреляций с явлениями общей аутоинтоксикации организма, но с преимущественным функциональным, а в тяжелых случаях и анатомическим повреждением отдельных органов и систем беременной женщины. Своевременная диагностика и коррекция данного патологического состояния является одним из первостепенных этапов лечебной помощи, которая возложена на врача первого звена.

Межпредметные и внутрипредметные связи

Преподавание данной темы базируется на знаниях студентами основ анатомии, топографической анатомии, гистологии, нормальной и патологической физиологии, эндокринологии и микробиологии. Полученные в ходе занятия будут использованы при прохождении ими эндокринологии, терапии, хирургии, патологического акушерства, гинекологии, гематологии, гигиены, педиатрии. Важность изучения данной патологии в расширенном масштабе, совместно со смежными специальностями, объясняется

вовлечением в патологический процесс всех жизненно важных органов беременной, а также даже благополучный исход беременности требует дальнейшей реабилитационной терапии в условиях семейной поликлиники

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	Вступительное слово о Тошнота и рвота беременных. Этиология, классификация, клиника, лечение Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. В чём основные различия основных и дополнительных методах исследования Понятие об эффективности профилактических и лечебных мероприятиях и др. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы При каком сроке беременности наблюдается ранний токсикоз? Какие ожидаемые осложнения беременности встречаются при данной патологии? Какие виды часто встречаемых форм ранних токсикозов вы знаете? Как диагностируется тяжесть ранних токсикозов? Какие виды редковстречаемых форм ранних токсикозов вы знаете? Какая теория возникновения ранних токсикозов наиболее приемлема в современном акушерстве? С какими патологическими состояниями необходимо проводить дифференциальную диагностику ранних токсикозов?	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих

		занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

Контрольные вопросы

1. При каком сроке беременности наблюдается ранний токсикоз?
2. Что может пролонгировать ранний токсикоз?
3. Какие виды часто встречаемых форм ранних токсикозов вы знаете?
4. 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 окажется 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.

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?

*кровоотечение 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

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?**

* железodefицитная
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 свежесформировавшейся 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:

* роды через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания с помощью акушерских щипцов

родоразрешение через естественные родовые пути

роды через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания перинеотомией

кесарево сечение

Показанием к родоразрешению путем кесарева сечения при пороках сердца является:

* все перечисленные показания

возвратный и подострый септический эндокардит

любой порок с выраженным нарушением кровообращения

сочетание порока сердца с акушерской патологией

Диагноз гипертонической болезни у беременной основывается на данных:

* всего перечисленного

АД в ранние сроки беременности

АД в середине беременности, в последнем триместре и послеродовом периоде

электрокардиограммы

Осложнения у беременных с гипертонической болезнью:

* все указанные осложнения

преждевременные роды

развитие гестоза

преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Для гипертонического криза во время беременности не характерно:

* развитие криза только во второй половине беременности

развитие криза в любом сроке беременности

отсутствие отеков, протеинурии и цилиндрурии

появление парестезий, гиперемии лица, повышенного потоотделения

Наиболее вероятная причина повышения АД после 28 нед беременности:

- * развитие преэклампсии
- гипертоническая болезнь
- хронический гломерулонефрит
- хронический пиелонефрит

Повышение АД в начале и конце срока беременности со снижением в середине срока беременности характерно для:

- * гипертонической болезни
- преэклампсии
- хронического гломерулонефрита
- хронического пиелонефрита

При ведении первого периода родов у рожениц с гипертонической болезнью не проводится:

- * введение сульфата магния
- максимальное обезболивание родов
- гипотензивная терапия
- ранняя амниотомия

При ведении периода изгнания у рожениц с гипертонической болезнью необходимо:

- * укоротить период изгнания перинеотомией или наложением акушерских щипцов
- исключить период изгнания
- провести перидуральную анестезию
- ввести сульфат магния

Для управляемой нормотонии во втором периоде родов необходимо применить:

- * введение ганглиоблокаторов
- внутривенное введение сульфата магния
- введение бета-адреноблокаторов
- введение глюкозо-новокаиновой смеси

Фактор, способствующий развитию и обострению пиелонефрита у беременной:

- * все указанное
- инфицирование организма
- изменение гормонального баланса
- давление матки на мочеточники

Осложнение, возникающее при пиелонефрите во время беременности:

- * все указанные осложнения
- анемия
- синдром задержки развития плода
- развитие преэклампсии

Антибактериальные препараты для лечения пиелонефрита в первом триместре беременности:

- * антибиотики пенициллинового ряда
- аминогликозиды
- нитрофураны, цефалоспорины

Оптимальный метод родоразрешения при пиелонефрите:

- * роды через естественные родовые пути без укорочения периода изгнания
- кесарево сечение в плановом порядке
- кесарево сечение в родах
- роды через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания перинеотомией

Наиболее частая форма течения хронического гломерулонефрита у беременных:

- * латентная
- гипертоническая
- с резко выраженной нефротической клинической симптоматикой

Наиболее частое осложнение беременности при гломерулонефрите:

- * развитие преэклампсии
- острая почечная недостаточность
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- преждевременные роды

Срок беременности, при котором чаще всего появляется болевой синдром при мочекаменной болезни:

- * 8–12 нед
- 38–40 нед
- 20–27 нед
- 32–36 нед

Наиболее частое заболевание печени, связанное с беременностью:

- * холестатический гепатоз
- вирусный гепатит А
- острый жировой гепатоз
- холецистит

Клинические и лабораторные критерии диагностики вирусного гепатита при беременности:

- * все указанные
- рвота и тошнота в любое время суток
- повышение температуры тела, нередко с ознобом
- появление желтухи, темной мочи

Особенностью течения вирусного гепатита В при беременности является:

* все перечисленное
более продолжительный инкубационный период
выраженная интоксикация
боли в суставах и уртикарные высыпания

Осложнением беременности и родов при вирусном гепатите является:

* все перечисленное
развитие печеночной недостаточности
внутриутробное инфицирование плода
гибель плода

При диагнозе вирусного гепатита А у беременной показано:

* роды через естественные родовые пути после проведения симптоматического лечения
симптоматическое лечение
плановое кесарево сечение
экстренное кесарево сечение

При диагнозе вирусного гепатита В у беременной показано:

* родоразрешение после купирования острой стадии заболевания
симптоматическая терапия
плановое кесарево сечение
родовозбуждение с амниотомией и ведение родов через естественные родовые пути

При остром жировом гепатозе у беременной показано:

* экстренное кесарево сечение
симптоматическое лечение
плановое кесарево сечение
родовозбуждение с амниотомией и ведение родов через естественные родовые пути

Наиболее часто встречающаяся форма анемии у беременных:

* железодефицитная гипохромная анемия
мегалобластическая гиперхромная анемия
гипопластическая анемия
гемолитическая анемия

Факторы, способствующие развитию анемии у беременных:

* все перечисленные факторы
профессиональные вредности
интервал между родами менее 2 лет

заболевания желудочно-кишечного тракта

В патогенезе гипохромной анемии у беременных имеет значение:

* все перечисленное
нарушение всасывания железа при анацидном гастрите
нерациональное питание
повышенный расход железа в процессе развития плода

Что такое токсикоз беременных?

* Патологическое состояние, возникающее в связи с беременностью
После родовое состояние
Кровотечение послеродовое
Схватки

Назовите виды токсикозов?

* Ранний и поздний
Первичный и вторичный
После и до родовые
Отечные и протекающие без отеков

Когда наблюдается ранний токсикоз у беременных?

* В I триместре беременности и проходит ко II триместру
В II триместре беременности и проходит к III триместру
В I триместре беременности и проходит к III триместру
Во II триместре беременности

Нарушение функции какой системы характерно для раннего токсикоза ?

* Функции пищеварительной системы
Дыхательной системе
Выделительной системе
Слизистой оболочке

Перечислите часто встречающиеся формы раннего токсикоза?

* Рвота, слюнотечение
Тетания, остеомалация
Дерматозы беременных
Бронхиальная астма беременных

Какие признаки относятся к редким формам раннего токсикоза?

* Тетания, остеомалация, дерматозы, бронхиальная астма
Бронхиальная астма
Слюнотечение, тетания
Дерматозы у беременных

Сколько степеней тяжести рвоты беременных ?

* 3

5

7

10

Какая из степеней рвоты беременных считается легкой формой?

***И**

ИИ

ИИИ

ИВ

Состояние у беременных при легкой форме рвоты?

***Удовлетворительное**

Состояние улучшается

Состояние ухудшается

Погибает

Частота рвоты при легкой форме?

***Не превышает 5 раз в сут**

8 раз в сут

8-9 раз в сут

10 раз в сут

Потеря массы тела при легкой форме рвоты?

***Не превышает 2-3 кг**

Не превышает 5 кг

10-12 кг

20 кг

Перечислите жалобы больных при средней тяжести рвоты?

***Головокружение, слабость**

Очень хорошее

Тошнота, рвота, понос

Боли в животе

Сколько раз повторяется рвота беременной в средней тяжести?

***От 6 до 10 раз в сут**

11-12 раз

15-16 раз

11-13 раз

Потеря массы тела беременных при рвоте средней тяжести?

***3 кг за 1-1.5 недель**

3 кг за 2,5 недель

5 кг

10-15 кг

Сколько раз повторяется рвота беременной при тяжелой степени?

***до 20-25 раз в сут**

1-2 раза в сут

3-4 раза в сут

10-15 раз в сут

Что отмечается при рвоте беременных тяжелой степени?

***Похудание 8-10 кг и более**

Поправляется

Отеки

Варикозное расширение

Что такое дерматозы беременных?

***Редкие формы раннего токсикоза**

Редкие формы позднего токсикоза

Легкая форма рвоты

Тяжелая форма рвоты

Какими клиническими проявлениями характеризуется дерматоз беременных ?

***Зуд беременных**

Опухание молочных желез

Воспаление слизистых оболочек

Миома матки

Какие препараты используются при лечении дерматозов беременных?

***Седативные средства, вит В1-В6, антигистаминные препараты, УФ-лучи**

Вит С

Обезболивающие

Гормоны

Какая форма токсикоза беременных тяжелой степени проявляется судорогами мышц верхней конечности?

***Тетания**

Экзема

Дерматозы

Слюнотечение

Что применяют для лечения тетании беременных?

***Паратиреодин, вит Д, кальций**

Но-шпа

Аналгин

Баралгин

Что является причиной бронхиальной астмы у беременных?

***Гипофункция паращитовидной железы с нарушением кальциевого обмена**

Гиперфункция железы

Гастрит

Гепатит

Вследствие чего возникает токсикозы беременных?

*Нарушение приспособительных изменений в их организме нейрогуморальной регуляции

Анемии

Травмы

Нарушения сна

Когда часто встречаются ранние токсикозы?

*1-3 мес

2-3 мес

3-4 мес

5-6 мес

Укажите теории токсикоза?

*Почечная,гормональная

Пищеварительная

Сердечнососудистая

Дыхательная

Где проводится лечение рвоты легкой степени?

* В поликлинике

На дому

В приемной

В стационаре

Где проводится лечение рвоты средней степени?

*В стационаре

На дому

В приемной

В поликлинике

Где проводится лечение рвоты тяжелой степени?

* В стационаре

В поликлинике

На дому

В приемной

В какой степени при рвоте беременной наблюдается слюнотечение?

*Тяжелой

Легкой

Умеренной

Средней

Какой препарат назначают при сильном слюнотечении?

*Атропин

Пропазин

Глюкоза

Витамины

Чем характеризуется тетания беременных?

*Понижение функции паращитовидной железы

Повышение функции паращитовидной железы

Дерматозы

Отеки

Для каких редких токсикозов беременных характерно „руки акушера“?

*Тетания беременных

Желтуха

Бронхиальная астма

Зуд

Чем характерно заболевание остеомалация ?

*Нарушение фосфорно-кальциевого обмена и декальцинация костей

Нарушение Mg

Нарушение Sr

Нарушение I

Клинические проявления остеомалации?

*Размягчение костей скелета, деформации таза

Головные боли

Миопия

Эмболия

Какая редко встречаемая форма токсикоза характеризуется „утиной походкой“?

*Остеомалация

Рахит

Миозит

Плоскостопие

Укажите клинику легкой степени рвоты беременных

*рвота 2-5 раза в день ацетон в моче отрицательный

рвота до 20 раз ацетон в моче положительный

рвота до 10 раз ацетон в моче положительный

рвота 2-4 раза в день ацетон положительный

Укажите клинику рвоты беременных средней тяжести

*рвота до 10 раз в день ацетон в моче отрицательный

рвота 2-5 раз в день ацетон в моче отрицательный

рвота до 20 раз в моче ацетон положительный

рвота 2-4 раза в день ацетон в моче иногда положительный

Укажите клинику рвоты беременных тяжелой степени

*рвота до 20 раз ацетон в моче положительный

рвота 2-5 раз ацетон в моче отрицательный

рвота до 10 раз ацетон в моче отрицательный

рвота 2-4 раза ацетон в моче иногда положительный

Что наиболее характерно для чрезмерной рвоты беременных?

*ацетонурия

протеинурия

лейкоцитурия

желчные пигменты в моче

У кого чаще возникает ранний токсикоз?

*первобеременные

повторнобеременные

часто- и многорожавшие

беременные с ЭГЗ

Физиологическая прибавка веса за время беременности?

*2-3 кг

6-7 кг

10-12 кг

7-8 кг

Вид редких форм токсикоза?

* дерматоз

преэклампсия

рвота

эклампсия

Что не применяется при лечении рвоты беременных?

*аминазин

сульфат магния

глюкоза

кофеин

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

оптимизация деятельности нервной системы

лечебно-охранительный режим

Гемодез 400 мл в/в

Какое из нижеперечисленных осложнений,угрожающих жизни беременных,хар-но для раннего токсикоза?

*острая желтая дистрофия печени

кровоизлияние в сетчатку глаза

острая почечная недостаточность

эклампсическая кома

Укажите теории токсикоза?

*Почечная,гормональная

Пищеварительная

Сердечнососудистая

Дыхательная

Где проводится лечение рвоты легкой степени?

* В поликлинике

На дому

В приемной

В стационаре

Где проводится лечение рвоты средней степени?

*В стационаре

На дому

В приемной

В поликлинике

Какими клиническими проявлениями характеризуется дерматоз беременных ?

*Зуд беременных

Опухание молочных желез

Воспаление слизистых оболочек

Миома матки

Какие препараты используются при лечении дерматозов беременных?

*Седативные средства,вит В1-В6,антигистаминные препараты,уф-лучи

Вит С

Обезболивающие

Гормоны

Какая форма токсикоза беременных тяжелой степени проявляется судорогами мышц верхней конечности?

*Тетания

Экзема

Дерматозы

Слюнотечение

Укажите клинику легкой степени рвоты беременных

*рвота 2-5 раз в день ацетон в моче отрицательный

рвота до 20 раз ацетон в моче положительный

рвота до 10 раз ацетон в моче положительный

рвота 2-4 раза в день ацетон положительный

Укажите клинику рвоты беременных средней тяжести

*рвота до 10 раз в день ацетон в моче отрицательный

рвота 2-5 раз в день ацетон в моче отрицательный

рвота до 20 раз в моче ацетон положительный

рвота 2-4 раза в день ацетон в моче иногда положительный

Укажите клинику рвоты беременных тяжелой степени

*рвота до 20 раз ацетон в моче положительный

рвота 2-5 раз ацетон в моче отрицательный

рвота до 10 раз ацетон в моче отрицательный

рвота 2-4 раза ацетон в моче иногда положительный

Что наиболее характерно для чрезмерной рвоты беременных?

*ацетонурия

протеинурия

лейкоцитурия

желчные пигменты в моче

Назовите виды токсикозов?

*Ранний и поздний

Первичный и вторичный

После и до родовые

Отечные и протекающие без отеков

Когда наблюдается ранний токсикоз у беременных?

*В I триместре беременности и проходит ко II триместру

В III триместре беременности и проходит к IIII триместру

В II триместре беременности и проходит к IIII триместру

Во II триместре беременности

Нарушение функции какой системы характерно для раннего токсикоза ?

*Функции пищеварительной системы

Дыхательной системе

Выделительной системе

Слизистой оболочке

Перечислите часто встречающиеся формы раннего токсикоза?

*Рвота, слюнотечение

Тетания, остеомалация

Дерматозы беременных

Бронхиальная астма беременных

Какие признаки относятся к редким формам раннего токсикоза?

*Тетания, остеомалация, дерматозы, бронхиальная астма

Бронхиальная астма

Слюнотечение, тетания

Дерматозы у беременных

Назовите виды токсикозов?

*Ранний и поздний

Первичный и вторичный

После и до родовые

Отечные и протекающие без отеков

Когда наблюдается ранний токсикоз у беременных?

*В I триместре беременности и проходит ко II триместру

В III триместре беременности и проходит к IIII триместру

В II триместре беременности и проходит к IIII триместру

Во II триместре беременности

Нарушение функции какой системы характерно для раннего токсикоза ?

*Функции пищеварительной системы

Дыхательной системе

Выделительной системе

Слизистой оболочке

Перечислите часто встречающиеся формы раннего токсикоза?

*Рвота, слюнотечение

Тетания, остеомалация

Дерматозы беременных

Бронхиальная астма беременных

Какие признаки относятся к редким формам раннего токсикоза?

*Тетания, остеомалация, дерматозы, бронхиальная астма

Бронхиальная астма

Слюнотечение, тетания

Дерматозы у беременных

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

**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

**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 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
кровотечения в последовом и раннем
послеродовом периодах

**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

**Наиболее грозным симптомом
преэклампсии является:**

* заторможенность
альбуминурия 1 г/л
значительная прибавка массы тела
боли в эпигастральной
областукорочение периода изгнания
профилактику
и

Среди токсикозов особое внимание уделили изучению этиологии рвоты беременных, в связи с чем появились различные теории.. Рвоту беременных связывали с отравлением организма токсичными продуктами обмена веществ. Полагали также, что она может быть результатом сенсibilизации материнского организма антигенами плода при гистонесовместимости. Возникновение рвоты объясняли также психогенными факторами (отрицательные эмоции, страх перед родами) или проявлением истерических реакций. Наиболее признанной является нервно-рефлекторная теория, согласно которой важную роль в развитии заболевания играют нарушения взаимоотношения деятельности ЦНС и внутренних органов. При этом существенное значение имеет преобладание возбуждения в подкорковых структурах ЦНС (ретикулярной формации, центрах регуляции продолговатого мозга). В указанных областях располагаются рвотный центр и хеморецепторная триггерная зона, регулирующие рвотный акт. Рядом с ними находятся дыхательный, вазомоторный, слюноотделительный центры, ядра обонятельной системы мозга. Тесное расположение указанных центров обуславливает предшествующие рвотному акту ощущения тошноты и ряд сопутствующих вегетативных расстройств: усиление саливации, углубление дыхания, тахикардия, бледность кожного покрова вследствие спазма периферических сосудов.

Преобладание возбуждения в подкорковых структурах мозга с возникновением ответной вегетативной реакции связывают с патологическими процессами в половых органах (перенесенные воспалительные заболевания, интоксикации), нарушающими рецепторный аппарат матки, возможно также его повреждение плодным яйцом. Указанное наблюдается, скорее всего, при нарушении физиологических взаимосвязей материнского организма и трофобласта в ранние сроки гестации.

Вегетативные расстройства в начале беременности одновременно могут быть обусловлены гормональными нарушениями, в частности увеличением уровня хориального гонадотропина (ХГ) в организме. Доказательством этого является тот факт, что при многоплодии и пузырном заносе, когда выделяется большое количество ХГ, рвота беременных наблюдается особенно часто.

К факторам, предрасполагающим к развитию токсикозов, относятся хронические заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, астенический синдром.

В патогенезе рвоты беременных определяющим звеном является нарушение нейроэндокринной регуляции всех видов обмена вследствие частичного (или полного) голодания и обезвоживания. При прогрессировании заболевания постепенно нарушаются водно-солевой (гипокалиемия), углеводный, жировой и белковый обмен в организме матери на фоне нарастающего обезвоживания, истощения и уменьшения массы тела. Вследствие голодания первоначально расходуются запасы гликогена в печени и других тканях. Затем происходит уменьшение эндогенных ресурсов углеводов, активизируются катаболические реакции, в частности повышаются жировой и белковый обмен. На фоне угнетения активности ферментных систем тканевого дыхания энергетические потребности организма матери удовлетворяются за счет анаэробного распада глюкозы и аминокислот. В этих условиях β -окисление жирных кислот невозможно, в результате чего в организме накапливаются недоокисленные метаболиты жирового обмена — кетоновые тела (ацетон, ацетоуксусная и β -оксимасляная кислоты), которые выделяются с мочой. Помимо этого, кетоз поддерживается за счет усиленного анаэробного распада кетогенных аминокислот. На этом фоне развивается кетонурия, выраженность которой соответствует тяжести метаболических нарушений в организме беременной, у которой наблюдается рвота, понижается оксигенация артериальной крови, происходит сдвиг КОС в сторону ацидоза.

Изменения в органах беременной первоначально имеют функциональный характер, а затем, по мере нарастания обезвоживания, катаболических реакций, интоксикации недоокисленными продуктами, переходят в дистрофические процессы в печени, почках и других органах. Первоначально нарушаются

белковообразовательная, антитоксическая, пигментная и другие функции печени, выделительная функция почек, в последующем дистрофические изменения наблюдаются в ЦНС, легких, сердце.

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 но 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.

Диагностика.

Установить диагноз рвоты беременных несложно. Для выяснения степени тяжести рвоты беременных, помимо проведения клинического обследования больной, общего анализа крови и мочи, необходимо определение в динамике следующих показателей: в крови — содержания билирубина, остаточного азота и мочевины, гематокрита, электролитов (калий, натрий, хлориды), общего белка и белковых фракций, трансаминаз, показателей КОС, глюкозы, протромбина, в моче — уровня ацетона, уробилина, желчных пигментов, белка. При значительной дегидратации и сгущении крови могут отмечаться ложнонормальные показатели содержания гемоглобина, эритроцитов, белка. При этом степень обезвоживания определяют по уровню гематокрита. Значение его выше 40 % свидетельствует о выраженном обезвоживании.

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 на 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 отсутствие 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 (J мл внутримышечно), атропин (0,5 мл 0,1 % раствора внутримышечно), тавегил (И 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.

На фоне инфузионной терапии назначают препараты, нормализующие метаболизм. С этой целью используют кофакторы биоэнергетического обмена: кокарбоксилазу (0,1 г), рибофлавин-моноклеотид (1 мл 1 % раствора внутримышечно); витамин С (до 5 мл 5 % раствора). Для стимуляции анаболических реакций в тканях назначают спленин (2 мл внутримышечно), леридоксальфосфат (по 2 мл внутримышечно), рибоксин (0,2 г 3 раза в день), фолиевую кислоту (по 0,001 г 3 раза в день).

Комплексную терапию продолжают до стойкого прекращения рвоты, нормализации общего состояния, постепенного увеличения массы тела. Лечение рвоты беременных легкой и средней степени почти всегда бывает эффективным. Чрезмерная рвота беременных в отсутствие эффекта от комплексной терапии в течение 3 суп является показанием к прерыванию беременности.

Слюнотечение

Слюнотечение (птиялизм) заключается в повышенной саливации и потере значительного количества жидкости — до И л в сутки. Оно может быть самостоятельным проявлением токсикоза или сопровождать рвоту беременных. В развитии слюнотечения имеют значение не только изменения в ЦНС, но и местные нарушения в слюнных железах и протоках под влиянием гормональной перестройки. Известно, что эстрогены оказывают активирующее воздействие на эпителиальный покров полости рта, вызывая секрецию слюны. При выраженном слюнотечении понижается аппетит, ухудшается самочувствие, возникает мацерация кожи и слизистой оболочки губ, больная худеет, нарушается сон; вследствие значительной потери жидкости появляются признаки обезвоживания.

Лечение.

При слюнотечении проводят в основном то же лечение что и при рвоте (режим, психотерапия, физиотерапевтические процедуры, инфузии и др.). Рекомендуется лечение в стационаре, где создаются условия для соблюдения лечебно-охранительного режима, назначают средства, регулирующие функцию нервной системы, метаболизма, при обезвоживании — инфузионные препараты. Одновременно рекомендуется полоскание рта настоем шалфея, ромашки, ментола. При сильном слюнотечении можно применять атропин по 0,0005 г 2 раза в день. Для предупреждения мацерации кожу лица смазывают

вазелином. Слюнотечение обычно поддается лечению, и после выздоровления беременность развивается нормально.

6.2. Аналитическая часть

Ситуационные задачи:

1. В отделение поступила беременная Д. 24 лет с жалобами на тошноту, рвоту 3-5 раз в сутки, чаще после приема пищи, снижение аппетита, раздражительность. За последнюю неделю снижение массы тела на 1 кг. Срок беременности 6-7 недель. Общее состояние при поступлении удовлетворительное. Температура тела нормальная. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. Пульс 90 уд. в мин. Артериальное давление 120/70 мм рт.ст. Анализ крови и мочи без патологических изменений:

Диагноз?

Ответ. Ранний токсикоз беременной

2. В отделение доставлена машиной скорой помощи беременная Т. 21 года. Беременность 7-8 нед. Жалобы на постоянную тошноту, рвоту 15-16 раз и чаще в сутки, пищу не удерживает. Слабость, апатия. За 10 дней снижение массы тела на 3,5 кг. Состояние больной средней тяжести, истощена, изо рта запах ацетона. Температура субфебрильная, кожа желтушная, сухая. Пульс 110 уд., слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот мягкий, безболезненный. Диурез снижен до 400 мл в сутки. В крови повышение остаточного азота, мочевины, билирубина, снижение содержания альбуминов, холестерина, калия, хлоридов. В анализе мочи протеино- и цилиндрурия, реакция на ацетон резко положительная.

Диагноз.

Ответ: Ранний токсикоз беременной. Рвота беременной тяжелой степени.

3. Поступила беременная 21 год, срок 7 - 8 недель. Жалобы на зуд по всему телу, бессонница, раздражительность. Лабораторные данные без изменений.

И. Диагноз:

Ответ: Дерматозы беременных

ИИ. Дополнительные методы диагностики:

Ответ: УЗИ

4. Поступила беременная 22 лет. Срок - 10 недель. Диагноз - ранний токсикоз, синдром тошноты и рвоты. Рвота 12 - 15 раз в сутки, резкое похудание.

И. Тактика врача:

Ответ Прерывание беременности

ИИ. Показания для прерывания беременности (исключить лишнее):

Ответ : рвота 1 - 5 раз в сутки, гипертензия.

5. В поликлинику обратилась женщина 23 лет с жалобами на слюнотечение. Последняя менструация 5 недель назад.

И.Диагноз:

Ответ: Птиализм

ИИ. Дополнительные методы диагностики:

Ответ: Анализ на ХГ, УЗИ матки

6. Поступила беременная женщина 27 лет с признаками тяжёлой интоксикации: тахикардия 110 - 120 уд. в мин., А/Д 80/40 мм.рт.ст., кожа и слизистые оболочки сухие, язык обложен. Из анамнеза: последняя менструация 6 недель назад, неукратимая рвота, резкое похудание. Установлен диагноз - чрезмерная рвота беременных.

И.Особенности анализа крови:

Ответ: Гипо-, диспротеинемия. Креатининемия.

ИИ. Дифференциальный диагноз:

А. Пищевая токсикоинфекция

Б. Пиелонефрит

В. Инфаркт миокарда

Г. Гипотоническая болезнь

Д. Холецистит

7. У беременной 20 лет срок 7 - 8 недель появились судороги мышц верхних конечностей.

И.Предположительный диагноз:

Ответ: Тетания беременных.

ИИ. Методы лечения:

Ответ: Паратиреоидин, кальций, витамин Д.

8. У беременной со сроком 6 - 7 недель обнаружено: частота рвоты 7 - 8 раз в сутки, потеря массы тела 3 кг. за 2 недели, ЧСС 90 уд. в мин., А/Д 100/70 мм.рт.ст., периодически ацетонурия.

И. Диагноз:

Ответ: Рвота беременных средней степени тяжести

ИИ. Методы физиотерапии:

Ответ: Электросон, рефлексотерапия

9. Обратилась женщина с жалобами на тошноту, рвоту 5 - 6 раз в сутки, головокружение, диурез 700 - 800 мл. в сутки, на УЗИ беременность 7 - 8 недель.

И. Ваш диагноз:

Ответ: Ранний токсикоз

ИИ. Тактика:

Ответ: Госпитализация с проведением комплексной терапии

Практическое занятие № 6

Гипертензивные состояние во время беременности.

Место проведения занятия, оснащение

- 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).
- 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;
- центр по обучению практическим навыкам
- отделения и лаборатории родильного комплекса
- родильный зал
- комплект тестовых заданий.
- фантом с куклой.
- Слайды:
- характерный вид женщины при клонических судорогах.
- видеодвойка,ТВ;
- муляж НОЕЛЛЕ с тестовым программным обеспечением; раздаточный материал, включающий таблицы классификации гипертензивных состояний, схемы лечения, перечень гипотензивных средств и к ним анотации, показания к оперативному родоразрешению, пошаговые инструкции оказания первой помощи при тяжелых формах преэклампсии и эклампсии, варианты развернутых анализов крови и мочи. Слайдоскоп, слайды, прототип истории болезни беременной с данной патологией.

Продолжительность занятия

Количество часов – 6

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	Вводное слово Основные положения цели Гипертензивные состояние во время беременности. Преэклампсия, диагностика, лечение и тактика Определяющие компоненты и составные цели Гипертензивные состояние во время беременности. Преэклампсия, диагностика, лечение и тактика

Цель занятия

- дать определение ГСБ;
- рассмотреть теории патогенеза ГСБ;
- изучить патогенетические особенности развития ГСБ

- осветить классификацию ГСБ;
- рассмотреть клинические проявления ГСБ;
- рассмотреть методы диагностики ГСБ;
- изучить особенности клинико-лабораторных данных при ГСБ;
- изучить принципы ведения беременности и родов при ГСБ;
- осветить принципы лечения тяжелых форм ГСБ.
- изучить методы профилактики и послеродовой реабилитации.

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Гипертензивные состояние во время беременности. Преэклампсия, диагностика, лечение и тактика Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях в составных частях гинекологии Перечислить и дать краткую характеристику Гипертензивные состояние во время беременности. Преэклампсия, диагностика, лечение и тактика	-определение понятий гипертензионных состояний во время беременности , -классификацию, патогенез, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, -терапию во время беременности, в родах, послеродовом периоде, -влияние на показатель материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, -значение клинических и лабораторных методов исследования (анализы крови, мочи, гемостазиограмма, УЗИ, кардиомониторное исследование и др.), -фармакологические препараты, применяемые в терапии гипертензионных состояний , - основные принципы интенсивной терапии и оказания экстренной медицинской помощи при тяжелых формах заболевания, а также принципы ведения родов при данной патологии.
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.	Вступительное слово Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы,	Слушает, записывает

	ожидаемые результаты занятия	
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. 1. Что такое преэклампсия. 2. Первая помощь при преэклампсии. 3. Классификация преэклампсий.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Студент должен уметь:

Собрать анамнез, произвести осмотр беременной, оценить данные лабораторных и дополнительных исследований, поставить диагноз и оценить степень тяжести заболевания, знать тактику ведения беременной в условиях семейной поликлиники и стационаре, назначить лечение.

Мотивация

Гипертензионные состояния во время беременности на сегодняшний день продолжают оставаться весьма актуальной проблемой. Актуальность трактуется массой грозных

осложнений, таких как кровотечения, занимающих одно из первых мест в структуре материнской и перинатальной смертности. Своевременная диагностика и коррекция является одно из первостепенных этапов лечебной помощи, которая возложена на врача первого звена.

Межпредметные и внутри предметные связи

Гипертонические расстройства у беременных являются главным фактором материнской заболеваемости и смертности. Осложнения гипертонических расстройств у беременных постоянно значатся в ряду главных причин материнской смертности практически во всех развитых странах мира. Ранняя диагностика, своевременная коррекция данного состояния является приоритетным направлением врачебной помощи, не только акушерского направления, но и ряда смежных специальностей, таких как реаниматология, гематология, терапия, урология, офтальмология и др. Важность изучения данной патологии в расширенном масштабе, совместно со смежными специальностями объясняется вовлечением в патологический процесс всех жизненно важных органов беременной, а также даже благополучный исход беременности требует дальнейшей реабилитационной терапии в условиях семейной поликлиники. Так, например, после перенесенной тяжелой преэклампсии женщины находятся на диспансерном учете у терапевта и уролога до 1 года. Учитывая актуальность проблемы, возникает необходимость обучения студентов этио-патогенетическим основам данной патологии, классификации, методам ранней диагностики гипертензионных состояний во время беременности. Обучить навыкам оказания первой помощи при тяжелых формах заболевания, обучить основным принципам интенсивной терапии заболевания и реабилитации.

Полученные знания студент может использовать на уроках по анестезиологии-реаниматологии, терапии, урологии, педиатрии.

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30

5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры, клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных, инструментальных исследований тематического больного, дифференциальная диагностика, составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

Контрольные вопросы

1. Определение понятия гипертензивных состояний при беременности ?
2. Основные патогенетические звенья развития гипертензивных состояний при беременности.
3. Классификация . гипертензивных состояний при беременности
4. Клинические проявления различных форм гипертензивных состояний при беременности.
5. Способы диагностики и дифференциальной диагностики.
6. Принципы терапии легкой преэклампсии
7. Принципы терапии тяжелой преэклампсии .
8. Оказание первой помощи и принципы интенсивной терапии при эклампсии.
9. Способы подготовки к родам и особенности ведения родов при тяжелой преэклампсии
10. 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»

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.

Преэклампсия – 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 преэклампсии 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 преэклампсии. 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

Признаки и симптомы при эклампсии

Центральная нервная система Головная боль Головокружение Металлический привкус Сонливость Лихорадка Гиперрефлексия Диплопия Скотомы Затуманенное видение Внезапная слепота Сердечно-сосудистая система Гипертония Изменение показателей дыхания Тахикардия	Желудочно-кишечный тракт Тошнота Рвота Боль в эпигастрии Увеличение и болезненность печени Кровь в содержимом кишечника Почечная система Протеинурия Отеки Олигурия или анурия Гематурия или гемоглобинурия

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

Дифференциальная диаг

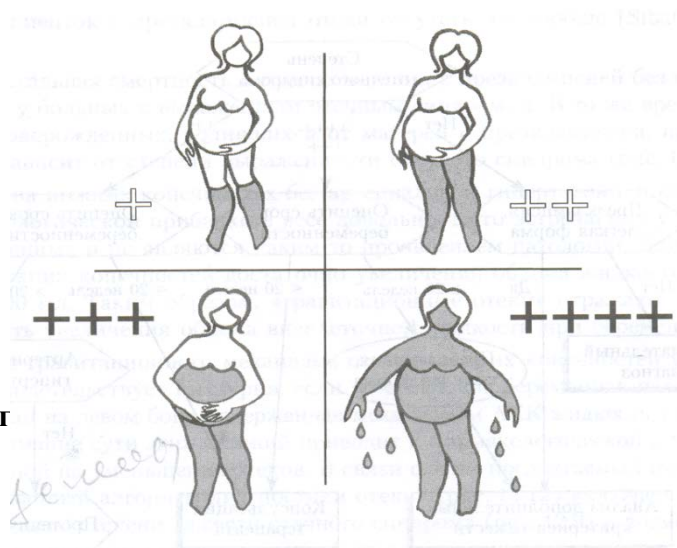


Рис. 12.9. Классификация степени тяжести отеочного синдрома

Эпилепсия	Судороги	Судороги
1	2	3
Судороги стереотипны	Больная проходит типичные фазы развития судорожного припадка	Нет стереотипа судорожных припадков
Провоцируются травмой или болью	Чаще провоцируются быстрым подъемом АД	Не бывает « без зрителей »
Эффективны ПСП	Хорошо купируются сульфатом магния	Часто эмоциональное возбуждение, не поддаются действию ПСП
В анамнезе может быть, но не обязательно, алкоголизм или наркомания	Анамнестические данные отсутствуют	В анамнезе сексуальное насилие, алкоголизм или наркомания.
Внезапное начало, но возможно аура.	Судорогам часто предшествует головная боль, зрительные нарушения, боли в эпигастральной области.	Постепенное начало
Полная потеря сознания. Несинхронные движения.	Полная потеря сознания, движения во время приступа хаотичны.	Колебание уровня сознания, чаще оно сохранно. Движения сохранены.
Типичный припадок для данного больного.	Фибриллярные подергивания мышц лица, верхних и нижних конечностей.	Движения головы из стороны в сторону, движения таза, тремор рук.
Тихая, монотонная речь.	Речь отсутствует.	Крики, вопли.
Движения от быстрых до медленных,	Движения хаотичны.	Длительное напряжение

определенной программе.		мышц, ригидность.
Могут быть во время сна (сон подтвержден по ЭЭГ)	Некогда не бывают во время сна.	Никогда не бывают во время сна.
Проходит быстро (1-2мин.). Затем послеприпадочный сон.	Может быть серия повторяющихся судорожных припадков.	Продолжительность самая различная
Больная не помнит припадка	Больная не помнит припадка	Больная все помнит
Защитные реакции отсутствуют	Защитные реакции отсутствуют	Защитные реакции сохранены.
Зрачки обычные или сужены	Зрачки широкие	Зрачки обычные
Движений глазных яблок нет	Движений глазных яблок нет	Геотропные движения глазных яблок.
Креатинкиназа после припадка повышена	Креатинкиназа может быть повышена	Креатинкиназа в норме
Судороги невозможно прекратить внушением	Судороги совершенно невозможно прекратить внушением	Судороги можно прекратить внушением
Ацидоз	Ацидоз	РН крови в норме

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:
 - общий белок, альбумин,
 - креатинин, мочевины,
 - билирубин (прямой, непрямой),
 - Ал АТ, Ас АТ, ЩФ, ЛДГ,
 - Свободный гемоглобин крови,
 - Глюкоза крови,
 - Электролиты.
- Анализ мочи на белок (в однократно взятой порции)
- Анализ суточной мочи на белок (повторно).

- Свободный гемоглобин мочи.
- Исследование глазного дна.

Подготовка к родоразрешению обычно совпадает по времени с началом интенсивной терапии.

Главные цели интенсивной терапии:

- прекращение судорог;
- восстановление проходимости дыхательных путей;
- обеспечение безопасности матери и плода.

Задачи интенсивной терапии:

- предотвратить повторные судороги;
- устранить гипоксию и ацидоз (дыхательный и метаболический);
- профилактика аспирационного синдрома.

ПЛАН ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ПРИЗНАКОВ И СИМПТОМОВ ТЯЖЕЛОЙ ПРЕЭКЛАМПСИИ/ ГРОЗЯЩЕЙ ЭКЛАМПСИИ.

- положить женщину на левый бок, при возможности начать давать кислород через маску
- начать медленную внутривенное вливание изотонических растворов, вести аккуратные записи о всей введенной и выделившейся жидкости
- дать гипотензивные лекарства/средства и/или седативные
- важно, чтобы женщину перевезли в надлежащее безопасное место для родов и последующего ухода.

Лечение и протокол ведения грозящей эклампсии/эклампсии.

Загрузочная доза 4 гр сухого вещества (100 мл раствора) вводить в течение 15-20 мин. Поддерживающая доза 1-2 грамм в час внутривенно.

В/в ведение магния.

Начальная доза 5 г сухого вещества вводится в каждую ягодицу в виде 50 % раствора. Поддерживающая доза – 5 г внутримышечно каждые 4 часа.

Лечение в обоих случаях проводить в течение 24 часов после родов и после последнего приступа (в зависимости от того, что произошло позднее).

Критерии отмены магниальной терапии:

- Прекращение судорог.
- Отсутствие признаков повышенной возбудимости ЦНС (гиперрефлексия, гипертенус, судорожная готовность).
- Нормализация артериального давления ($D_{ад} < 90$ мм рт.ст.).
- Нормализация диуреза (> 50 мл/час.).
- контроль уровня сознания;

- контроль и регистрация объема мочи, и если матери трудно использовать судно, то необходим постоянный катетер; олигурия говорит о плохом прогнозе;
- определение центрального венозного давления (возможность определить адекватный объем циркулирующей жидкости);
- нельзя использовать диуретики;
- внимательное наблюдение за состоянием плода, с использованием электронного монитора (при возможности).

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.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ КОММЕНТАРИЙ

Последние согласительные данные по лечению высокого кровяного давления во время беременности выделил три ключевых принципа в распознавании и лечении преэклампсии:

“Наиболее уместной терапией для матери всегда являются роды, но они могут не быть таковыми для плода“. Риск возникновения преэкламптических осложнений у матери должен сравниваться с риском недоношенности плода.

“Признаки и симптомы преэклампсии не имеют патогенетического значения“. Борьба с гипертензией не влияет на исход беременности для матери или плода.

“Патогенетические изменения преэклампсии появляются задолго до того, как клинические критерии, ведущие к постановке диагноза, становятся манифестными“. Сниженное кровоснабжение жизненно важных органов и сопутствующая ему угроза здоровью матери и плода появляются раньше, чем мы распознаем синдром.

Уместны также несколько других максим:

“Эклампсия является единственной среди угрожающих жизни кризов, в которую может развернуться преэклампсия“. Несмотря на значительные достижения в лечении женщин, страдающих от токсикозов, преэклампсия остается единственной лидирующей причиной смерти матерей в Соединенных штатах, играющей существенную роль наряду с отслойкой плаценты и разрывом печени в дополнение к эклампсии.

“Легкая преэклампсия является дезориентирующим термином“. “Легкая“ означает только то, что угрожающая жизни ишемия органов клинически еще не проявилась.

“Транзиторная гипертензия является диагнозом, лучше всего указывающим на ретроспективу“. Невозможно точно отличить это легкое состояние от преэклампсии, не вызвавшей пока общий недостаток кровоснабжения, приводящий к протеинурии, отекам и

результатам лабораторных исследований, отличных от нормы. Поэтому женщины с гипертензией в позднем периоде беременности должны рассматриваться как потенциальные преэкламптические больные. Они должны проверяться на признаки, свидетельствующие о разрушении здоровья матери или плода в дородовом периоде, а когда родовой период наступил, роды должны быть вызваны искусственно.

“Поскольку эклампсия не лечится ни чем, кроме родов, усилия должны концентрироваться на профилактике, а если профилактика неудачна, на распознавании и срочном родоразрешении“. Терапия аспирином и кальцием не является самой лучшей, но в определенной мере эффективной стратегией профилактики преэклампсии и транзиторной гипертензии соответственно. Обычные лабораторные тесты (особенно на концентрацию уратов сыворотки крови и количество тромбоцитов) ценны в выявлении малопроявляющихся токсикозов, но эти показатели могут стать не соответствующими норме всего за несколько дней до развития угрожающего жизни криза.

ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКИЙ ШОК.

Термин "шок" является собирательным понятием, которым пользуются клиницисты, когда пытаются охарактеризовать экстремальное состояние жизненно важных функций организма, возникающее в результате чрезвычайного по силе или продолжительности воздействия, и выражающееся целым комплексом нарушений деятельности физиологических систем, главным образом кровообращения, метаболизма и ЦНС.

В настоящее время мы пользуемся этим термином, как условным, объединяющим состояния порой совершенно различные по этиологическому, патогенетическому и клиническому признаку. Тем не менее термин "шок" для нас привычен и, что самое главное, правильно ориентирует врача на исключительность и опасность ситуации, в которой находится больной.

Шок - это синдром, который проявляется артериальной гипотонией, ацидозом и нарушением функций жизненно важных органов вследствие гипоперфузии тканей. В типичных случаях шок развивается остро, реже - постепенно.

Как и "шок" термин "коллапс", так же отражает многообразие этих состояний. Отличительной особенностью между шоком и коллапсом в гемодинамическом плане является то, что при шоке происходит централизация кровообращения, тогда как при коллапсе в абсолютном большинстве случаев развивается острая децентрализация кровообращения. Подтверждением указанного является быстрая утрата сознания при коллапсе, тогда как при подобной же артериальной гипотензии, связанной с шоком, сознание некоторое время (иногда длительное время) остается не утраченным.

Распознавание тяжелых стадий шока не представляет трудностей. Важное значение имеет распознавание начальных симптомов шока. Правильно собранный анамнез, внимательное клиническое наблюдение, использование простых методов исследования, лабораторных методик и современных технических средств позволяют правильно выявить причину и оценить тяжесть шока. Измеряют АД, ЧСС, ЦВД, ОЦК, МОК, ЧД, МОД. Тахикардия часто служит ранним признаком развивающегося шока. Исходя из величин систолического давления и частоты пульса Альговер предложил расчет индекса шока (ИШ).

$$\text{ИШ} = \text{частота пульса} / \text{АД систолическое}$$

$$\text{Норма } 60/120 \text{ ИШ} = 0,5$$

$$\text{Шок угрожаемый } 100/100 \text{ ИШ} = 1$$

Шок манифестированный 120/80 ИШ =1,5

Выделяют следующие стадии ГШ:

1. Компенсированный обратимый шок (синдром малого выброса),
2. Декомпенсированный обратимый шок,
3. Необратимый шок.

Условно можно выделить 3 степени кровопотери:

1. умеренную, составляющую не более 25% исходного ОЦК;
2. большую, равную в среднем 30-40% исходного ОЦК;
3. массивную- более 40% исходного ОЦК.

Клиника.

КОМПЕНСИРОВАННЫЙ ГШ.

Обусловлен потерей крови в таком объеме, который компенсируется сердечнососудистой системой. Бледность, АД, несмотря на сниженный сердечный выброс, неизменно или даже повышено, олигурия (при норме 1-1,2 мл/мин), ЦВД снижено, сознание обычно сохранено.

ДЕКОМПЕНСИРОВАННЫЙ ОБРАТИМЫЙ ШОК.

Характеризуется тем, что спазм периферических сосудов не в состоянии компенсировать малый сердечный выброс. АД снижено, нарушен органный кровоток (мозг, сердце, почки). Олигурия, хотя носит компенсаторный характер, но уже связана и с расстройствами почечного кровотока. Появляются такие симптомы, как акроцианоз, выраженная одышка. Одышка частично является отражением ухудшения мозгового

кровотока (гипоксия, ацидоз) и является фактором компенсации метаболического ацидоза. Главная причина одышки заключается в развитии синдрома дыхательных расстройств или шокового легкого.

НЕОБРАТИМЫЙ ГШ.

Это стадия более глубоких нарушений. Если декомпенсация кровообращения длится долго (более 12 часов) и имеет тенденцию к усугублению, т. е. если у больного, несмотря на лечение, не определяется АД, отсутствует сознание, держится анурия, холодные цианотичные конечности, гипостатические кожные изменения, усугубляется ацидоз, следует считать шок необратимым. Но это не является сигналом к прекращению лечения. Существенным признаком необратимого шока является повышение гематокрита (капилляростаз) и снижение объема плазмы.

Качественный и количественный состав инфузионной терапии при острой кровопотере в акушерской практике.

10-12% (500-700 мл)	Объем вводимой жидкости составляет 150-200% кровопотери и включает коллоидные и кристаллоидные растворы в соотношении 1,2:1
15-20% (1000-1400 мл)	Трансфузия осуществляется в объеме 200-250% кровопотери, инфузионная терапия состоит из крови (около 50% потерянной) и коллоидных и кристаллоидных растворов в соотношении 2: 1
25-40% (1500-2000 мл)	Общий объем переливаемой жидкости должен быть не менее 300% дефицита ОЦК; кровью возмещается на 80% потерянной, коллоидными и кристаллоидными растворами в соотношении 2,4:1
50-60% и более (2500-3000 мл и более)	Общий объем вводимой жидкости на 300% превышает кровопотерю, возмещение кровью осуществляется на 100% потерянной, соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов составляет 3,4: 1

Примечание. В литературе приводится также соотношение объема кровопотери в % к массе тела. При этом 1,5% соответствует кровопотере до 1 л; 2-3% - 1,4 -2 л; более 3% массы тела 2 литра и более. Предложенные объемы инфузии для кровопотерь 25-40% ОЦК и более рассчитаны на сутки.

Практическое занятие № 7

Ведение беременности и родов у женщин с заболеваниями почек и анемией. Бессимптомная бактериурия.

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра акушерства и гинекологии, аудитория
- муляж органов малого таза, 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.
- учебный видеофильм «Дефицит железа у беременных и родильниц-современные аспекты диагностики и лечения»;
- 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
- женский таз,тазомер,сантиметровая лента,стетоскоп,комплект тестовых заданий;
- родильный зал
- комплект тестовых заданий.
- фантом с куклой.
- раздаточный материал, включающий таблицы классификации заболеваний почек и анемии,схемы лечения, перечень антибактериальных средств, антианемических средств и к ним анотации, показания к госпитализации, варианты развернутых анализов крови и мочи. Слайдоскоп, слайды, прототип истории болезни беременной с данной патологией, комплект тестовых заданий.

Продолжительность изучения темы

Количество часов- 6

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	Вводное слово Определение и цели Основные положения цели Ведение беременности и родов у женщин с заболеваниями почек и анемией

Цель занятия

- рассмотреть классификацию анемии;
- изучить этиологию железодефицитной анемии;
- проанализировать влияние анемии на плод, течение беременности, родов и послеродового периода;
- изучить принципы лечения беременных с анемией и тактику ведения беременности и родов у женщин с анемией;
- изучить принципы профилактики анемии у женщин фертильного возраста;
- рассмотреть классификацию патологии почек;
- проанализировать влияние патологии почек на плод, течение беременности, родов и послеродового периода;
- изучить принципы лечения беременных с анемией и тактику ведения беременности и родов у женщин с анемией;
- рассмотреть принципы профилактики осложнений при беременности и послеродового периода при патологии почек.

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях в составных частях гинекологии Перечислить и дать краткую характеристику Доброкачественному и злокачественному опухоли яичников	- особенности строения мочеполовой системы женщин и влияние на них развитие беременности; - классификация заболеваний почек и анемии; -методы клинических и лабораторных исследований (анализы крови, мочи, пробу Нечипоренко, Зимницкого, гемостазиограмма, УЗИ, кардиомониторное исследование и др.), фармакологические препараты, применяемые в терапии заболевания почек и анемии; -освоить этапы ведения беременности, родов и послеродового периода.
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Студент должен уметь:

-обследовать беременную с заболеваниями почек и анемией, по данным лабораторных исследований и по клиническим проявлениям;

- оценить активность патологического процесса, знать возможные осложнения во время беременности и родов;
- уметь назначить обследование и лечение при данных патологиях;
- правильно выбрать тактику родоразрешения.

Мотивация

Одними из самых распространённых соматических заболеваний, встречающиеся во время беременности, являются анемия и пиелонефрит. Анемия является краевой патологией Центральной Азии, её встречаемость в некоторых регионах достигает до 78%, зачастую анемия является осложнением хронических заболеваний почек. Непосредственная связь этих заболеваний просматривается во взаимосвязанных процессах выработки эритропоэтина почками. Актуальность данных патологий трактуется большим количеством грозных осложнений, таких как невынашивание беременности, кровотечения, инфицирование плода, занимающих одно из первых мест в структуре материнской и перинатальной смертности. Своевременная диагностика и коррекция является одно их первостепенных этапов лечебной помощи, которая возложена на врача первого звена.

Межпредметные и внутрипредметные связи

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

Полученные в ходе занятия будут использованы при прохождении ими эндокринологии, терапии, хирургии, патологического акушерства, гинекологии, гематологии, гигиены, педиатрии. Важность изучения данной патологии в расширенном масштабе, совместно со смежными специальностями, объясняется вовлечением в патологический процесс всех жизненно важных органов беременной, а также даже благополучный исход беременности требует дальнейшей реабилитационной терапии в условиях семейной поликлиники.

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	Вступительное слово о. Ведение беременности и родов у женщин с заболеваниями почек и анемией. Бессимптомная бактериурия. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы :	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.

	Перечислить предрасполагающие факторы в развитии почечной патологии у беременных? 2. Укажите особенности течения беременности при пиелонефрите? 3. Принципы лечения пиелонефрита при беременности. 4. Выбор группы риска и подбор акушерской тактики при пиелонефрите.	Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия.	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30

5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры, клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных, инструментальных исследований тематического больного, дифференциальная диагностика, составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

Контрольные вопросы

1. Перечислить предрасполагающие факторы в развитии почечной патологии у беременных?
2. Течение беременности при пиелонефрите.
3. Лечение пиелонефрита при беременности.
4. Акушерская тактика при пиелонефрите.
5. Перечислить предрасполагающие факторы развития анемии у беременных.
6. Что такое бессимптомная бактериурия?
7. Этиология, диагностика, лечения бессимптомной бактериурии?
8. Назовите классификацию анемии беременных.
9. Диагностика анемии беременных.
10. Перечислите основные принципы лечения анемии беременных.
11. Перечислите препараты железа перорального применения.
12. Перечислите препараты железа парентерального применения.
13. Назовите возможные осложнения беременности при анемии.

14. Прогноз для плода и новорожденного при беременности, осложненной анемией и заболеваниями почек.

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 кладется 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.

есты

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

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

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:

* роды через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания с помощью акушерских щипцов
родоразрешение через естественные родовые пути
роды через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания
перинеотомией
кесарево сечение

Показанием к родоразрешению путем кесарева сечения при пороках сердца является:

* все перечисленные показания
возвратный и подострый септический эндокардит
любой порок с выраженным нарушением кровообращения
сочетание порока сердца с акушерской патологией

Диагноз гипертонической болезни у беременной основывается на данных:

* всего перечисленного
АД в ранние сроки беременности
АД в середине беременности, в последнем триместре и послеродовом периоде

электрокардиограммы

Осложнения у беременных с гипертонической болезнью:

* все указанные осложнения
преждевременные роды
развитие гестоза
преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

Для гипертонического криза во время беременности не характерно:

* развитие криза только во второй половине беременности
развитие криза в любом сроке беременности
отсутствие отеков, протеинурии и цилиндрурии

появление парестезий, гиперемии лица, повышенного потоотделения

Наиболее вероятная причина повышения АД после 28 нед беременности:

* развитие преэклампсии
гипертоническая болезнь
хронический гломерулонефрит

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 бессимптомной бактериурии обнаруживают эшерихии соли.

Реже выделяют других представителей семейства *Энтеробактериасеае* а также *Стапхилососсус эпидермидис*, *Стапхилососсус сапрохитисус*.

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, Микопlasma хоминис, Уреаплазма уреалитисум, 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 суток, 10-12 суток.

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.

Лабораторная диагностика:

Кровь. При остром процессе высокий лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, снижение гемоглобина. В биохимическом анализе крови - гипоальбуминемия. В тяжелых случаях повышены креатинин и мочевины. При хроническом процесс - снижение гемоглобина, так как почки участвуют в эритропоэзе, так как вырабатывают гуморальный фактор - эритропоэтин. На фоне невысокого лейкоцитоза и повышенной СОЭ.

Моча. Проба Зимницкого - гипопротенурия, никтурия. Общий анализ мочи - щелочная реакция, осадок мочи - лейкоцитурия (верхняя граница нормы - 6-8 в поле зрения), отсутствие цилиндров, лейкоцитурия (пиурия). Редко при закупорке мочеточников с одной стороны могут отсутствовать выделения гноя и моча не содержит лейкоциты.

Проба Нечипоренко, Аддиса-Каковского, Амбурже - количественное определение форменных элементов. Проба Нечипоренко - норма для беременных: лейкоциты 4000, цилиндры 100, эритроциты 2000.

Исследование мочи на бактериурию проводится только в бактериологической лаборатории. Бактериурия истинная - выделение возбудителя в монокультуре (то есть одного) в количестве 0.1 млн и более клеток в нескольких анализах мочи. Бактериологическое исследование позволяет выявить выделение возбудителя, степень бактериурии, позволяет провести антидиаграмму. Метод трудоемкий, поэтому существуют и другие более легкие ориентировочные методы: **бактериоскопия** - микроскопия мазка осадка мочи. Если 10 бактерий в поле зрения - то соответствует 0.1 млн/мл. При фазово-контрастной микроскопии - 1 микроб соответствует 0.1 млн/мл.; **химические экспресс-методы**: точность 80-85%. Нужны для отбора пациентов для более точного исследования: нитрит-тесты, ТТХ-тест, каталазу-тест. Эти вещества маркируют биохимический состав, изменяя свой цвет.

При лабораторном исследовании можно выявить значительную бактериурию , которая не сопровождается клиническими проявлениями - это так называемая бессимптомная бактериурия - значимая бактериурия при отсутствии клинических проявлений пиелонефрита и при отсутствии других лабораторных изменений (не изменена проба Зимницкого и др.). бессимптомная бактериурия может быть расценена как стадия перехода острого пиелонефрита в хронический или завершение или начало острого процесса.

Но может существовать долго - большинство считают ее в таком случае проявлением хронического пиелонефрита. Бессимптомную бактериурию следует считать одной из форм пиелонефрита до тех пор пока это диагноз не будет достоверно отвергнут (различные пробы вплоть до биопсии почек).

УЗИ. При рутинном исследовании беременной наравне с УЗИ матки, плаценты и т.п. всегда производят осмотр почек. Признаки поражения - изменение толщины чашечно-лоханочной системы, расширение ЧЛС.

Ведение беременности и родов:

В зависимости от формы ПН выделено 3 степени риска по возникновению осложнений во время беременности и родов.

1 степень риска - неосложненный пиелонефрит, возникший во время беременности впервые.

2 степень риска - хронический пиелонефрит возникший до беременности.

3 степень риска - хронический пиелонефрит до беременности с азотемией, гипертензией.

Пиелонефрит единственной почки.

При 1-2 ст. Можно разрешить беременность, при этом женщина должна находиться на диспансерном учете у уролога-нефролога и акушера-гинеколога, а также проходить регулярный контроль мочи: каждые 2 недели общий анализ мочи, а в период с 22-28 недель ежедневно.

При 3 ст. Беременность противопоказана так как состояние почек угрожает здоровью и жизни женщины и плода.

Госпитализация показана: при возникновении осложнений беременности; при обострении ПН на любом сроке беременности - в специализированный стационар; в критические сроки (22-28 нед) для обследования и определения функционального состояния почек; при выявлении гипоксии или гипотрофии плода. Наиболее благоприятный исход беременности наблюдается при остром ПН, возникшем во время беременности с хорошим эффектом от лечения. При возникновении показаний для урологической операции сначала проводят операцию, а потом решают вопрос о сохранении беременности. Прерывание беременности не улучшает течения гнойного процесса в почке. Лечение должно быть направлено на восстановление функции почек. Особое внимание надо уделять профилактике осложнений беременности у женщин, страдающих ПН, следить за динамикой артериального давления, массы тела, тонусом матки, состоянием плода, проводить профилактику невынашивания беременности.

Тактика ведения женщин с пиелонефритом существующего до беременности.

При первом обращении женщин с пиелонефритом надо ее госпитализировать в плановом порядке - во время которой должен быть уточнен диагноз (поставить форму). Вторая госпитализация показана при обострении. Третья госпитализация показана при появлении осложнений беременности - преэклампсия, гипоксия плода, гипотрофия.

Лечение: проводится обязательно в условиях стационара.

Принципы лечения ПН:

Увеличение пассажа мочи

Ликвидация застоя мочи

Интенсивное выведение микробов и их токсинов

Санация мочевыводящих путей - антибиотики и уросептики

Спазмолитики

Мочегонные травы

Коленно-локтевое положение

Витаминизированная диета

Принципы антибактериальной терапии

Бактериологическое исследование мочи с определением чувствительности к антибиотикам

Безопасность для матери и плода

Высокая эффективность

Цели антибактериальной терапии:

Быстрое купирование симптомов

Восстановление трудоспособности

Предупреждение осложнений со стороны матери и плода

Профилактика рецидивов

Безопасность антибиотиков для лечения ИМП у беременных (ФДА)

В первом триместре **антибиотиками** выбора являются препараты группы пенициллина и цефалоспорины, поскольку высока опасность тератогенного действия. После 15 недель возможности значительно возрастают.

Антибиотики пенициллинового ряда: ампициллин, ампиокс, амоксиклав, карбенициллин, бактокс - менее токсичны, используются на протяжении всей беременности.

Со второго триместра: группа макролидов - эритромицин, олеандомицин, сульфаниламидные препараты - уросульфам, этазол. Производные 8-оксихинолинов - 5-НОК, нитроксалин, неграм (налидиксовая кислота)- сочетание препаратов налидиксовой кислоты неблагоприятно с нитрофуранами так как ведет к снижению бактериостатического эффекта, нитрофураны (фурадонин, фурагин, фуразолидон) лучше всего фурагин так как меньше всего раздражает слизистую желудка, другие препараты этого ряда чаще приводят к тошноте и рвоте.

Противопоказаны : стрептомицин, левомецитин (приводит к функциональной незрелости печени плода, лейкопении и гипопластической анемии), тетрациклин (оказывает вредное влияние на костную систему и закладку зубов, дети имеют зубы желтого цвета), сульфаниламидные препараты пролонгированного действия (бисептол 480, бактрин - действуют на красный кровяной росток).

Средства, действующие на макроорганизм.. Для улучшения оттока мочи – спазмолитики, десенсибилизирующие средства. Инфузионная терапия при тяжелых состояниях (физ. раствор, глюкоза, гидрокарбонат натрия, реополиглюкин, полиионные растворы. Общий объем вводимой жидкости 2.5 - 3 л). Если есть сочетание с преэклампсией, то объем жидкости до 1 л.

Дополнительные методы лечения: Растительные средства - улучшают отток мочи и дезинфицируют мочу: толокнянка, брусничный лист, листья березы, плоды шиповника, кукурузные рыльца, плоды черемухи, ягоды земляники, рябины, семена тыквы, клюквенный морс (содержит бензоат натрия, который в печени преобразуется в гипшуровую кислоту которая обладает дезинфицирующим действием).

Препарат комбинированного действия растительного происхождения, которые не вызывают побочных реакций и не влияют на плод. В последнее время в урологической практике применяется растительный препарат **Канефрон**. Он оказывает антисептическое, противовоспалительное, спазмолитическое, антибактериальное, диуретическое действие, уменьшает проницаемость капилляров почек, что соответствует патогенезу развития патологического процесса в почках при ПН.

Лекарственные растения, входящие в канефрон (золототысячник, любисток, розмарин), содержат активные вещества (фенолкарбоновые кислоты, горечи, эфирные масла, флавоноиды), обеспечивающие многопрофильность воздействия препарата на организм.

Диета: без ограничения соли и жидкости.

С лечебно-профилактической целью женщина должна принимать *позиционную терапию-коленно-локтевое положение по 5 минут несколько раз в течение дня.*

Показания к прерывание беременности:

сочетании пиелонефрита с тяжелыми формами преэклампсии

отсутствие эффекта от проводимого лечения

острая почечная недостаточность

гипоксия плода

Прерывание можно произвести путем родовозбуждения. Кесарево сечение допустимо только по строгим акушерским показаниям, предпочтительно без вскрытия брюшной полости (экстраперитонеальным путем) во избежание тяжелых септических осложнений в послеоперационном периоде.

Родоразрешение у больных ПН предпочтительно через естественные родовые пути . Широко используются спазмолитики и анальгетики, даже при наличии нефростомы возможны самопроизвольные роды.

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

У 20% женщин после перенесенного гестационного пиелонефрита функция почек остается сниженной. Обострение заболевания наблюдается на 4-й и 12-14 день (критические сроки). Необходимо провести обследование, профилактику обострения ПН до выписки из роддома. В дальнейшем - наблюдение уролога.

Обострение во время родов происходит в результате окклюзии мочеточников , поэтому во время родов назначают спазмолитики обязательно.

Опасности в послеродовом периоде.

В первые дни после родов не восстанавливается до конца измененная мочевыделительная система и присоединяются те же изменения, которые произошли в родах.

Роды: головка всегда травмирует - приводит к отеку слизистой, мелкоочечным кровоизлияниям. Нарушенная функция слизистой оболочки мочевого пузыря и уретры. Характерно отсутствие позывов на мочеиспускание (на первые сутки).

Все это приводит к нарушению самоочищающих механизмов мочевого пузыря (фагоцитоз).

Если изменения не глубокие, то через 3 дня бактериурия исчезает. Если изменения глубокие, то при попадании микробов в мочевой пузырь дается толчок к обострению или возникновению нового заболевания.

Лечение после родов должно проводиться в течение 2-3 недель. Рекомендовано обязательное раннее вставание с постели, что способствует лучшему оттоку мочи. Лечение проводится теми же препаратами, но надо отказаться от эритромицина (имеет очень высокую концентрацию в молоке), но появляется возможность использовать сульфаниламиды пролонгированного действия. Критерии выздоровления - 2-3 нормальных анализа мочи. После выписки поставить на учет к урологу, наблюдать в течение 3-5 лет. Женщинам с пиелонефритом противопоказаны гормональные контрацептивы так как они создают условия для обострения.

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 β -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 :

1. 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 аборты, 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

2. 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 комплекс поглощается клетками слизистой тонкого кишечника целиком. Оно содержится в нежирных сортах мяса, рыбы, птицы. Поглощение железа из различных продуктов животного происхождения варьирует от 6% до 22%. Фитаты, фосфаты и аскорбиновая кислота не влияют на всасывание гемового железа

Из растительной пищи усваивается около 1% железа (негемовое железо). Условием всасывания негемового железа являются его предварительный перевод в растворимую форму и восстановление до двухвалентного состояния. Незначительная абсорбция из растительных продуктов связана с присутствием в них фитатов. Аскорбиновая кислота, цистеин способствует всасыванию негемового железа. При этом витамин С не только восстанавливает трехвалентное железо в двухвалентное, но и образует в нем хелатное соединение, хорошо растворимое при низких значениях pH. Усвоение данного микроэлемента снижается при употреблении:

1. кофе, чая,
2. яиц (фосфаты).

3. жиров (сало, масло сливочное и растительное),
4. соевого протеина,
5. молочных продуктов (содержат кальций), кофе.

3. дефицит железа в связи с повышенной потребностью в нем в период роста и созревания

- повышение потребности в железе в связи с интенсивным ростом органов и тканей;
- при менархе на фоне нерационального питания,
- при занятии спортом в связи с увеличением мышечной массы, потерями железа с потом при тренировках, снижением всасывания железа при длительных физических перегрузках

4. повышенная потребность в железе у больных В12-дефицитной анемией

Может наблюдаться на фоне лечения витамином В12, что объясняется интенсификацией нормобластического кроветворения и использование для этих целей большого количества железа.

5. резорбционная недостаточность железа

Этот вид ЖДА обусловлен снижением зоны всасывания железа при гастритах, дуоденитах, энтеритах, резекции желудка и обширных участках тонкого кишечника.

6. нарушение транспорта железа

- врожденная гипо- и атрансферринемия;
- гипопроотеинемия различного генеза (нефротический синдром, нарушение белковообразовательной функции печени при циррозах, тяжелых гепатитах, синдром мальабсорбции);
- появление АТ к трансферрину и его рецепторам.

Потребность в железе в первом триместре близка к норме, во ИИ –увеличивается до 3 мг, в ИИИ – до 3,5–4 мг в сутки. В период внутриутробной жизни плод все необходимое железо получает из организма матери, преимущественно из запасного фонда, а после исчерпания запасов необходимое плоду железо поступает из гемоглобина женщины, что приводит к анемии. По данным ВОЗ (1998) на беременность организм женщины тратит около 1000 мг железа :

- 300 мг передается плоду (процесс, происходящий на протяжении всей беременности, но наиболее активно – начиная с 28–32 недели гестации). Недостаточное поступление микроэлемента в организм плода наблюдается при осложнениях беременности, сопровождающихся нарушением маточно-плацентарного кровотока. При этом выраженность плацентарной недостаточности коррелирует со степенью железодефицита.
- 50 мг требуется на развитие плаценты
- 450 мг расходуется на увеличение массы циркулирующих эритроцитов беременной,
- 240 мг составляет базальная потеря железа (с потом и калом – 0,8 мг/сут, со слущивающимся эпителием кожи – 0,1 мг/сут, с мочой – 0,1 мг/сут, итого 1 мг/сутки)
- 150–200 мг расходуется на кровопотерю в родах (из расчета 2–2,5 мл крови содержит 1 мг железа);
- при лактации расходуется дополнительно еще 50–100 мг железа.

Экономия за счет отсутствия менструации составляет 300–400 мг. У абсолютно здоровой женщины с запасами железа 600 мг и более эти физиологические потери полностью покрываются из запасного фонда и за счет железа, поступающего с пищей. При наличии прегравидарного латентного дефицита железа на фоне беременности развивается ЖДА.

Истинная ЖДА обусловлена иммунологическими реакциями гемоиммунной системы, угнетающей эритропоэз в костном мозге .

Наряду с ЖДА выделяют перераспределительный дефицит железа, или **анемию при хронических заболеваниях**. Такие анемии развиваются при наличии обширных очагов инфекции, в том числе в женской половой сфере, в период реконвалесценции после инфекционных заболеваний, при острых и хронических инфекционно-воспалительных заболеваниях легких, почек, мочевыводящей системы. Железоперераспределительные анемии занимают второе место по частоте среди всех анемий после ЖДА .

Анемия при хронических заболеваниях имеет постоянные признаки:

- ✓ всегда вторична;
- ✓ возникает на фоне длительного воспалительного процесса;
- ✓ тяжесть зависит от величины очага воспаления;
- ✓ отмечается рефрактерность к лечению препаратами железа.

Данный вид анемии ассоциируется с дефектной реутилизацией железа, при которой макрофаги не способны освобождать железо, полученное путем фагоцитоза эритроцитов, в циркулирующий пул. Исследованиями последних лет установлено, что при воспалении, индуцированном инфекцией, железо становится малодоступным для эритроидных предшественников из-за дефицита трансферрина и трансформации значительной части железа в не утилизируемые запасы гемосидерина. Следствием этого является наблюдаемый подъем ферритина в сыворотке крови, что позволяет рассматривать ферритин как белок острой фазы. При железоперераспределительной анемии нет истинного дефицита железа в организме, оно накапливается в депо в виде ферритина и гемосидерина в клетках макрофагальной системы .

Микроорганизмы, внедрившись в организм, потребляют в первую очередь сывороточное железо, которое образует непрочные связи с глобулинами сыворотки крови. С одной стороны, его высокое содержание в сыворотке крови активизирует вирулентность внедренного микроорганизма, а с другой – низкое количество железа снижает биологические и гуморальные факторы защиты организма.

Диагностика:

Наиболее часто в клинической практике используют для диагностики ЖДА показатели периферической крови. Согласно критериям ВОЗ (2001) ЖДА констатируют по концентрации гемоглобина менее 120 г/л у женщин фертильного возраста и **менее 110 г/л** у беременных женщин и по количеству эритроцитов **менее $3,5 \cdot 10^{12}/л$** . ЖДА беременных *на фоне проведения ферропрофилактики* диагностируется при снижении уровня гемоглобина в первом триместре менее 110 г/л, во втором и третьем менее 105 г/л.

Классификация тяжести анемии беременных по уровню гемоглобина:

- ✓ Легкая степень – от 109–91 г/л,
- ✓ средняя степень – от 90 до 71 г/л,
- ✓ тяжелая степень – 70 г/л и ниже.

Диагностировать скрытый дефицит железа на основании картины периферической крови практически невозможно. Поэтому важнейшее место в определении насыщенности организма железом принадлежит специфическим биохимическим методам. Наиболее адекватно и достаточно полно состояние запасного железа в организме отражает уровень сывороточного ферритина (СФ) в крови. Концентрация СФ 1 мкг/л соответствует 8 мг депонированного железа в организме. На основании определения уровня данного белка в

сыворотке крови можно установить латентный дефицит железа в организме женщины, что способствует ранней профилактике развития ЖДА в период гестации.

По данным ВОЗ (2001) ЖДА у беременных диагностируется при снижении уровня СФ ниже 15 мкг/л.

Современные методы диагностики позволяют выявить три стадии обеднения организма железом. Первоначально уменьшаются запасы железа в печени, селезенке, костном мозге, что получает отражение в снижении уровня СФ в крови. Это происходит без выраженных внешних нарушений, но фактически является гипосидерозом, или преданемическим состоянием (**сидеропения**). Поступление железа для гемопоэза не снижается, и уровень гемоглобина находится в пределах нормальных величин. При таком положении ясно, что для того, чтобы гипосидероз выявился клинически, нужен лишь небольшой толчок. Первая стадия железодефицитных состояний определяется только с помощью специальных, не предназначенных для внедрения в повседневную практику, инструментально-лабораторных исследований тканевых запасов железа. Следующей стадией железодефицита является **латентный дефицит железа**, который развивается на фоне “обеднения” тканевых запасов железа и характеризуется как полным истощением микроэлемента в депо, так и транспортного пула. Регистрируется уровень СФ менее 12–15 мкг/л. На этой стадии отмечается компенсаторное усиление всасывания железа в кишечнике и повышение уровня мукозного и плазменного трансферрина. При этом скорость синтеза гемоглобина, его общее содержание и насыщение эритроцитов гемоглобином не изменены. Необходимо отметить, что латентный дефицит железа всегда предшествует ЖДА, причем он может протекать длительно без анемии, обуславливая персистирующий сидеропенический синдром.

В дальнейшем истощенные депо организма не способны обеспечить эритропоэтическую функцию костного мозга и значительно снижается содержание СЖ в крови, синтез гемоглобина, развивается **железодефицитная анемия** и последующие тканевые нарушения.

Одним из критериев диагностики железодефицитных состояний на современном этапе развития медицины является определение уровня **эритропоэтина**, как показателя эффективности эритропоэза. Так, снижение концентрации гемоглобина в крови стимулирует выработку данного гормона. Кроме того, выделяют неадекватную реакцию эритропоэтина на анемию, особенно у больных со средней и тяжелой степенью дефицита железа, которая проявляется ослаблением зависимости его уровня в крови от концентрации гемоглобина или гематокрита.

При выявлении повышенного уровня эритропоэтина на ранних сроках беременности в сыворотке у пациенток может служить доклиническим маркером возможности развития ЖДА в поздние сроки гестации. Показатели уровня эритропоэтина как при воспалении, так и при ЖДА однотипные и указывают на активацию эритропоэза.

Клиника ЖДА:

Клиническая картина ЖДА складывается из двух основных синдромов: **сидеропенического и общеанемического**.

Сидеропенический синдром обусловлен тканевым дефицитом железа, снижением активности железосодержащих ферментов и проявляется трофическими нарушениями:

- заеды в углах рта
- глоссит – характеризуется ощущением боли, распирания в области языка, покраснением его кончика, а в дальнейшем атрофией сосочков

- воспаление красной каймы губ
- дистрофические изменения кожи и ее придатков (сухость и бледность кожи, преждевременные морщины, ломкость ногтей и волос, койлоникии, возникновение мелких трещин)
- сидеропеническая дисфагия, обусловленная атрофией слизистой пищевода, угнетением секреции, что приводит к затрудненному болезненному глотанию плотной пищи.
- вследствие обеднения миоглобинового фонда железа и ферментов тканевого дыхания развивается мышечная слабость, не соответствующая степени анемии, возникает слабость физиологических сфинктеров, недержание мочи при смехе и кашле, императивные позывы на мочеиспускание.
- извращение вкуса (появляется желание съесть несъедобные предметы – мел, зубной порошок, уголь, глину, песок, сырое тесто, фарш)
- извращение обоняния (влечение к запахам бензина, керосина, ацетона, лака, красок, сырости), что вероятно связано с уменьшением содержания железа в субстанции нигра головного мозга.
- синдром «синих» склер (нарушение гидроксирования пролина и лизина, а затем синтез коллагена в склере, она истончается и через нее просвечивается сосудистая оболочка глаза).
- «сидеропенический субфебрилитет
- выраженная предрасположенность к ОРВИ и др. инфекционно-воспалительным процессам, хронизации инфекции, что обусловлено нарушением функции лейкоцитов и ослаблением иммунной системы.

Вышеописанные симптомы могут возникать как на фоне анемии, так и без нее, в виде латентного дефицита железа.

При снижении уровня гемоглобина и эритроцитов проявляет себя общеанемический синдром:

- бледность, легкая желтизна рук и носогубного треугольника вследствие нарушения обмена каротина при дефиците железа (средней и тяжелой степени ЖДА)
- одышка, тахикардия, иногда аритмии, обморочные состояния (особенно при быстром переходе из горизонтального в вертикальное положение)
- систолический шум на верхушке сердца и в точке проекции легочной артерии, глухость тонов сердца.
- сердцебиение, боли в груди
 - миокардиодистрофия, возникающая на фоне латентного дефицита железа и ЖДА, создает в родах предпосылки для возникновения сердечно – сосудистой недостаточности, когда нагрузка на сердце резко возрастает
 - повышенная утомляемость
 - тканевая гипоксия также приводит к слабости, головокружению, мельканию «мушек» перед глазами, сонливости днем и бессоннице ночью, нарушению концентрации внимания, снижению памяти, работоспособности, раздражительности, плаксивости
 - вследствие плохого кровообращения кожи больные гиперчувствительны к холоду.
 - иногда отмечается тяжесть в эпигастральной области, ухудшение аппетита, тошнота, метеоризм
 - повышение проницаемости мелких сосудов приводит к отечности лица по утрам, пастозности голеней
 - гипопроотеинемия, возникает только при тяжелой степени анемии
 - гипоальбуминемия
 - склонность к артериальной гипотензии

Выраженность жалоб зависит от адаптации к анемии. К тому же больные часто свыкаются со своим недомоганием, объясняют его переутомлением на работе, психоэмоциональными перегрузками.

Следует отметить, что дефицит железа способствует усиленной абсорбции свинца в ЖКТ, а, следовательно, хронической свинцовой интоксикации. Повышенное содержание свинца в организме матери и плода может вызвать серьезные нефрологические, гематологические или неврологические нарушения.

Особенности течения беременности, родов, послеродового периода :

В настоящее время общепризнанно, что ЖДА беременных является тем патологическим фоном, который способствует развитию самых разнообразных осложнений беременности и родов. Железодефицит усугубляет нарушения витаминного обмена, приводит к дисбалансу морфофункциональных и метаболических процессов в организме, что еще больше осложняет течение и исход беременности.

Осложнения беременности, родов, послеродового периода и периода адаптации новорожденных пропорциональны тяжести ЖДА и наиболее характерны:

- угрожающие преждевременные роды (65%)
- хроническая внутриутробная гипоксия плода (30%)
- хроническая фето–плацентарная недостаточность (30%)
- Преэклампсии (25%)
- несвоевременное излитие околоплодных вод (39%)
- слабость родовой деятельности (34%)
- патологическая кровопотеря в родах (15%)
- анемия родильниц (27%)
- послеродовые гнойно – септические осложнения (7–12%)
- анемия новорожденных (17%)
- нарушение периода адаптации (24%)

Дисциркуляторные и дистрофические изменения в миометрии при дефиците железа, нарушение нейромышечной передачи приводят к нарушению сократительной деятельности миометрия и способствуют развитию преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты; возможны длительные роды или быстрые и стремительные. Истинные ЖДА беременных могут сопровождаться нарушением коагуляционных свойств крови, что приводит к увеличению кровопотери в родах и гипотоническим кровотечениям – у 10% женщин, находящимся в прямой зависимости от степени тяжести анемии и превышающим среднестатистические показатели в 3–4 раза. В 8–12% случаев послеродовой период осложняется гнойно-септическими заболеваниями, субинволюцией матки. Многие исследования выявили положительную корреляцию между тяжестью анемии и степенью выраженности нарушений лактационной функции, причем наблюдаются как количественные, так и качественные изменения грудного молока при железодефиците.

Неблагоприятное влияние оказывает ЖДА и на состояние плода, способствуя развитию синдрома задержки развития плода, хронической внутриутробной гипоксии плода. Снижение адаптации плода в раннем неонатальном периоде регистрируется в 51,4% случаев. Ряд авторов установил, что даже последующее введение препаратов железа в организм новорожденного, мать которого перенесла в период беременности ЖДА, не приводит к накоплению ионов железа в структурах головного мозга для полноценной функциональной активности железосодержащих ферментов, что в дальнейшем может сказаться на психомоторном развитии ребенка.

У новорожденных от матерей с ЖДА на 4-е сутки отмечались достоверно более низкие показатели гемоглобина и количества эритроцитов в крови, по сравнению с показателями у новорожденных от матерей с другой экстрагенитальной патологией

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.

Терапевтический эффект наступает несколько позже после приема пероральных препаратов, чем вводимых внутривенно или внутримышечно, но побочные свойства последних встречаются значительно чаще и протекают тяжелее. Одновременный прием витамина С улучшает абсорбцию железа, образуя с ним хелатное соединение, хорошо растворимое при низких значениях pH и уменьшает проявления побочных эффектов. В то же время отмечено, что длительное назначение только препаратов железа, способствует вытеснению важных для здоровья микроэлементов, таких как йод, никель, марганец, кобальт, из организма.

Лучшее всасывание отмечается натощак, поэтому рекомендуется прием препаратов железа за 30 минут до еды, однако при таком приеме могут возникать побочные эффекты: поносы, тошнота, боли в эпигастриальной области, вздутие живота, металлический привкус во рту, головная боль. Выраженность указанных явлений тем сильнее, чем больше остается в кишечнике невсосавшегося железа, т.е. чем активнее абсорбция, тем лучше

переносимость препарата. У некоторых больных появляются запоры на фоне ферротерапии. Это объясняется тем, что железо связывает сероводород кишечника, который является биологическим стимулятором перистальтики. Побочные эффекты значительно меньше у препаратов с замедленным высвобождением ионов металла, и у препаратов, которые содержат различные добавки, такие как витамин С (в дозе 0,1–0,3 г), глюкоза, янтарная кислота, мукопротеаза, последняя оказывает маскирующий эффект на ионы железа и предохраняет слизистую от воспаления. Улучшает переносимость прием препаратов железа через 1-2 часа после еды. Во время еды препараты железа принимать не рекомендуется, поскольку это уменьшает всасывание в 10 раз.

Аскорбиновая кислота входит в состав ряда ферропрепаратов: тардиферона, ферроплекса, сорбифера. Фолиевая кислота вводится в препараты для профилактики патологии нервной трубки у плода в первой половине беременности, для профилактики гипотрофии плода во второй половине: гино-тардиферон, фефол, макрофер.

Из общих рекомендаций по применению препаратов железа следует отметить следующие: таблетки, капсулы надо глотать целиком, не разжевывая, не сочетать прием препарата с доксициклином, альмагелем, кальцийсодержащими препаратами, не запивать молоком, кефиром, чаем, кофе; допустимо запивать осветленными (без мякоти) соками.

В ряде случаев лечение пероральными препаратами железа неэффективно, что может быть обусловлено:

- ✓ продолжающейся кровопотерей
- ✓ неправильным приемом или неадекватной дозой препарата
- ✓ неправильным диагнозом (**анемия хронических заболеваний**, талассемия, сидеробластная анемия)
- ✓ комбинированным дефицитом (чаще всего – железа и витамина В₁₂)
- ✓ нарушением всасывания

Показания к назначению парентеральных препаратов:

1. непереносимости пероральных препаратов железа,
2. необходимость быстрого восполнения запасов железа (тяжелая ЖДА, послеоперационный период, последние недели беременности, повторные кровотечения при геморрагических заболеваниях)
3. заболевания ЖКТ (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит)
4. нарушение всасывания (синдром мальабсорбции, энтерит, хронический панкреатит, после обширной резекции тонкой кишки или резекции желудка).

Препараты железа, применяемые парентерально:

«Фербитол» – водный раствор железо-сорбитолового комплекса, ампула 2 мл содержит 100 мг, вводится в/мышечно, по 1 ампуле в сутки.

«Феррум-Лек» – содержит трехосновное железо в виде комплекса с мальтозой, выпускается в ампулах по 2 мл (для в/мышечного введения) и 5 мл (для в/венного), вводится в 10,0 мл 0,9% растворе хлорида натрия в/мышечно через день; в/вено по схеме: 1-й день – 2,5 мл, 2-й – 5 мл. 3-й – 10 мл, далее 2 раза в неделю по 10 мл медленно.

«Ферковен» - железа сахарат, кобальта глюконат и раствор углеводов, ампула 5 мл содержит 20 мг железа и 0,09 мг кобальта, вводится в/венно, ежедневно 10 – 15 дней, первые два дня по 2 мл, затем по 5 мл.

«Венофер»- ампула 5 мл, вводится в/в на физиологическом растворе по 1 ампуле в сутки.

«Космофер»- ампула 2 мл, вводится в/в на физиологическом растворе по 1 ампуле в сутки.

«Сорбифер» по 1 таб 2 раза в сутки пер ос.

«Гемофер» по 1 таб 2 раза в сутки пер ос.

«Тотема» по 1 ампуле 1 раз в сутки пер ос.

Количество парентерального препарата железа, необходимого на курс лечения, рассчитывается по формуле:

$$Fe^+ (мг) = (Xб \text{ нормальный} - Xб \text{ больного}) \times \text{масса тела (кг)} \times 0,221 + 1000$$

$$\text{Ампулы} = Fe^+ / 100$$

$$\text{Ампулы} = \text{масса (кг)} \times (166,7 - Xб, г/л) \times 0,004$$

Препараты железа системного действия оказывают ряд **побочных эффектов**, которые развиваются у 20% пациенток:

- ✓ раздражение тканей в месте введения
- ✓ боли и инфильтраты в местах инъекции (при в/мышечном введении)
- ✓ боли в области сердца
- ✓ тахикардия
- ✓ аллергические реакции
- ✓ рвота
- ✓ коллапс
- ✓ гемосидероз печени
- ✓ флебиты (при в/венном введении)
- ✓ артралгии
- ✓ миалгии

При применении этих препаратов *обязателен контроль СЖ*. Парентеральное введение препаратов железа противопоказано при гемохроматозе, артериальной гипертензии III и IV степени, коронарной недостаточности, заболеваниях печени.

При ЖДА терапия должна носить патогенетический характер и наряду с восполнением дефицита железа, способствовать коррекции метаболических нарушений, нормализации гемодинамики, а также участвовать в лечении сопутствующих осложнений гестационного процесса. Нарушение одного или нескольких звеньев механизма АОЗ при развитии гипоксии у больных с ЖДА может приводить к дестабилизации мембран клетки и развитию в них реакций свободнорадикального окисления в ответ на введение некоторых лекарств. Это, в свою очередь, может ускорять разрушение эритроцитов и способствовать нарастанию тяжести анемии. В основе воздействия на патогенетические звенья лежит применение антиоксидантного комплекса и антигипоксантов (актовегин, витаминно-минеральный комплекс для беременных «Сана-Сол», аскорбиновая кислота, витамин Е).

Выявлено, что прием препаратов железа беременными с анемией при наличии увеличения количества эритроцитов и гемоглобина в общем анализе крови достоверно приводит к возрастанию числа инфекционных заболеваний, прежде всего урогенитального тракта (повышается риск развития пиелонефрита и кольпитов) .

Малая эффективность при лечении препаратами железа анемии хронического заболевания связана с отложением железосодержащих ферментов в очагах воспаления, кровоизлияний и вокруг них, а также наличия этих пигментов в крови артерий и пуповины, в макрофагах. Некоторые авторы связывают низкую эффективность лечения

анемии беременных препаратами железа с развитием плацентарной недостаточности, которая еще больше усугубляет процессы ПОЛ, а повышенное количество недоокисленного железа негативно влияет на гемопоэз.

В комплексную терапию анемии на фоне обострения пиелонефрита целесообразно включить гипербарическую оксигенацию. Последующее проведение ферротерапии восполняет возможный скрытый дефицит железа. Новым препаратом для лечения анемий в настоящее время является препарат рекомбинантного эритропоэтина.

Ряд авторов придерживается мнения, что рутинное назначение препаратов железа может способствовать повышению вязкости крови и приводит к нарушениям плацентарного кровообращения, увеличению массы плода и возникновению преждевременных родов. Уровень гемоглобина в крови выше нормальных величин (более 144г/л) проявляет себя как признак осложнения беременности, а не как показатель адекватного насыщения организма железом, вследствие того, что препараты железа не могут повышать концентрацию гемоглобина выше оптимальной, необходимой для поддержания доставки кислорода в ткани

Ведение беременных с высоким риском анемии и пиелонефрита на амбулаторном этапе:

Женщинам, планирующим беременность, рекомендуется провести клиническое обследование, которое включает осмотр терапевта, уролога, отоларинголога, стоматолога, обследование на инфекции, передающиеся половым путем, для выявления скрытого очага инфекции в организме.

Необходимым компонентом прегравидарной подготовки женщин с высоким риском развития анемии и пиелонефрита следует считать определение уровня ***ферритина*** в сыворотке крови, как показателя, наиболее адекватно и достаточно полно характеризующего состояние запасного железа в организме человека, иммунной системы и с последующей коррекцией выявленных нарушений, включающей санацию очагов инфекции на фоне антиоксидантной терапии.

При постановке женщины на учет по поводу беременности для *профилактики развития анемии, пиелонефрита беременных* и связанных с ними осложнений на всех уровнях оказания медицинской помощи должны быть проведены следующие мероприятия:

- 1) Тщательный сбор анамнеза и выявление ***групп риска*** по развитию:
 - *Анемии беременных*. Высокий риск развития данной патологии возможен при наличии в анамнезе миомы матки, эндометриоза, дисфункциональных маточных кровотечений, при обильных и длительных менструациях, использовании внутриматочных контрацептивов, при высоком паритете родов, наступлении беременности с перерывом менее 2-х лет и на фоне лактации. Следует учитывать также заболевания желудочно-кишечного тракта, геморрагический диатез и носовые кровотечения.
 - *Пиелонефрита беременных*. Высокий риск развития данной патологии наблюдается при наличии цистита и хронического пиелонефрита в анамнезе, особенно с частыми рецидивами, инфекции почек при предыдущих беременностях, при бессимптомной бактериурии, патологических изменениях в анализах мочи.
- 2) Проведение целенаправленного анализа жалоб и оценка клинической картины для выявления следующих состояний:
 - *сидеропенического синдрома*
 - *обшеанемического синдрома*

3) Выполнение необходимых лабораторных исследований:

- а) общий анализ крови
- б) биохимический анализ крови (*сывороточный ферритин*, билирубин, мочевины, общий белок, АСТ, АЛТ, электролиты)
- с) общий анализ мочи
- д) анализ мочи по Нечипоренко,
- е) посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам по показаниям
- ф) ультразвуковое исследование почек по показаниям

У беременных при развитии *анемии* в сочетании с *пиелонефритом* рекомендуется:

1. Диагностические мероприятия

1.1. На ранних сроках беременности определить уровень сывороточного ферритина и характер течения воспалительного процесса в почках.

1.2. В сроки 26 – 28 недель гестации рекомендуется:

- общий анализ крови с определением уровня гемоглобина;
- биохимический анализ крови (сывороточный ферритин, белок, глюкоза, мочевины, креатинин, билирубин);
- общий анализ мочи;
- анализ мочи по Нечипоренко;
- консультация уролога, терапевта, стоматолога, отоларинголога;
- ультразвуковое исследование почек по показаниям;
- исследование влагалищных мазков для своевременного выявления урогенитальной инфекции.

2. Лечебные мероприятия

2.1. При выявлении *активной* или *латентно текущей инфекции почек и мочевыводящих путей при беременности* назначение препаратов железа не требуется при уровне сывороточного ферритина более 20 мкг/л.

Цель терапии: санация очагов инфекции с использованием ступенчатой антибактериальной терапии, растительных уросептиков (канефрон, толокнянка, брусничный лист), коррекцией гемокоагуляционных, антиоксидантных и иммунных нарушений.

После купирования воспалительного процесса необходимо определить уровень сывороточного ферритина. В случае скрытого дефицита железа (уровень сывороточного ферритина менее 20 мкг/л) требуется проведение ферротерапии в дозе 120 мг по элементарному железу в сутки в течение 5-6 недель.

2.2. При выявлении уровня *гемоглобина менее 110 г/л* у женщин с высоким риском развития пиелонефрита при беременности *нормальные показатели сывороточного ферритина, более 20 мкг/л*, указывают на необходимость более глубокого обследования пациентки с целью выявления латентно текущего воспалительного процесса в организме, с последующим (по показаниям) проведением антибактериальной терапии и применением антиоксидантов (витамин Е по 100-150 мг в день, аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день в течение 10-14 дней, витаминно-минеральный комплекс для беременных и кормящих женщин «Сана-Сол» по 1 таблетке 2 раза в день), которые способствуют более эффективной санации очагов инфекции, за счет связывания продуктов перекисного окисления липидов и повышения антиоксидантного статуса организма.

2.3. Беременные с острым пиелонефритом относятся в группу высокого риска по развитию плацентарной недостаточности и анемии, что требует одновременного комплексного лечения.

Для нормализации нарушенных функций организма и материнско-плодовых взаимоотношений рекомендуется использовать:

1. курантил по 25 мг 3 раза в день в течение 10-14 дней,
2. метаболическую терапию (актовегин по 200 мг в сутки внутрь, при наличии дневного стационара по 5,0 мл на 250 мл 5% раствора глюкозы через день № 5-7 внутривенно с последующим переходом на пероральный прием препарата по 200 мг в сутки в течение 3-4 недель, оротат калия по 0,5 г 3 раза в день, метионин по 0,25 г 3 раза в день внутрь).
3. Для нормализации структуры и функции мембран показано применение хофитола по 2 таблетки 3 раза в сутки перед едой в течение 3-4 недель.

Профилактическое лечение плацентарной недостаточности при пиелонефрите и анемии беременных назначается до 12 недель, до 20-22 недель и в 30-32 недель беременности.

2.4. Уровень гемоглобина менее 110 г/л и сывороточного ферритина менее 20 мкг/л у беременных женщин расцениваем как железодефицитную анемию.

Назначается:

- ферротерапия в дозе 120 мг по элементарному железу в течение 3–4-х недель с последующим переходом на профилактическую дозу 30 – 40 мг в течение 4-х недель
- фолиевая кислота 400 мкг в сутки
- витамин Е 300 мг в сутки
- курантил по 0,025 г 3 раза в день в течение 14 дней
- витаминно-минеральный комплекс для беременных («Сана-Сол» по 1 таблетке 2 раза в день, «Гравитус» по 1 таблетке в день, «Матерна» по 1 таблетке в день)

2.5. У беременных со скрытым дефицитом железа при уровне гемоглобина более 110 г/л и сывороточного ферритина менее 20 мкг/л для профилактики развития анемии назначаются:

- препараты железа в дозе 100 мг по элементарному железу в течение 3 – 4 недель
- фолиевая кислота по 400 мкг в сутки
- витамин Е по 300 мг в сутки
- аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день в течение 14 дней
- витаминно-минеральный комплекс для беременных и кормящих женщин («Сана-Сол», «Матерна», «Гравитус»)

После лечения – контроль уровня сывороточного ферритина и гемоглобина.

2.6. Снижение уровня гемоглобина менее 70 г/л и гематокрита менее 20% расценивают как тяжелую степень анемии, осложняющей беременность. Переливание эритроцитарной массы проводят **только по жизненным показаниям**, при этом учитывается срок беременности, общее состояние и гемодинамические показатели больной (для быстрой ликвидации гипоксии плода и матери накануне родов). Целью гемотрансфузии является не повышение уровня гемоглобина до нормы, а улучшение состояния больной.

Показания для гемотрансфузии:

1. анемия тяжелой степени

2. анемия средней степени при отсутствии эффекта от лечения
3. нарушение гемодинамики (тахикардия, гипотония)
4. сочетание тяжелой и среднетяжелой степени анемии с гестозом
5. кровотечения на фоне анемии

Используют эритроцитарную массу небольших сроков хранения в количестве 150-200 мл. Гемотрансфузию обычно проводят накануне родоразрешения (за 1-2 дня до родов) или во время родов (в 1 периоде при родоразрешении через естественные родовые пути, во время операции кесарева сечения). Для улучшения микроциркуляции параллельно с эритроцитарной массой показано введение реологических инфузионных сред.

Альтернативой гемотрансфузии при тяжелой железодефицитной анемии, резистентности к монотерапии препаратами железа является применение человеческого рекомбинантного эритропоэтина (эритроestim, эпрекс, элрекс) для внутривенного и подкожного введения, разрешенного к клиническому применению у беременных и родильниц.

2.7. Критерии адекватности проводимого лечения:

1. подъем уровня ретикулоцитов на 5–8-й день лечения (данный критерий не может быть использован при изначально повышенном уровне ретикулоцитов на фоне хронической кровопотери)
2. подъем уровня гемоглобина к 3-й недели и нормализация на 5–8 неделе лечения.
3. нормализация уровня сывороточного ферритина (более 20 мкг/л)
4. улучшение общего состояния беременной

2.8. У беременных при выявлении адекватных запасов железа, что отражается в уровне гемоглобина более 110 г/л и сывороточного ферритина более 20 мкг/л, ферропрофилактика не требуется, в связи с тем, что металлы переменной валентности усугубляют процессы перекисного окисления липидов, а повышенное количество недоокисленного железа негативно влияет на гемопоэз.

2.9. Для профилактики осложнений беременности, родов и послеродового периода рекомендуется исследование уровня ферритина в сыворотке крови в сроки 36–37 недель с последующей коррекцией железодефицита при необходимости.

Заключение:

Оценка гематологических показателей у беременных женщин, включающая определение уровня сывороточного ферритина, позволяет дифференцировать железодефицитную анемию и анемию хронического заболевания, что делает возможным индивидуальный подход к терапии и профилактике анемии беременных.

Сочетание экстрагенитальной патологии, такой как анемия и пиелонефрит беременных, требует дифференцированного подхода к терапии и профилактике данных осложнений беременности.

Дифференцированный подход к назначению препаратов железа способствует снижению частоты обострения пиелонефрита беременных в период гестации и в родах, восприимчивости к острым респираторным вирусным инфекциям, а также снижению частоты таких осложнений беременности, как угроза прерывания беременности, ранние гестозы, хроническая внутриутробная гипоксия плода, развитие слабости родовой деятельности в родах, способствует улучшению состояния новорожденных.

Индивидуальный подход при назначении железозаместительной терапии основывается на оценке состояния запасов железа в организме беременной женщины и

приводит к отказу от рутинного назначения ферротерапии всем беременным без учета индивидуальных особенностей.

Своевременное выявление и предупреждение в прегравидарном периоде анемических состояний, более полный охват беременных женщин в группах риска по выявлению данной патологии и эффективное рациональное лечение при сочетании анемии с хроническими очагами инфекции у будущей матери позволит снизить частоту осложнений беременности, родов и перинатальной патологии.

БЕРЕМЕННОСТЬ У ЖЕНЩИН С ОДНОЙ ПОЧКОЙ.

Отсутствие почки может быть следствием врожденной аномалии развития, но чаще почка бывает удалена по поводу какого-либо патологического процесса. Причинами нефрэктомии являются туберкулез почки, гидро- или пионефроз, реже — пиелонефрит, мочекаменная болезнь, опухоль почки и реноваскулярная гипертензия, вызванная эндартериитом почечной артерии.

У большинства женщин через 1 — 1,5 года после нефрэктомии оставшаяся здоровая почка полностью компенсирует функцию утраченного парного органа.

Большинство женщин с одной почкой, врожденной или сохранившейся после нефрэктомии вследствие различных заболеваний, могут иметь беременность и рожать без ущерба для своего здоровья. Однако такие женщины нуждаются в тщательном урологическом и акушерском наблюдении, начиная с ранних сроков беременности, с периодическим обследованием в условиях стационара. Возможность сохранения беременности зависит прежде всего от состояния оставшейся почки. Поэтому необходимо тщательно исследовать функцию (водовыделительную, концентрационную, азот выделительную, клубочковую фильтрацию).

Беременность при одной здоровой почке обычно протекает без осложнений; поздний токсикоз развивается редко.

Беременность противопоказана при наличии аномалии развития, пиелонефрите, гидронефрозе, туберкулеза, мочекаменной болезни единственной почки, при гипертензии, хронической почечной недостаточности.

Роды у пациенток с единственной почкой не представляют особенностей; кесарево сечение, в основном, производится по акушерским показаниям. Исключение составляет эктопическое расположение почки в малом тазу, что часто приводит к неправильному положению плода и может создавать препятствия родам через естественные родовые пути.

Практическое занятие № 8

Резус фактор в акушерстве.

Место проведения занятия, оснаще

- 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, слайдоскоп;
- методы работы в малых группах: метод инцидента, «тёмная лошадка», разрешения проблем, «пчелиный рой», «ручка на середине стола» и др.;
- обучение и контроль практическим навыкам по системе ОСКЭ (объективный структурированный клинический экзамен).
- персональный компьютер (Пентиум-III);
- 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.
- видеодвойка, ТВ:
- учебные компьютерные программы;
- обучающие и тестирующие мультимедиа-системы;
- 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;
- отделение патологии беременности;
- послеродовое отделение и палата;
- детское реанимационное отделение;
- комплект слайдов, кодоскоп;
- муляж НОЕЛЛЕ с тестовым программным обеспечением;

-раздаточный материал, включающий таблицы классификации; гемолитической болезни новорожденного и плода, схемы лечения, перечень профилактических средств и к ним аннотации, показания к оперативному родоразрешению, антитела способные вызвать желтуха новорожденного:

-пошаговые инструкции определения группы крови и резус-фактора; варианты развернутых анализов крови и мочи;

-прототип истории болезни беременной с данной патологией;

ультразвуковые маркеры ГБП;

-схема основных этапов диагностического процесса.

Продолжительность изучения темы

Количество часов- 6

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	Вводное слово Определение и цели Резус фактор в акушерстве. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Основные положения цели Резус фактор в акушерстве. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Определяющие компоненты и составные цели Резус фактор в акушерстве. Гемолитическая болезнь плода

Цель занятия

-сформировать общее представление о резус-факторе крови, предоставить информацию о том, когда и кем был впервые обнаружен резус-фактор;

-ознакомить с иммунологией развития резус иммунизации, резус конфликта и желтуха новорожденного;

- дать представление о путях иммунизации; течении беременности, родов послеродового периода;

- дать представление о желтухе новорожденного, рассмотреть классификацию гемолитической болезни, критерии степени тяжести;

-ознакомить с современными видами антенатальной и постнатальной диагностики желтухе новорожденного;

-изучить тактику ведения беременности, родов, послеродового и послеабортного периодов у иммунизированных женщин;

-изучить тактику ведения беременности и родов у не иммунизированных женщин;

-рассмотреть тактику лечения желтухе новорожденного;

- изучить меры профилактики резус-иммунизации.

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Резус фактор в акушерстве	-учение о группах крови; -обезвреживающую функцию печени;

Разобрать основные методы исследования Дать представление об Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	-вопросы эпидемиологии по данной проблеме; -этиологию изоиммунизации; -этиопатогенез гемолитической болезни плода и новорожденного (ГБП и ГБН); -вопросы антенатальной и постнатальной диагностики; -различные методы лечения плода и новорожденного; -показания к проведению антенатальной и постнатальной профилактики изоиммунизации к Rh-фактору.
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Студент должен уметь:

Собрать анамнез, произвести осмотр беременной, оценить данные исследований (УЗИ, кардиомониторинг, цифры билирубина, Нб и Хт новорожденного), определять группу крови и резус-принадлежность, поставить диагноз, выбрать оптимальный срок и метод родоразрешения при различной выраженности ГБП, время амниоцентеза по данным титра антител в крови у матери и /или по данным анамнеза, определить необходимый объем вводимого анти Д-Rh-глобулина в зависимости от сроков прерывания беременности, знать тактику ведения беременной в условиях семейной поликлиники и стационаре, назначить лечение.

Мотивация

Тактика ведения беременности, родов, послеродового и послеабортного периода у резус-отрицательных женщин на сегодняшний день продолжают оставаться весьма актуальной проблемой. Актуальность трактуется массой осложнений, таких как самопроизвольные выкидыши, неразвивающаяся беременность, тяжелые токсикозы, кровотечения во второй половине беременности и в родах, гемолитическая болезнь плода и новорожденного. Своевременная диагностика и профилактика является одним из первоочередных этапов помощи, которая возложена на врача первого звена.

Межпредметные и внутрипредметные связи

Ранняя диагностика, своевременная профилактика изоиммунизации, коррекция данного состояния является приоритетным направлением врачебной помощи, не только акушерского направления, но и ряда смежных специальностей, таких как патофизиология, гематология, терапия, неонатология и др. Важность изучения данной патологии в расширенном масштабе, совместно со смежными специальностями объясняется вовлечением в патологический процесс таких жизненно важных органов беременной, как печень, почки, а также даже благополучный исход беременности требует дальнейшей профилактики изоиммунизации. Так, например, после родов у беременной определяют

наличие и титр антител в крови. Учитывая актуальность проблемы, возникает необходимость обучения студентов этиопатогенетическим основам данной патологии, классификации, методам антенатальной и постнатальной диагностики, навыкам определения группы крови и резус принадлежности беременной, обучить основным принципам интенсивной терапии ГБН. При подготовке к занятию студент должен будет знать группы крови, биохимические показатели крови, физиологию и патофизиологические изменения функций печени, уметь определять группу крови и резус фактор, физиологию периода новорожденности.

Преподавание данной темы базируется на знании студентами основ анатомии, гистологии, нормальной и патологической физиологии, эндокринологии. Полученные в ходе занятия знания будут использованы при прохождении ими гематологии, терапии, хирургии, патологического акушерства, гинекологии, педиатрии.

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	Вступительное слово о Резус фактор в акушерстве. Гемолитическая болезнь плода и новорожденного Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 1. Определение резус фактора 2. Группа крови 3. Роль определения резус фактора в акушерстве. 4. Виды ГБН.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии. Даёт вопросы для самостоятельного изучения	Уточняет неясные вопросы.

	студентами по данной теме и теме следующего занятия	Записывает задание для следующих занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на	Информация, вопросы для самостоятельной	10

	следующее занятие (комплект вопросов)	подготовки.	

Контрольные вопросы

- 1.Связь между 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.
- 8.Что можно сказать о группе крови человека, если агглютинация произошла во всех четырех стандартных сыворотках (по системе АВ0).
- 9.На чем основана проба Кумбса?
- 10.Почему иммуноглобулин класса Г может проникать через плаценту?
- 11.Какова цель внутриутробной гемотрансфузии плоду?
- 12.Кому, когда, как и с какой целью вводят анти Д Рх₀ иммуноглобулин?
- 13.Какую дозу анти Д Рх₀ иммуноглобулина следует применить при попадании в кровоток матери 20 мл крови плода?
- 14.Является ли постнатальная профилактика 100% эффективной? Если нет, то почему?
- 15.С какого срока беременности при аборте необходимо проводить Рх-профилактику?
- 16.При каком способе искусственного прерывания беременности больше вероятность иммунизации (при кюретаже или вакуумэксхолеации)?
- 17.Объясните термин "ядерная желтуха".
- 18.Кровь какой группы можно применять для внутриутробной трансфузии плоду при Рх-конфликте?
- 19.На чем основан эффект фототерапии?
- 20.Смысл применения фенobarбитала или зиксорина при ГБН?

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 окажется 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.

РЕЗУС-ФАКТОР (Рх-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 (Рх+). Кровь остальных людей не содержит Р. – Ф. и называется резус – отрицательной (Рх-). 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 1990 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 (Рх+) или резус – отрицательной (Рх-) 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 кровотоки 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 кровотоки 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 аборт, выкидыш 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. Иммуны антирезус – антитела появляются в организме в ответ на попадание резус - антигена либо после переливания резус – несовместимой крови, либо после родоразрешения резус – положительным плодом. Наличие в крови резус – отрицательных лиц антирезус – антител является показателем сенсibilизации организма к резус фактору.

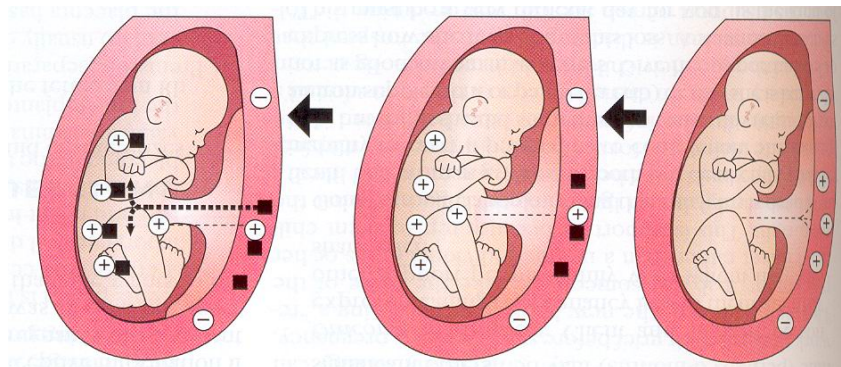
Резус - фактор обладает выраженными антигенными свойствами. Одно переливание резус- положительной крови резус – отрицательному реципиенту стимулирует образование антител в 50% случаев.

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

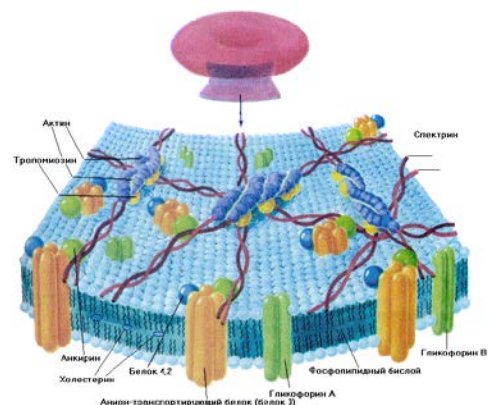
развивается иммунизация, частота которой зависит от величины трансплацентарного кровотечения.

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 ABO, 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.



СТРУКТУРА МЕМБРАНЫ ЭРИТРОЦИТОВ

Появление и усиление желтухи при гемолитической болезни связано с увеличением в крови новорожденного содержания непрямого билирубина. При ограниченной возможности печени в отношении перевода непрямого билирубина в прямой, переработка продуктов распада эритроцитов оказывается для нее большой нагрузкой. В связи с этим наблюдается быстрое накопление непрямого билирубина. Последний обладает токсическими свойствами и не выводится почками. (Таболин В.А., 1964; Талафант 1956). Токсичность его проявляется в нарушении тканевого метаболизма за счет выключения дыхательных ферментов и процессов фосфорилирования (Василевская Н.Л., 1963, Дай 1956 и др.) . в результате «перегрузки» печени железом, билирубиновыми пигментами и развивающегося фиброза (Давид эт а., 1966) нарушается ее функция, особенно синтез белков, что ведет к гипопроотеинемии, гипоальбуминемии, к гипертензии в портальной и пуповинной венах, к усилению проницаемости сосудов. Возникающая сердечная недостаточность и увеличенная печень приводят к застою в большом круге кровообращения, к выпотеванию жидкости в ткани и полости – развивается анасарка.

В этой схеме патогенеза гемолитической болезни имеются неясные положения, объяснить которые до настоящего времени не представляется возможным. В частности, неясно, каким образом у плода развивается гемолитический процесс, так как «неполные» антитела, «ответственные» за развитие гемолитической болезни, не являются гемолизинами. Скрэйпулес и Wawрык (1973) попытались ответить на этот вопрос, предложив теорию этиологии и патогенеза гемолитической болезни, которая состоит в следующем. Материнский анти – Д антитела, проходя через плаценту, реагируют с ее антигеном–Д, в результате чего образуются комплексы «антиген + антитело (Д^к)». К ним вырабатываются анти - Д^к антитела, являющиеся иммуноглобулинами типа гемолизинов. Проникая через плаценту, анти - Д^к антитела вызывают гемолиз эритроцитов плода. Однако это теория еще нуждается в экспериментальной и клинической проверке.

До настоящего времени отсутствуют убедительные данные о причине многообразия клинических форм гемолитической болезни. Возможно, что оно зависит от компетентности защитных механизмов, способствующих сохранению беременности, индивидуальных в каждом конкретном случае. Этот процесс может быть представлен в следующем виде. На пути проникновения антител к плоду находится плацента, антитела вступают в реакцию взаимодействия с ее резус - антигеном, который имеется в достаточном количестве (Волкова Л.С., 1970, Поззи и Марзетти, 1962). Происходит связывание антител, этот процесс продолжается до тех пор, пока по закону действия масс не наступит равновесие, после чего избыток антител проникает к плоду и, возможно, в околоплодные воды (Волкова Л.С., 1970, Прокор эт ал., 1969). В околоплодных водах происходит связывание антител. В том случае, если плод является активным «выделителем» антигена, большое количество антител связывается в околоплодных водах и они в меньшем количестве поступают в кровоток плода. На этот процесс оказывает влияние реактивность материнского организма, его способность вырабатывать антитела большей или меньшей связывающей способности, степень проницаемости плаценты, срок беременности, при котором начали действовать антитела, генетические факторы.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ.

Классификация и клиническая характеристика основных форм гемолитической болезни. Согласно наиболее применяемой классификации выделяются три основные формы гемолитической болезни:

- 1) гемолитическая анемия без желтухи и водянки;
- 2) гемолитическая анемия с желтухой;
- 3) гемолитическая анемия с желтухой в водянкой.

Критерии степени тяжести гемолитической болезни

Основные клинические признаки	Степень тяжести гемолитической болезни		
	I	II	III
Анемия (содержание гемоглобина в крови пуповины, г/л)	150 (15 г %)	149-100 (15,1-10,0 г %)	100 (10 г %)
Желтуха (содержание билирубина в крови пуповины, мкмоль/л)	85,5 (50, мг %)	85,6-136,8 (5,1-8,0 мг %)	136,9 (8,1 мг %)
Отечный синдром	Пастозность подкожной клетчатки	Пастозность и асцит	Универсальный отек

Тяжесть гемолитической болезни определяется и степенью недоношенности ребенка, так как прогноз для его жизни в данной ситуации значительно ухудшается. Выделяется 3 степени недоношенности. У ребенка, родившегося на сроке 37-38 нед беременности, имеет место I степень недоношенности, при родоразрешении на сроке 35-36 – II степень, при родах на сроке 33-34 нед раньше – III степень.

Деление по степени тяжести отдельных симптомов гемолитической болезни в момент рождения ребенка в значительной степени условно, так как существует множество трудно - учитываемых признаков, определяющих тяжесть заболевания и исход гемолитической болезни для плода. Это – реактивность организма ребенка, функциональная зрелость печени и гемопоэтической функции.

В значительной мере исход гемолитической болезни для ребенка зависит от правильности ведения родов, от преемственности между акушером и педиатром, от выбора методов лечения, от ухода за новорожденным. Тем не менее, предложенная схема позволяет сопоставлять результаты антенатального обследования плодов, выделяя их в примерно однородные группы.

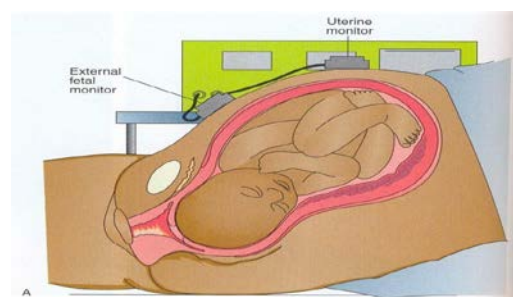
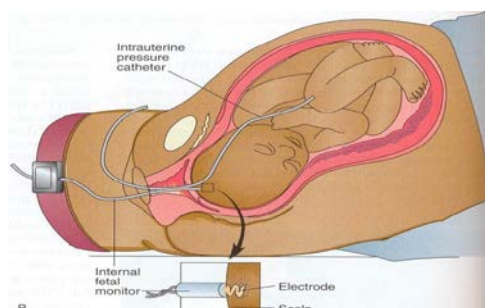
ДИАГНОСТИКА В АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД.

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 IgG и повышение уровней IgM и IgA. Некоторые исследователи рекомендуют для диагностики иммуноконфликта по системе Rh 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.

Предпочтение следует отдавать первому способу. Трансабдоминальный амниоцентез производят после определения с помощью УЗИ локализации плаценты, от которой зависит место пункции. Длину иглы выбирают в зависимости от толщины передней брюшной стенки. Иглу вводят через кожу после предварительной местной анестезии 0,025% раствором новокаина. При прохождении иглы в амнион появляется амниотическая жидкость; 10-15 мл её отсасывают шприцем после чего иглу удаляют. После амниоцентеза возможны осложнения: излитие околоплодных вод, кровотечение, развитие хориоамнионита. Амниоцентез может иногда индуцировать развитие родовой деятельности.



ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ В АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД.

В связи с этим операцию следует выполнять строго по показаниям при сроке беременности не менее 33-34 нед. И. Г. Мясникова (1981), В. М. Сидельникова (1989) рекомендует применять динамическое исследование оптической плотности билирубина в околоплодных водах на спектрофотометре с учётом общего вида кривой, выводимой на графике. Это даёт возможность диагностировать гемолитическую болезнь у плода установить степень её тяжести. Авторам удалось в 93, 3 % случаев поставить диагноз гемолитической болезни в антенатальный период. При величине оптической плотности билирубина ниже 0,15 отн. ед. на волне 450 нм спектрофотометрическую кривую рассматривают как «нормальную», свидетельствующую об отсутствии у плода гемолитической болезни. При показателе плотности билирубина в пределах 0,16 – 0,22 отн. ед. предполагается наличие у плода гемолитической болезни лёгкой степени; 0,23 – 0,34 отн. ед. – средней степени тяжести; 0,35 – 0,7 отн. ед. – тяжелой формы. Показатель оптической плотности билирубина выше 0,7 отн. ед. может свидетельствовать о развитии у плода универсального отёка или его внутриутробной гибели от гемолитической болезни. Повторный амниоцентез позволяет вести динамическое наблюдение за состоянием плода и решать вопрос о пролонгировании беременности или досрочном её прерывании.

АЛЛОПЛАСТИКА.

При выраженной резус – сенсibilизации наряду с медикаментозным лечением беременным производится аллопластика кожи мужа. В первом триместре беременности аллотрансплантация кожи проводится по следующим показаниям:

1. Высокий титр неполных антирезус – антител /1:8 и выше/;
 2. Наличие антирезус - антител в низком титре /1:2-1-4/ - а) у женщин перенесших трансфузии резус – несовместимой крови.
б) имеющих отягощенный акушерский анамнез / невынашивание, мертворождение, тяжелая форма гемолитической болезни у новорожденного;
- в) при интервале между беременностями менее двух лет и осложнениями в анамнезе характерными для иммунопатологии.

Во втором и третьем триместре беременности, кроме вышеуказанных показаний, должно учитываться динамическое нарастание титра антител до 1:16 и выше, а также «скачущий» титр.

Пересадку кожного лоскута отцовского аллотипа изосенсибилизированным женщинам с крайне отягощенным акушерским анамнезом следует начинать с 8 – 12 недель беременности и повторять 2 –3 раза, с интервалами в 4-6 недель.



ТЕХНИКА ОПЕРАЦИИ АЛЛОПЛАСТИКИ КОЖИ.

Операция производится по методике, предложенной /1962/, следующим образом; в левой подмышечной области, на уровне V-VI ребра, в строго асептических условиях под местной анестезией с применением 0,5 % раствора новокаина удаляются одно временно лоскуты кожи размером 2х2 см. у супругов, толщиной в 3 мм.

Лоскут, взятый у мужа переносится на соответствующую область кожи жены и фиксируется при помощи шелковых швов. Рана у мужа ушивается шелковыми лигатурами, швы снимаются на 7-8 сутки. 7-15 сутки после операции у половины беременных отмечается снижение титра антирезус – антител. Титр антител может оставаться стабильным, нарастать или быть «скачущим»/ снижение с последующим повышением /, что является прогностически менее благоприятным.

Механизм положительного воздействия на течение и исход беременности аллотрансплантата кожи мужа до настоящего времени остаётся недостаточно ясным.

Срок функционирования кожного лоскута может колебаться от 3 до 8 недель. Отторжение аллотрансплантата происходит в виде сухой корочки.

В 1973 году на ВИИ Международном конгрессе акушеров – гинекологов отечественными и зарубежными авторами было доложено об эффективности применения анти – «Д» резусглобулина / Персианинов, Алескеров, и др. биологическое действие иммуноглобулинов заключается в том, что содержащиеся в них антирезус – антигеном плода. В результате реакции антиген – антитело резус – положительные эритроциты плода разрушаются и не могут вызвать иммунизацию матери и связанную с ней продукцию иммунных тел.

Антирезус – иммуноглобулин вводится всем резус – отрицательным первородящим и многорожавшим без наличия антител, когда имеется опасность резус – сенсibilизации: резус – положительная кровь у ребёнка, совместимая с кровью матери по антигенам АВО, наличие в крови матери фетальных эритроцитов.

Иммуноглобулин вводится в ближайшие 2-3 суток после родов. Доза 200 мкг считается достаточной для предупреждения сенсibilизации. Фетальные эритроциты из крови матери исчезают не позднее 2-3 дня после её введения. Иммуноглобулин сенсibilизированным женщинам применять нельзя. Рекомендуется применение антирезус – глобулина и у беременных без изоиммунизации, а также после прерывания беременности при сроке более 7 недель. Препарат не оказывает отрицательного влияния на организм матери и плода. По данным большинства авторов эффективность метода. – 100%.

ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОЛИТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НОВОРОЖДЕННЫХ.

Профилактика и своевременное успешное лечение гемолитической болезни плода в антенатальный период до настоящего времени являются сложной задачей. Разработано достаточно много методов, направленных на ограждение плода от патогенного влияния материнских антител и устранение последствий этого влияния, однако ни один из них не является достаточно эффективным. В этих целях используют иммунобиологические, медикаментозные и другие методы.

Для неспецифической десенсибилизирующей терапии беременных применяют внутривенное введение 20 мл 40% раствора глюкозы с 300 мг аскорбиновой кислоты, 2 мл 1% раствора сигетина, 100 мг кокарбоксилазы гидрохлорида; метионина – по 0,5 г 3 раза в сутки для улучшения функции печени; рутин – по 0,02 г 3 раза в сутки для снижения проницаемости сосудов; оксигенотерапию; антианемическое лечение; диазолин. В целях улучшения микроциркуляции назначают ксантинола никотина (теоникол) по 0,15 г 3 раза в сутки.

В.И. Калиничева и соавторы (1981) включали в комплекс вышеуказанных препаратов фенобарбитал по 150 мг в сутки (в 2 приема) за 1-2 нед. до родов. Авторы отмечали снижение частоты гемолитической болезни новорождённых.

Предполагают, что фенобарбитал способствует пренатальной индукции печёночных ферментов. В этих же целях может быть применён зиксорин – по 100 мг 2 раза в сутки (на курс лечения 1000 мг).

Для иммунодепрессии при особо тяжёлых проявлениях изосенсибилизации применяют преднизолон по 0,005 г ежедневно, начиная с 28 нед. беременности, который подавляет синтез антител и аллергические реакции, снижает проницаемость сосудов.

А.М. Созанский (1984) сообщает об успешном применении следующего комплекса: контрикал и альбумин (связываются с непрямым билирубином плода, переводя его в жирорастворимый комплекс); аминокaproновая кислота (влияет на комплекс антиген – антитело, предупреждает образование кинингормонов), гемодез (способствует дезинтоксикации организмов матери и плода); кальция хлорид (укрепляет плацентарный барьер, способствуя проникновению через плаценту гемолизина). Автор считает целесообразным применение витаминов, поскольку они могут увеличить титр гемолизина.

До последних лет ведущим методом лечения гемолитической болезни новорожденного является метод заменного переливания крови, который способствует выведению гемолизированных эритроцитов и билирубина из организма новорожденного. Показанием к первому заменному переливанию крови является уровень билирубина более 68,42 мкмоль/л (4 мг%), наличие резус – положительного типа крови у ребёнка, низкий уровень гемоглобина (менее 150 г/л) и гематокритного числа (0,4 и менее). При этом необходим контроль почасового прироста уровня билирубина. Прирост за 1 час, превышающий 6,8 мкмоль/л (0,4 мг%), указывает на усиленный гемолиз и понижение дезинтоксикационной функции печени и является одним из показаний к заменному переливанию крови у доношенного новорожденного.

У недоношенных и незрелых новорождённого показанием к заменному переливанию крови является содержание непрямого билирубина в пуповинной крови, равное 59,9 мкмоль/л (3,5 мг%) и более, и почасовой прирост билирубина, равный 5,1 мкмоль/л (0,3 мг%) более.

Показаниями к повторному заменному переливанию крови в 1-2-е сутки жизни доношенного новорождённого является почасовой прирост билирубина, равный 6,8 мкмоль/л (0,4 мг%) более, и величина этого показателя после первого заменного переливания крови у недоношенного – 5,1 мкмоль/л (0,3 мг%) и более.

На 3-е, 4-е, 5-е сутки жизни заменное переливание крови производят при повышении абсолютного уровня непрямого билирубина до 300,7 мкмоль/л (18 мг%) у доношенного и до 273,6 (16 мг%) у недоношенного новорожденного.

Независимо от уровня билирубина появление признаков билирубиновой интоксикации (нарастающая вялость, снижение рефлексов, приступ апноэ) является показанием к заменному переливанию крови.

Заменное переливание крови следует производить как можно скорее после рождения ребёнка и в достаточном количестве (примерно 150-200 мл донорской крови на 1 кг веса ребенка).

Для операции заменного переливания лучше использовать резус – отрицательную кровь той же группы, что и кровь ребенка. В случае легкой формы гемолитической болезни при удовлетворительном состоянии доношенного ребенка и при низком титре антител у матери можно использовать резус – положительную одногруппную кровь, при этом необходимо увеличить объем заменяемой крови до 200 – 250 мл на 1 кг веса ребенка.

Противопоказано переливать резус – положительную кровь травмированным и недоношенным детям а так новорожденным с тяжелой формой гемолитической болезни, особенно при высоком титре антител у матери.

Непосредственно перед операцией кровь необходимо подогреть на водяной бане до 37 °С. Для заменного переливания используют свежеситратную кровь не более чем 3-дневной давности. Заменное переливание должно производиться медленно со скоростью 100-150 мл крови на 1 кг веса ребенка в час. При быстром введении и выведении крови может наступить перегрузка правого сердца с явлениями острой сердечной недостаточности. Для облегчения работы сердца следует выводить на 40-50 мл крови больше, чем вводить. Для профилактики развития у ребенка острой сердечной недостаточности целесообразны введение 0,2 мл 0,06 % раствора корглюкона внутримышечно и постоянная ингаляция кислорода во время операции.

В комплекс лечебных мероприятий обязательно включают терапию, направленную на снижение интоксикации, обусловленной прямым билирубином (инфузионная терапия: 10% раствор глюкозы, 10 -20% раствор альбумина, плазма крови).

При отёчной форме гемолитической болезни новорожденного проводят дегидратационную терапию 15% раствор магнита по 10 мл/кг, фуросемид по 0,1 мг/кг. После заменного переливания крови проводят антибактериальную терапию в течение 5-7 дней с применением антибиотиков широкого спектра действия. Для повышения дезинтоксикационной функции печени назначают метионина, витамины группы В. В качестве антиоксидантом терапии вводят по 0,0 мл 30% раствора токоферола ацетата (витамина Е) внутримышечно. Для улучшения билирубинсвязывающей функции печени назначают фенobarбитал или зиксорин по 10 мг 3 раза в сутки. Гемосорбция также уменьшает концентрацию билирубина в крови.

Большое значение при лечении гемолитической болезни имеет правильное кормление ребёнка. Материнское молоко содержит резус – антитела, которые могут всасываться из пищеварительного тракта ребёнка.

Обычно резус – антитела в молоке ослабевают и исчезают в течение 2-3 недель. Переводит ребёнка на грудной молоко можно только после исчезновения резус – антител в молоке и не ранее чем на 10-15 день. Иногда даже при высоком титре антител в крови, в молоке можно их обнаружить, так как молоко способно задерживать агглютинацию эритроцитов изоммунными сыворотками. Кормит молоко матери надо начинать постепенно, вначале 2 раза в сутки, затем через кормление и каждой кормление.

После выписки из родильного дома ребёнок, перенесший гемолитическую болезнь, должен находиться под постоянным наблюдением педиатра и невропатолога. Детям, перенесшим гемолитическую болезнь, изменяются сроки прививок. На первом году жизни они получают только прививки БЦЖ и противополиомиелитную вакцину.

Дети, перенесшие гемолитическую болезнь, могут иметь отклонения в развитии, более подвержены различным заболеваниям первый год в жизни, часто болеют простудными заболеваниями. Наиболее часто эти отклонения наблюдаются у детей, родившихся от не леченных резус иммунизированных матерей.

Родоразрешение женщин с резус – сенсibilизацией должно проводиться в перинатальных центрах, где есть возможность проведение диагностических процедур лечение плода и новорожденного не только связи гемолитической болезнью, но и в связи с возможной незрелостью.

Практическое занятие № 9

Невынашивание и перинашивание беременности.

Место проведения занятия,оснащение

- 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 компьютерные программы;
- обучающие и тестирующие мультимедиа-системы;
- использование электронной почты и ИНТЕРНЕТ;
- деловые игры и ситуационные задачи;
- центр по обучению практическим навыкам;
- отделения и лаборатории родильного комплекса;
- сантиметровая лента, стетоскоп;
- родильный зал
 - комплект тестовых заданий.
- отделение патологии беременности,
- послеродовое отделение и палата,
- детское реанимационное отделение, родильный зал
- комплект тестовых заданий.
- комплект слайдов, кодоскоп.
- родильный зал
 - инструменты используемые при родоразрешении
- схема основных этапов диагностического процесса
- пошаговые инструкции выполнения клинических навыков, реанимации новорожденных;.

Технологический модель учебного занятия:

Время – 5 часов	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	Вводное слово Определение и цели <i>Невынашивание и перинашивание беременности, индукция родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек.</i> Основные положения цели <i>Невынашивание и перинашивание беременности, индукция родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек.</i> Определяющие компоненты и составные цели <i>Невынашивание и перинашивание беременности, индукция родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек.</i>

Цель занятия

- дать определение перенашиванию;
- обучить студентов принципам диагностики;
- обучить тактики ведения беременных с перенашиванием беременности;
- дать понятие о индукции родов;

- дать определение невынашиванию;
- дать понятие преждевременной разрыве плодного пузыря;
- обучить тактики ведения беременных с невынашиванием беременности;
- четко определить понятие аборт и преждевременные роды;
- обучить студентов профилактике их осложнений.

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Невынашивание и перинашивание беременности, индукция родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек. Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях в составных частях гинекологии Перечислить и дать краткую характеристику Невынашивание и перинашивание беременности, индукция родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек.	-диагностику переносной беременности, -дифференциальный диагноз между переносной беременностью и пролонгированной беременностью, -тактику ведения беременности и родов, - осложнения во время беременности и родов со стороны матери и плода, - признаки перезрелости плода и новорожденного. -причины невынашивания, диагностику и лечение и методы родоразрешения при недонашивании беременности, - признаки недоношенности, осложнения со стороны матери и плода, - профилактику при обоих этих патологиях
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Студент должен уметь :

Определить срок родов, составить план подготовки к родам, интерпретировать данные УЗИ и кольпоцитогамм при недоношенной и переносной беременности, стадии преждевременных родов, методы и сроки родоразрешения .

Мотивация

Переносная беременность,а также недонашивание беременности являются проблемой, представляющей большой научный и практический интерес в акушерстве. Актуальность ее объясняется большим числом осложнений в родах, высокой перинатальной смертностью.

Межпредметные и внутрипредметные 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, хирургии, патологической акушерства, гинекологии,

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	Вступительное слово о <i>Невынашивание и перинашивание беременности, индукция родов. Преждевременный разрыв плодных оболочек.</i> Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы : 1. Назовите фоновые заболевания шейки и матки. 2. Этиология и патогенез фоновых заболеваний шейки и матки. 3. Диагностика фоновых заболеваний шейки и матки. 4. Диф. диагностика фоновых заболеваний шейки и матки. 5. Лечение фоновых заболеваний шейки и матки. 6. Назовите фоновые заболевания шейки и матки. 7. Этиология и патогенез раковых заболеваний шейки и матки. 8. Диагностика раковых заболеваний шейки и матки. 9. Диф. диагностика раковых заболеваний шейки и матки. 10. Лечение и прогноз раковых заболеваний шейки и матки.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих

		занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

Контрольные вопросы

1.Что такое истинно переносимая беременность?

2. Что такое пролонгированная беременность?
3. Признаки перезрелости плода
4. Ведение беременности и родов при перенесенной беременности
5. Что такое индукция родов?
6. Показания и противопоказания к индукции родов?
5. Дать определение невынашивания беременности.
7. Причины невынашивания беременности.
8. Что такое привычное невынашивание беременности?
9. Дать классификацию недонашивания беременности по срокам и клинике.
10. Лечение угрожающих преждевременных родов.
- 11.. Ведение начавшихся преждевременных родов.
12. Профилактика дистресс-синдрома у плода.
13. Патогенез недонашивания беременности.
14. Острый и хронический токолиз.
15. Схема применения токолитиков

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 окажется 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.

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 (двурукая 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 истмикоцервикальная 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 последние годы -большое внимание уделяется иммунологическим нарушениям в системе мать - плацента - плод. В ряде случаев наблюдается снижение иммунодепрессивных факторов плаценты, что способствует отторжению фетоплацентарного комплекса и прерыванию беременности.

Важную роль в этиологии спонтанного аборта в ранние сроки беременности играют хромосомные нарушения, приводящие к гибели эмбриона. Так, до 6 нед беременности частота хромосомных нарушений составляет 70%, в 6—10 нед — 45% и до 20 нед — 20%. При цитогенетическом исследовании выявляют различные варианты хромосомных aberrаций (трисомия, моносомия, транслокация и др.). Большинство хромосомных нарушений наследственно не обусловлены и возникают в гаметогенезе родителей или на ранних стадиях деления зиготы.

Важная роль в прерывании беременности ранних сроков принадлежит эндокринным нарушениям (гиперандрогения надпочечникового и яичникового генеза, нарушение функции щитовидной и поджелудочной, железы) и различным острым и хроническим инфекциям.

Неблагоприятное воздействие на эмбрион и плод на различных этапах развития оказывают так называемые средовые факторы: механические, физические, биологические, химические. В результате их повреждающего действия происходит гибель зародыша или возникают аномалии его развития, приводящие к самопроизвольному прерыванию беременности.

Следует отметить, что до настоящего времени частота невыясненных причин преждевременного прерывания беременности остается высокой (12-41,2%).

Обследование женщин с невынашиванием и лечение их необходимо проводить еще до наступления беременности. Врач должен подробно изучить наследственный анамнез, условия труда, выявить наличие профессиональных вредностей и неблагоприятных социальных факторов. Серьезное внимание следует уделить перенесенным заболеваниям в детском и пубертатном возрасте, хроническим инфекциям, экстрагенитальной патологии. Необходимо выяснить состояние здоровья мужа, профессиональные вредности, вредные привычки, перенесенные заболевания.

При обследовании тщательно изучают особенности менструальной функции (менархе, особенно становление менструальной функции, длительность цикла, количество дней менструации и теряемой крови, болезненность менструаций). Необходимо обратить внимание на характер менструальной функции после родов, абортов и перенесенных гинекологических заболеваний и различных оперативных вмешательств на половых органах.

При изучении генеративной функции выясняют особенности течения предыдущих беременностей и их исход. При наличии в анамнезе прерывания беременности важно уточнить срок, при котором оно произошло, характер лечения. Важным является уточнение времени наступления беременности после начала половой жизни, длительности первичного бесплодия до наступления первой беременности, характера обследования и лечения. Следует отметить, что большие интервалы в наступлении беременности между выкидышами после искусственного аборта свидетельствуют о возникновении нейрогормональных нарушений.

При привычном выкидыше необходимо уточнить сроки прерывания предыдущих беременностей, которые могут оказаться «критическими» при последующих беременностях. При сборе анамнеза следует выяснить, как протекали предыдущие роды, на каком сроке они произошли, с какой массой родился ребенок, не было ли признаков недоношенности и гипотрофии.

Обследование женщин необходимо начинать с общего осмотра — роста, массы тела, правильности телосложения и развития вторичных половых признаков, при этом отмечают выраженность и характер оволосения, ожирения. Для правильной антропологической оценки необходимо использовать морфограмму здоровой женщины для выяснения типа телосложения (среди женщин с невынашиванием беременности чаще встречается инфантильный тип). Тип телосложения позволяет уточнить обменные и гормональные нарушения. При установлении непропорционального типа телосложения женщин следует отнести к группе риска по невынашиванию беременности и провести им гормональное обследование.

При гинекологическом обследовании особое внимание обращают на строение наружных половых органов, соотношение длины тела и шейки матки, выявление признаков генитального инфантилизма, аномалий развития и др.

Специальное обследование женщин с невынашиванием беременности необходимо проводить в определенной последовательности.

Применяемая с этой целью гистеросальпингография позволяет исключить или выявить наличие врожденных аномалий развития матки, генитальный инфантилизм, сращения (синехии) в полости матки, состояние истмико-цервикального отдела, наличие миомы матки, внутреннего эндо-метриоза, патологии эндометрия.

Лапароскопия позволяет выяснить состояние матки, яичников, маточных труб, наличие спаечного процесса в малом тазу, исключить или выявить опухоли матки и придатков, произвести малые хирургические вмешательства. С помощью гистероскопии может быть осмотрена полость матки при подозрении на патологические изменения эндометрия, наличие подслизистой миомы матки, внутреннего эндометриоза тела, перегородки матки и другой патологии.

Для снижения тонуса и сократительной способности матки применяют спазмолитические средства, к которым относятся папаверина гидрохлорид, но-шпа, сернокислый магний и др. Папаверина гидрохлорид назначают в виде ректальных свечей, содержащих 0,02 г препарата, 2—3 раза в сутки, в таблетках по 0,02 г 2—3 раза в сутки или инъекциях 2 % раствора по 1—2 мл под кожу. Но-шпу назначают по 0,04 г 2—3 раза в сутки, в инъекциях по 2—4 мл 2 % раствора внутримышечно 2—3 раза в сутки. При использовании сернокислого магния применяют 25 % раствор по 5—10 мл внутримышечно 1—2 раза в сутки. Тропацин назначают по 0,02 г 1—2 раза в сутки после еды не более 5—7 дней.

В настоящее время в комплексное лечение привычного выкидыша включаются иммунодепрессивная терапия, направленная на снижение иммунных реакций организма во время осложненной беременности. Используют также десенсибилизирующую терапию (в течение 7—10 дней вводят димедрол по 0,05 г/сут 1—2 раза, супрастин по 0,025 г/сут 1—2 раза, дипразин или пипольфен по 0,025 г/сут 2 раза), плацентарный гамма-глобулин. Как естественный иммунодепрессивный препарат применяют содержащий в высокой концентрации иммуносупрессивные субстанции. Препарат вводят однократно в дозе 5—6 мл внутримышечно. Наряду с ним в течение 8—10 дней назначают предни-золон по 0,005 г/сут 2 раза или дексаметазон по 0,0005 г/сут 1—2 раза. Лечение следует проводить под контролем экскреции 17-КС.

Ведущее место в комплексном лечении угрожающего выкидыша в ранние сроки беременности занимает гормональная терапия. Ее основными принципами являются: 1) строгое обоснование необходимости применения гормонального лечения и методов контроля эффективности терапии; 2) гормональные препараты назначают в минимальных дозах и в основном в течение первых 14—16 нед беременности; 3) комплексное применение половых стероидных гормонов (эстрогены назначают с 5-й недели беременности, гестагены применяют не ранее 8-й недели беременности или в сочетании с эстрогенами).

При сниженном уровне гормонов рекомендуется применять эстрогены — микрофоллин по 0,0005 г/сут или этинилэстрадиол по 0,0001 г/сут по 1/г—1/А таблетки с 5-й недели беременности; гестагенные препараты — прогестерон 0,010 г/сут внутримышечно или туринал по 1—2 таблетки в сутки с 7—8-й недели беременности. При снижении уровня хорионического гонадотропина назначают инъекции ХГ по 750 ЕД 2 раза в неделю до 9—10-й недели беременности. При пике хорионического гонадотропина на 8—9-й неделе беременности гормональное лечение обычно не проводят.

У женщин с привычным невынашиванием беременности и отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом необходимо проводить гормональное лечение половыми стероидными гормонами в первые 14—16 нед беременности.

При гиперандрогении прерывание беременности обусловлено анти-эстрогенным действием андрогенов. Лечение кортикостероидами основано на подавлении секреции АКТГ, что приводит к снижению биосинтеза андрогенов в надпочечниках. Лечение

глюкокортикоидами начинают при стойком повышенном содержании 17-КС. Назначают дексаметазон по 0,0005 г/сут с постепенным снижением дозы до нормализации показателей 17-КС. Гормональное лечение следует прекратить в 32—33 нед беременности с тем, чтобы не подавить функцию надпочечников плода.

В связи с нормальным или несколько повышенным содержанием прогестерона в крови у женщин с гиперандрогенией проводить лечение гестагенами нецелесообразно. При гиперандрогении в сочетании с гипофункцией яичников и выраженным снижением уровня эстрогенов необходимо провести комбинированное лечение кортикостероидами (дексаметазон, преднизолон) и эстрогенами (микрофоллин) в малых дозах, начиная с 5—6-й недели беременности под контролем секреции андрогенов и эстрогенов.

Во III и IV триместре беременности для лечения невынашивания беременности применяют аллилэстренол (туринал) — синтетический прогестерон, относящийся к классу норстероидов. Препарат нормализует и стимулирует стероидогенез в трофобласте, увеличивает секрецию эндогенного прогестерона и эстриола. Препарат назначают в течение 15—30 дней 3 раза по 0,005 г/сут при сроке беременности от 6 до 30 нед.

В последние годы в акушерской практике для подавления сократительной активности матки при сроке беременности 20—37 нед применяют бета-адреномиметические средства (токолитики), которые вызывают расслабление гладкой мускулатуры матки.

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
- Дородовой 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.

Токोलитики следует использовать в тех случаях, когда выигрыш во времени позволит применить эффективные мероприятия (такие, как назначение кортикостероидов или транспортировка)

Рутинное назначение антибиотиков при родовом излитии вод и недоношенной беременности удлиняет латентный период, снижает частоту неонатального сепсиса, потребность ребенка в кислородотерапии, частоту патологий ЦНС у новорожденных.

При начавшихся преждевременных родах при сроке более 34 нед пролонгировать беременность нецелесообразно; роды следует вести консервативно.

В случае преждевременного отхождения околоплодных вод и недоношенной беременности, сохраненной шейки матки при сроке до 34 нед беременности, головном предлежании плода, отсутствии признаков внутриутробной гипоксии и инфицирования, а также тяжелой акушерской и экстрагенитальной патологии показана выжидательная

тактика ведения беременности и родов. Этим женщинам показаны строгий постельный режим, динамическая термометрия, регистрация пульса, сердцебиения плода, назначение антибиотиков, токолитиков и кортикостероидных препаратов для активации сурфактантной системы легких плода. После достижения срока 36 нед и относительной зрелости плода предпринимают медикаментозное родостимулирование и родоразрешение через естественные родовые пути.

Роды следует вести *per vias naturales* с использованием антибиотиков и медикаментозных средств, направленных на регуляцию сократительной деятельности матки, и применением кортикостероидов для созревания легких плода.

При возникновении осложнений в родах, в частности при выпадении петель пуповины, острой гипоксии плода, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, которые угрожают жизни матери или плода, следует произвести кесарево сечение.

При сроке беременности более 34 нед и тазовом предлежании у женщин с привычным невынашиванием и осложненным течением данной беременности рационально произвести абдоминальное родоразрешение.

Ведущая роль в профилактике невынашивания беременности принадлежит женской консультации. Женщины, страдающие преждевременным прерыванием беременности, нуждаются в специализированной помощи. С этой целью в женской консультации создают специализированные кабинеты по профилактике и лечению невынашивания беременности.

В специализированных кабинетах врачи проводят следующую работу: 1) выявляют и осуществляют диспансерное наблюдение за женщинами с привычным невынашиванием беременности; 2) проводят специальное обследование женщин вне беременности для выявления причин самопроизвольного прерывания беременности; 3) определяют степень риска невынашивания беременности, разработку комплекса лечебно-профилактических мероприятий и тактики ведения данной беременности с учетом степени риска; 4) госпитализируют в ранние и критические сроки беременности и проводят патогенетическую терапию.

Важным разделом работы специализированных кабинетов являются разработка и осуществление мероприятий по реабилитации женщин с привычным невынашиванием беременности.

Комплекс реабилитационных мероприятий рассчитан в среднем на один год и включает 4 этапа.

На первом этапе (первые 3 мес) проводят комплексное противовоспалительное и общеукрепляющее лечение. С этой целью используют антибактериальную терапию, биогенные стимуляторы, иммуномодуляторы, седативную терапию, различные виды физиолечения (ультразвук, диатермия, электрофорез лекарственных препаратов и др.), санаторно-курортное лечение, лечебную физкультуру.

На втором этапе (4—6 мес) применяют специальные методы исследования в женской консультации и стационаре для установления причин невынашивания беременности. Проводят обследование по тестам функциональной диагностики, используют гистеросальпингографию, ультразвуковое исследование, гормональные пробы,

гистероскопию и биопсию эндометрия, лапароскопию, иммунологические, генетические исследования и др.

На третьем этапе (6—12 мес) проводят патогенетическую терапию: гормональное лечение при различных нейроэндокринных нарушениях, хирургическую коррекцию истмико-цервикальной недостаточности и аномалий развития матки. Используют различные виды физиотерапии и санаторно-курортного лечения.

На четвертом этапе осуществляют госпитализацию в ранние, критические и индивидуально критические сроки наступившей беременности. Проводят комплекс профилактических и лечебных мероприятий, направленных на сохранение беременности.

Женщинам с привычным невынашиванием беременности в II триместре показана ранняя госпитализация с момента установления беременности.

Критическими сроками беременности являются: а) период nidации и имплантации (первые 2—3 нед беременности); б) период плацентации (4—12 нед); в) период замедления роста матки и увеличения ее дальнейшего объема (18—22 нед). Госпитализация в эти сроки беременности обязательна.

Под индивидуально критическими периодами беременности понимают срок наступления самопроизвольного выкидыша в прошлом, а также дни, соответствующие менструации. В эти сроки госпитализация в стационар необходима

Перенашивание беременности является проблемой, представляющей большой научный и практический интерес. Актуальность ее объясняется большим числом осложнений в родах, высоким процентом родоразрешающих операций, высокой перинатальной смертностью. Многие вопросы данной патологии еще не решены. До настоящего времени отсутствует даже четкое определение понятия переношенной беременности.

Большинство акушеров переношенной считают беременность, длительность которой превышает продолжительность нормальной на 10—14 дней, т.е. составляет 290—294 дня. Однако плод рождается с признаками перезрелости лишь в $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{5}$ запоздалых родов. Следовательно, далеко не в каждом случае перенашивание создает угрозу для плода. Известно, что плод может родиться с признаками перезрелости и при беременности, имеющей продолжительность менее 294 дней. По-видимому, время для окончательного «созревания» плода колеблется в широких пределах. В связи с этим можно считать, что перенашивание беременности (по длительности) и перезрелость плода — понятия неравнозначные. В то же время установлено, что по мере перенашивания беременности частота признаков перезрелости у плода увеличивается, выявлено, что не только переношенные дети с признаками перезрелости, но и без них начинают страдать по мере увеличения срока перенашивания.

Следовательно, переношенная беременность не может рассматриваться как случайная вариация нормальной беременности; ее правильнее рассматривать как патологическое явление, обусловленное определенными признаками, зависящими от состояния организма как матери, так и плода.

Таким образом, следует различать истинное (биологическое) перенашивание беременности и мнимое (хронологическое) или пролонгированную беременность. Истинно

переношенной следует считать беременность, которая продолжается 10—14 дней после ожидаемого срока родов (290—294 дня). Ребенок рождается с признаками перезрелости (синдром Беллентайна — Рунге), и жизнь его находится в опасности (фетал дистресс). Обычно в таких случаях имеются изменения плаценты (петрификаты, жировое перерождение и др.). Пролонгированной, или физиологически удлинённой, следует считать беременность, которая продолжается более 294 дней и заканчивается рождением доношенного, функционально зрелого ребенка без признаков перезрелости и опасности для его жизни.

В связи с отсутствием единого мнения о том, какую беременность считать переношенной, в литературе имеются весьма противоречивые сведения о частоте перенашивания. Согласно данным многих авторов, частота перенашивания колеблется от 1,4 до 14 %, составляя в среднем 4 %.

Преморбидным фоном для перенашивания беременности являются как эндокринологическая патология, нарушения жирового обмена, психическая травма, так и перенесенные ранее детские инфекционные заболевания (скарлатина, паротит, краснуха и др.), которые играют значительную роль в формировании репродуктивной системы женщины, а также ряд экстрагенитальных заболеваний.

Многочисленными работами установлено, что перенашиванию беременности способствуют инфантилизм, перенесенные аборт, воспалительные заболевания внутренних половых органов, которые вызывают изменения нервно-мышечного аппарата матки и приводят к эндокринным нарушениям.

Мы установили нарушения менструальной функции у 29,2 % женщин с переношенной беременностью, у 18,5% — при пролонгированной и у 6,6 % — при доношенной беременности. Важно отметить, что доброкачественные заболевания молочных желез, развитие которых в значительной степени связывают с гормональными нарушениями, а также заболевания надпочечников при переношенной беременности встречались значительно чаще.

Привлекают внимание исследования, указывающие на значение наследственного фактора и роли иммунного ответа в перенашивании беременности. В частности, считают, что перенашивание беременности возникает под влиянием факторов, снижающих проявления трансплацентарного иммунитета. В связи с этим можно предположить, что нарушение равновесия в соотношении реакции трансплацентарного иммунитета и иммунологической толерантности может привести к длительной задержке транспланта (плода) в материнском организме, т.е. к возникновению перенашивания беременности.

Особого внимания заслуживают данные, которые совершенно с иных позиций позволяют объяснить причину перенашивания. Так, ряд авторов перенашивание беременности считают следствием нарушения функции гипофизарно-надпочечниковой системы плода. Они предполагают, что переношенность обусловлена специфическим заболеванием плода, а не просто «старением» плаценты. Подтверждением роли плода в перенашивании беременности является тот факт, что пороки развития у плода при данной патологии встречаются довольно часто. По нашим данным, частота аномалий развития у детей при переношенной беременности составила 9,2 %, при пролонгированной — 1,8%, при доношенной — 3,3%. Пороки развития головного мозга (анэнцефалия, гидроцефалия, микроцефалия), болезнь Дауна, а также цоликостоз почек наблюдались только при переношенной беременности.

Изучение патогенеза перенашивания беременности имеет большое значение для успешного решения вопросов профилактики и лечения. К сожалению, современные данные о патогенезе перенашивания ограничены и противоречивы. Существует ряд теорий возникновения переносимой беременности. Сторонники одних теорий исходят из особенностей индивидуального развития оплодотворенного яйца, наследственности или конституциональных факторов, сторонники других за основу берут нейрогенные и гормональные расстройства. Любая концепция, естественно, имеет свои доказательства, но ни одна из них не дает исчерпывающего объяснения генеза переносимой беременности и прежде всего изменения механизма наступления своевременных родов. Действительно, перенашивание беременности — это по существу несвоевременное (запоздалое) наступление родовой деятельности, поэтому логично предположить, что патогенез перенашивания непосредственно связан с механизмом возникновения родов. В связи с этим мы считаем целесообразным рассматривать патогенез перенашивания с позиций современных представлений о причинах наступления родов.

Ведущее значение в нейрогуморальной регуляции функционального состояния матки, включая и родовую деятельность, имеют гипоталамус и структуры лимбического комплекса, в первую очередь миндалевидные ядра и корковые образования, расположенные в височных долях больших полушарий. Не исключается регулирующее влияние и других корковых структур на гипоталамус и гипофиз, осуществляемое по кортикофугальным путям с помощью гуморальной передачи. Яичники, плацента и другие железы внутренней секреции также оказывают влияние на моторную функцию матки. Однако главными патогенетическими моментами, ведущими к перенашиванию беременности, являются функциональные сдвиги в центральной нервной системе. В исследованиях отечественных авторов, проведенных в 50—60-е годы, при перенашивании беременности было отмечено изменение данных электроэнцефалографии, указывающих на отсутствие признаков сформировавшейся родовой доминанты.

В регуляции родовой деятельности большое значение имеет матка как рецепторный эффектор. Установлено, что растяжение матки является одним из факторов, обуславливающих начало родов.

По данным Н. Ворхерр (1975), при переносимой беременности активность локальных стимулов миометрия (эстрогены и др.) снижена, ингибиторов (прогестерон и др.) — повышена.

Нейрогистологическими исследованиями Н. С. Бакшеева и др. (1969) установлено, что в мышце матки при переносимой беременности происходит резкое разрушение нервных структур, по сравнению с доношенной беременностью, что в какой-то мере лишает этот орган возможности синаптической передачи нервных раздражений.

В наступлении беременности, ее течении, развитии и характере родовой деятельности большая роль принадлежит эстрогенам, геста-генам, кортикостероидам, хорионическому гонадотропину, плацентарному лактогену, окситоцину, ацетилхолину, серотонину, кинину, про-стагландину, ферментам, электролитам, микроэлементам, витаминам и др.

Большинство исследователей считают, что уровень эстрогенов играет важную роль в наступлении родов, но они не являются пусковым фактором этого процесса. Эстрогены играют несомненную роль в повышении возбудимости матки, способствуют созреванию шейки и подготовке мягких родовых путей к родам; они подавляют активность окситоциназы, предохраняя тем самым эндогенный окситоцин от разрушения. Увеличение окситотической активности крови сопровождается снижением активности

холинэстеразы и увеличением концентрации свободного ацетилхолина, обладающего мощным контрактильным действием.

Большинство авторов считают, что для переношенной беременности характерны резкое снижение экскреции эстриола и недостаточная стабилизация матки эстрогенными гормонами. При переношенной 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 переношенной 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 переношенной 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 переношенной 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 $\text{F}_{2\text{K}}$ 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 простаглан-динов.

Большое значение в развитии родовой деятельности придают ферментам, которые в качестве катализаторов играют важную роль в энергетических внутриклеточных процессах и медиаторном обмене веществ. При перенашивании выявлена повышенная активность термостабильной щелочной фосфатазы и лактатдегидрогеназы (ЛДГ) в сыворотке крови и амниотической жидкости.

При переносимой беременности стимулируются гликолитические процессы, приводящие к накоплению лактата, возникновению ацидоза и энергетического дефицита. Усиленное анаэробное дыхание сопровождается снижением экскреции с мочой катехоламинов и эстрогенов, уменьшением в крови III-групп, повышением активности ЛДГ, снижением концентрации ряда окислительных циклофераз и увеличением $РсО_2$ -

Однотипность некоторых обменных реакций при слабости родовой деятельности и перенашивании беременности позволяет предположить, что механизмы, приводящие к возникновению этих осложнений, имеют ряд общих закономерностей.

Рядом исследователей установлено, что уровень электролитов в клеточной и внеклеточной средах при перенашивании беременности находится в таком соотношении, которое не обеспечивает процесса деполяризации клеточных мембран и задерживает развитие родовой деятельности.

Одним из факторов, способствующих перенашиванию беременности, является снижение содержания в крови, плаценте и миометрии таких микроэлементов, как медь, марганец, цинк, что связано с повышенной элиминацией и недостаточным поступлением их с пищей в организм женщины.

Полагают, что перенашиванию способствует также дефицит витаминов С, группы В, Р, Е.

Для уточнения патогенеза переносимой беременности большое значение имеет изучение функционально-морфологических особенностей миометрия и плаценты. При истинном перенашивании в мышце матки происходит незначительное снижение содержания гликогена, РНК, активности отдельных окислительных ферментов и значительное снижение активности сукцинатдегидрогеназы в стенке крупных кровеносных сосудов, что свидетельствует о нарушении обменных и биосинтетических процессов, происходящих в мышце. По-видимому, изменения скорости биохимических процессов в миометрии при переносимой беременности являются одной из причин задержки развития родовой деятельности, а в родах — причиной различных аномалий сократительной деятельности.

Многие авторы к компенсаторной реакции при переносимой беременности относят образование «молодых ворсин» в плаценте, гиперплазию капилляров, большее количество мелких, тесно расположенных концевых ворсин.

Б. И. Железное и др. (1975) при перенашивании не обнаружили выраженного роста «молодых ворсин», но вместе с тем отмечали гиперплазию и повышенное кровенаполнение капилляров в концевых ворсинах с приближением капилляров к плазмодиотрофобласту и образованием синцитиокапиллярных мембран. Этот факт авторы рассматривают как своеобразное проявление компенсаторных реакций организма.

Противоречивость результатов, полученных рядом авторов при изучении плаценты при перенашивании, по-видимому, можно объяснить отсутствием при анализе отдельного рассмотрения переносимой и продленной беременности.

По нашим данным, миометрий и плацента при продленной беременности не имеют ясно выраженных макро- и микроскопических отличий от плаценты при доношенной беременности. При гистологическом исследовании плацент при переносимой беременности выявлено снижение активности ряда окислительно-восстановительных ферментов, содержания гликогена, липидов, нейтральных мукополисахаридов и накопление кислых мукополисахаридов, что свидетельствует о нарушении углеводного обмена в плацентарной ткани. Это позволяет предположить, что нарушения обменных процессов, обнаруженных в плаценте при перенашивании, являются одним из звеньев в цепи изменений, ведущих к возникновению и развитию данной патологии.

Таким образом, этиологию и патогенез перенашивания беременности следует рассматривать как результат взаимодействия многих факторов. Ведущее значение в этой сложной цепи принадлежит нейро-гуморальной регуляции, функциональному состоянию центральной нервной системы (особенно гипоталамуса, гипофиза, лимбической системы), матке и плоду.

Фоном для возникновения перенашивания беременности являются многочисленные факторы, оказывающие неблагоприятное влияние на репродуктивную функцию женщины. Перенашиванию беременности способствуют позднее половое созревание, нарушения менструальной функции, перенесенные в детстве острые инфекционные заболевания (скарлатина, корь, краснуха, паротит), грипп, сопутствующие экстра-генитальные заболевания, нарушения обмена веществ, эндокринопатии, пожилой возраст первородящих (старше 30 лет), указание на перенашивание беременности в анамнезе, перенесенные гинекологические заболевания и др. Большое значение имеет также состояние плаценты и плода. Способствуют перенашиванию нарушения фетоплацентарной системы, а также равновесия важнейших гормональных и гуморальных систем.

При нарушениях гипофизарно-надпочечниковой системы плода, особенно отчетливо проявляющихся при аномалиях и пороках его развития, изменяется синтез эстрогенов, прогестерона, окситоцина, способствующих подготовке организма к родовой деятельности. В возникновении перенашивания беременности большое значение имеют и такие биологически активные вещества, как катехоламины, простаглан-дины, серотонин, кинины, кроме того, и нарушения электролитного баланса организма. Менее изучено действие наследственных и иммунологических факторов.

Изменения, наблюдаемые в плаценте при перенашивании беременности, по-видимому, вторичны. Однако в дальнейшем они оказывают влияние на стероидогенез, а также на состояние плода и возникновение родовой деятельности. Плацентарная недостаточность приводит к нарушению обмена веществ у плода. Ввиду тесной взаимосвязи плода и плаценты снижение жизнедеятельности плода отрицательно отражается на функции плаценты. Так создается замкнутый круг патологических процессов, присущих переносимой беременности.

КЛИНИКА И ДИАГНОСТИКА

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

Срок беременности определяют по дате последней менструации и оплодотворяющего полового сношения, дню предполагаемой овуляции, данным первой явки в женскую консультацию, первому шевелению плода, результатам объективного исследования, формулам Скульского, Фигурнова, Либова, Рудакова, Жорданиа, по данным ультразвукового сканирования. В практической работе очень удобно для определения срока беременности и предполагаемой даты родов использовать типовые «календари беременных». Предполагаемый срок беременности, следовательно, и перенашивание беременности следует определять по совокупности данных. Большое внимание при постановке диагноза заслуживают данные акушерского обследования. Одним из симптомов переносимости беременности является уменьшение окружности живота. Одновременно с уменьшением окружности живота наблюдается задержка нарастания массы тела беременной, вслед за которым наступает ее резкое падение, которое может достигнуть 1 кг и более (взвешивание беременной следует проводить на одних и тех же весах и в одинаковых условиях). Уменьшение массы тела беременной при перенашивании одни авторы связывают с уменьшением массы плода, другие — с уменьшением массы тела самой 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. При влагалищном исследовании обычно отмечают увеличение плотности костей черепа, узость швов и родничков.

Изменения характера сердечных тонов плода при аускультации (частота, звучность, ритм) неспецифичны для переносимости беременности, они скорее свидетельствуют о гипоксии плода, обусловленной плацентарной недостаточностью. Нередко при переносимости беременности отмечается усиление или ослабление двигательной активности плода, как проявление его внутриутробной гипоксии.

В диагностике перенашивания беременности спорным является значение «зрелости» шейки матки. Ее состояние является показателем готовности к родам и прогностическим тестам родовой деятельности. «Зрелость» шейки матки не указывает на наличие или отсутствие перенашивания беременности и поэтому не может отдельно использоваться в качестве диагностического теста. По нашим данным, при переносимости беременности более чем у половины беременных не отмечено «зрелой» шейки матки, что свидетельствует об отсутствии готовности организма к развитию родовой деятельности.

Таким образом, для переносимости беременности характерны уменьшение окружности живота, маловодие, снижение тургора кожи, высокое стояние дна матки, отсутствие нарастания или снижение массы тела беременной, значительные размеры плода и ограничение его подвижности, увеличение плотности костей черепа плода, узость швов и родничков, изменение характера сердечных тонов плода, усиление или ослабление его движений, частое наличие «незрелой» шейки матки.

К клиническим симптомам перенашивания, обнаруживаемым после родов, относятся признаки перезрелости (переношенность) плода и макроскопические изменения плаценты (петрификаты). 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.

Для диагностики и выбора рациональной тактики ведения беременности при перенашивании с успехом можно использовать лабораторные и специальные методы исследования. Одним из них является фоно- и электрокардиография плода.

Анализ электро- и фонокардиографических данных позволил выявить наиболее характерные признаки, свидетельствующие об истинном перенашивании беременности. К ним относятся: 1) монотонность ритма; 2) повышение вольтажа желудочного комплекса КРС (выше 50 мкВ), особенно в динамике, реже — снижение его (ниже 14 мкВ) при гипотрофии плода, гипоксии миокарда, нарушении функции плаценты; 3) расщепление зубца Р на вершущке; 4) увеличение длительности комплекса КРС плода; 5) неравномерность амплитуды тонов на ФКГ; 6) наличие извращенной или отсутствие реакции сердечной деятельности плода на дыхательные пробы.

Для пролонгированной беременности характерно: 1) увеличение вольтажа желудочкового комплекса КРС выше 50 мкВ (этот признак встречается в 2 раза реже, чем при переношенной беременности); 2) меньшая длительность комплекса КРС (0,064 ч), чем при переношенной беременности; 3) увеличение отношения систолы к диастоле (1:22). При переношенной беременности равно 1:17, при доношенной — 1,02.

Таким образом, данные электро- и фонокардиографических исследований позволяют судить о степени зрелости плода, его функциональном состоянии и могут быть использованы при дифференциальной диагностике переношенной и пролонгированной беременности.

В последнее десятилетие большое внимание уделяют исследованию амниотической жидкости (амниоскопия, амниоцентез). Изменения состава околоплодных вод отражает метаболизм плода, его функциональное состояние. При патологическом состоянии плаценты или плода обмен амниотической жидкости нарушается и наступают определенные количественные и качественные изменения околоплодных вод. Развивающаяся при переношенной беременности плацентарная недостаточность также может сопровождаться выраженным расстройством обмена околоплодной жидкости.

Одним из признаков, указывающих на истинное перенашивание беременности, является уменьшение количества околоплодных вод, что клинически проявляется уменьшением величины матки, окружности живота и высоты стояния дна матки. Уменьшение количества амниотической жидкости обычно определяют косвенно путем тщательного

динамического ежедневного измерения окружности живота и высоты стояния дна матки, а также ежедневного взвешивания беременной. Определение количества амниотической жидкости с большой точностью стало возможным после внедрения в

акушерскую практику трансабдоминального амниоцентеза и введения химических веществ в полость амниона. Наибольшее количество амниотической жидкости наблюдается в 38 нед беременности, затем оно быстро уменьшается (в среднем на 145 мл в неделю), достигая к 43-й неделе беременности 244 мл. Считают, что уменьшение количества амниотической жидкости является признаком дисфункции плаценты и биологического перенашивания беременности.

Ценные данные можно получить при использовании метода амнио-скопии. По нашим данным, меконияльные и опалесцирующие околоплодные воды при переносной беременности наблюдаются у каждой третьей женщины. На ранних стадиях перенашивания околоплодные воды становятся мутными, опалесцирующими за счет слущивающегося эпидермиса кожи, в более поздние стадии хлопья сыровидной смазки окрашиваются меконием в зеленый цвет.

Одним из важных критериев определения срока беременности и состояния плода является количество и величина хлопьев сыровидной смазки. Оказалось, что отсутствие последних наиболее часто наблюдается при переносной беременности. Представляет интерес определение степени отслаиваемости оболочек нижнего полюса плодного пузыря от стенки матки как показатель готовности организма к наступлению родов. Наибольшая отслаиваемость оболочек (на 4 см и более) отмечается при доношенной, наименьшая — при переносной беременности.

Амниоскопия является достаточно надежным методом диагностики переносной беременности. Амниоскопический контроль при подозрении на перенашивание беременности необходимо проводить с 2-дневными промежутками. Интерпретацию данных амниоскопии следует осуществлять в сопоставлении с данными клиники и других методов исследования.

Значительный интерес представляет исследование амниотической жидкости. На основании физико-химических и биохимических ее показателей можно судить о состоянии плода и степени его зрелости.

Для оценки зрелости плода можно также использовать определение осмотического давления амниотической жидкости. Его величина, равная 250 мосм/кг, свидетельствует о достаточной зрелости плода. При переносной беременности в связи с реабсорбцией "амниотической жидкости осмотическое давление снижается.

Показателем степени зрелости плода является и концентрация креатинина в амниотической жидкости. При перенашивании беременности она возрастает. Большое значение имеет определение концентрации мочевины в околоплодных водах. Ее величина, превышающая 3,8 ммоль/л, указывает на перенашивание.

С целью диагностики нарушений, функционального состояния плода и степени его зрелости можно определить концентрацию общего белка в водах. При перенашивании она почти на 50 % выше, чем при доношенной и пролонгированной беременности.

Степень зрелости плода многие авторы рекомендуют определять как величину отношения между лецитином и сфингомиелином (Л/С). С увеличением срока беременности, особенно после 28-й недели, содержание лецитина быстро увеличивается, сфингомиелина — уменьшается. Отношение Л/С меньше 1 характерно для незрелого плода, превышающее 2 наблюдается с 33-й до 40-й недели беременности. Этот тест является весьма важным показателем зрелости легких плода.

Особого внимания заслуживает определение содержания продуктов углеводного обмена (глюкоза, лактат, пируват) в амниотической жидкости. Концентрация глюкозы при переношенной беременности (0,63 ммоль/л) по сравнению с таковой при доношенной и пролонгированной беременности в среднем на 40 % ниже. Снижение концентрации глюкозы, по-видимому, можно объяснить компенсаторной способностью печени плода переводить глюкозу из амниотической жидкости в гликоген, который откладывается в печени, а затем в виде глюкозы поступает в кровь плода.

Концентрация молочной кислоты в амниотической жидкости при переношенной беременности (5,91 ммоль/л) возрастает примерно в 2 раза по сравнению с таковой при доношенной и пролонгированной беременности, что можно объяснить высокой активностью ЛДГ. Увеличению содержания молочной кислоты способствует также повышенная двигательная активность плода при гипоксии.

В последние годы при установлении степени зрелости плода и его функционального состояния определенное значение придают изучению активности ферментов в сыворотке крови и, особенно, в амниотической жидкости.

Для определения функции плаценты и состояния плода при подозрении на перенашивание беременности рекомендуется определять экскрецию эстриола с мочой. Уровень эстриолюрии свидетельствует не о перенашивании беременности, а о плацентарной недостаточности. Определение количества эстриола в динамике позволяет установить переход хронологического перенашивания в биологическое. Нижняя граница физиологической эстриолюрии — 41,6 мкмоль/сут. Падение уровня эстриола до этой границы свидетельствует о том, что плод находится в опасности. Снижение уровня эстриола на 60 % и более от его нормы указывает на наличие плацентарной недостаточности. С низким уровнем эстриола при переношенной беременности коррелирует не только высокая ante- и интранатальная смертность, но и повышенная неонатальная заболеваемость и смертность. Это определяется тем, что при переношенной беременности выявлено снижение эстриола в амниотической жидкости и крови.

Таким образом, при переношенной беременности отмечено резкое снижение концентрации эстрогенов, особенно эстриола, в моче, амниотической жидкости и в крови.

Снижено и содержание прегнандиола в моче, что свидетельствует о плацентарной недостаточности. Содержание прегнандиола снижено и в амниотической жидкости.

Для диагностики переношенной беременности весьма информативно цитологическое исследование амниотической жидкости. При доношенной беременности количество жировых клеток составляет примерно 20 %, при переношенной — превышает 59 %.

Цитологическое исследование влагалищных мазков — ценный метод диагностики, с успехом применяют не только для распознавания перенашивания беременности, но и для оценки функционального состояния плода и плаценты. Цитологическим признаком перенашивания беременности следует считать пролонгирование ИИИ—ИВ цитотипа влагалищного мазка.

Одним из объективных методов определения зрелости плода является ультразвуковое исследование. К характерным ультразвуковым признакам переношенной беременности относятся уменьшение толщины плаценты, ее кальциноз и увеличение размеров, маловодие, отсутствие нарастания бипариетального размера головки плода, утолщение костей черепа, более крупные размеры плода.

Для установления перенесенной беременности биохимические, гормональные, цитологические и инструментальные исследования следует проводить в динамике с интервалом в 24—48 ч.

Однако не все перечисленные выше методы представляют собой одинаковую диагностическую ценность, поэтому комплексная оценка данных имеет особое значение. Мы рекомендуем следующую схему обследования при подозрении на перенашивание беременности: определение срока беременности по данным анамнеза и формулам Негеле, (Бкульского, Жордания, «календарю беременности» и др.; проведение наружного (высота стояния дна матки, окружность живота и др.) и внутреннего («зрелость» шейки матки, плотность костей черепа плода, состояние швов и родничков) акушерского обследования; проведение виеКТпо- и фонокардиографии плода; использование амниоскопии; ультразвукового сложного сканирования и колюцитологического исследования; определение уровня эстрогенов, особенно эстриола, прогестерона, плацентарного лактогена; производство амниоцентеза с последующим исследованием амниотической жидкости (молочная кислота, глюкоза, креатинин, общий белок, отношение лецитин/сфингомиелин и др.); применение нестрессового и окситоцинового тестов.

В заключение следует подчеркнуть, что патогномоничных признаков перенашивания нет, а есть синдром, на основании которого можно поставить диагноз перенесенной беременности. Все перечисленные методы исследования с различной долей вероятности позволяют судить о степени зрелости плода, его функциональном состоянии, оценивать функцию маточно-плацентарной системы. На основании этих данных, учитывая хронологическое перенашивание, можно поставить диагноз перенесенной или пролонгированной беременности.

Практическое занятие № 10

Фетоплацентарная недостаточность.

Место проведения занятия,оснащение

- 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 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
- отделение патологии беременности,
- послеродовое отделение и палата,
- детское реанимационное отделение,
- комплект тестовых заданий.
- комплект слайдов, кодоскоп.
- родильный зал
- фантом с куклой,тазомер,сантиметровая лента,стетоскоп;
- инструменты используемые при родоразрешении
- схема основных этапов диагностического процесса
- пошаговые инструкции выполнения клинических навыков, реанимации новорожденных;.
- комплект слайдов, кодоскоп.
- партограммы;
- истории родов женщин с патологическим течением родов.
- слайды:
- гормоны ФПН,кардиотокограммы
- фантом, кукла, муляж костного таза, тазомер, сантиметровая лента;
- показания к кесареву сечению.

2.Продолжительность изучения темы

Количество часов- 6

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	Вводное слово Определение и цели Оплодотворение. Зачатие Основные положения цели Оплодотворение. Зачатие

	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.

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Оплодотворение. Зачатие Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	-определение ФПН и СЗРП; -определение перинатального периода; -иметь представление о ФПС и её роли в росте и развитии и плода; -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

Студент должен уметь:

Иметь понятие о причинах развития ФПН и уметь её диагностировать, иметь понятие о методиках лечения и профилактики ФПН.

Мотивация

Аntenатальная охрана плода имеет прямое отношение к снижению перинатальной заболеваемости и смертности. Необходимость изучения данной темы, её значимость в изучении курса и профессиональная направленность заключается в усовершенствовании и обновлении знания студентов, будущих ВОП по данной теме. Выявлять группу риска женщин на ФПН и проводить профилактические мероприятия во время беременности. Помочь студенту овладеть практическими навыками на уровне СВП, СВА и оказать первую помощь на догоспитальном уровне.

Межпредметные и внутрипредметные 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, хирургии, патологической акушерства, гинекологии, акушерстве, гинекологии, гематологии, гигиены, терапии, педиатрии..

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	Вступительное слово о Оплодотворение. Зачатие Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 1. Что такое оплодотворение. 2. Когда происходит оплодотворение. 3.Сколько дней происходит миграция оплодотворенной яйцеклетке в полость матки.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

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:

1. Предимплантационное развитие – начинается с момента оплодотворения до внедрения бластоцисты в дезидуальную оболочку матки – нидацин (7-8-й день после оплодотворения).
2. Имплантация (7-8-й день)
3. Органогенез и плацентация – завершается к 3-4 мес внутриутробной жизни
4. 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:

1. Анте-
2. Интра-
3. 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:

1. в антенатальном периоде - в 63%
2. в интранатальном - 21,2%
3. 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 долька 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:

1. Хориальная мембрана
2. Базальная мембрана
3. Между ними – паренхиматозная часть

Паренхима плаценты состоит из:

1. ворсин хориона
2. стволовой части
3. 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:

1. Синцитиотрофобласта
2. Базальной децидуальной оболочки. Между ними - фибриноидная зона в включениях клеток трофобласта.

Основная структурно-функциональная единица плаценты –котиледон (долька), которая образована:

1. Стволовой ворсиной и ее разветвлениями
2. Прикрепляется к хормальной мембране широким основанием (ствол 1 порядка)
3. Ствол 1 порядка делится на множество стволов 2 порядка
4. 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 м² или 4-4,5 м² на 1 кг массы новорожденного. Длина всех ворсинок плаценты достигает 50 км. 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.

Кровообращение плода

У плода, как и взрослого человека имеются 2 круга кровообращения – большой и малый. Третий круг кровообращения – плацентарный. Свойствен только плоду.

Малый круг (или легочный) начинается у клапана легочной артерии, который выходит из правого желудочка.

Включает в себя:

А) легкие

Заканчивается устьями легочных вен, впадающих в левое предсердие.

Большой круг: включает в себя все остальные артериальные и венозные сосуды, имеющиеся в организме.

Отличие кровообращения плода от кровообращения новорожденного младенца или взрослого человека:

1) Наличие анатомических шунтов

А) овальное отверстие (между обоими предсердиями)

Б) артериальный (боталлов) проток – между легочной артерией и аортой)

В) артериальный проток, который являясь продолжением пупочной вены, впадает в нижнюю полую вену.

2. Наличием плацентарного круга кровообращения

3. Минимальным током крови через легкие (3-7% сердечного выброса).

Кровообращение плода происходит следующим образом:

1. Кровь, оксигенированная в ворсинках хориона, оттекает из плаценты в пупочную вену.

2. Пупочная вена через пупочное отверстие протекает в брюшную полость, далее – между левой и правой долями печени отдает несколько веточек для паренхимы – затем в виде дуги венососуд Арантия (венозного протока) – в нижнюю полую вену (непосредственно под диафрагмой).

3. Из н.п. вены в правое предсердие.

4. В правом предсердии основная часть крови попадает в левое предсердие, а оставшая – сливаясь с кровью из верхней полой вены (несущей кровь от головы, шеи и верхних конечностей) поступает в прав.желудочек.

5. В левое предсердие поступает дополнительно кровь, которая течет из легких через легочные вены, вся эта смешанная кровь в левый желудочек, восходящую аорту, дугу аорты.

6. Через аорту в коронарные артерии и сосуды головы и верхних конечностей.

7. Из правого желудочка кровь поступает в легочную артерию, основная масса которой через боталлов проток в нисходящую аорту, которая делится на левую и правую подвздошные артерии, от которых отходят две надчревные артерии (г.хипогастриса дextra эт стнистра). Каждая окружает мочевого пузырь и выходит из брюшной полости через пуповину – это уже пупочные артерии.

Амион. Амниотическая жидкость

В течение первой недели развития эмбриона амнион имеет вид удлиненного мешка, прилегающего к дорсальной поверхности зародыша. Мешок амиона все больше и больше заполняется жидкостью, которая постепенно окружает плод со всех сторон. Полость амиона пересекается лишь пуповиной, идущей от пупка плода до места прикрепления к плаценте.

Толщина – 0,5 мм. 5 микроскопических слоев. После окончания развития амнион полностью выстилает внутреннюю поверхность матки за исключением места прикрепления плаценты. Последнюю амниотическая оболочка покрывает со стороны плодной поверхности, переходит на пуповину и полностью обволакивает ее.

Количество амниотической жидкости в течение беременности нарастает и объём ее к родам приблизительно 1000-15000 мл. Несмотря на ее постоянное обновление (за 2,5-3 ч), ее величина неизменная, благодаря равенству между поступлением и потерей (прибл.600 мл).

Образуется из:

- 1) материнской плазмы
- 2) мочи плода

Потеря: в результате абсорбции в кровь из ЖКТ при (Это доказано амниографией: в амниотическую жидкость вводится рентгеноконтрастное вещество с целью исследования локализации плаценты при подозрении на аномалию прикрепл.

В конце беременности плод заглатывает 500 мл амниотической жидкости в час. В случае нарушения этих процессов (атрезия отделов ЖКТ-пищевода или уменьшение экскреции мочи при аномалиях почек развивается либо многоводие либо маловодие.

Предназначение амниотической жидкости:

1. Делает возможным активные движения плода
2. Защищает плод от травмы
3. Способствует поддержанию постоянства температуры плода
4. Плодный пузырь – способствует раскрытию шейки матки.

Биохимическая функция околоплодных вод

Определенную функцию в метаболизме плода выполняют околоплодные воды, объем которых к концу беременности составляет 1000-1500 мл.

По мере развития плода РН амниотическая жидкость меняется в кислую сторону, т.е. нарастает ацидоз. С ранних этапов гестационного процесса ацидоз нарастает с 7,35 – 7,25 до 6,9-7,0 к 40-й неделе беременности. Это связано с выведением кислых продуктов обмена через околоплодные воды.

Уровень глюкозы а околоплодных водах (ОВ) варьирует в пределах $1,17 \pm 0,3$ ммоль/л. Ее наличие в ОВ в основном связано с экскрецией ее с мочой плода, поскольку известно, что глюкозурия имеет место и у новорожденных в первые дни их жизни. Однако возможен и переход глюкозы в ОВ из организма матери.

Содержание мочевины в околоплодных водах ($6,9 \pm 0,56$ ммоль/л) влияет на уровень ее в пуповинной крови и крови матери в сторону повышения в последних. То есть можно сказать, что удаление мочевины из организма плода происходит главным образом, в направлении: плод-воды-мать.

Определение эстрогенов – экстриола в крови и моче беременной.

Снижение экскреции эстрогенов до 0-8,5 мг/сут характерно для антенатальной гибели плода. Для более точного определения фетоплацентарной недостаточности предложена нагрузка ДГАС между 2-мя определениями. В норме при в/в введении ДГАС выделение эстрагенов повышается на 10-35%, при ФПН —реакции нет. Предложено определение эстриолового индекса = эстрогена в крови / эстрогена в моче

При прогрессировании плацентарной недостаточности индекс уменьшается.

Более достоверным критерием считают содержание экстриола в ОВ, где содержатся все три фракции эстрогенов.

Определение активности окситоциназы – инактивирующего окситоцин фермента. Синтезируется синцитиотрофобластом беременной уже с 6-й недели.

ТЩФ – высокоинформативный тест. Возрастание в крови ее активности происходит за счет увеличения термостабильной ее фракции. Определяется в крови с 18-23 нед. При нарушении функции плаценты сначала определяется патологически высокая активность ТЩФ за счет усиления метаболизма в клетках плаценты, деструктивных процессов в плаценте, в результате которых фермент высвобождается в кровь. Далее функциональные резервы истощаются, уменьшается функционирующий объем плаценты, что приводит к снижению активности ТЩФ.

Биохимия ОВ: В ОВ снижаются концентрации всех 3-х фракций эстрогенов (в норме эстриод –208-277, 3 нмоль, эстрон – 14,70-24,73 и эстрадиол 10,8-14,85), окситоциказы, ПЛ, ТЩФ.

Кольпоцитология: Влагалище – орган-мишень, зона приложения гормонов плаценты. Эпителий влагалища связан воздействием на него эстрогенов, прогестерона, гонадотропинов, вырабатываемых плацентой.

В норме в первые 2-3 нед. влагалищный мазок напоминает предменструальный.

Постепенно количество поверхностных клеток уменьшается, появляются ладьевидные. Картина мазка в норме остается постоянной и меняется за 2-3 недели до родов – промежуточные ладьевидные, позднее – поверхностные. Появление в мазках парабазальных клеток и уменьшение количества промежуточных. Является признаком страдания плода из-за плацентарной недостаточности.

Оценка функции плаценты

Выявление недостаточности функции плаценты является косвенным методом диагностики нарушения состояния плода, поскольку сочетается с нарушением фетоплацентарного кровообращения, отставанием развития плода.

Функции плаценты:

1. гормональная	} во взаим. между материнским
2. Метаболическая	
3 Дыхательная	
4. Пластическая	} в отношении плода
5. Обменная	

Еще в начале XX столетия было установлено, что плацента человека является эндокринным органом, продуцирующим самые разнообразные гормоны, как белковый, так и стероидный структуры.

Нестероидные гормоны: ХГ и ХСМТ (ПЛ). ХГ – гликопротеид белковой структуры обладает гонадотропной активностью (сходство с гипофизарными гонадотропинами). На ранних этапах беременности продуцируется клетками цитотрофобласта, позднее – с образованием плаценты – спинцитотрофобласта. Близок к ЛГ. Развитие оплодотворенного яйца невозможно без участия ХГ. В 1-е недели беременности ХГ усиливает секрецию желтого тела и замедляет его инволюцию. ХГ выделяется с мочой в течение всего периода беременности. К 70 дню гестац. Периода его уровень достигает 150-200 тыс. МЕ в сутки и держится на этих цифрах еще 3 недели, а затем постепенно уменьшается. Содержание его выше 10000 МЕ свидетельствует о благоприятном прогнозе для сохранения беременности. К концу 1-й недели после родов ХГ в организме

родильницы уже не выделяется. Помимо непосредственного трофического влияния на плодное яйцо, ХГ участвует в синтезе и поддержании функциональной активности ЖТ, снижает возбудимость матки, оказывает влияние на метаболизм гормонов плаценты. ХСМТ – близок к гормону роста. Обладает и ростовой и пролактиновой активностью. Определяется в сыворотке крови. В связи с этим, снижение экскреции экстрала с мочой беременной женщины – информативный признак неблагополучного функционального состояния ФПС. Пример: резкое снижение экскреции экстрала при беременности анэнцефальным плодом. У плодов – анэнцефалов вследствие редукции коры надпочечников предшественники эстрогенов образуются в небольшом количестве.

Синтезируется плацентой в динамике всего гестозного периода. Наивысшего уровня в плазме его количество достигает к 37 нед.(8 мкг/л). Вырабатывается клетками синцитиотрофобласта. Клиническое значение ХСМТ в крови матери связано с тем, что снижение его концентрации в сыворотке характерно для угрозы прерывания беременности, гестозов, нарушения жизнедеятельности в/утрб. Плода. Кроме вышеуказанных ХГ и ХСМТ из плаценты выделен целый ряд биоактивных веществ – АКТГ, МСГ, окситоцин, инсулин, АХ.

Стероидные гормоны плаценты

Плод и плацента составляют единую биологическую систему в синтезе эстрогенных гормонов, именуемую фетоплацентарным комплексом.

И этап биосинтеза эстрогенов: гидроксилирование молекулы холестерина – происходит в плаценте – прегненолон

ИИ- образованный прегненолон из плаценты поступает в надпочечники плода и превращается в андрогенный гормон – ДЭА, который с венозной кровью плода вновь поступает в плаценту.

ИИИ – ДЭА подвергается воздействию ферментных систем плаценты – ароматизация стероидов – эстрон и эстрадиол.

После сложных путей гормонального обмена эстриол (самая активная фракция эстрогенов ФП комплекса, ферментативные процессы частично реализуются в надпочечниках плода, т.е. эстрогены образуются в результате эндокринной деятельности ФП-комплекса. Уровень эстрогенов в крови, моче, амниотической жидкости, несомненно характеризует состояние как плаценты, так и плода.

Прогестерон. Его биосинтез в плаценте происходит без участия плода. Надпочечники плода быстро превращают прогестерон в кортизол, а в печени плода не исключен метаболизм прогестерона в эстрадиол и эстриол. Местом образования прогестерона считается синцитий. Важным метаболитом прогестерона является прегнандиол, по экскреции которого можно судить о функциональной полноценности плаценты. Не выявлено связи между концентрацией прогестерона и уменьшением активности матки. Существует теория о местном эффекте плацентарного прогестерона: гормон действует на миометрий непосредственно в области плацентарной площадки, минуя общий кровоток. Это, так называемый эффект «прогестеронового блока», при котором концентрация гормона в области плацентарной площадки в 2 раза выше, чем в других отделах матки. Таким образом на активность миометрия влияет не количество прогестерона, циркулирующего в крови, а лишь концентрация его в миометрии.

Особенности жизнедеятельности плода

В процессе беременности плод в матке находится как бы в стерильном термостате, где он обеспечивается кислородом, глюкозой, аминокислотами и электролитами. Практически плод не тратит энергию на теплообразование, мышечную работу,

пищеварение и выделительные процессы. Основная часть энергии плода расходуется на синтетические процессы, т.е. на рост и его развитие.

Плод реагирует на внешние воздействия опосредованно через организм матери.

Непосредственные раздражители плода, в конечном итоге, следующие:

1. Изменения в количественном и качественном отношениях поступления необходимых для его жизни веществ.
2. Колебания внутриматочного давления
3. Изменения плацентарного кровотока

Снабжение плода кислородом зависит от следующих факторов:

1. Материнских	Все они опосредуются
2. Плацентарных	} через плацентарное
3. Плодовых	кровообращение

В течение своего внутреннего развития плод обеспечивает свои жизненные потребности через плаценту. Дыхательная поверхность ворсинок плаценты к концу беременности составляет 6-10 м² (тело взрослого субъекта – 1,4-1,8²). Благодаря сложному механизму ворсины обеспечивают насыщение крови плода кислородом и выведение СО₂.

Однако в течение беременности развитие плаценты не поспевает за развитием плода: в 3-го месяца беременности плацента увеличивается в 15 раз, плод – в 800 раз. Поэтому у плода развиваются компенсаторные механизмы, обеспечивающие его выживаемость в условиях недостаточного снабжения кислородом – гипоксии.

К ним относятся:

1. Большая В кровообращения (у плода 120-140 сердечных сокращений в 1 мин).
2. Повышенное число эритроцитов – $6 \cdot 10^{12}$ в 1 л.
3. Концентрация Нв – 210-230 г/л
4. Повышенное сродство Нв к кислороду
5. Активные движения плода (сокращения мускулатуры ускоряют кровоток)
6. Меньшая потребность организма в кислороде
7. Особенности кровообращения плода (насыщенная кислородом кровь распределяется главным образом в печени и верхней части туловища).
8. Возможность обеспечения обменных процессов в отсутствие кислорода (анаэробный гликолиз).

Тем не менее даже при нормальной беременности плод в ее конце испытывает значительную нехватку кислорода. Своевременно возникающие роды и возникновение у младенца легочного дыхания спасают его от внутриутробной гибели.

Причиной гипоксии плода является фетоплацентарная недостаточность, которая развивается при:

- 1) Патологии беременности
- 2) Патологии родов
- 3) Экстрагенитальных заболеваний матери
- 4) Заболеваниях плода (напр. ГБ плода)

Фетоплацентарная недостаточность делится на:

- 1) хроническую – хр. Анемия, заболевания сердца, легких и др.

Предлежание плаценты, перенашивание, гестоз, Rh и ABO-конфликт и пр.

2) Острую:

ПОНРП, геморрагический шок, разрыв сосуда при плевистом прикреплении плаценты, аномалии род.сил, разрыв матки, нарушение циркуляции в сосудах пуповины. Узел, выпадение петель, сдавление петель, абсолютная и относительная короткость пуповины и др.

Прямые методы регистрации угрожаемых состояний плода

1. Регистрация двигательной активности
2. Ультразвуковая регистрация дыхательных движений (в теч. 20 мин)
3. Ультразвуковое сканирование плода
4. Ультразвуковая биометрия плаценты
5. Амниоскопия, оретоскопия
6. ЭКГ и ФКГ плода
7. Длительный мониторный контроль в течение 30-60 мин для изучения ЧСС (кардиотокография).

Терапия недостаточности ФПС

Основано на применении методов и препаратов, улучшающих маточное кровообращение и увеличивающих маточно-плацентарный кровоток.

Принципы терапии:

1. Расширение сосудов м-п комплекса
2. Расслабление мускулатуры матки (токолиз)
3. Улучшение метаболизма миометрия и плаценты

Это достигается:

1. Постельным режимом (на боку (устранение физического напряжения, эмоционального напряжения).
2. Эстрогенные гормоны – улучшают транспортную функцию плода (натуральные фолликулин, эстрадиол- дипропионат - 20 тыс ЕД в/м ч/з 12 ч, синэстрол 2% -0,5 в/м, сигетин 1% - 2 мл в/м.
3. В-миметики (токолитики)
4. Спазмолитические и сосудорасширяющие – эуфиллин, баралгин, максиган, компламин (теофиллин+никотин.к-та)
5. Курантил (коронарорасширяющие сосуды плаценты и плода).
6. АТФ – улучшает метаболизм плаценты.
7. Гепарин 5 тыс. ЕД в/м
8. Вдыхание кислорода
9. На б/карбонат
10. Антигипоксанта Солвте
11. Глюкоза – главный источник энергии (триада по Николаеву) с инсулином

11. Витамины и аминокислоты.

Оценка состояния плода во время беременности и родов.

Тесты, используемые при дородовом уходе для оценки состояния плода

- Оценка двигательной активности плода
- Аускультация ЧСС плода
- Ультразвуковое исследование (УЗИ)

Аускультация частоты сердечных сокращений плода

Может подтвердить, что плод живой

Не имеет прогностического значения

Рутинное выслушивание не рекомендуется

Должно проводиться по просьбе матери, чтобы заверить ее, что плод живой

Ультразвуковое исследование

Рутинное УЗИ на ранней стадии беременности (до 24 недель) эффективно для:

- Оценки гестационного возраста
- Раннего определения многоплодия
- Раннего определения непредвиденного порока развития плода в то время, когда еще возможно прерывание беременности

Рутинное УЗИ женщинам на поздней стадии беременности, относящимся к группе с низкой степенью риска, или же женщинам, у которых группа риска не определена:

- Не несет пользы для матери или плода

Общие обследования, используемые при антенатальном уходе

Пальпация живота

Измерение высоты стояния дна матки

Ультразвуковая биометрия

Биофизические тесты и доплерометрия пупочной артерии для диагностики ЗВУР

Антенатальная кардиотокография (нестрессовый тест)

Биофизический профиль плода

Допплерометрия пупочной артерии

Оценка состояния плода во время родов

Целью наблюдения за плодом во время родов является улучшение исхода родов для плода путем определения гипоксической ацидемии, в тот период, когда процесс полностью обратим, при использовании мер по защите плода и быстрого родоразрешения

В современном акушерстве одной из наиболее важных задач является доклиническая диагностика нарушения состояния плода. Это важно потому, что обнаружение задержки развития плода, недостаточности фетоплацентарной системы в ряде случаев позволяет провести корригирующую терапию, а у некоторых женщин и досрочное родоразрешение, чтобы получить жизнеспособность новорожденного.

Определение состояния плода обычными клиническими методами нельзя считать достоверным, в связи с чем в последние годы разработаны специальные методы антенатальной диагностики состояния плода. Из них основными являются ультразвуковой метод, биохимическое исследование околоплодных вод, электрофизиологические и другие функциональные методы исследования, определение гормонов фетоплацентарной системы.

Гормональная диагностика наиболее удобна и достоверна, так как отражает состояние плода с ранних сроков беременности, позволяет проводить динамическое наблюдение и является достаточно точной. Гормональная диагностика состояния плода стала возможной после выявления тесного взаимодействия комплексной эндокринной системы плацента — плод. Благодаря успехам акушерской эндокринологии установлено, что с ранних сроков беременности формируется и затем функционирует на протяжении всей беременности особая эндокринная система фетоплацентарного комплекса, которая обеспечивает корреляцию сложных адаптационных взаимоотношений организма матери и плода.

Фетоплацентарная система характеризуется выработкой стероидных гормонов (эстрогенов, прогестерона), плацентарного лактогена и эмбрионального альфа-фетопротеина. Эти гормоны синтезируются фетоплацентарным комплексом, поступают в амниотическую жидкость и в кровь матери, метаболизируются и выводятся почками и кишечником. Каждый гормон фетоплацентарного комплекса, имеет собственный биосинтез и метаболизм, в связи с чем отражает различные функциональные стороны общей системы, знание которых необходимо для правильной интерпретации происходящих процессов, для диагностики нарушений функции плаценты и состояния плода.

В организме беременной эстрогены синтезируются в основном гормональным комплексом плацента — плод из метаболитов холестерина матери.

При нормальной развивающейся беременности продукция эстриола и эстрадиола повышается в соответствии с увеличением срока беременности и ростом плода. Возрастающая концентрация эстрогенов обеспечивает рост и развитие матки, регуляцию биохимических процессов в миометрии, увеличение активности ферментных систем, повышение энергетического обмена, накопление гликогена и АТФ, необходимых для развития плода.

Наибольшее практическое значение приобрело определение эстриола как метода мониторингового наблюдения за состоянием плода в течение беременности. При осложненном течении беременности снижение уровня эстриола служит ранним диагностическим признаком нарушения развития плода.

Плацентарный лактоген (ПЛ) представляет собой полипептидный гормон, обладающий лактотропной, соматотропной и лютеотропной активностью. Вырабатывается гормон синцитиотрофобластом плаценты, 90% гормона поступает в кровь беременной, 10%—в амниотическую жидкость к плоду. Плацентарный лактоген регулирует метаболические процессы в организме матери, направленные на обеспечение роста и развития плода. Определяется ПЛ в крови беременной с 5—6 нед, затем его продукция увеличивается, концентрация в крови возрастает, максимальный уровень достигается к 36—37 нед беременности, после чего его содержание стабилизируется до 39 нед и падает с 40—41-й недели.

Колебания индивидуальных показателей ПЛ составляют 30 % от средних значений, они обусловлены индивидуальными размерами плаценты и массы плода.

Альфа-фетопротеин (АФП) представляет собой гликопротеин, синтезирующийся в желточном мешке и печени плода. В ранние сроки беременности АФП, как эмбриональный белок, составляет около 30 % белков плазмы крови плода. Синтез АФП у плода начинается с 6 нед беременности, максимальный уровень в крови плода достигается в 14 нед, затем он постепенно снижается. Из организма плода АФП попадает в амниотическую жидкость и кровь беременной.

. Содержание АФП в крови беременной начинает нарастать с 10 нед беременности, максимальная концентрация определяется в 32—34 нед, после чего содержание его снижается (табл. 1).

Показатели фетоплацентарной системы у здоровых беременных [Ларичева И. П., 1983]

Срок беременности,	ПЛ, мг/л	Эстриол, нмоль/л	Прогестерон, нмоль/л	АФП, мкг/л
25—26	3,78±2,51	301,89±87,27	348,85±81,66	158,3±53,62
27—28	4,05±2,18	387,95±97,39	378,74±101,19	164,5±36,72
29—30	4,92±2,88	497,85±222,70	456,33±93,33	185,4±26,82
31—32	5,25±1,35	844,25±234,50	550,78±128,31	210,2±90,37
	6,29±1,82	930,3±124,40	615,65±81,98	264,8±85,82
33—34	6,82±1,29	912,96±332,60	647,77±204,25	184,3±63,51
35—36	7,24±1,83	1106,93±108,54	682,11±259,23	98,6±12,39
37—38	7,37±1,68	1044,47±312,72	822,98±115,53	104,6±49,25
39—40	6,93±1,70	119,42±421,67	505,03±10,97	93,6±41,28
41—42				

Изучение эндокринной функции фетоплацентарного комплекса позволяет существенно улучшить диагностику состояния плода в различные сроки беременности, проводить антенатальную терапию или досрочное родоразрешение в интересах новорожденного.

ПЛАЦЕНТАРНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Антенатальная охрана плода имеет прямое отношение к снижению перинатальной заболеваемости и смертности.

Для правильного построения работ по диагностике и терапии нарушений фетоплацентарной 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, переношенной 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, изоантгенная 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.

ДИАГНОСТИКА.

Тщательное наблюдение за увеличением размеров беременной матки позволяет определить задержку развития плода, которая наиболее четко выявляется при ультразвуковой биометрии. Для выявления хронической гипоксии плода применяют кардиотохографию, особенно с функциональными пробами (окситоциновый тест, холодовая проба, исследование на фоне задержки дыхания), ЭКГ и ФКГ плода, амниоскопию.

Совершенно очевидно, что для выявления фетоплацентарной недостаточности, дифференцирования ее причин необходимо комплексное применение различных методов, в том числе гормональных, ультразвукового, кардиотохографии, ЭКГ, ФКГ, амниоскопии.

Сопоставляя признаки задержки развития и гипоксии плода, акушер-гинеколог вырабатывает рациональную тактику ведения беременности, а при необходимости решает вопрос о досрочном родоразрешении.

Диагностика фетоплацентарной недостаточности должна быть произведена в виде скрининга всем женщинам группы повышенного риска перинатальной смертности. По рекомендациям И. П. Ларичевой, в II триместре беременности целесообразно определять содержание прогестерона радиоиммунологическим методом, биохимически можно определять содержание прегнандиола, ориентировочно помогает в диагностике кольпоцитология. Во III и IV триместрах скрининговым методом является определение плацентарного лактогена (при отсутствии такой возможности можно определять эстриол, прогестерон, альфа-фетопротеин и хорионический гонадотропин).

При обнаружении отклонений следует использовать комплекс исследований; для уточнения состояния функции плаценты наиболее показательны плацентарный лактоген и прогестерон, для состояния плода — эстриол и альфа-фетопротеин. Следует не забывать о биохимических показателях функции плаценты (уровень термостабильной щелочной фосфатазы) и состоянии плода (кардиотохографии, ЭКГ, ФКГ, особенно с функциональными пробами). Ультразвуковое сканирование многое может дать для определения состояния плода и плаценты (ультразвуковая биометрия, выявление некоторых пороков развития плода, особенности его дыхательных движений, расположения, размеров плаценты и др.).

Для выявления плацентарной недостаточности особенно информативны гормональные тесты. Снижение на 50 % по сравнению с нормой даже одного из указанных выше гормонов требует соответствующего лечения. Низкий уровень гормона при повторном исследовании или одновременное снижение на 50 % двух-трех показателей требует досрочного или форсированного родоразрешения при доношенной беременности. Снижение концентрации гормонов на 70—80 % при одновременном повышении уровня альфа-фетопротеина свидетельствует о тяжелом состоянии плода или антенатальном гибели его.

О гормональной функции трофобласта в ранние сроки беременности судят по экскреции хорионического гонадотропина (ХГ) с мочой, определяемого иммунологическим методом, основанным на реакции торможения гемагглютинации. ХГ имеет продолжительный период полураспада, равный 20—36 ч, в связи с чем уровень его в крови может оставаться повышенным еще долгое время после отторжения плодного яйца. Поэтому лучше определять ХГ в динамике в сочетании с ультразвуковым сканированием.

Определение плацентарного лактогена (ПЛ) в сыворотке крови является одним из наиболее важных и информативных методов определения функции плаценты и состояния плода. Суточные колебания гормона незначительны, а период его нахождения в сыворотке составляет 15—30 мин. Следовательно, определение ПЛ отражает состояние фетоплацентарной системы наиболее точно.

Критическая концентрация ПЛ в сыворотке крови при сроках беременности более 30 нед, свидетельствующая об ухудшении состояния плода, составляет 4 мкг/мл и менее [Спелласй эт ал., 1979]. При плацентарной недостаточности содержание ПЛ в сыворотке крови снижается на 50 %, при гипоксии плода его концентрация падает почти в 3 раза. При плацентарной недостаточности, клинически проявляющейся отставанием развития плода, уровень ПЛ в крови снижается на 2 мкг/мл и более по отношению к соответствующему сроку беременности.

Определение содержания прогестерона в крови существенно дополняет сведения, получаемые при исследовании ПЛ. В большей степени уровень прогестерона отражает состояние плаценты [Ларичева И. П., 1982]. Он снижается при органических изменениях плаценты, а также при поражении тканей надпочечников и печени плода.

Определение прегнандиола в моче беременной существенно уступает в диагностическом отношении определению прогестерона, так как снижение его уровня наступает значительно позже гибели плода.

Согласно современным воззрениям, под фетоплацентарной недостаточностью понимают синдром, обусловленный морфофункциональными изменениями в плаценте и представляющий собой результат сложной реакции плода и плаценты на различные патологические состояния материнского организма. При этом наблюдается комплекс нарушений транспортной, трофической, эндокринной и метаболической функций плаценты, лежащих в основе патологии плода и новорожденного.

Синдром имеет четкую клиническую и лабораторную симптоматику, включающую замедленное увеличение размеров матки, не соответствующее сроку беременности, внутриутробную гипотрофию плода, нарушение его функциональной активности, возможную гипоксию, повышение перинатальной заболеваемости и смертности.

Причинами патологии плаценты могут быть нарушения ее формирования и созревания у женщин с патологией эндометрия, яичниково-гипофизарными и надпочечниковыми нарушениями, с предшествующими абортами и привычным невынашиванием, с хроническими инфекциями и сосудистыми расстройствами. В возникновении плацентарной недостаточности большое место занимают осложнения беременности (преэклампсия, угроза прерывания беременности, перенашивание, изосерологическая несовместимость крови матери и плода, генитальный инфантилизм, многоплодная беременность) и экстрагенитальная патология (дисфункция коры надпочечников, гипертоническая болезнь, хронический пиелонефрит, гломерулонефрит, сахарный диабет, тиреотоксикоз, сердечно-сосудистые и гематологические заболевания матери и др.). М. Ф. Федорова (1986) выделяет следующие виды плацентарной недостаточности (по клинико-морфологическим признакам):

а) **первичная (ранняя) недостаточность** (до 16 нед) возникает при формировании плаценты в период имплантации, раннего эмбриогенеза и плацентации под влиянием генетических, эндокринных, инфекционных и других факторов. Большое значение в развитии первичной недостаточности играет ферментативная недостаточность децидуальной ткани (при дисфункции яичников, анатомических нарушениях строения, расположения, прикрепления плаценты, а также дефектах васкуляризации и нарушениях созревания хориона). Первичная недостаточность способствует развитию врожденных пороков плода неразвивающейся беременности. Клинически она проявляется картиной угрожающего прерывания беременности или самопроизвольного аборта в ранние сроки. В отдельных случаях первичная плацентарная недостаточность переходит во вторичную;

б) **вторичная (поздняя) плацентарная недостаточность**, как правило, возникает на фоне уже сформировавшейся плаценты после 16 нед беременности под влиянием исходящих от матери факторов.

Плацентарная недостаточность бывает по клиническому течению:

а) **острая**, — т. е. быстро протекающее нарушение децидуальной перфузии и маточно-плацентарного кровообращения. Проявлением острой плацентарной

недостаточности являются обширные инфаркты, преждевременная отслойка плаценты. В результате могут быстро наступить гибель плода и прерывание беременности;

б) **хроническая** — более частая патология, наблюдающаяся приблизительно у каждой третьей беременной группы высокого риска. Она может возникать рано, уже во III триместре беременности, и протекать длительно.

К хронической плацентарной недостаточности (в зависимости от состояния компенсаторно-приспособительных реакций) относятся:

а) **относительная** — при сохранности компенсаторных реакций в плаценте. Поддержание жизнедеятельности плода обусловлено компенсаторными реакциями, действующими на тканевом (увеличение числа резорбционных ворсин, капилляров терминальных ворсин, функционирующих синцитиальных узелков), клеточном и субклеточном уровнях синцитиотрофобласта. Определенное значение принадлежит нарушениям созревания плаценты и иммунным расстройствам;

б) **абсолютная** — наиболее тяжелая форма хронической плацентарной недостаточности; развивается на фоне нарушения созревания хориона при повреждениях плаценты инволюционно-дистрофического, циркуляторного и воспалительного характера в случае отсутствия компенсаторно-приспособительных реакций хориона на тканевом уровне.

В развитии плацентарной недостаточности основными и нередко первоначальными являются гемодинамические микроциркуляторные нарушения. Изменения плацентарного кровотока, как правило, являются сочетанными. К ним относятся:

- 1) снижение перфузионного давления матки, проявляющееся либо уменьшением притока крови к плаценте в результате системной гипотонии у матери (гипотония беременных, синдром сдавления нижней полой вены, локальный спазм маточных сосудов на фоне гипертензивно-го синдрома), либо затруднением венозного оттока (длительные сокращения матки или ее повышенный тонус, отечный синдром);
- 2) инфаркты, отслойка части плаценты, ее отек;
- 3) нарушения капиллярного кровотока в ворсинах хориона (нарушение созревания ворсин, внутриутробное инфицирование, тератогенные факторы);
- 4) изменения реологических и коагуляционных свойств крови матери и плода.

Как правило, первично нарушается трофическая функция плаценты и лишь позднее меняется газообмен на уровне плацентарного барьера.

Основными клиническими проявлениями хронической плацентарной недостаточности являются задержка развития плода (гипотрофия) или его внутриутробная гипоксия.

Различают: а) **симметричную гипотрофию плода** (по гармоническому типу); при ней наблюдается пропорциональное отставание массы тела и длины плода; б) **асимметричную гипотрофию** (по дисгармоническому типу); наблюдается отставание массы тела при нормальной длине плода. При этом возможно неравномерное развитие отдельных органов и систем плода. Отмечается отставание в развитии живота и грудной клетки при нормальных размерах головки, замедление роста которой происходит позднее. Это обусловлено гемодинамическими адаптационными реакциями в организме плода, предупреждающими нарушения темпа роста головного мозга. Асимметричная гипотрофия

несет в себе угрозу рождения ребенка с неполноценным развитием ЦНС, менее способного к реабилитации.

В условиях плацентарной недостаточности при различной патологии беременности могут наблюдаться оба типа гипотрофии. Однако более частым является дисгармонический тип. При этом может выявляться ранняя или поздняя гипотрофия, а также временное замедление роста плода, которое частично или полностью компенсируется при значительном улучшении состояния матери и плаценты.

Наиболее информативными в определении функции плаценты являются: а) одновременное определение и сопоставление уровней нескольких гормонов; б) изучение маточно-плацентарного кровообращения с помощью динамической сцинтиграфии плаценты; в) определение в крови активности ферментов—окситоциназы и термостабильной щелочной фосфатазы; г) ультразвуковое сканирование (локализация плаценты, ее структура и величина).

Лабораторная диагностика фетоплацентарной недостаточности, основанная на определении уровня гормонов, имеет свои характерные признаки, которые опережают клинические проявления недостаточности плаценты на 2—3 нед [Ларичева И. П., 1983].

Плацентарная недостаточность в ранние сроки беременности в основном зависит от недостаточной гормональной активности желтого тела, сопровождается низким уровнем прогестерона и хорионического гонадотропина. Позже, во III и IV триместрах беременности, фетоплацентарная недостаточность сопровождается нарушениями в плаценте — малыми размерами, появлением некрозов. В последующем возникает задержка развития плода, в ряде случаев недостаточность плаценты ведет к антенатальной гибели плода или создает условия для интранатальной смерти резко ослабленного плода.

Ранним доклиническим признаком недостаточности плаценты является снижение синтеза всех гормонов фетоплацентарной системы (эстриола, прогестерона, плацентарного лактогена). Поэтому оптимальным условием для раннего выявления фетоплацентарной недостаточности является динамическое определение гормонов с ранних сроков беременности и до рождения ребенка. Наиболее полную информацию о состоянии плода можно получить при комплексном определении нескольких гормонов. При этом следует учитывать, как указывалось выше, что функцию хориона и плаценты характеризуют в основном уровень прогестерона и плацентарного лактогена, а состояние плода отражает концентрация эстриола и альфа-фетопротеина. Комплексное определение указанных двух групп гормонов позволяет установить последовательность нарушения функции плаценты или плода, а также оценить степень тяжести фетоплацентарной недостаточности.

Так, при первичной плацентарной недостаточности снижение уровня плацентарного лактогена предшествует изменению содержания эстриола. В случае первичного внутриутробного заболевания плода или аномалии его развития снижения концентрации эстриола происходит раньше, чем изменяется концентрация плацентарного лактогена.

С целью выявления фетоплацентарной недостаточности всем беременным группы перинатального риска следует проводить скрининговое определение одного из гормонов. В II триместре беременности определяют содержание прогестерона, во III и IV триместрах наиболее целесообразно определять уровень ПЛ.

После выявления нарушений гормональной функции по скрининг-тесту объем исследований должен быть расширен путем комплексного исследования дополнительных показателей, характеризующих функцию плаценты и состояние плода. Если для скринингового исследования было использовано определение ПЛ, то его необходимо дополнить определением эстриола и наоборот. Оптимальным является определение всех четырех показателей (плацентарный лактоген, прогестерон, эстриол и альфа-фетопротеин).

Клиническая значимость определения ПЛ в сыворотке крови беременных обусловлена тем, что его концентрация ниже 4 мкг/мл свидетельствует о нарушении функции плаценты при патологически протекающей беременности и является прогностическим признаком угрозы для состояния плода. При угрожающем выкидыше падение концентрации ПЛ является наиболее ранним диагностическим показателем неблагоприятного исхода беременности. В случае внутриутробной гибели плода концентрация ПЛ падает значительно раньше, чем регистрируется прекращение сердцебиения плода. Диагностическое исследование ПЛ позволяет контролировать функцию плаценты на протяжении всей беременности и диагностировать плацентарную недостаточность, что является одним из решающих факторов для изменения плана ведения беременности и способа родоразрешения. Падение ПЛ на 50 % и ниже среднего уровня свидетельствует о критическом снижении функции плаценты и нарушении состояния плода. При падении ПЛ на 80 % происходит антенатальная гибель плода. Диагностическое значение имеет сопоставление концентрации плацентарного лактогена в крови и околоплодных водах. Отношение концентрации гормона в крови к его уровню в водах в норме составляет от 9:1 до 14:1. При умеренной плацентарной недостаточности оно снижается до 6:1, при тяжелой — менее 6:1.

Во второй половине беременности содержание прогестерона является показателем гормональной функции плаценты. При плацентарной недостаточности в зависимости от ее тяжести концентрация прогестерона падает на 30—80%. С другой стороны, при ряде осложнений беременности, когда происходит патологическое увеличение массы плаценты, продукция прогестерона повышается. Так, высокий уровень прогестерона наблюдается у беременных с резус-сенсibilизацией, при тяжелых формах диабета, а также при почечной недостаточности, когда нарушено выведение гормона из крови. В этих случаях повышенная концентрация прогестерона свидетельствует о неблагоприятном прогнозе течения беременности.

Для диагностики плацентарной недостаточности определяется эстриоловый индекс (соотношение количества гормона в плазме крови и моче). По мере прогрессирования недостаточности величина индекса снижается.

Одной из самых частых причин низкого содержания эстриола в крови беременных является задержка роста плода. Резкое снижение эстриола (менее 2 мг/сут) наблюдается при анэнцефалии плода, гипоплазии его надпочечников, синдроме Дауна, внутриутробной инфекции (токсоплазмоз, краснуха, цитомегалия). Высокий уровень эстриола наблюдается при многоплодной беременности или при крупном плоде. Кроме состояния плода, имеется ряд экзогенных и эндогенных факторов, оказывающих воздействие на биосинтез, метаболизм и экскрецию эстриола. Так, лечение беременной кортикостероидами вызывает временное подавление функции надпочечников плода, что ведет к снижению уровня эстриола. Изменение функции почек у беременной приводит к снижению клиренса эстриола, в результате чего содержание гормона в моче снижается, уровень его в крови повышается неадекватно состоянию плода. В более редких случаях возникают врожденные ферментные дефекты плаценты, которые могут быть причиной крайне низких значений эстриола, в то время как состояние плода не будет нарушено.

Аналогичные закономерности наблюдаются при определении содержания эстриола в крови у беременных.

В первой половине беременности на обмен альфа-фетопротеина (АФП) чаще всего влияют аномалии развития плода, которые ведут к повышению его концентрации в околоплодных водах и сыворотке крови беременной. В результате аномалии развития почек плода увеличивается прямой переход АФП в околоплодные воды.

Во второй половине беременности содержание АФП в околоплодных водах и сыворотке крови беременной позволяет оценивать функциональное состояние плода. Снижение уровня АФП наблюдается при задержке роста плода за счет нарушения продукции его печенью. Однако если наступает антенатальная гибель плода, то уровень АФП в крови беременной резко повышается, что происходит за счет увеличения проницаемости плацентарного барьера и освобождения большого количества эмбрионального белка мертвого плода. Повышенный уровень АФП в конце беременности является неблагоприятным прогностическим признаком, указывающим на функциональную незрелость плода.

Фетоплацентарная недостаточность при перенашивании. Уровень плацентарного лактогена при переносимой беременности в 41—42 нед снижается по сравнению с таковым в 39—40 нед на 1 —1,5 мг/л, что отражает процесс «старения» плаценты. Нарушение ее функции в этот период представляет угрозу для плода и нередко является причиной его гибели. Мониторное наблюдение за уровнем плацентарного лактогена выявляет степень нарушения функции плаценты в этот период, на основании чего можно судить о длительности перенашивания в каждом конкретном случае. Средний уровень плацентарного лактогена, по данным И. П. Ларичевой (1983), в 42—43 нед составляет 5,1 мг/л. В отдельных случаях отмечается значительное снижение функции плаценты с падением содержания плацентарного лактогена до 2,4—4,4 мг/л. Критическое падение уровня гормона является сигналом для немедленного родоразрешения.

Фетоплацентарная недостаточность при диабете. У беременных с сахарным диабетом средний уровень плацентарного лактогена превышает таковой у здоровых беременных и составляет 7,75 мг/л. При тяжелых формах диабета он значительно выше и достигает 12 мг/л. В то же время среднее содержание эстрогенов при диабете снижено. Так, уровень эстриола составляет 596,40 нмоль/л. Уровень АФП превышает таковой в контрольной группе в 2-2,5 раза.

Повышенный уровень плацентарного лактогена соответствует увеличенной массе плаценты и плода при диабете. Снижение концентрации эстриола обусловлено нарушением его биосинтеза в организме функционально неполноценного плода, а повышение уровня АФП — функциональной незрелостью плода.

Фетоплацентарная недостаточность при резус-сенсibilизации. При серологической несовместимости матери и плода без явлений изо-сенсibilизации или при незначительной ее степени уровень гормонов фетоплацентарной системы определяется общими закономерностями. При тяжелых формах сенсibilизации развивается дисфункция фетоплацентарной системы и уровень плацентарного лактогена возрастает

в 1,5—2 раза в соответствии с патологическим увеличением массы плаценты. Высокий уровень ПЛ является неблагоприятным прогностическим признаком. Повышение содержания этого гормона до 5,1 — 6,0 мг/л в 23—25 нед беременности и до 11,0—12,2 мг/л в 29—30 нед сопровождается развитием тяжелой отечной формы гемолитической

болезни и гибелью плода. Уровень эстриола снижается в соответствии с нарушением состояния плода.

Фетоплацентарная недостаточность при заболеваниях почек. У больных с хроническим пиелонефритом функциональное состояние фетоплацентарной системы зависит от формы и тяжести заболевания. При пиелонефрите средней тяжести без гипертензии и без почечной недостаточности состояние фетоплацентарной системы не отличается от нормы.

У больных с хроническим пиелонефритом, осложненным гипертензией или почечной недостаточностью, наблюдается дисфункция фето-плацентарной системы, при которой концентрация гормонов в крови беременной повышена на 50—100%, а масса плода значительно снижена. Высокая концентрация гормонов в крови у беременных с почечной недостаточностью обусловлена нарушением их клиренса, вследствие снижения выделительной функции почек. При тяжелых формах хронического пиелонефрита с почечной недостаточностью повышенный уровень гормонов фетоплацентарной системы следует оценивать как неблагоприятный диагностический признак. У беременных с хроническим гломерулонефритом синдром фетоплацентарной недостаточности встречается особенно часто. Первоначально нарушается функция плаценты и снижается уровень плацентарного лактогена и прогестерона, затем развиваются функциональные нарушения у плода, которые отражаются снижением уровня эстриола.

Фетоплацентарная недостаточность при преэклампсии. Беременные с преэклампсией относятся к группе самого высокого риска развития синдрома фетоплацентарной недостаточности. Наблюдается прямая зависимость между нарушением синтеза гормонов и степенью тяжести гестоза и его длительностью. Так, по данным И. П. Ларичевой (1983), при легкой форме преэклампсии гормональные признаки плацентарной недостаточности отмечаются крайне редко; средний уровень плацентарного лактогена не отличается от такового у здоровых беременных женщин (7,37 мг/л). При тяжелой форме преэклампсии среднее содержание этого гормона составляет 5,6—4,74 мг/л, что свидетельствует о выраженной плацентарной недостаточности.

Комплексное изучение фетоплацентарной системы у беременных с тяжелой формой преэклампсии показало, что при хронической плацентарной недостаточности снижается уровень и других гормонов, в частности эстриола и прогестерона. Уровень альфа-фетопротеина несколько повышен, что объясняется метаболической и функциональной незрелостью плода.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ ПЛАЦЕНТАРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Основными направлениями в лечении недостаточности плаценты являются: 1) устранение или уменьшение перфузионной недостаточности; 2) устранение или уменьшение диффузионной недостаточности; 3) улучшение метаболической (недыхательной) функции плаценты; 4) воздействие на организм плода, минуя плаценту и используя параплацентарный путь обмена.

Применяемые методы и отдельные средства воздействуют одновременно на несколько функций плаценты. Улучшение маточно-плацентарной перфузии, безусловно, улучшает и транспорт питательных веществ и газообмен плода, является важным фактором нормализации синтеза гормонов. Коррекция метаболических изменений приводит к улучшению газообмена и нормализации других функций плаценты, что в свою очередь улучшает ее гемодинамику.

Однако основным звеном в нормализации функции плаценты все же является улучшение маточно-плацентарной перфузии, что достигается применением комплекса

сосудорасширяющих средств и методов либо препаратов, расслабляющих матку, в сочетании с мероприятиями, направленными на нормализацию микроциркуляции и реологических свойств крови (управляемая гемодилюция).

В частности, физические методы воздействия (электрорелаксация матки, электрофорез магния, назначение тепловых процедур на околопочечную область) рефлекторно расслабляют миометрий и приводят к расширению сосудов.

Абдоминальная декомпрессия снимает излишнюю работу мускулатуры матки по преодолению тонуса мышц брюшного пресса, что приводит к усилению интенсивности кровотока в матке и к улучшению плацентарной перфузии. Помимо этого, достигается усиление синтеза эстриола и повышение транспортной функции плаценты. Гипербарическую оксигенацию применяют для улучшения функции плаценты и состояния плода, особенно у беременных с пороками сердца. Она обеспечивает сохранение активности дыхательных ферментов, способствует нормализации углеводного обмена. Из сосудорасширяющих средств (табл. 2) применяют эуфиллин или теофиллин, которые могут быть введены внутривенно струйно или капельно. Для этих же целей используют ксантинола никотинат (син.: компламин, теоникол). Следует отметить возможность повышенной чувствительности беременных к препарату, что требует подбора индивидуальных доз. Значительное улучшение маточно-плацентарного кровообращения оказывает вазоактивный препарат пентоксифиллин (син.: трентал). Он обладает сосудорасширяющим действием, снижает периферическое сопротивление сосудов, усиливает коллатеральное кровообращение. Препарат улучшает реологические свойства крови и микроциркуляцию, может быть применен в условиях стационара и женской консультации.

В стационаре лечение тренталом следует начинать с внутривенного введения с последующим переходом только на оральное применение. Длительность терапии в зависимости от эффекта составляет от 4 до 6 нед. Начальная скорость введения 8—10 кап/мин с постепенным ее увеличением до 20—25 кап/мин зависит от самочувствия женщины. Для пролонгирования эффекта за 20—30 мин до окончания внутривенного введения больной принимает 1 таблетку трентала, прием которого повторяют через 6—8 ч до 3 раз в день (после еды). Ввиду значительного сосудорасширяющего действия возможно уменьшение кровоснабжения ряда органов, в том числе и матки (синдром «обкрадывания»), для предотвращения которого трентал следует принимать через 30 мин после так называемой жидкостной нагрузки (предварительного введения жидкости, лучше реополиглюкина) и предварительного внутривенного введения 1 мл 0,06 % раствора коргликона.

Малые дозы препаратов токолитического действия (бета – миметические средства), не вызывая гипотензивного синдрома, снижает сопротивление сосудов на уровне артериол и приводят к значительному усилению маточно-плацентарного кровотока и кровоснабжения у матери.

Препараты, используемые для лечения плацентарной недостаточности (деление по механизму их действия условно)

Наименование препарата	Доза разовая	Способ применения	Кратность применения	Длительность лечения
II. Вазоактивные препараты				

Эуфиллин	10 мл 2.4% раствора	Внутривенно струйно	1	10 дней
То же	10 мл 2,4 % раствора	Внутривенно капельно в растворе глюкозы	1	1 день
Теофиллин	0,200 г	То же	1	1 день
Компламин	0.15	Внутрь	3	14 дней
То же	2 мл 15% раствора	Внутримы- Шечно	1-2	14 дней
Трентал	0.100г	Внутрь	3	4-6 недель
То же	0.100г	Внутривенно капельно в 500 мл 10% раствора глю козы или рео полиглюкина	1	7-14 дней

III .Препараты токолитического действия (бета-миметические средства)

Партусистен	0.5 мг	Внутривенно капельно в 500 мл 10% раствора глю козы	1	6-10 дней
То же	0.5мг	Внутримы Шечно	3-4	6-10дней
То же	0.5 мг	Внутрь	3-4	6-10 дней
Ритодрин	25 мг	Внутривенно капельно в 250 мл 5%	1	6-10 дней

		раствора глюкозы		
То же	10 мг	Внутримышечно	1-2	6-10 дней

IIII. Средства, влияющие на реологические свойства крови

Реополиглюк Ин	500 мл 10 % раствора 500 ЕД	Внутривенно	1	Внутривенно
Гепарин	500 ЕД	Внутривенно капельно с реополиглюкином	1 с переходом на внутримышечное введение	6-14 дней под контролем анализа крови
Курантил	0.025 г	Внутрь	4	До 4 нед

Актовегин	2,0мл	Внутривенно капельно с глюкозой	1-2 раза	2 недели

ИВ. Средства, улучшающие газообмен и метаболизм

Кислородно-воздушная смесь	50-60 %	Ингаляция	1-2	10 дней
Глюкоза	1.5 мл 10 % раствора	Внутривенно капельно с инсулином	1	10 дней
Инсулин	1 ЕД на 4 г сухого вещества	Внутривенно внутримышечно	1	10 дней

Кокарбокси лаза	100 мг	Внутривенно капельно или струйно с глюкозой	1	10-12 дней
То же	100мг	Внутримы шечно	1	10-12 дней
Глутамино Вая кислота	0.5-1.0 г	Внутрь	3	10-12 дней
Метионин	0.5-1.5 г	Внутрь	3-4	10-12 дней повторными курсами
Токоферола оротат (вита мин Е)	100-150 мг	Внутримышечн о	1	7-10 дней
Токоферола ацетат	0.2г 50 % ра створа	Внутрь	3	10-14 дней
Аскорбино Вая кислота	0.3-0.5 г	Внутрь	3	10-14 дней
То же	1мг 5 % ра створа	Внутривенно струйно или капельно с глюкозой	1	10-14 дней
Витамин В12	1мл 0.01 % раствора	Внутримы шечно	через день	10-14 дней
Фенюлс	1 капсула	Внутрь	2	14 дней
Конферон	1 капсула	Внутрь	3	10-14 дней
Ферроцерон	0.3 г	Внутрь	3 после еды	20-30 дней
Тардиферон	0.1г	Внутрь	2	20-30 дней

В . Анаболические препараты

Оротат калия	0.5 г	Внутрь (за 1 ч до еды)	3	20-40 дней с повторными курсами
Рибоксин (инозин)	0.2-0.4г	Внутрь	3	4-6 нед

ВИ. Кардиотонические средства

Коргликон	1мл 0.06 % раствора	Внутривенно с изотоническим раствором хлорида натрия	1	10-14 дней
Изоланид	0.00025г	Внутрь	1-2	10-14 дней

ВИИ. Бета –блокаторы

Верапамил (изоптин, финоптин)	20-40 мг	Внутрь	Вместе с токолитиками	До 4-6 нед

При этом происходит перераспределение крови в организме матери и может наступить уменьшение оксигенации плода. Поэтому применение данных препаратов следует сочетать с кардиотоническими средствами и методом гемодилюции. Для усиления маточно-плацентарного кровообращения можно сочетать введение малых доз бета-миметических средств с сибигином. Применение токолитических средств требует тщательного врачебного контроля, поскольку, особенно в начале лечения, могут наблюдаться некоторые нежелательные эффекты: нарушения деятельности сердечно-сосудистой системы в виде тахикардии, гипотонии; тремор пальцев рук, озноб, тошнота и рвота, головная боль, некоторая возбудимость. Индивидуальный подбор дозы препаратов и скорости их введения предупреждают эти побочные явления. Одновременное применение папаверина и подобных соединений, а также альфа-блокаторов уменьшает побочные явления со стороны сердечно-сосудистой системы. Одним из условий проведения токолиза является положение женщины на боку. До начала введения препарата в течение 30 мин следует ввести один из растворов (глюкоза, реополиглюкин,

лучше реополиглюкин) и кардиотонические средства (корглюкон, изо-ланид). Одновременно вместе с началом приема бета-миметических средств внутрь назначают 1 таблетку верапамила (син.: изоптин, финоптин).

Применение бета-миметических средств должно сопровождаться тщательным обследованием матери и плода и наблюдением за их состоянием. Следует учитывать, что под влиянием этих средств повышается содержание глюкозы в крови с последующим быстрым снижением его до исходного уровня; в организме матери увеличивается количество кислых продуктов обмена, при этом снижается уровень натрия и калия в плазме. Поэтому сочетать прием бета-миметических средств с приемом диуретических средств и дигиталиса не рекомендуется.

Противопоказаниями к применению бета-миметиков являются кровотечения во время беременности, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, тиреотоксикоз и нарушения свертывающей системы крови.

Большая роль в нарушении гемодинамики плаценты принадлежит реокоагуляционным расстройствам. Для их коррекции проводится инфузия низкомолекулярных декстранов (реополиглюкин). Под влиянием инфузии реополиглюкина в конце беременности кровоток в различных органах меняется неоднозначно: он значительно увеличивается в плаценте, несколько меньше — в мозге и сердечной мышце. Лучший результат отмечается при сочетанном введении реополиглюкина и гепарина. Важным свойством гепарина является его способность расширять кровеносные сосуды, особенно при гипертензивном синдроме. Это в значительной мере относится и к сосудам плаценты. При лечении плацентарной недостаточности гепарин используют для улучшения микроциркуляции и для предотвращения избыточного отложения фибрина. Он не проходит через плаценту и не оказывает повреждающего влияния на плод. Лечение следует проводить под контролем реологических и коагуляционных свойств крови в комплексе с другой терапией.

Развитию сосудистого ложа миометрия и плаценты, облегчению микроциркуляции способствует также длительное подкожное применение гепарина в сочетании с оральным применением средств, обладающих свойствами антиагрегантов (трентал, теоникол, курантил или дипиридамола). Однако лечение проводят только по строгим показаниям во III—IV триместре, его длительность от 10 дней до 7 нед. Используемые дозировки гепарина (15000—20000 ЕД в сутки) относительно безопасны в отношении геморрагических осложнений, но, несмотря на это, требуют регулярного гемостазиологического контроля не реже 2 раз в неделю. За 2—3 сут перед родоразрешением гепарин следует постепенно отменить и провести гемостазиологический контроль. Имевшиеся признаки относительной гипокоагуляции за это время исчезают, и кровопотеря в родах или при кесаревом сечении не превышает физиологическую. У новорожденных геморрагические осложнения также отсутствуют.

Показаниями к гепаринотерапии при хронической плацентарной недостаточности являются выраженные признаки структурной и хронометрической гиперкоагуляции, гиперфибриногенемия, хроническая форма синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания. Противопоказанием к применению гепарина являются непереносимость, признаки передозировки, исходная гипокоагуляция, наличие опухолей, гемангиом, отсутствие гемостазиологического эффекта, опасные развитием кровотечения болезни крови. Длительная гепаринотерапия в сочетании с антиагрегантами должна иметь серьезное обоснование, проводиться в оптимальном режиме и подвергаться тщательному гемостазиологическому контролю в условиях специализированного акушерского стационара.

Для улучшения маточно-плацентарного кровотока применяют актовегин, дипиридамо́л (син: курантил), который, принимая через плаценту, оказывает положительное влияние и на плод. Важной особенностью препарата является его тормозящее влияние на агрегацию эритроцитов и тромбоцитов. Для улучшения маточно-плацентарного кровообращения используют сигетин (суточная доза 0,100—0,200 г внутрь); при этом следует учитывать кратковременность его действия. Препарат можно вводить в сочетании с партусистеном и гепарином, усиливая их терапевтический эффект.

В комплексную терапию плацентарной недостаточности следует включать средства, улучшающие газообмен и метаболизм в плаценте. К ним относится применение оксигенотерапии, энергетических смесей, аминокислот, витаминов и препаратов железа в сочетании с нестероидными анаболическими веществами. При этом следует отметить, что глюкоза является основным энергетическим продуктом, утилизируемым при экстремальных состояниях. Однако известно, что при беременности толерантность в глюкозе снижена, поэтому проведение внутривенных капельных вливаний растворов глюкозы требует контроля за содержанием сахара в крови. Защиту углеводного обмена в системе мать — плод осуществляет кокарбоксилаза, которая кроме того, расширяет сосуды маточно-плацентарного комплекса.

Хороший эффект на метаболическую функцию плаценты оказывает оротат калия и рибоксин (син: инозин), которые участвуют в синтезе белковых молекул и являются общими стимуляторами белкового обмена. Все указанные препараты должны применяться в различных сочетаниях и разумных пределах так, чтобы ежедневно беременная женщина принимала минимально необходимое их количество. Длительность терапии плацентарной недостаточности должна составлять не менее 6 нед (в стационаре, с продолжением терапии в условиях женской консультации). В случае выявления этой патологии и проведения соответствующей терапии во III триместре для закрепления эффекта от первого курса следует повторить лечение в сроки 32—34 нед беременности.

Примерные схемы лечения:

И. В условиях стационара:

- 1) лечение основной патологии беременности;
- 2) оксигенотерапия: вдыхание увлажненной кислородно-воздушной смеси в течение 30—60 мин 2 раза в день;
- 3) препараты, влияющие на энергетический обмен: глутаминовая кислота по 1,0 г 3 раза в день или метионин по 0,5 г 3 раза в день;
галаскорбин по 0,5 г 3 раза в день; фолиевая кислота 0,001 по 1 таб. 3 раза в день
железо в виде мальтофера, тардиферона, фенюльса по 1 кап. 2 раза в день;
кокарбоксилаза по 100 мг внутримышечно ежедневно;
- 4) вазоактивные препараты: трентал, партусистен, изадрин или эуфиллин, внутривенно или внутрь (внутривенно с изотоническим раствором хлорида натрия). Внутривенное введение сочетается с 2—3-кратным приемом препарата внутрь (в таблетках). Курс терапии вазоактивными препаратами составляет 4—6 нед, из них в течение 5—7 дней проводят инфузионную терапию, в остальные дни препараты назначают внутрь;

5) реополиглюкин по 400—500 мл 10 % раствора внутривенно капельно 3—4 раза ежедневно или 2—3 раза в неделю (может применяться в качестве жидкостной нагрузки перед введением вазоактивных препаратов);

6) нативная плазма 150 мл внутривенно капельно при низком содержании белка в крови (ниже 60 г/л);

7) при введении больших доз глюкозы ее применяют с инсулином в количестве 1 ЕД на 4 г сухого вещества глюкозы.

III. В условиях женской консультации:

1) диатермия околопочечной области (до 10 сеансов) в чередовании с УФО (10 сеансов);

2) диета, богатая белком (отварное мясо, рыба, творог) и витаминами;

3) внутривенное введение 20 мл 40 % раствора глюкозы 0,5 мл

0,06 % раствора коргликона внутривенно медленно ежедневно или через день (10 инъекций);

4) кокарбоксилаза внутримышечно по 50 мг ежедневно в течение 10—14 дней;

5) эуфиллин по 0,15 г внутрь 2 раза в сутки и по 0,2 г в свечах на ночь в течение 14 дней (или но-шпа, папаверин);

6) трентал по 1 таблетке 3 раза в сутки или изадрин по 0,005 г (под язык) 3 раза в сутки в сочетании с финоптином(изоптином);

7) оротат калия 0,5 г 3 раза в сутки;

8) ферроплекс (конферон) по 1 драже (капсуле) 3 раза в сутки;

9) метионин по 0,5 г 3 раза в сутки;

10) аскорутин по 1 таблетке 3 раза в сутки.

При отсутствии эффекта в течение 2 нед показана госпитализация.

Профилактика плацентарной недостаточности:

1) исключение влияния вредных факторов, особенно в первые дни и недели беременности: а) курение, прием алкоголя и медикаментов без назначения врача; б) до и во время беременности санация очагов инфекции, лечение хронических заболеваний;

2) с наступлением беременности разъяснение роли сбалансированного питания, полноценного и несколько удлиненного сна;

3) выделение и взятие на диспансерный учет беременных группы высокого риска развития плацентарной недостаточности. К ним относятся женщины с длительной угрозой прерывания беременности, гестозом, миомой матки, хроническим пиелонефритом и другими инфекционными заболеваниями (хронический тонзиллит, трахеобронхит), гипертонической болезнью, болезнью Рейно и пороками сердца, сахарным диабетом,

изосерологической несовместимостью крови матери и плода, многорожавшие женщины, имеющие в анамнезе гипотрофию плода или его антенатальную гибель;

4) проведение профилактических мероприятий (см. Лечение в условиях женской консультации, стационаре, п. II, III) трижды в течение беременности у женщин группы высокого риска, особенно в сроки до 12 нед и в 20—22 нед. Женщины этой группы риска должны быть направлены в стационар с целью повышения компенсаторно-приспособительных механизмов организма.

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. ИВ группа — особенности течения данной беременности: токсикозы первой половины; угроза прерывания беременности в I и III 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].

Важное место в диагностике принадлежит ультразвуковому исследованию, которое позволяет проводить динамическую фетометрию, оценивать состояние плаценты, измерять скорость кровотока в артерии пуповины, пупочной вене, аорте и сонной артерии плода.

При фетометрии следует измерять бипариетальный размер головки плода (БПР), средний диаметр живота (ДЖ) и их окружность, длину бедра [Бунин А. Т., Медведев М. В., 1985]. Именно динамическое использование и определение темпов роста этих параметров фетометрии позволяет диагностировать синдром задержки развития плода с уточнением его формы и степени тяжести.

Достоверным признаком задержки роста плода является несоответствие (на 2 нед и более) величины БПР головки плода гестационному сроку, а также нарушение взаимоотношений между размерами головки и живота. Диагностическая ценность различных параметров неодинакова в разные сроки беременности. При раннем нарушении роста плода ведущим диагностическим признаком является уменьшение всех его размеров (симметричная задержка). При поздней задержке развития плода нарушается рост

окружности живота, а не головки плода (асимметричная форма). Комплексная оценка темпов роста плода позволяет проводить раннюю диагностику и объективную оценку эффективности проводимой терапии.

При проведении ультразвукового сканирования необходимо детально исследовать плаценту с определением ее толщины и стадии «зрелости» по классификации, предложенной П. Граннум и др. (1979), рассматривающей последовательные изменения, происходящие в ткани плаценты, базальном слое и хориальной мембране на протяжении III и IV триместров беременности.

Различают четыре стадии «зрелости» плаценты. Для стадии 0 характерна плацента с однородной структурой и ровной хориальной мембраной. Базальный слой не идентифицируется. Такая плацента наблюдается преимущественно во III триместре физиологически протекающей беременности. Стадия I выявляется с IV триместра беременности и характеризуется наличием в ткани плаценты отдельных эхогенных зон, хориальная пластина становится слегка волнистой, базальный слой остается неизменным. С 32—33 нед беременности диагностируется III стадия «зрелости», для которой характерна шероховатость хориальной мембраны, не достигающей базального слоя; в последнем появляются множественные мелкие эхоположительные включения, в плацентарной ткани выявляются равномерно распространенные эхогенные зоны. Стадия IV характерна для доношенной беременности, при ней выявляется наличие шероховатой хориальной мембраны, достигающей базального слоя, плацентарная ткань разделена на эхосвободные множественные зоны и приобретает дольчатое строение, в базальном слое отмечается большое количество сливающихся эхогенных зон.

Исследования показали, что у 64 % беременных с синдромом задержки развития плода наблюдалось преждевременное «созревание» плаценты, частота выявления которого прямо пропорциональна степени тяжести синдрома.

С помощью эхокардиографии было установлено, что при синдроме задержки развития плода снижается сократительная функция миокарда параллельно степени выраженности синдрома. Наиболее выраженные изменения отмечены при симметричной форме синдрома III—IV степени. В среднем скорость циркулярного укорочения волокон миокарда снижена на 31,3%, степень систолического укорочения короткой оси желудочков — на 28,1 %. При изучении насосной функции сердца плода наиболее выраженные изменения наблюдаются при симметричной форме синдрома. Выявленные нарушения насосной и сократительной функций сердца позволили включить в комплекс патогенетической терапии сердечные гликозиды, что дает возможность корректировать гемодинамические изменения при задержке развития плода на ранних этапах ее возникновения.

Для оценки состояния плода и фетоплацентарной системы используют кардиотокографию. При этом прогностически важным является использование нестрессового теста, так как контрактильный окситоциновый тест в условиях плацентарной недостаточности может оказаться небезразличным для плода.

Характерными признаками нарушения состояния плода при синдроме задержки его развития являются снижение амплитуды и низкая частота мгновенных осцилляций, появление выраженных спонтанных децелераций, уменьшение амплитуды и длительности акцелераций.

Ценным методом оценки состояния плода с помощью ультразвукового сканирования в реальном масштабе времени является изучение двигательной активности и характера дыхательных движений. При этом используются следующие показатели:

частота и индекс дыхательных движений, средняя длительность эпизодов дыхательных движений, среднее число дыхательных движений за эпизод. Признаками хронической внутриутробной гипоксии плода являются изменения характера дыхательной активности в виде резкого снижения индекса и частоты дыхательных движений [Сичинава Л. Г. и др., 1985].

Скрининговым тестом оценки состояния плода может быть наблюдение самой беременной в положении лежа на боку за движениями плода в течение 30 мин 4 раза в день. Увеличение или уменьшение числа движений более чем на 50 %, внезапное их исчезновение указывают на нарушенное состояние плода.

Использование эхографии позволяет выявить снижение часовой продукции мочи у плода (норма 20—25 мл/ч), что является признаком нарушения функционального состояния почек и мочевого пузыря.

Нарушение состояния плода и фетоплацентарной системы выявляется путем определения уровня эстриола в крови и экскреции его с мочой, а также путем изучения активности ряда ферментов (термостабильной щелочной фосфатазы, урокиназы и гистидазы).

При синдроме задержки развития плода страдает прежде всего ма-точно-плацентарно-плодовое кровообращение. Данные, полученные при исследовании маточно-плацентарного кровотока с помощью радиоизотопной скинтиграфии, свидетельствуют о его снижении. Использование современной ультразвуковой аппаратуры, основанной на принципе Допплера, позволяет оценивать скорость кровотока в магистральных сосудах плода и пуповины. Изучение кровотока в артерии пуповины показало, что при синдроме задержки развития плода увеличивается систолодиастолический коэффициент (отношение максимальной скорости кровотока в систолу к минимальной в диастолу) за счет снижения его диастолического компонента и составляет более 3. При физиологически протекающей беременности в сроки от 26 до 40 нед постепенно снижается систолодиастолический коэффициент в среднем с 2,84 до 2,18.

Степень увеличения систолодиастолического коэффициента находится в прямой зависимости от степени тяжести синдрома. Прогностически крайне неблагоприятным является отсутствие диастолического компонента кровотока, которое наблюдается еще за 1,5—2 нед до антенатальной гибели плода с симметричной формой синдрома ИИИ степени. Изменения кровотока в магистральных сосудах пуповины являются ранними признаками нарушений плодово-плацентарной гемодинамики [Бунин А. Т. и др., 1986].

Важными мерами профилактики синдрома являются выявление и раннее диспансерное наблюдение за беременными группы высокого риска развития гипотрофии плода. В женской консультации необходимо проводить санацию очагов инфекции, устранять вредные факторы (курение, прием алкоголя, медикаментов без назначений врача и др.), проводить динамическое наблюдение за ростом и развитием плода с использованием ультразвукового исследования, особенно в сроки с 18 до 24 нед, соблюдать общий режим и сбалансированное питание, а также проводить мероприятия, направленные на улучшение функции плаценты.

Профилактическое лечение проводят в женской консультации в течение 12—14 дней, оно включает применение вазоактивных средств (эуфиллин, компламин, трентал и др.), препаратов железа, витаминов (Е, С), нестероидных анаболических гормонов и аминокислот (фолиевая кислота, метионин и др.).

Патогенетическая терапия синдрома задержки развития плода проводится в стационаре и преследует лечение основной патологии беременности или сопутствующих заболеваний, а также лечение плацентарной недостаточности, направленное на расширение сосудов маточно-плацентарного комплекса, расслабление матки, улучшение газообмена и метаболизма плаценты и миометрия.

Следует отметить, что лекарственные средства применяют индивидуально в зависимости от этиологического фактора, патогенетического варианта, степени тяжести и длительности течения синдрома.

Выбор оптимального метода родоразрешения должен основываться на оценке степени и формы синдрома задержки развития плода, выраженности фетоплацентарной недостаточности и гипоксии плода и его адаптационных резервных возможностей. Эффективность терапии подтверждается улучшением темпов роста плода по данным объективного исследования и ультразвуковой фетометрии, показателей кардиотокографии и кровотока в магистральных сосудах плода и пуповины. В этих случаях целесообразно родоразрешение через естественные родовые пути.

При отсутствии эффекта от комплексного патогенетического лечения, нарастании признаков гипоксии плода, что свидетельствует об истощении резервов фетоплацентарной системы, необходимо произвести абдоминальное родоразрешение. Наиболее труден выбор акушерской тактики при недоношенной беременности, так как сочетание синдрома задержки развития плода с недоношенностью прогностически неблагоприятно. В этих случаях требуется наиболее тщательное и комплексное обследование фетоплацентарной системы для прогнозирования жизнеспособности плода.

При синдроме задержки развития необходимо интенсивное ведение родов, включающее мониторинг за состоянием плода, проведение активной терапии, направленной на поддержание достаточного уровня маточно-плацентарного кровотока и метаболических процессов в фетоплацентарной системе, широкое использование спазмолитических и обезболивающих средств. При нарастании признаков фетоплацентарной недостаточности и гипоксии плода в конце беременности и родах (по данным мониторинга наблюдения), особенно при возникновении различных акушерских осложнений, должно быть произведено кесарево сечение. Новорожденные с признаками задержки развития при рождении и в первые дни жизни нуждаются в интенсивном наблюдении и лечении.

ГИПОКСИЯ ПЛОДА

Гипоксия — самый частый фактор, осложняющий внутриутробное развитие плода. Длительная хроническая гипоксия у матери нарушает процессы имплантации и плацентации, что может вести к внутриутробной гибели плода и самопроизвольным выкидышам. Гипоксия плода чаще всего обусловлена плацентарной недостаточностью и внутриутробными нарушениями гемодинамики, возникающими во время родов.

По механизму развития выделяют следующие формы гипоксии плода: 1) артериально-гипоксемическую: а) гипоксическую, являющуюся следствием нарушения доставки кислорода в маточно-плацентарный кровоток, б) трансплацентарную, как результат маточно-плацентарной или фетоплацентарной недостаточности и нарушения газообменной функции плаценты; 2) гемическую: а) анемическую, в том числе гемолитическую и постгеморрагическую, б) гипоксия в результате низкого сродства фетального гемоглобина к кислороду; 3) ишемическую: а) гипоксию низкого сердечного выброса при аномалиях развития сердца и крупных сосудов, тяжелых нарушениях сердечного ритма, сниженной сократимости миокарда, б) гипоксию повышенного

сосудистого сопротивления, в том числе из-за изменения реологических свойств крови; 4) смешанную (для последней характерно сочетание двух и более патогенетических форм кислородной недостаточности плода) (схема 1).

Патогенетическая классификация гипоксии плода Артериально-гипоксемическая

Гипоксическая форма — нарушение доставки Ог в маточно-плацентарный кровоток (дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность матери, нарушение кислородтранспортной функции материнского Нб — анемия, инактивация повышения сродства к кислороду)

Трансплацентарная форма — нарушение газообменной функции плаценты вследствие перфузионной или диффузионной ее недостаточности (поздний токсикоз, переносенная беременность, преждевременная отслойка плаценты, экстрагенитальные заболевания матери; сахарный диабет, гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность и т. п.)

Гемическая

Анемическая форма — сниженное содержание фетального Нб (гемолитическая болезнь плода, фетоматеринская или фетоплацентарная кровопотеря, внутренние кровоизлияния различной локализации):

гемолитическая

постеморрагическая

эритропоэтическая

Форма нарушенного сродства к кислороду —

врожденные, лекарственные, интоксикационные гемоглобинопатии

Гемодинамическая

Кардиогенная форма — пороки сердца и крупных сосудов, эндокардиальный фиброэластоз, снижение сократимости миокарда, тяжелые аритмии

Гиповолемическая форма — снижение объема циркулирующей крови

Форма повышенного сосудистого сопротивления — нарушение проходимости сосудов (в том числе пуповинных), повышенная вязкость крови

Наиболее часто наблюдается артериально-гипоксемическая и смешанная формы гипоксии.

По течению различают острую, подострую и хроническую антенатальную гипоксию. Хроническая гипоксия плода развивается при осложненном течении беременности (гестозы, перенашивание беременности, сахарный диабет, сердечная недостаточность, иммунологическая несовместимость, инфицирование плода и др.) и в основном связана с морфофункциональными изменениями плаценты, в частности с нарушением ее кровоснабжения вследствие воспалительных, дегенеративных и других поражений.

Подострая гипоксия обычно проявляется за 1—2 дня до родов и характеризуется истощением адаптационных возможностей плода. Острая гипоксия возникает, как правило, в родах и реже наблюдается во время беременности (разрыв матки, преждевременная отслойка плаценты и др.). Известно, что гипоксия плода во время родов развивается у 25 % беременных, страдающих артериальной гипертензией, и в 50 % случаев при тазовом предлежании плода.

Газообмен между кровью матери и плода зависит от многих условий, из которых наиболее важными являются объемная скорость кровотока

в материнской и плодовой частях плаценты, кислород-транспортные свойства крови матери и плода, толщина и другие диффузные характеристики плацентарной мембраны. Многочисленные этиологические факторы кислородной недостаточности плода можно разделить на три группы. К первой группе относятся экстрагенитальные заболевания, приводящие к гипоксии матери (анемия, пневмония и другая бронхолегочная патология, сердечно-сосудистая недостаточность, кровотечения и др.). Наиболее обширную вторую группу составляют нарушения маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровообращения, также диффузионной способности плаценты, чаще всего развивающейся в результате патологии беременности. К третьей группе относятся заболевания самого плода (изосерологическая несовместимость крови матери и плода, внутриутробные инфекции, родовая травма и т.д.).

Кислород, доставляемый из организма матери, используется и плацентой, и плодом. Причем ткани плаценты утилизируют больше половины поступающего к ним кислорода. Так, при сроке беременности 3 мес плацента потребляет 252 мл O_2 /кг ткани/ч, в то время как плод — 90—138 мл O_2 /кг ткани/ч. Зрелая плацента нуждается примерно в 198 мл O_2 /кг ткани/ч, что в 2—3 раза больше потребления кислорода тканями плода.

Установлено, что потребление кислорода плодом человека возрастает с 0,3 мл/мин в 14 нед беременности, когда масса плода составляет около 100 г, до 3,5 мл/мин в 28 нед при массе плода 650 г. При пере-счете на единицу массы потребление кислорода плодом при этом составляет более 0,5 мл/мин/100 г ткани, т. е. 5 мл/мин/кг. Суммарное потребление кислорода маткой, а также плацентой и плодом в начале беременности достигает 2 мл/мин/кг массы, к середине беременности увеличивается до 10 мл/мин/кг и остается примерно на этом уровне до конца беременности. Поэтому при гипоксии в первую очередь страдает плацента (в ней начинает преобладать гликолиз), а не плод.

Наращение тяжести гипоксии в материнском организме на определенном этапе вызывает снижение скорости поглощения кислорода плацентой, что, по-видимому, может быть связано с развитием в ней структурных изменений (инфаркты, петрификаты и т. п.). Так, при сахарном диабете в плаценте отмечаются участки с отеком и склерозом стромы

ворсин, гипертрофией, дистрофией и атрофией клеток синцития, а также очаги плазморрагии, гиалиноз мелких артерий, утолщение базальных сосудистых мембран. В сосудах матки при этом наблюдаются изменения, подобные тем, какие развиваются при диабете в сосудах почек, сердца, сетчатой оболочки глаза и т. п. [Грязнова И. М., Второва В. Г. 1985].

Обмен газов в плаценте во многом аналогичен таковому в легких. Переход осуществляется за счет разности напряжения кислорода по обе стороны плацентарной мембраны. По данным Н. И. Цирельникова (1980), к моменту родов на 1 кг массы плода приходится 4—4,5 м² площади поверхности ворсин хориона, что примерно в 3 раза превышает площадь альвеол в легких в расчете на 1 кг массы тела взрослого человека. При некоторых заболеваниях матери (пороки сердца, гипертоническая болезнь), кроме того, возможно компенсаторное увеличение обменной поверхности плаценты. Вместе с тем газообмен в плаценте, по-видимому, нельзя сводить только к простой диффузии кислорода и углекислого газа, обусловленной величиной их градиента по обе стороны плацентарной мембраны.

Практическое занятие 11

Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности.

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра акушерства и гинекологии, аудитория;
- муляж органов малого таза, женский таз;
- гинекологический тренажер: имитатор родов;
- стандартные модели беременности;
- классические модели родов;
- муляж «ЗОЕ»;
- беременные с группы риска на кровотечение;
- истории родов женщин с патологическим течением родов.

Продолжительность изучения темы

Количество часов – 5 ч

Технологический модель учебного занятия:

Время – 5 часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	Вводное слово Определение и цели Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты. Основные положения цели Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты.

	Определяющие компоненты и составные цели Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты.

Цель практического занятия: дать представление о «Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, предлежание плаценты

», её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	-причины, клинику, диагностику и лечение кровотечений, связанных с нарушением процесса отделения последа, сократительной способности матки, травматических повреждений мягких родовых путей; -дифференциальную диагностику с другими патологическими состояниями; -последовательность мероприятий при лечении кровотечений; -технику операции ручного отделения плаценты и выделения последа и ручного обследования стенок полости матки; -профилактику кровотечений. -методы определения объема крови; -последовательность мероприятий при лечении кровотечений.
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Студент должен уметь:

Оценить степень кровопотери, определить группу крови, оказать неотложную помощь при кровотечении, определить свертывающую систему крови.

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: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 1. Причины кровотечений в поздние сроки беременности. 2. Причины ПОНРП. 3. Виды предлежания плаценты. 4. Тактика при кровотечениях в поздних сроках беременности.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная работа		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторными инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

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 окажется 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»

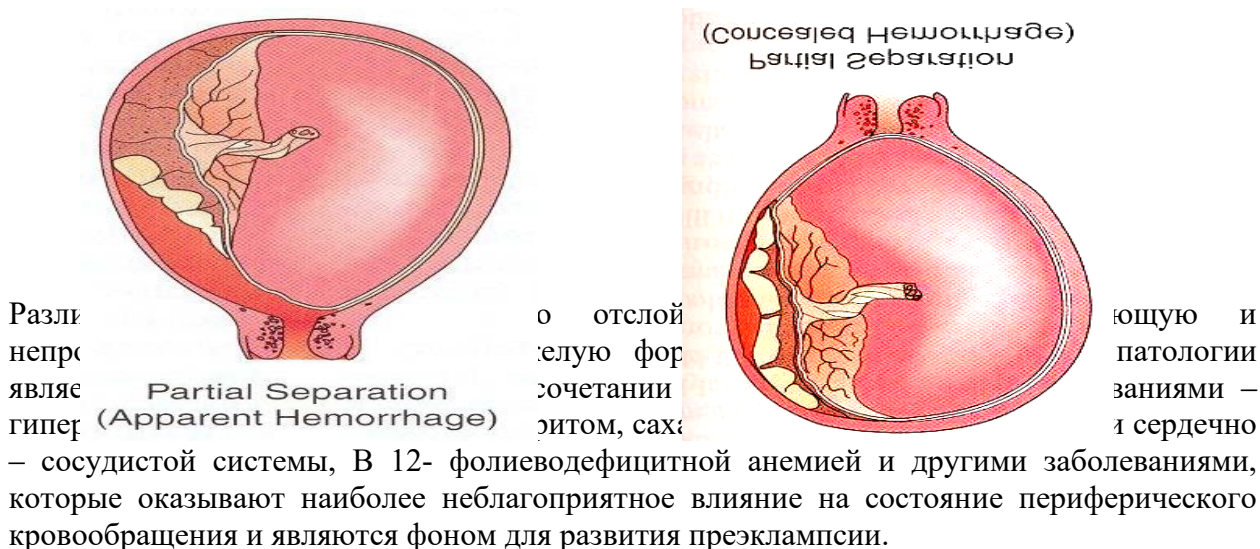
Шаги:

- 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.

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.



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 тромбо – пластина;
- ДВС – синдром.

Ухудшение микрокровотока в плаценте приводит к уменьшению эластично 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 имбибирует 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 объем ретроплацентарной гематомы, содержащей более 150 мл крови указывает на риск гибели плода. В случаях внутриутробной гибели плода объем ретроплацентарной гематомы достигает 500 мл и более. При ретроплацентарной гематоме объемом 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.).

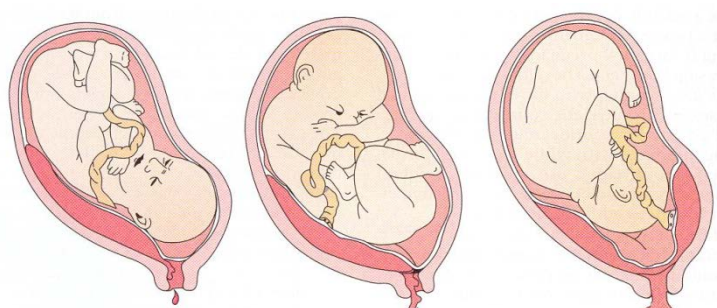
Лечение прогрессирующей ПОНРП оперативное. Недопустимо консервативное ведение родов в случаях ПОНРП, так как при удлинении времени от отслойки плаценты до родоразрешения увеличивается маточно – плацентарная апоплексия, происходит повреждение нервно – мышечного аппарата матки, что в дальнейшем может привести 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 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.

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 последового периода в связи с вращением плаценты;
- гипо- и атоническими кровотечениями в раннем послеродовом периоде;
- эмболией околоплодными водами;
- тромбозом;
- 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 шеечного 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.

Клинические дифференциально – диагностические признаки предлежания плаценты:

- кровотечение при предлежании плаценты – чаще во III-IV триместре беременности и в II периоде родов, обильное, наружное, повторяющееся;
- боль отсутствует при предлежании плаценты;
- состояние матки при предлежании плаценты консистенция и форма ее обычные;
- плод при предлежании плаценты хорошо пальпируется, сердцебиение плода чаще нормальное, реже страдает;
- сопутствующая патология при предлежании плаценты – осложненные роды и аборт в анамнезе, инфантилизм.

Наблюдение и лечение беременных с предлежанием плаценты при сроке беременности свыше 24 недель осуществляется только в акушерских стационарах. Несмотря на прекращение кровянистых выделений из половых путей беременные с предлежанием плаценты ни при каких условиях не подлежат выписке до родов. При выборе способа лечения следует руководствоваться прежде всего силой кровотечения, степенью малокровия больной, общим ее состоянием плода. Если кровотечение незначительное и начинается при недоношенной беременности, а состояние больной удовлетворительное, то назначаются: строгий постельный режим; препараты токолитического и спазмолитического действия, улучшающие координированный

характер сократительной деятельности матки и более плавное постепенное растяжение нижнего ее сегмента; лечение анемии; препараты, нормализующие маточно-плацентарный кровоток и обменные процессы.

При отсутствии выраженного кровотечения показаны в течение 3 –7 дней адреномиметики (алупент, партусистена и др.). При назначении токолитических препаратов необходимо помнить об их гипотензивном эффекте, что важно при лечении беременных с предлежанием плаценты, у которых отмечается склонность к этому состоянию. β -Адреномиметики способствуют увеличению маточно-плацентарного кровотока за счет сосудорасширяющего эффекта на периферическом уровне. В связи со спазмолитическим эффектом возможно некоторое увеличение кровянистых выделений, что требует отмены препарата.

При предлежании плаценты наблюдается высокая перинатальная смертность (главным образом неонатальная), развитие у новорожденных дыхательных расстройств вследствие их недоношенности, внутриматочной гипоксии.

Для улучшения обменных процессов обязательно использование комплекса витаминов, эссенциале, липостабила. Целесообразно назначение теоникола, курантила, свечей с теофиллином. По показаниям применяется седативная терапия (настой травы пустырника, корень валерианы, седуксен), а также антигистаминные препараты (димедрол, пипольфен, супрастин).

Беременным с предлежанием плаценты слабительные противопоказаны. При необходимости назначают очистительную клизму.

Показаниями к кесареву сечению во время беременности являются:

- повторяющиеся кровопотери, объём которых превышает 200 мл;
- сочетание небольших кровопотерь с анемией и гипотонией;
- одномоментная кровопотеря 250 мл и более и продолжающееся кровотечение;
- полное предлежание плаценты на 38-й недели беременности, а также неполное предлежание в сочетании с другой акушерской и соматической патологией.

В этих случаях операция производится по жизненным показаниям со стороны матери независимо от срока беременности и состояния плода.

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 метрейризм, 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, переносная 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 12

Послеродовое вагинальное кровотечение.

Технологическая модель учебного занятия:

Время – 5 часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	Вводное слово Послеродовое вагинальное кровотечение. (аномалия прикрепления плаценты, гипо и атония матки, дефект последа, разрыв промежности и шейки матки) причины, диагностика, тактика и профилактика. Определение и цели.

	Основные положения цели Послеродовое вагинальное кровотечение. (аномалия прикрепления плаценты, гипо и атония матки, дефект последа, разрыв промежности и шейки матки) причины, диагностика, тактика и профилактика. Определяющие компоненты и составные цели Послеродовое вагинальное кровотечение. (аномалия прикрепления плаценты, гипо и атония матки, дефект последа, разрыв промежности и шейки матки) причины, диагностика

Цель практического занятия: дать представление о «Послеродовое вагинальное кровотечение. (аномалия прикрепления плаценты, гипо и атония матки, дефект последа, разрыв промежности и шейки матки) причины, диагностика, тактика и профилактика.

», её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	
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.	Вступительное слово о Послеродовое вагинальное кровотечение. (аномалия прикрепления плаценты, гипо и атония матки, дефект последа, разрыв промежности и шейки матки) причины, диагностика, тактика и профилактика. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 1. Причины послеродового вагинального кровотечения. 2. Что такое гипотония матки. 3. Степени разрывов . 4. Диагностика тактика и профилактика кровотечений.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

Вопросы по теме

1. Причины послеродового вагинального кровотечения.
2. Что такое гипотония матки.

3. Степени разрывов .

4. Диагностика тактика и профилактика кровотечений.

Методика проведения деловой игры «Пчелиный рой»

Для работы необходимо:

Набор вариантов заданий и ситуационных задач, распечатанных на отдельных листах.

Номерки для жеребьевки по числу студентов в каждой подгруппе.

Чистые листы бумаги, ручки.

Ход работы:

Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 под-
группы по 4 студента в каждой.

Один из студентов каждой подгруппы переписывает на лист задание.

Все студенты подгруппы вместе обсуждают задание, затем один из них записывает его решение.

На решение задания отводится 15 минут.

Преподаватель наблюдает, за ходом игры.

По истечению времени работы сдаются преподавателю.

Все участники игры обсуждают результаты, выбирают наиболее правильные решения, за которые ставится максимальный балл.

На обсуждение отводится 15 минут.

Студенты получают за ответы баллы из рейтинга теоретической части занятия.

Подгруппа, которая дала наиболее правильные ответы, получает максимальный балл - 100% от рейтинга теоретической части занятия, подгруппа занявшая 2 место 85,9% рейтинга, 3 подгруппа 70,9% рейтинга.

На листе с ответом преподаватель ставит баллы и свою роспись.

Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.

В нижней свободной части журнала делается отметка о проведении игры с подписью старосты группы.

Работы студентов сохраняются преподавателем

При неэффективности консервативной терапии родильницы подлежат оперативному методу остановки кровотечения по этапно:

- наложение компрессионных швов на матке
- перевязка трёх парных артерий.
- перевязка магистральных артерий.
- экстирпация матки.

Что является возбудителем остроконечных кондилом?

Стафилококки
кандида альбиканз
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

творижестые выделения

пенистые выделения

НМЦ

Что относится к специальными методами 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

Сколько видов трихомониаза вы знаете?

3*

1

4

2

5

то является возбудителем при дрозевом кольпите?

Трихомонады\$

стрептококки\$

кандида альбиканз#

гонококки\$

фильтрующий вирус\$

Что является возбудителем остроконечных кондилом?

Стафилококки\$

кандида альбикаиз#

фильтрующий вирус\$

бледная триконеша\$

хламидии\$

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 веделения

д/НМЦ

а г#

б г\$

б в\$

в д\$

а д\$

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

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\$

Что характерно для гонорея

а.внутриклеточное расположение

б.внематочное расположения

в.бобовидная форма

г.грамм отр

д.грамм пол

а б г\$

б в г\$

а б в\$

а в г#

в г д\$

Противопоказание к очаговой вакцино терапии

а.беременность

б.менструация

в.хроническая гонорея

г.безуспешность антибактериальной терапии

а б#

б в\$

в г\$

а г\$

Показания к иммунно терапии

безуспешность к антибактериальной терапии#

гипертоническая болезнь\$

хроническая форма гонорея\$

гонорея при беременности\$

восходящая гонорея\$

Применяется ли местные лечения при острой стадии гонорей

Применяется#

не применяется\$

применяется при противопоказания к антибиотика терапии\$

Критерие излеченности устанавливается

при отсутствие гонококов после 3х провокаций#

после стихания острых явлений\$

после антибиотико терапии\$

при отсутствие гонококов по первой провокации\$

критерие излеченности нет\$

Что характерно гонорей шейки матки

а.под эпителиальное расположения гонококов

б.бесплодие нарушение проходимости

в.образование при glandулярных абсцессов

г.острая начала заболевания

а б в#

б в г\$

а в д\$

г а д\$

д.переход инфекции в хран. форму

Сколько стадии рака тела матки различают

2\$

6\$

4#

3\$

5\$

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.

Послеродовой гемостаз определяют в основном два ведущих фактора: ретракция миометрия и последующее тромбообразование в сосудах плацентарной площадки. Ретракция миометрия в послеродовом периоде способствует констрикции сосудов и втягиванию в толщу мышечной стенки матки спиральных артерий. Одновременно происходит процесс тромбообразования, развитию которого способствуют факторы

свертывания крови, а также активаторы фетоплацентарной системы. Необходимо отметить, что процесс тромбообразования протекает относительно длительно, поэтому надежный гемостаз устанавливается лишь через 2—3 ч после формирования плотных, эластичных фибриновых тромбов. После образования таких тромбов уменьшается опасность кровотечения в случае снижения тонуса миометрия. Наоборот, в начале процесса тромбообразования сгустки крови обычно рыхлые, они непрочны связаны с эндотелием сосудов, легко отрываются и вымываются током крови при развитии гипотонии матки. Таким образом, нарушения любого из этих двух основных факторов системы гемостаза могут привести к развитию кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

Нарушения функциональной способности миометрия к началу родов обусловлены двумя группами факторов. К 1-й группе относятся заболевания матери: гестозы, заболевания сердечнососудистой системы, печени, почек, дыхательных путей, ЦНС, нейроэндокринные расстройства, острые и хронические инфекции и др. Во 2-ю группу входят причины, способствующие анатомической и функциональной неполноценности матки: аномалии расположения плаценты, задержка в полости матки частей последа, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, пороки развития матки, приращение и плотное прикрепление плаценты, эндометрит, миома матки, многоплодие, крупный плод и др. Помимо причин, которые могут приводить к развитию гипотонии и атонии, существуют предрасполагающие факторы, способствующие развитию подобных состояний. К ним относятся: аномалии родовой деятельности, приводящие к длительному или быстрому и стремительному течению родов; несвоевременное излитие околоплодных вод; быстрое извлечение плода при акушерских операциях; назначение в больших дозах препаратов тоногенного действия; чрезмерно активное ведение третьего периода родов; необоснованное применение (при неотделившейся плаценте) таких приемов, как метод Абуладзе, Гентера, Креде – Лазаревича; наружный массаж матки; потягивание за пуповину и др. [15, 16].

В настоящее время полагают, что в генезе гипотонии и атонии матки, помимо функциональных нарушений миометрия, существенную роль играют изменения в системе гемостаза, которые приводят к недостаточности тромбообразования в сосудах плацентарной площадки.

Нарушение гемокоагуляционных свойств крови при гипо- и атонических кровотечениях подтверждается двухфазностью изменений в системе гемостаза при сравнительно небольшой кровопотере (15—20% ОЦК). В этих случаях кратковременная фаза гиперкоагуляции сменяется более продолжительной фазой гипокоагуляции. Предрасполагающими факторами для возникновения подобных состояний являются преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, эмболия околоплодными водами, длительная задержка в матке внутриутробно погибшего плода, тяжелые формы гестоза, разрывы матки и экстрагенитальная патология.

К нарушениям системы гемостаза в родах нередко приводит длительная гемодилюционная терапия (реополиглюкин) с антикоагулянтами у беременных с антифосфолипидным синдромом, анти-XГ-антителами и у женщин с гипо- и изокоагуляцией, не характерной для данного срока беременности. Таких женщин необходимо относить к группе высокого риска по возникновению кровотечения.

Атония матки — сравнительно редкое акушерское осложнение, при котором консервативные мероприятия остановки кровотечения не дают положительного результата [1]. Переход гипотонии матки в атонию обычно происходит вследствие дальнейшего действия причин, первоначально вызвавших гипотонию. Различия в генезе этих двух состояний заключаются лишь в силе и длительности раздражителя, который вызывает при атонии не торможение, а полное прекращение тономоторной функции

матки.

Гипотоническое кровотечение обычно имеет волнообразный характер. После наружного массажа и удаления сгустков крови матка сравнительно быстро восстанавливает свой тонус, а затем вновь расслабляется. Атония матки клинически проявляется непрерывным и профузным кровотечением, причем матка постоянно остается дряблой на ощупь и не реагирует даже на мощные контрактивные раздражители. Атония матки, возникшая первично, представляет собой редкую патологию.

В течение последнего десятилетия структура кровотечений претерпела существенные изменения: при стабильном снижении частоты кровотечений в послеродовом и послеродовом периодах стабилизировался уровень кровотечений, связанных с отслойкой нормально расположенной плаценты, предлежанием и истинным приращением. В целом исходя из причин 1-е место занимают гипотонические (табл. 1), 2-е — травматические, 3-е — коагулопатические кровотечения. Не снижается роль ятрогенных факторов, связанных с "акушерской агрессией": немотивированной индукцией и стимуляцией родовой деятельности, амниотомией при незрелой шейке матки, так называемым пособием по Кристеллеру (с 01.01.07 г. во Франции сообщение о применении врачом этого "метода" лишает то права заниматься акушерской практикой ПОЖИЗНЕННО, аналогичные меры планируются странами Евросоюза), неумением считать кровопотерю при обычных родах (контрольный тест — сопоставление учтенной кровопотери, уровня гемоглобина до и после родов).

Основными причинами летальности при кровотечениях являются:

- запоздалый неадекватный гемостаз;
- неверная тактика инфузионно-трансфузионной терапии;
- нарушение этапности акушерской помощи. Причинами послеродового кровотечения могут быть 4 базовых этиологических процесса, обозначенных как "4Т" (табл. 2).

Состояние родильницы зависит от скорости и длительности кровотечения и общего состояния здоровья до начала кровотечения. Физиологическая кровопотеря в родах не должна превышать 0,5% массы тела родильницы. Если силы организма родильницы истощены, реактивность организма снижена, то даже незначительное превышение физиологической нормы кровопотери может вызвать тяжелую клиническую картину (геморрагический шок) у пациенток с уже низким ОЦК (анемия, гестоз, заболевания сердечно-сосудистой системы, ожирение). Поэтому такая банальная вещь, как оценка объема кровопотери, может сыграть решающую роль в исходе лечения кровотечения. И легкомысленно подходить к этому моменту — подвергать неоправданному риску и пациентку, и себя. Спросите у себя: каков объем почкообразного лотка. Да, да, того самого лотка, который практикующий акушер использует в своей работе каждый день. Не поленитесь, проверьте. И запомните эту цифру, она вам обязательно пригодится. И не забывайте при кровотечении к оцененному вами объему кровопотери добавить 20%. Это рекомендуемая "психологическая" поправка на "недоучет" или ошибку. Однако здесь кроется и более мудрый смысл: отталкиваясь от большей кровопотери, ваши действия позволят в полной мере контролировать ситуацию и быстрее справиться с кровотечением.

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

Т	Этиологический процесс	Клинический фактор риска
Т – тонус (нарушение сократительной функции матки)	Перерастяжение матки	Многоводие Многплодие Крупный плод Быстрые роды Затяжные роды Большое число родов (более 5) в анамнезе Хориоамнионит
Т – ткань (задержка тканей в полости матки)	"Истощение" сократительной способности миометрия	Лихорадка в родах Миома матки
Т – травма (травмы родовых путей)	Инфекционный процесс	Предлежание плаценты Дефект последа
	Функциональные/анатомические особенности матки	Оперированная матка Большое число родов в анамнезе Плотное прикрепление плаценты Приращение плаценты
Т – тромбин (нарушения коагуляции)	Задержка частей последа	Гипотония матки Быстрые роды
	Задержка сгустков крови в полости матки	Оперативные вагинальные роды Неправильное положение плода
	Разрывы шейки матки, влагалища, промежности	Низкое расположение предлежащей части Оперированная матка Большое число родов в анамнезе
	Травматический разрыв матки во время кесарева сечения	Расположение плаценты в дне

	Разрыв матки	матки
	Выворот матки	Наследственные коагулопатии
		Заболевания печени
	Врожденные заболевания (гемофилия А, болезнь Виллебранда)	Гематомы и/или кровоточивость (в том числе в местах инъекций)
	Приобретенные при беременности: идиопатическая тромбоцитопения, тромбоцитопения с преэклампсией, ДВС (преэклампсия, антенатальная гибель плода, тяжелая инфекция, эмболия околоплодными водами)	Преэклампсия, эклампсия, ХЕЛЛП-синдром Антенатальная гибель плода
		Дородовое кровотечение
	Лечение антикоагулянтами	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 оксигилированного крахмала.
- При необходимости определить группу крови, Rh-фактор, взять кровь для анализа на совместимость, если необходимо, для проведения "прикватного 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 F_{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 занятие № 13

Неудовлетворительный прогресс родов.

Технологическая модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План лекционного занятия	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> 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> Основные положения цели 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>

Цель практического занятия: дать представление о «*Активная и пассивная фазы родов, аномалия родовой деятельности, этиология, клиника и Неудовлетворительный диагностика. Акушерская тактика и профилактика. Индукция родов окситоцином по рекомендациям ВОЗ.*

», её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	
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.	Вступительное слово о Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 1. С чем связан неудовлетворительный прогресс родов. 2. Что такое аномалия родовой деятельности. 3. Акушерская тактика и профилактика . 4. Что такое индукция родов.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.

		Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные	45

		задачи	
6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

Вопросы по теме

1. С чем связан неудовлетворительный прогресс родов.
2. Что такое аномалия родовой деятельности.
3. Акушерская тактика и профилактика .
4. Что такое индукция родов.

Методика проведения деловой игры «Пчелиный рой»

Для работы необходимо:

Набор вариантов заданий и ситуационных задач, распечатанных на отдельных листах.

Номерки для жеребьевки по числу студентов в каждой подгруппе.

Чистые листы бумаги, ручки.

Ход работы:

Все студенты группы жеребьевкой делятся на 3 под-
группы по 4 студента в каждой.

Один из студентов каждой подгруппы переписывает на лист задание.

Все студенты подгруппы вместе обсуждают задание, затем один из них записывает его решение.

На решение задания отводится 15 минут.

Преподаватель наблюдает, за ходом игры.

По истечению времени работы сдаются преподавателю.

Все участники игры обсуждают результаты, выбирают наиболее правильные решения, за которые ставится максимальный балл.

На обсуждение отводится 15 минут.

Студенты получают за ответы баллы из рейтинга теоретической части занятия.

Подгруппа, которая дала наиболее правильные ответы, получает максимальный балл - 100% от рейтинга теоретической части занятия, подгруппа занявшая 2 место 85,9% рейтинга, 3 подгруппа 70,9% рейтинга.

На листе с ответом преподаватель ставит баллы и свою роспись.

Полученный студентами балл учитывается при выставлении оценки за текущее занятие.

В нижней свободной части журнала делается отметка о проведении игры с подписью старосты группы.

Работы студентов сохраняются преподавателем

Индукция родов представляет собой активацию матки, с целью начала родовой деятельности, направленную на обеспечение рождения ребенка в определенный момент времени, когда находиться вне матки более безопасно для его жизни, чем внутриутробно. Сюда относятся случаи, когда плодный пузырь цел, а также с преждевременным излитием околоплодных вод без родовой деятельности. Как и любое другое вмешательство, индукция родов может иметь нежелательные последствия. Индукция родов показана только в случаях, когда установлено, что потенциальная польза для плода или матери превышает возможный риск для здоровья в случае задержки родоразрешения. Возможность индукции родов следует рассматривать лишь в ситуациях, когда влагалищное родоразрешение предполагается наиболее адекватным способом рождения ребенка.

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 ПГФ2α.

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 УЗИ-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

Условия проведения индукции родов

Прежде чем осуществлять индукцию родов, необходимо обсудить ее необходимость и возможные последствия с женщиной.

Родовозбуждение должно осуществляться только после информированного согласия женщины. Информированное согласие должно содержать причины проведения индукции родов, метод, который будет для этого использован, а также сведения о возможном риске и последствиях отказа или принятия решения об индукции родов.

Способы индукции родов

К нефармакологическим способам индукции родов относятся пальцевая отслойка амниотических оболочек и вскрытие плодного пузыря.

Для медикаментозной индукции родов могут быть использованы окситоцин и мизопростол, а также другие препараты. Одним из таких эффективных препаратов является антагонист прогестерона мифепристон (РУ 486).

Пальцевая отслойка плодных оболочек

Самым простым способ отслойки амниотических оболочек путем осторожного введения пальца руки в стерильной перчатке, смазанного антисептическим кремом, в цервикальный канал. В случае осуществления опытным врачом или акушеркой эта процедура не должна вызвать заметного дискомфорта. После 40 недель беременности такая процедура может снизить необходимость дополнительной индукции вдвое, однако при сроке 38-40 недель она не приводит к существенному увеличению количества женщин, у которых роды происходят в течение последующих 7 дней.

Перед проведением формальной индукции родов женщине следует предложить пальцевую отслойку амниотических оболочек.

В случае предложения проведения пальцевой отслойки амниотических оболочек, во время предварительного обсуждения этого вопроса с женщиной необходимо объяснить, что эта процедура не влечет за собой:

- Увеличения вероятности инфицирования матери или плода;
- Может вызвать некоторый дискомфорт во время осмотра и кровянистые выделения.

Заключение:

- Отслойка плодных оболочек влечет за собой сокращение времени до наступления спонтанных родов.
- Отслойка плодных оболочек снижает вероятность переносимости беременности.
- Отслойка плодных оболочек снижает потребность в использовании формальных методов индукции родов.
- Отслойка плодных оболочек связана с увеличением ощущения дискомфорта у беременных женщин.

Дозировка простагландинов

Суппозиторий с контролируемым выделением состоит из полимерной основы, содержащей 10 мг динопростона, к которой прикреплена нить из полиэстера для удаления. Такой суппозиторий выделяет 0,3 мг простагландина E₂ 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 (Амниооок (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 однократным 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:

- о 30 МЕ в 500 мл изотонического раствора,
то есть 1 мл/час = 1 мЕД (миллиЕД) в минуту
- о 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.

Окситоцин: способ применения

При сравнении применения окситоцина в малых дозах (постепенное увеличение от малых доз к более высоким) с большими было показано, что:

- о Малые дозы не приводят к увеличению количества оперативных вмешательств в родах
- о Постепенное повышение дозы окситоцина от малой к более высокой (не чаще, чем раз в 30 минут) реже приводит к гиперстимуляции матки
- о Использование окситоцина в малых дозах не сопровождается увеличением продолжительности родов
- о Применение окситоцина в больших дозах приводит к росту числа случаев быстрых родов

Мета-анализ показал, что при таком способе увеличения дозы окситоцина (не чаще, чем раз в 30 минут) наблюдается:

- о Снижение количества случаев гиперстимуляции матки
- о Увеличение количества вагинальных родов
- о Снижение числа случаев постнатальной инфекции и кровотечений
- о Снижение количества родов путем кесарева сечения

В большинстве случаев начальная дозировка составляла от 0,5 до 2,0 мЕД/мин, с увеличением от 1,0 мЕД/мин вдвое каждые 30-60 мин до максимальной дозы от 16 до 40 кап/мин.

Внутривенное введение окситоцина

На слайде представлена таблица с рекомендованными дозировками окситоцина. Серым выделены дозировки, которые превышают рекомендованную в аннотации препарата максимальную дозу 20 мЕД в минуту.

Для преобразования в эквивалентное количество капель в минуту (20 капель = 1 мл)

При разведении 10 ЕД Окситоцина в 500 мл изотонического раствора - 1 мЕД = 1 капля

При разведении 5 ЕД Окситоцина в 500 мл изотонического раствора - 1 мЕД = 2 капли

При разведении 5 ЕД Окситоцина в 500 мл изотонического раствора - 1 мЕД = 4 капли

При разведении 30 ЕД Окситоцина в 500 мл изотонического раствора - 1 мЕД = 3 капли

Другие местные протоколы применения окситоцина для индукции родов должны:

- о Содержать информацию о вводимых дозах препарата (мЕД в минуту), а не об объеме вливаемого раствора (миллилитры в минуту)
- о Осуществляться с использованием инфузоматов. [С]

Мизопростол

Применение мизопростола является чрезвычайно эффективным способом индукции родов. К числу других достоинств этого препарата можно отнести то, что он намного дешевле других доступных в настоящее время средств аналогичного назначения, его просто хранить, он стабилен при комнатной температуре. Простота применения также может рассматриваться в качестве его преимущества, поскольку показана эффективность и безопасность мизопростола при оральном применении.

Вместе с тем, применение мизопростола связано с повышенным риском отрицательных эффектов, а оптимальная дозировка и режим применения пока еще не установлены. Кроме того, во многих странах не утверждено применение этого препарата для индукции родов. Учитывая вышеуказанные причины, Королевский колледж акушерства и гинекологии (РСОГ) рекомендует ограничить применение этого препарата клиническими испытаниями до тех пор, пока не будет определен наиболее оптимальный режим его приема.

Таблетки мизопростола с содержанием препарата 25 мкг включены в основной реестр лекарственных препаратов ВОЗ.

Режим приема мизопростола в малых дозах (25 мкг каждые 6 часов) оказался менее эффективным по сравнению с приемом увеличенных доз (25 мкг каждые 3 часа), при этом реже наблюдалось гиперстимуляция матки.

Таким образом, несмотря на высокую эффективность, дешевизну и удобство применения мизопростола в качестве средства индукции родов, на данном этапе он не может быть рекомендован для рутинного использования. Кроме того, во многих странах он не зарегистрирован для применения с такой целью.

Значительные экономические и возможные клинические преимущества мизопростола обуславливают необходимость проведения дальнейших исследований с целью выяснения его безопасности.

Контроль состояния плода и индукция родов

Оценка состояния плода - это всего лишь один из компонентов помощи во время родов. Это важная область, где следует уделить надлежащее внимание пожеланиям и предпочтениям матери и при этом учесть возможные факторы риска для роженицы и ребенка. Предоставление точной информации в таких обстоятельствах является важным моментом, чтобы каждая женщина могла принять для себя верное решение.

В случае индукции родов должно быть обеспечено наличие средств для осуществления постоянного контроля за активностью матки и ЧСС плода.

При индукции родов вагинальными простагландинами (ПГЕ₂) контроль за состоянием плода должен осуществляться непрерывно, начиная с момента обнаружения первых схваток.

Для здоровых женщин без осложнений во время беременности наблюдение за состоянием плода после вагинального применения простагландинов должно включать оценку исходного состояния с последующим непрерывным электронным контролем сердечной активности и затем, в случае отсутствия отклонений от нормы, может быть использовано периодическое наблюдение.

После введения препаратов простагландинов, женщине нужно предложить лечь и находиться в положении лежа хотя бы 30 минут. При этом контроль сердечной деятельности плода необходим только после обнаружения начала схваток.

В случае применения окситоцина для индукции или индукции родов, необходимо осуществлять постоянный электронный фетальный мониторинг.

Применение окситоцина возможно не ранее, чем через 6 часов после применения простагландинов. Это обусловлено мощным стимулирующим воздействием на матку окситоцина в сочетании с простагландинами.

Возможные осложнения индукции родов

Разрыв плодных оболочек может повлечь за собой кровотечение из-за повреждения невыявленного предлежания плаценты или низкого расположения плаценты.

Имеются данные о гиперактивности матки и снижении сердечного ритма плода, связанные со стимуляцией сосков.

При использовании амниотомии для индукции родов, время до начала схваток часто невозможно предсказать, оно может быть очень долгим, однако в сочетании с внутривенным введением окситоцина этот метод обладает достаточной эффективностью. К числу других возможных опасностей, связанных с амниотомией, можно отнести выпадение пуповины, хориоамнионит, сильное сжатие пуповины, а также травма предлежащих сосудов.

Сообщается о повышенном уровне инфекций матери и плода в связи с использованием ламинарии и гигроскопических средств ускорения созревания шейки матки по сравнению с аналогами простагландина э₂.

В случае применения внутрицервикального геля с простагландином Е₂ в 1 % случаев наблюдается гиперстимуляция матки, тогда как в случае использования внутривагинального геля с ПГЕ₂ или вагинальных суппозиторий этот показатель достигает 5 %. Побочные эффекты у рожениц в случае применения простагландина Е₂ в малых дозах (повышение температуры тела, рвота и диарея) наблюдаются гораздо реже, чем в случае применения этих препаратов в больших дозах. Применение вагинальных суппозиторий, содержащих простагландин Е₂, в третьем триместре повышает риск разрыва матки. Производители рекомендуют с осторожностью относиться к применению

простагландина Е2 у пациентов с глаукомой, острыми нарушениями функции печени или почек, а также астмой.

В случае применения 50 мкг или большей дозы мизопростола возрастает вероятность гиперстимуляции матки. Применение мизопростола у женщин с кесаревым сечением в предшествующих родах повышает вероятность разрыва матки. Применение мизопростола для прекращения беременности во втором триместре также связано с повышением риска разрыва матки, особенно при использовании в сочетании с внутривенным введением окситоцина. Кроме того, при использовании мизопростола сообщается о повышении количества случаев попадания мекония в амниотическую жидкость. Вероятность осложнений возрастает с увеличением дозы мизопростола. Оральное применение мизопростола гораздо реже сопровождается отклонениями от нормы ЧСС плода и случаями гиперстимуляции матки по сравнению с вагинальным применением, однако данных, которые бы позволяли рекомендовать оральный прием мизопростола в качестве альтернативного способа, пока недостаточно.

Побочные эффекты применения окситоцина, как правило, зависят от дозировки препарата, наиболее распространены гиперстимуляция матки с последующим снижением ЧСС плода. Гиперстимуляция может приводить к отслойке плаценты или разрыву матки (достаточно редко). Водная интоксикация может происходить в случае введения окситоцина в высокой концентрации с большими количествами гипотонического раствора. Антидиуретический эффект наблюдается обычно только в результате продолжительного применения окситоцина в количестве не менее 40 капель в минуту. Быстрое внутривенное введение окситоцина может вызвать снижение артериального давления.

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.

Повышенная сократительная активность матки при индукции

Повышенная сократительная активность матки (в сочетании с изменениями ЧСС плода или без них):

Повышенная сократительная активность матки без изменений ЧСС плода включает тахисистолу (более 5 сокращений за 10 минут на протяжении не менее 20 минут), а также гиперсистолу / гипертонус (сокращение, которое продолжается не менее 2-х минут).

Гиперстимуляция матки с изменениями ЧСС плода означает синдром гиперстимуляции матки (тахисистолу матки или ее гиперсистолу с изменениями ЧСС плода, в частности стойким снижением ЧСС, тахикардией или снижением краткосрочной вариабельности ЧСС).

В случае повышенной сократительной активности матки с подозрением или патологией, выявляемой при кардиотокографии после внутривенного введения окситоцина, следует снизить дозировку препарата или прекратить его введение.

В случае отклонений ЧСС плода от нормы и повышенной сократительной активности матки, не связанных с применением окситоцина, следует рассмотреть необходимость снижения тонуса матки.

Предлагаемое воздействие - подкожное введение тербуталина в количестве 0,25 миллиграмм.

В случаях подозреваемого или подтверждения резкого ухудшения состояния плода роды должны быть завершены как можно скорее, принимая во внимание степень отклонений от нормы ЧСС и соответствующие показатели состояния матери. Общепринятым стандартом является завершение родов в идеальной ситуации в течение 30 минут.

В случае применения только простагландинов удаление остатков препарата может помочь ослабить повышенную сократительную активность матки. Однако при этом следует избегать раздражения влагалища или шейки матки.

Индукция родов: чрезвычайно важные вопросы!

Решение об индукции родов не должно быть простым. Для проведения индукции родов должны быть четкие показания, необходимо провести оценку состояния организма матери, а также выбрать метод (лекарственный препарат) с учетом биологической подготовленности шейки матки

Практическое занятие 14

Узкий таз, этиология, виды, диагностика.

Место проведения занятия, оснащение

- кафедра акушерства и гинекологии, аудитория;
- муляж органов малого таза, женский таз, фантом с куклой;
- 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-ИВ);
- 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 мультимедиасистемы;
- использование электронной почты и ИНТЕРНЕТ;
- деловые игры и ситуационные задачи;
- центр по обучению практическим навыкам;
- отделения и лаборатории родильного комплекса;
- родильный зал;
- отделение патологии беременности;
- послеродовое отделение;
- детское реанимационное отделение;
- комплект тестовых заданий;
- комплект слайдов, кодоскоп;
- инструменты, используемые при родоразрешении;
- схема основных этапов диагностического процесса;
- пошаговые инструкции выполнения клинических навыков;
- комплект слайдов, кодоскоп;
- партограммы;
- истории родов женщин с патологическим течением родов.
- муляж костного таза, тазомер, сантиметровая лента,стетоскоп;
- слайды:
- классификация по форме и степени сужения таза;
- классификация клинического узкого таза по Калгановой;
- показания к кесареву сечению.

Продолжительность изучения темы

Количество часов- 5 ч

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План практического занятия	<i>Узкий таз</i>

Цель занятия

- обсудить понятие об анатомическом узком таза, формах и степенях сужения;
- дать понятие о клинически узком таза;
- 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.

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	-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.
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

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.

Мотивация

Несмотря на значительное 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 относится 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.

Межпредметные и внутри предметные связи

Преподавание данной темы базируется на знаниях 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.

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	Вступительное слово о Узком тазе, этиологии, видах, диагностики. Диспропорция таза и головки плода Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 1. Что такое узкий таз. 2. Виды узкого таза. 3. Что такое дистотия плечиков. 4. Симптомы КУТ.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

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 окажется 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 разрезе; 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 конъюгаты. 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 предлежащей части плода и привести к травматизму плода.

Что провоцирует Узкий таз:

Факторы риска формирования анатомически узкого таза. На основании комплексной оценки анамнеза, антропометрических данных, измерения наружных размеров таза и акушерского исследования выявлены факторы риска формирования "стертых" форм анатомически узких тазов. К ним относятся:

- нарушение менструальной и репродуктивной функции, позднее становление менархе;
- нейроэндокринные нарушения;
- частые инфекционные заболевания и физические нагрузки в пубертатном возрасте;
- неполноценное питание, ранний тяжелый физический труд.

Неблагоприятные условия, вызывающие задержку физического развития организма женщины, особенно в препубертатном и пубертатном возрасте, способствуют

нарушению формирования костного таза.

На развитие узкого таза оказывает влияние материальное благосостояние, культура народа, заболеваемость детей и подростков, развитие в стране спорта и физической культуры.

Причины развития анатомически узкого таза. Основными причинами возникновения анатомически узкого таза являются:

- общий и генитальный инфантилизм;
- костный туберкулез, рахит, детский церебральный паралич;
- переломы костей таза (образование экзостозов, деформация крестцово-подвздошных и крестцово-копчиковых суставов);
- деформация позвоночника (сколиоз, кифоз, спондилез, перелом копчика);
- вывих тазобедренных суставов.

В образовании поперечносуженного таза играют роль асинхронный рост костей таза в результате ускоренного физического развития (акселерация), нарушение регулирующего влияния нейроэндокринной системы у девушек с преобладанием андрогенных влияний в период 12-15 лет. Процессы акселерации характеризуются не только увеличением МРП и ускорением полового созревания, но и непропорциональным физическим развитием девушки, нарушением обменных процессов, при которых не увеличивается с возрастом емкость малого таза. Происходит уравнивание поперечных и продольных размеров малого таза, увеличение высоты таза (высота замкнутого кольца, которая измеряется от середины верхнего края лобкового симфиза до седалищного бугра с вычетом 1,5-2 см на мягкие ткани). В норме высота таза составляет 10-10,5 см.

Аномальные формы женского таза как следствие разнообразных нейроэндокринных нарушений в периоде детства и полового созревания характеризуются изменением формы входа в малый таз (не поперечно-овальная, а округлая или продольно-овальная). Могут иметь место уплощение передней или задней полуокружности входа в малый таз, уплощение вогнутой части крестца, увеличение его длины.

Патогенез (что происходит?) во время Узкого таза:

Патогенез родов при узком тазе

Классификация форм анатомически узкого таза. В классическом акушерстве выделяют следующие формы анатомически узкого таза.

- Общеравномерносуженный таз.
- Поперечносуженный таз.
- Таз с уменьшенным прямым размером широкой части малого таза.
- Плоский таз:
 - о простой плоский таз;
 - о плоскоррахитический таз.
- Общесуженный плоский таз.
- Кососмещенный и кососуженный таз.
- Воронкообразный (мужской) таз.
- Кифотический таз.

- Остеомалятический таз.
- Таз, суженный экзостозами и костными опухолями.
- Ассимиляционный таз.

Часто встречаются только первые 6 форм. Следует подчеркнуть, что в настоящее время лишь 40 % среди всех узких тазов являются "классическими", т. е. описанными в учебниках и пособиях по акушерству.

Общеравномерносуженный таз

При общеравномерносуженном тазе все размеры уменьшены на равную величину.

Частота общеравномерносуженного таза составляет 25-30 % от общего числа анатомически узких тазов. Такой таз наблюдается у женщин небольшого роста, правильного телосложения. Размеры его составляют: Д. спинарум - 24 см, Д. сристарум - 26 см, Д. трочантериса - 28 см, С. Эхтерна - 18 см, С. вера - 10 см и менее.

Наблюдаются следующие разновидности общеравномерносуженного таза: инфантильный таз (у женщин с признаками инфантилизма и недоразвитием вторичных половых признаков), таз карлиц (крайняя степень сужения у женщин очень маленького роста - 120-145 см).

Характерный механизм вставления и продвижения головки плода при общеравномерносуженном тазе следующий.

Вначале головка плода долго стоит во входе в малый таз сагиттальным швом в одном из косых размеров в состоянии максимального сгибания. Ведущей точкой является задний (малый) родничок, который продвигается строго синклитически по проводной оси таза. Происходит долихоцефалическая конфигурация головки: задняя теменная кость надвигается на переднюю, обе они надвигаются на лобную и затылочную. Из-за того что лобковые кости при этой форме узкого таза соединяются друг с другом под острым углом, подзатылочная ямка не может подойти под нижний край лобкового симфиза и головка сильно отклоняется в сторону промежности; последняя резко натягивается, возникает угроза ее разрыва.

При значительной диспропорции таза и плода может произойти клиновидное косое вставление головки во входе в малый таз. Постепенно образуется большая родовая опухоль, доходящая нижним полюсом до выхода из малого таза. При потугах создается иллюзия соразмерности (вот-вот произойдет рождение головки плода), однако проходит время, нарушается крово- и лимфообращение, развивается отечность мягких тканей родовых путей, возникает угроза разрыва матки. У плода прогрессирует асфиксия.

Поперечносуженный таз

Для часто встречающегося поперечносуженного таза характерно уменьшение поперечных размеров на 0,5-1 см при нормальных или даже увеличенных прямых размеров малого таза. Плоскость входа в малый таз имеет не поперечно-овальную, а округлую или продольно-овальную форму. Крестец удлиннен, уплощен, утолщен, из-за чего уменьшается емкость и увеличивается высота (длина) таза. Уменьшен поперечный размер пояснично-крестцового ромба. Частота поперечносуженного таза составляет 30-

35 % от всех случаев анатомически узких тазов.

Особенности биомеханизма родов при поперечносуженном тазе заключаются в том, что головка плода устанавливается сагиттальным швом в косом либо в прямом размере и, не совершая внутреннего поворота, опускается на тазовое дно, при этом нередко образуется задний вид. При поперечносуженном тазе в 40 % случаев наблюдается клиническое несоответствие с головкой плода, вторичная слабость родовой деятельности, чрезмерное сжатие головки в переднезаднем направлении, гипоксическо-травматическое повреждение ЦНС у новорожденного.

Вариантом поперечносуженного таза является таз с уменьшенным прямым размером широкой части полости малого таза (18-20 %). Для данной формы узкого таза характерно возникновение препятствия при продвижении головки через широкую часть полости малого таза. Этот вид таза относится к "стертым", плохо диагностируемым формам и является следствием нарушения развития костного скелета в возрасте девочки от 12 до 15 лет в результате гиперандрогенных влияний и сниженного содержания в организме эстрогенов.

Отсутствие естественной вогнутости крестца, его плоская форма, обуславливают уравнивание прямых размеров широкой и узкой плоскостей малого таза. В зависимости от степени уменьшения прямого размера широкой части полости малого таза возрастает частота осложнений: низкое поперечное стояние сагиттального шва, косое асинклитическое вставление, затруднение продвижения головки в широкой части полости малого таза, вторичная слабость родовой деятельности. Затрудненное продвижение головки при родостимуляции может привести к чрезмерному ее сдавливанию и повреждению головного мозга у плода (нарушение мозгового кровообращения, внутричерепные кровоизлияния, в последующем - детский церебральный паралич).

Особенностями биомеханизма родов является задержка головки плода в широкой части полости малого таза сагиттальным швом в поперечном или косом размере. В остальном - биомеханизм родов не нарушен.

Плоские тазы

Плоский таз. В нем укорочены прямые размеры при нормальной величине поперечных и косых размеров. Сужение бывает двояким, поэтому различают простой плоский и плоскорихитический таз.

Простой плоский таз характеризуется уменьшением всех прямых размеров. Весь крестец приближен к лобковому симфизу. Поперечные размеры таза нормальные или увеличены. Форма входа в малый таз поперечно-овальная. Характерным признаком простого плоского таза является уменьшение размеров диагональной и наружной конъюгаты. Поперечные и косые размеры нормальной величины. Деформации костей таза и скелета нет.

У женщин с простым плоским тазом телосложение обычное. Примерные размеры простого плоского таза: Д. спинарум - 26 см, Д. сристарум - 29 см, Д. трочантериса - 30 см, С. Эхтерна - 18 см, С. диагоналис - 11 см, С. вера - 9 см.

Особенностью биомеханизма родов при плоском тазе является: длительное стояние головки сагиттальным швом в поперечном размере во входе в малый таз и некоторое

разгибание головки, вследствие чего наиболее узкую часть входа головка проходит самым малым размером (малым поперечным, равным 8 см). Если таз сужен немного, головка постепенно преодолевает препятствие со стороны входа в таз и рождается по типу затылочного предлежания. При значительном сужении таза одного разгибания головки оказывается недостаточно. Происходит так называемое боковое склонение головки - асинклитическое вставление. Через суженный прямой размер входа головка проходит не сразу, а как бы по частям, сначала одна половина, затем другая. Приспособительным механизмом является переднетеменное асинклитическое вставление, когда во вход в малый таз вступает первой передняя теменная кость, сагиттальный шов при этом отклоняется к мысу. Необходимо подчеркнуть, что заднетеменное асинклитическое вставление всегда является патологией и свидетельствует о полной диспропорции головки плода и таза матери.

Для **плоскоррахитической формы таза** характерны уменьшение прямого размера входа (истинной конъюгаты) и увеличение остальных прямых размеров малого таза. Это обусловлено смещением крестца вокруг горизонтальной оси таким образом, что основание его приближается к лобковому симфизу, а тело и верхушка вместе с копчиком отклонены кзади. Мыс крестца резко выступает вперед, в связи с чем вход в малый таз приобретает форму "карточного" сердца. Крестец расширен, укорочен и уплощен.

При наружном осмотре таза роженицы выявляется ряд характерных признаков: крылья подвздошных костей сильно развернуты, расстояние между верхними передними подвздошными остями (Д. спинарум) почти полностью приближается к размеру между подвздошными гребнями (Д. кристарум). Значительно уменьшена наружная конъюгата (до 17,5-18 см). Изменяется форма крестцово-поясничного ромба: укорачивается вертикальная диагональ на 2-3 см, уплощается верхний треугольник крестцово-поясничного ромба. При влагалищном исследовании иногда выявляется добавочный мыс, образовавшийся в результате окостенения хряща между позвонками СИ и СИИ. Добавочный мыс может затруднять продвижение головки плода. Размеры выхода таза увеличены (за счет отклонения верхушки крестца кзади и большого расстояния между седалищными буграми).

Таким образом, для плоскоррахитического таза характерны:

- уменьшение главного размера - истинной конъюгаты;
- деформация костей таза (крестца);
- изменения формы входа в таз;
- относительное увеличение выхода таза. Выявляются и другие признаки перенесенного рахита: "квадратная голова", С-образные ключицы, четкообразные утолщения на ребрах, искривление ног, позвоночника, грудины ("куриная грудь") и др.

Следует отметить, что выраженные формы плоскоррахитического таза в настоящее время встречаются редко. Основное препятствие в родах наблюдается при прохождении головки через плоскость входа в малый таз.

Биомеханизм родов: головка плода долго стоит над входом в малый таз стреловидным швом в поперечном размере, происходит некоторое разгибание головки и ее асинклитическое (переднетеменное) вставление. Когда головка пройдет суженную в прямом размере плоскость входа в малый таз, далее она продвигается стремительно, так как все остальные прямые размеры малого таза из-за отклонения крестца и копчика

кзади увеличены. Быстрое продвижение головки через укороченный таз сопровождается высокой угрозой развития родовой травмы у плода, значительными разрывами родовых путей.

Общесуженный плоский таз

При общесуженном плоском тазе уменьшены все размеры, но в большей степени сужены прямые размеры (прямой размер входа в малый таз). Примерные размеры: Д. спинарум - 23-24 см, Д. сристарум - 24-25 см, Д. трочантериса - 27- 28 см, С. Эхтерна - 15-16 см, С. диагоналис- 9 см, С. вера - 7 см.

Общесуженный плоский таз представляет значительные затруднения для родов.

Редко встречающиеся анатомически узкие тазы

Кососмещенный (асимметричный) таз. Возникает после перенесенного в детстве рахита, вывиха тазобедренного сустава или неправильно сросшегося бедра или костей голени. При указанных заболеваниях и последствиях травм больная наступает на здоровую ногу и туловище находит опору в здоровом тазобедренном суставе. Постепенно область таза, соответствующая здоровому тазобедренному (коленному) суставу, вдавливаются внутрь; половина таза на стороне здоровой ноги становится уже. Причиной кососмещенного таза может быть сколиоз, при котором тяжесть туловища на конечности распределяется неравномерно, в результате чего вертлужная впадина на здоровой стороне вдавливается и таз деформируется.

Кососмещенный таз не всегда препятствует течению родов, так как сужение обычно бывает небольшим. Сужение одной стороны компенсируется тем, что другая является сравнительно просторной.

Длинный таз. Характеризуется увеличением высоты крестца вследствие его срастания с поясничным позвонком. При этом происходит уменьшение прямых размеров полости таза, что может служить препятствием для прохождения головки через родовой канал. Распознавание возможно при рентгенографии.

Воронкообразный таз. Встречается редко; возникновение его связывают с нарушением развития таза на почве эндокринных расстройств. Воронкообразный таз характеризуется сужением выхода таза. Степень сужения возрастает сверху вниз, вследствие чего полость таза приобретает вид воронки, суживающейся к выходу. Крестец удлинен, лобковая дуга узкая, поперечный размер выхода может быть сужен значительно. Роды могут закончиться самостоятельно, если плод некрупный и сужение выхода таза выражено нерезко.

Кифотический таз. Относится к типу воронкообразных. Кифоз позвоночника чаще всего возникает вследствие перенесенного в детстве туберкулезного спондилита, реже рахита. При возникновении горба в нижнем отделе позвоночника центр тяжести туловища смещается кпереди; верхняя часть крестца при этом смещается кзади, истинная конъюгата увеличивается, поперечный размер может оставаться нормальным, вход в таз приобретает продольноовальную форму. Поперечный размер выхода таза уменьшается вследствие сближения седалищных бугров; лобковый угол острый, полость таза воронкообразно суживается к выходу. Роды при кифозе нередко протекают нормально, если горб расположен в верхнем отделе позвоночника. Чем ниже

расположен горб и чем больше выражена деформация таза, тем хуже прогноз родов.

Таз, суженный экзостозами и костными опухолями. Экзостозы и костные опухоли в области таза наблюдаются редко. Экзостозы могут располагаться в области лобкового симфиза, крестцового мыса и в других местах. Опухоли, исходящие из костей и хрящей (остеосаркомы), могут занимать значительную часть полости таза. При значительных экзостозах, препятствующих продвижению предлежащей части плода, показано кесарево сечение. При наличии опухолей также показано оперативное родоразрешение и последующее специальное лечение.

Степени сужения анатомически узкого таза

Если форма анатомически узкого таза определяет механизм вставления и предлежания, а также продвижения плода, то степень сужения влияет на прогноз родов.

Выделяют три степени сужения малого таза.

При **I степени** истинная конъюгата ниже 11 см, но не ниже 10 см (10,9-10 см). Роды доношенным плодом возможны при условии средних и небольших размеров плода (3500 г и менее), при наличии координированной родовой деятельности и полного соответствия механизма родов данной форме аномального таза.

II степень характеризуется размерами истинной конъюгаты ниже 10 см (9,9-8 см). Роды доношенным плодом сопровождаются большим риском акушерского травматизма для матери и плода. Поэтому при данной степени сужения таза следует расширять показания к кесареву сечению.

Но более целесообразно относить к II степени узкого таза сужение любого размера малого таза до 10 см, и к III степени сужения - уменьшение любого размера более чем на 10 см. В полости малого таза только прямой размер выхода составляет 9 см, но при прохождении головки он увеличивается на 1,5 см за счет отклонения крестца.

I степень сужения таза встречается в 83 % от всех анатомически узких тазов, II степень - в 17 %. III степень в настоящее время не встречается.

Диагностика Узкого таза:

Диагностика анатомически узкого таза

Своевременное распознавание узкого таза позволяет предупредить осложнения, которые могут возникнуть в родах.

Клинико-акушерские методы исследования

Для диагностики узкого таза особую роль играют данные анамнеза: выясняют указание на перенесенный в детстве рахит, костный туберкулез, травмы таза, остеомиелит, заболевания тазобедренного сустава. Существенное значение имеет выяснение перенесенных в детстве длительных инфекционных заболеваний, которые способствуют задержке развития организма девочки, возникновению инфантилизма и

узкого таза. У них нередко отмечаются позднее становление менархе, нарушения менструальной функции.

Большое значение представляют сведения о течении предшествующих родов (длительные роды, стимуляция родовой деятельности, рождение большого травмированного ребенка, оперативное родоразрешение). Следует выяснить массу тела новорожденных при предыдущих родах, определить предполагаемую массу плода при данной беременности. В диагностике узкого таза важное место отводится объективным методам исследования, одним из которых является общий осмотр.

Осмотр позволяет оценить общее физическое развитие, пропорциональность телосложения, рост и массу тела беременной, изменения со стороны скелета, признаки общего или генитального инфантилизма.

В практическом акушерстве с целью диагностики узкого таза обязательно используют наружное тазоизмерение. Во всех руководствах по акушерству приводятся следующие наружные размеры нормального женского таза: расстояние между верхними передними подвздошными остями (Д. спинарам) - 25-26 см; расстояние между отдаленными точками подвздошных гребней (Д. сристарум) - 28-29 см; расстояние между большими вертелами бедренных костей (Д. трочантериса) - 31-32 см; наружная конъюгата (С. Эхтерна) - 20-21 см.

Большинство исследователей ориентируются на наружные размеры таза, а также на их соотношения. Например, пропорциональное уменьшение всех размеров указывает на общеравномерносуженный таз, уменьшение разницы между Д. сристарум и Д. спинарум более чем на 3 см встречается при плоскорохитическом тазе. При подозрении на анатомически узкий таз определяют размеры выхода таза; при подозрении на асимметрию - косые и боковые размеры таза.

Однако установлено, что между основными размерами большого таза и размерами малого таза не существует или существует низкая корреляционная зависимость (коэффициент корреляции 0,3-0,4), поэтому данные наружного тазоизмерения не позволяют судить о размерах и форме малого таза, а могут служить лишь ориентиром для подозрения на имеющиеся изменения малого таза и основанием для применения более информативного метода исследования.

Определенное значение имеет форма живота. У первородящих при анатомически узком тазе она может быть остроконечной, у повторнородящих - отвислая. Следует обратить внимание на симптом выпячивания головки над лобковым симфизом или ее высокое стояние при доношенной беременности.

Толщину костей таза можно определить по окружности лучезапястного сустава, в норме он равен 15 см.

Важное место в оценке узкого таза имеет измерение пояснично-крестцового ромба. У хорошо сложенных женщин с нормальными размерами таза пояснично-крестцовый ромб имеет форму почти правильного квадрата, поставленного на один из углов, диагонали которого почти равны 10,5-11 см.

При общеравномерносуженном тазе эти размеры будут пропорционально уменьшены. При поперечносуженном тазе наблюдается уменьшение поперечной диагонали и

удлинение вертикальной. Ромб приобретает вертикально вытянутую форму.

При плоском и особенно плоскорахитическом тазе отмечается укорочение вертикальной диагонали за счет снижения расположения верхнего угла ромба, иногда до уровня поперечной диагонали. Несимметричная форма ромба свидетельствует о наличии кососмещенного таза. Вертикальная диагональ пояснично-крестцового ромба по размерам равна величине истинной конъюгаты.

При осмотре женщин в вертикальном положении следует обратить внимание на форму живота. При выраженном сужении таза головка плода в конце беременности не может прижаться ко входу в малый таз. Происходит перерастяжение передней брюшной стенки, и живот приобретает у первородящих остроконечную, а у многорожавших отвислую форму.

Наружные измерения большого таза хотя и не отражают полностью особенности строения малого таза, однако позволяют косвенно получить ориентировочные сведения о его форме и размерах (особенно по размерам наружной конъюгаты), поэтому определение их является обязательным у всех беременных.

Наряду с определением традиционных размеров таза производят измерение боковых конъюгат - расстояние между верхними передними и верхними задними подвздошными остями с каждой стороны (в норме они равны 14-15 см). Уменьшение их до 13 см свидетельствует о сужении таза.

Косые размеры:

- расстояние от верхней передней подвздошной ости одной стороны до верхней задней подвздошной ости другой стороны (в норме равно 22,5 см);
- расстояние от середины лобкового симфиза до верхних задних подвздошных остей;
- расстояние от надкрестцовой ямки до верхних передних подвздошных остей справа и слева.

Разница правого и левого размеров свидетельствует об асимметрии таза. Важное значение в оценке таза и прогноза родов играет также определение размеров выхода из малого таза: прямого и поперечного. О размерах таза можно судить также по величине окружности таза. Измеряется она на уровне верхнего угла крестцово-поясничного ромба, подвздошных гребней и верхнего края лобкового симфиза. В норме окружность таза равна 85 см. Если ее величина приближается к 75 см, это свидетельствует о значительном сужении таза.

Для правильного суждения о размерах истинной конъюгаты по данным диагональной конъюгаты следует обязательно учитывать высоту лобкового симфиза (в норме 4-5 см). Емкость малого таза в значительной степени зависит от толщины костей таза. О толщине костей роженицы (костей таза) судят по величине окружности лучезапястного сустава, измеренной выше шиловидного отростка (в норме 14,5-15 см). При увеличении окружности лучезапястного сустава свыше 16 см следует предполагать большую толщину костей таза и, следовательно, уменьшение емкости малого таза.

Для выявления аномальных форм анатомически узких тазов необходимо во всех клинических наблюдениях проводить измерение высоты таза, переднезаднего и

лобково-крестцового размеров.

Переднезадний размер - расстояние от середины верхнего края лобкового симфиза до остистого отростка позвонка С₅ (в норме 20-19,5 см).

Лобково-крестцовый размер определяется от середины симфиза до места сочленения позвонков С_{II} и С_{III} что соответствует точке, расположенной на 1 см ниже места пересечения вертикальной и горизонтальной диагоналей (в норме 22 см). Если лобково-крестцовый размер уменьшен до 20-19 см, то имеет место уменьшение прямого размера широкой части полости малого таза.

Одним из основных методов оценки формы и размеров таза является влагалищное исследование. При влагалищном исследовании акушер устанавливает емкость малого таза, состояние внутренней поверхности костей таза, величину диагональной конъюгаты, достижимость терминальных линий, наличие и выраженность крестцовой впадины, расстояние между седалищными остями и в совокупности с другими данными оценивает таз в целом.

В прогнозировании риска в родах по данным антропометрии большое значение имеет ВСДМ, которая главным образом зависит от размера окружности головки плода. По мере увеличения головки и размеров плода увеличивается и ВСДМ. Частное от деления показателей (в сантиметрах) окружности живота на высоту дна матки отражает "индекс акушерской емкости таза". Частота осложненных родов возрастает соответственно уменьшению этого индекса. При индексе К 2,9 и более частота осложнений составляет 25 %, при снижении этого показателя до 2,8- 2,5 частота осложнений возрастает до 45 %. К группе высокого риска относятся женщины, имеющие индекс 2,4. Частота осложнений при этом достигает 90 %. Особенно неблагоприятно снижение индекса акушерской емкости таза у женщин с ожирением и перенесенной беременностью.

При антропометрическом обследовании следует учитывать факторы, указывающие на высокую возможность анатомических изменений малого таза:

- рост 160 см и менее;
- размер обуви менее 23 (36);
- длина кисти менее 16 см;
- длина II и III пальцев руки менее 6 и 8 см соответственно;
- уменьшение наружных размеров таза и пояснично-крестцового ромба;
- данные влагалищного исследования (размеры диагональной конъюгаты менее 13 см, величины лобкового угла, сближение лобковых костей).

В настоящее время для диагностики узкого таза используют рентгенопельвиметрию и магнитно-резонансную пельвиметрию.

Рентгенологические методы исследования

Показания к рентгенопельвиметрии следующие.

- Высокий риск перинатальной патологии:
 - осложненное течение и неблагоприятный исход предыдущих родов (слабость родовой деятельности, оперативное родоразрешение через естественные родовые пути, мертворождение, ранняя неонатальная смертность доношенных детей в результате родовой травмы, нарушение

- неврологического статуса у ребенка при последующем наблюдении);
 - о эндокринная патология (гиперандрогения, гиперпролактинемия, аденома гипофиза и т. д.);
 - о бесплодие и невынашивание беременности в анамнезе,
 - о сопутствующие экстрагенитальные заболевания.
- Возраст старше 30 лет у первородящих.
- Подозрение на анатомические изменения таза - сужение наружных размеров таза, наличие в анамнезе травматических повреждений, перенесенные рахит и полиомиелит, врожденный вывих тазобедренных суставов, рост менее 160 см.
- Подозрение на диспропорцию между тазом матери и головкой плода: крупный плод, невставление головки плода в начале родов у первородящих, длительное ее стояние в одной плоскости таза и высокое расположение во втором периоде родов при хорошей родовой деятельности, неблагоприятные вставления головки, а также диагностированный в родах клинически узкий таз (после родов).

Рентгенопельвиметрию проводят с помощью малодозной цифровой рентгенографической установки (МЦРУ). Съемку производят в двух проекциях: переднезадней и левой боковой в вертикальном положении пациентки (стоя).

На прямом снимке измеряют поперечные размеры входа, широкой части полости, а также межостный и битуберозный диаметры малого таза. Производят измерение лобно-затылочного размера головки плода. Наибольший поперечный размер входа - расстояние между наиболее удаленными точками пограничных линий подвздошных костей. Поперечный размер широкой части полости измеряют как расстояние между центрами внутренних поверхностей вертлужных впадин. Межостный размер (поперечный размер узкой части полости малого таза) - расстояние между вершинами седалищных остей. Битуберозный размер (поперечный размер выхода малого таза) измеряют между шероховатостями седалищных бугров.

На боковом снимке измеряют прямые размеры входа, широкой и узкой частей полости малого таза, большой поперечный размер головки плода. Прямой размер входа измеряют от мыса до внутренней поверхности лобкового симфиза (на 1 см ниже верхнего края). Прямой размер широкой части полости малого таза составляет расстояние между сочленением позвонков СИИ и СИИИ и серединой внутренней поверхности лобкового симфиза, прямой размер узкой части полости малого таза - расстояние от вершины крестца до нижнего края лобкового симфиза.

Помимо диаметров таза, на боковом снимке измеряют ряд величин, необходимых для пересчета увеличенных размеров таза в истинные по методу Бали и Голдена. Расстояние от крестца до внутреннего края лобкового симфиза определяют по проекции пограничной линии. На полученной линии на расстоянии 1/3 от крестца лежит наибольший поперечный диаметр входа, расстояние от наибольшего поперечного диаметра входа до плоскости снимка вычисляют автоматически.

Производят измерение длины таза (расстояние от основания седалищного бугра до верхнего края лобковой дуги), позадилобкового угла Плоскости входа и широкой части полости малого таза, угла лобковой дуги.

Стандартное программное обеспечение МЦРУ "Сибирь" дополнено пакетом программ, разработанных в Научном центре акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН и в Институте ядерной физики СО РАН. В данный пакет входит программа расчета

коэффициентов соотношений плоскостей малого таза к площади сечения сегмента вставления головки плода. Использование этой программы дает возможность прогнозировать исход родов для плода и новорожденного. Указанные коэффициенты вычисляются как отношение площадей сечений соответствующих плоскостей малого таза к площади сечения сегмента вставления головки плода. Плоскость входа математически представлена как плоскость, образованная полуэллипсом.

Плоскость широкой части полости описывается как полуэллипс, образованный задней поверхностью крестца на уровне, проходящем между позвонками СИИ и СИИИ, а также внутренней поверхностью седалищных костей и треугольником, образованным костями лобковой дуги с вершиной, находящейся в середине задней поверхности лобкового симфиза и основанием, проходящим через наиболее выступающие точки внутренних поверхностей вертлужных впадин.

Плоскость узкой части полости моделируется как два треугольника, имеющих одну общую сторону, проходящую через основание остистых отростков. Вершиной переднего треугольника является нижний край внутренней поверхности лобкового симфиза, вершиной заднего треугольника - крестцово-копчиковый сустав. Боковые стенки переднего треугольника образованы внутренними поверхностями седалищных костей, боковые стенки заднего треугольника составляют внутренние поверхности седалищных костей и связочно-мышечный аппарат таза.

Плоскость выхода условно образована двумя треугольниками с общим основанием, соединяющим нижневнутреннюю поверхность седалищных бугров. Вершиной переднего треугольника является нижневнутренний край лобкового симфиза, боковые стенки - внутренние поверхности восходящей части седалищных ветвей. Вершина заднего треугольника - крестцово-копчиковый сустав (условно), боковые стенки образованы мягкими тканями и могут деформироваться.

Головка моделируется в соответствии с размерами, полученными в результате рентгенопельвиметрии и при ультразвуковой цефалометрии. Форма головки принимается за овоидную, а сечение вставления головки описывается как эллипс. Положение, при котором сохраняется угол, образованный между лобно-затылочным размером и поперечным размером входа в малый таз (горизонтальная плоскость) условно принимается как текущий угол "сгибания" головки.

При переходе из плоскости широкой части в узкую часть полости, подражая естественному механизму родов, моделируется внутренний поворот головки плода поворотом лобно-затылочного размера до угла, составляющего 90° с горизонтальной плоскостью. В случаях, когда контуры головки не вписываются в контуры плоскостей малого таза, производятся действия, приводящие к уменьшению размеров проекции головки плода на плоскость, т. е. к уменьшению сегмента вставления: моделируются "сгибание" и "конфигурация" головки. "Сгибание" моделируется увеличением угла между лобно-затылочным размером плода и поперечным размером входа в малый таз (горизонтальной плоскостью). "Конфигурация" моделируется уменьшением размеров головки плода (лобно-затылочного и бипариетального) на 2-4-6-8-10 мм. При необходимости такие действия можно произвести во всех плоскостях малого таза.

Таким образом, рассмотренная модель дает возможность изучать пространственные взаимоотношения между малым тазом и головкой плода, включая отдельные элементы механизма родов (вставление, сгибание, внутренний поворот и конфигурацию головки)

при прохождении через плоскости таза у конкретной беременной и роженицы.

Для изучения возможности прогнозирования исхода родов также вычисляют коэффициенты соответствия размеров родовых путей и головки плода. Коэффициенты вычисляются как отношение площади сечения плоскости таза к площади сегмента вставления головки, при этом подразумевается отсутствие сгибания последней, когда площадь сегмента вставления максимальна. При отсутствии сгибания головки продольный размер сегмента вставления равен лобно-затылочному, а поперечный - бипаритетальным размерам головки плода. Коэффициенты вычисляются во всех плоскостях малого таза: входа (K1), широкой части (K2), узкой части (K3) и выхода (K4). Протокол исследования включает в себя информацию о размерах таза, результаты моделирования биомеханизма родов по всем плоскостям с учетом дополнительных методов моделирования (запас по сдвигу, значения сгибания и конфигурации головки), значения прогностических коэффициентов по плоскостям (с указанием нормальных значений), расчетные значения поверхностной дозы облучения пациента.

Магнитно-резонансная томография

МРТ проводят на томографе "Магнетом Хармоний" с напряженностью поля 1 Тл фирмы "Сименс" (Германия).

Показаниями для МРТ являются: подозрение на наличие узкого таза, крупного плода, а также на поражение головного мозга плода - выявленная при данной беременности активная вирусная инфекция, плацентарная недостаточность, внутриутробная гипоксия плода и т. д.

МРТ начинают с получения обзорных изображений в трех взаимно перпендикулярных проекциях. Измерение диаметров малого таза проводят между ориентирами, принятыми по методу Бали и Голдена.

Варианты магнитно-резонансных томограмм следующие.

Центральные сагиттальные томограммы малого таза, на которых определяются прямые диаметры входа, широкой и узкой частей полости, выхода, а также кривизна крестца. Томограммы ориентируются по обзорным изображениям так, чтобы срезы проходили через срединную линию крестца и лобковый симфиз.

Аксиальные томограммы малого таза, на которых измеряют поперечные диаметры. Томограммы ориентируют по сагиттальным срезам параллельно пограничной линии так, чтобы на одной из них вход малого таза выглядел как костное "кольцо". Для этого необходимо, чтобы один из срезов проходил через середину позвонка С, и точку, расположенную примерно на 1 см ниже верхнего внутреннего края лобкового симфиза. Число срезов выбирается таким, чтобы полученная серия изображений охватывала весь малый таз от мыса крестца до копчика. На томограммах измеряют поперечные диаметры таза: наибольшего входа, широкой части полости, межкостный, битуберозный.

С широким внедрением современных методов исследования (рентгенопельвиметрия и МРТ) удалось выявить дальнейшие тенденции в отношении анатомически узких тазов:

- стабильно высокой сохраняется частота поперечносуженного таза (с 1978 по 2002 г. она возросла с 20,9 до 66,7 %);

- снижается количество общеравномерносуженных (11,9 %) и плоскорахитических (1,1 %) тазов;
- удельный вес простых плоских тазов несколько увеличился.

Обращает на себя внимание прогрессивное возрастание неклассифицируемых "стертых" узких тазов, доля которых за последние 10 лет составляет 60 %.

Лечение Узкого таза:

Осложнения беременности при анатомически узком тазе

Средняя продолжительность беременности при анатомически узком тазе составляет 39 нед. При этом без осложнений беременность протекает у 13-15 % женщин, что объясняется, по-видимому, высокой частотой гормональных нарушений и экстрагенитальных заболеваний. Наиболее частыми осложнениями являются (плацентарная недостаточность и гестозы (25,7 %).

Особый интерес вызывает частота симфизопатии и сакроилеопатии у этих женщин (6-8 %).

• Асинклитическое вставление головки плода

Синклитическое (осевое) вставление головки - это такое вставление, при котором сагиттальный шов располагается на одинаковом расстоянии от лобкового симфиза и крестцового мыса, т. е. по оси таза. В случае асинклитического (внеосевого) вставления сагиттальный шов отклоняется ближе к мысу или к лобковому симфизу. Если сагиттальный шов оказывается ближе к мысу, то вставляется передняя теменная кость - образуется передний, или негелевский, асинклитизм (переднетеменное вставление головки). Когда же сагиттальный шов располагается ближе к лобковому симфизу, то вставляется задняя теменная кость и образуется задний, или литцмановский, асинклитизм (заднетеменное вставление головки). Переднетеменной асинклитизм бывает при узких, главным образом плоских тазах. Если он умеренный, то, будучи приспособительным, благоприятствует прохождению головки через суженный вход плоского таза; сильные же степени асинклитического вставления головки являются патологическими, они затрудняют или нарушают роды.

Заднетеменной асинклитизм всегда относится к патологическому вставлению, а не приспособительному.

Возникновению асинклитизма способствуют узкий таз, дряблая брюшная стенка (отвислый живот), выпадение ручки рядом с головкой и другие отклонения в биомеханизме родов.

Диагноз асинклитического вставления устанавливают при влагалищном исследовании. При этом руководствуются тем, что сагиттальный шов отклонен от оси таза в сторону лобкового симфиза или крестца и устойчиво сохраняет такое положение.

Передний асинклитизм (переднетеменное вставление) характерен для биомеханизма родов при простом плоском, иногда и при плоскорахитическом тазе. При плоском тазе головка, встречая препятствие со стороны мыса, задерживается на нем задней теменной костью, поэтому первой вставляется передняя теменная кость. В случае бокового сгибания головки к заднему плечу сагиттальный шов отклоняется к мысу.

Вставление головки передней теменной костью в поперечном размере плоскости входа в таз в состоянии легкого разгибания и длительное стояние головки во входе являются характерными особенностями биомеханизма родов для плоского и плоскорахитического тазов. Прогноз родов при переднем асинклитизме благоприятен при нерезко выраженном несоответствии между тазом роженицы и головкой плода. Тем не менее даже при этом головка подвергается сильной конфигурации, приобретая косую форму с вдавлениями в костях черепа. Под влиянием сильной родовой деятельности предлежащая теменная кость все глубже внедряется в таз и только после этого опускается другая теменная кость, задержавшаяся у мыса.

Задний асинклитизм образуется чаще при общесуженном плоском и плоскорахитическом тазах. Первой вставляется задняя теменная кость в поперечном размере при боковом сгибании головки плода к переднему плечу; сагиттальный шов отклоняется к лобковому симфизу. Головка вставляется в состоянии легкого разгибания. При резкой степени заднего асинклитизма у мыса удастся определить ухо плода.

Задний асинклитизм является тяжелым осложнением родового акта. В таких случаях необходимо произвести кесарево сечение.

- **Высокое прямое стояние головки**

Почти всегда головка устанавливается во входе в таз сагиттальным швом в поперечном или косом размере. И лишь в редких случаях она вступает в таз таким образом, что сагиттальный шов совпадает с прямым размером входа таза - истинной конъюгатой. Такое отклонение от нормального механизма родов называется высоким прямым стоянием головки. При этом затылок может быть обращен к лобковому симфизу или крестцу. Если затылок обращен кпереди, образуется передний вид высокого прямого стояния головки, если же затылок повернут кзади, образуется задний вид высокого прямого стояния головки.

Возникновению высокого прямого стояния головки в значительной мере способствуют узкий таз, изменение формы головки (большой поперечный размер больше малого косого), понижение тонуса матки и брюшной стенки и т. д.

Высокое прямое стояние сагиттального шва может быть приспособительным механизмом при поперечносуженном тазе, если у него увеличен прямой размер входа в малый таз. Во всех остальных случаях оно свидетельствует о нарушении биомеханизма родов, требующего кесарева сечения. Особенно неблагоприятным является прогноз при заднем виде высокого прямого стояния головки. В подавляющем большинстве случаев при этом осложнении следует прибегать к кесареву сечению или плодоразрушающей операции (краниотомия) на мертвом плоде.

При переднем виде высокого прямого стояния головки прогноз значительно лучше, чем при заднем, так как головка максимально сгибается и проходит в таком виде через все плоскости таза. Дойдя до дна таза, головка упирается подзатылочной областью в

лобковый симфиз и разгибается (прорезывается).

Задний вид высокого прямого стояния головки создает резкую конфигурацию и вызывает сгибание головки. Если размер ее невелик, таз нормальный и родовая деятельность энергичная, головка в таком состоянии опускается в таз. В полости таза может произойти поворот головки на 180°, и она прорезывается в переднем виде. Если же поворот не совершится, головка прорезывается в заднем виде.

При заднем виде высокого прямого стояния головки самостоятельные роды бывают редко. В большинстве случаев приходится прибегать к оперативному родоразрешению (кесарево сечение, наложение щипцов, краниотомия).

- **Низкое поперечное стояние головки**

Низким поперечным стоянием головки называется такое отклонение биомеханизма родов от нормы, при котором внутренний поворот головки не совершается и ее сагиттальный шов оказывается в поперечном размере выхода малого таза.

Низкое поперечное стояние головки чаще всего возникает при суженном тазе, особенно при простом плоском. Определенное значение при этом имеет расслабление мышц тазового дна.

Низкое поперечное стояние головки, являясь аномалией механизма родов, нарушает процесс изгнания плода, так как головка, остановившись сагиттальным швом в поперечном размере выхода таза, прорезаться не может. Прорезывание головки может произойти только после ее поворота, когда сагиттальный шов перейдет из поперечного в прямой размер выхода таза. Однако такой поворот возможен только при сильной и продолжительной родовой деятельности, а также при условии, что таз не имеет значительного сужения. Если поворот не произойдет, возникают осложнения, являющиеся серьезной угрозой матери и плоду (сдавление и омертвление мягких тканей родовых путей и мочевого пузыря, восходящая инфекция, разрыв матки, асфиксия плода). Роды необходимо закончить наложением акушерских щипцов. Если плод умер, производят краниотомию.

Ведение родов при анатомически узком тазе

Ведение родов при узком тазе представляет собой ответственную и сложную задачу. Это связано с тем, что при анатомически узком тазе роды могут быть:

- нормальными;
- затрудненными, но заканчивающимися благополучно при оказании правильной помощи;
- очень тяжелыми, с осложнениями, опасными для роженицы и плода. В таких случаях обычно возникает необходимость оперативного родоразрешения.

При значительном сужении таза, а также дополнительных осложнениях (переношенная беременность, аномалии положения плода и др.) вопрос об оперативном родоразрешении возникает до начала родовой деятельности. Поэтому тактика ведения родов определяется индивидуально, с учетом всех данных тщательного объективного обследования и прогноза для роженицы и плода.

Тактика ведения родов при узком тазе обсуждается акушерами с давних времен, и

принципы терапии узкого таза менялись в соответствии с развитием медицинской науки. В настоящее время в большинстве акушерских учреждений при ведении родов у женщин с узким тазом придерживаются следующих правил.

Необходима точная диагностика анатомически узкого таза и наблюдение в процессе родов за соответствием биомеханизма данной форме узкого таза.

- В женской консультации при наблюдении беременной с узким тазом следует проводить профилактику крупного плода, переношенной беременности, плацентарной недостаточности.
- При сужении таза III степени родоразрешение производят путем кесарева сечения.
- Показаниями к плановому кесареву сечению при анатомически узком тазе II степени являются:
 - о тазовое предлежание;
 - о крупный плод;
 - о переношенная беременность;
 - о сумма показаний (отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, поздний возраст первородящей, отсутствие готовности шейки матки к родам);
 - о рубец на матке;
 - о хроническая гипоксия плода.

При II степени анатомического сужения таза роды ведут выжидательно, тщательно наблюдая за их динамикой, состоянием роженицы и плода. Хирургическое вмешательство применяют при возникновении осложнений, угрожающих роженице и плоду. Исход родов зависит не только от размеров таза, но также от интенсивности схваток и потуг, величины плода, способности головки к конфигурации и др. Во время родов решается вопрос, будет ли данный анатомически узкий таз в функциональном отношении узким или нормальным. При III степени сужения таз обычно бывает клинически узким, если плод доношен и размеры его обычные.

Показания к экстренному кесареву сечению возникают при появлении признаков несоответствия между размерами таза и головки и наличии сопутствующих осложнений (слабость родовой деятельности).

Для предупреждения раннего излития вод роженице не рекомендуют вставать, лежать на том боку, к которому обращены спинка и затылок плода. Подобное положение способствует опусканию затылка и сохранению околоплодных вод. После излития вод влагиалищное исследование производят повторно, чтобы выяснить, не произошло ли выпадение пуповины или ручки плода.

Следует внимательно следить за характером выделений из половых путей (слизистые, кровянистые), состоянием наружных половых органов (отечность), состоянием мочевыводящих путей. При задержке мочеиспускания следует произвести катетеризацию, но этот симптом может свидетельствовать о выраженной диспропорции размеров таза и головки плода.

Наблюдают за продвижением предлежащей части: находится ли она над входом в таз или постепенно опускается в полость таза. При этом удается получить представление о соответствии или несоответствии между размерами таза и головки. О соответствии таза и головки, кроме обычных методов исследования предлежащей части, позволяют

судить признаки Цангемейстера, Вастена и др.

Цангемейстер предложил определять наличие и степень возвышения передней поверхности головки над лобковым симфизом путем измерения. Измерение производят тазомером в положении роженицы на боку. Вначале измеряют наружную конъюгату; затем переднюю пуговку тазомера перемещают с лобкового симфиза на выдающийся пункт передней поверхности головки (задняя пуговка остается на месте). При соответствии размеров головки и таза наружная конъюгата на 3- 4 см длиннее, чем размер от головки до надкрестцовой ямки. Если последний размер больше наружной конъюгаты, значит размер головки не соответствует размеру таза. Одинаковая величина обоих размеров свидетельствует о наличии нерезкого несоответствия; прогноз родов сомнительный.

Признак Вастена определяется после отхождения вод и фиксации головки во входе в таз. Ладонь исследующего располагается на поверхности лобкового симфиза и скользит кверху, на область подлежащей головке. Если передняя поверхность головки находится выше плоскости симфиза, значит имеется несоответствие между тазом и головкой (признак Вастена положительный) и роды самостоятельно закончиться не могут. При явном несоответствии размеров таза и головки показано оперативное родоразрешение путем кесарева сечения (при мертвом плоде - краниотомия или другие плодоразрушающие операции).

При незначительном несоответствии передняя поверхность головки находится на одном уровне с лобковым симфизом (признак Вастена вровень). В таких случаях исход родов может быть двояким: если родовая деятельность энергичная и головка хорошо конфигурируется, роды заканчиваются самопроизвольно; при слабой родовой деятельности, крупной головке, аномалиях положения и вставления роды самопроизвольно закончиться не могут. При полном соответствии между тазом и головкой передняя поверхность головки находится ниже плоскости лобкового симфиза (признак Вастена отрицательный); роды обычно заканчиваются самопроизвольно.

Если возникает вторичная слабость родовых сил, признаки асфиксии плода или другие осложнения, роды заканчиваются кесаревым сечением.

При нормальной родовой деятельности, правильном механизме родов и отсутствии каких-либо осложнений роды представляют самопроизвольному течению.

При несоответствии размеров таза и головки опасными признаками являются длительное стояние головки в одной плоскости, отечность шейки матки и наружных половых органов, задержка мочи и появление в ней примеси крови, растяжение нижнего сегмента матки, учащение пульса. При наличии этих признаков следует немедленно закончить роды путем кесарева сечения. В случае отсутствия условий для родоразрешения через естественные родовые пути при мертвом плоде показаны плодоразрушающие операции.

У женщин с анатомически узким тазом при ведении родов необходимо особенно внимательно следить за сердцебиением плода, поэтому роды ведут под кардиомониторным контролем.

У родившегося плода отмечаются значительная конфигурация головки, большая родовая опухоль; иногда бывают кефалогематомы, кровоизлияния в мозг, переломы

ключицы и других костей, повреждения нервов и других тканей.

Асфиксия, родовые травмы и осложнения, угрожающие здоровью роженицы, возникают в случае отсутствия полного соответствия между головкой и тазом. При анатомически узком, но функционально полноценном тазе роды протекают обычно и исход их для роженицы и плода благоприятен.

Ведение родов при анатомически узком тазе требует большой выдержки и высокой квалификации врача; огромное значение имеют уход, чуткое отношение к роженице, благоприятное воздействие на ее психику. Необходимо вовремя выявить осложнения родов и своевременно принять меры к их устранению.

В настоящее время чаще, чем в прежние годы, производят кесарево сечение, чтобы предотвратить неблагоприятные последствия для матери и ребенка тех осложнений, которые нередко сопутствуют родам при узком тазе.

В родах при наличии "стертых" форм анатомически узкого таза могут возникнуть затруднения при внутреннем повороте головки в полости малого таза. К этому времени головка плода находится большим сегментом во входе в малый таз, нижний полюс - на межостной линии. Возникает довольно сложная акушерская ситуация: родовая деятельность к этому времени продолжается не менее 10-12 ч, нередко роженица устала, родовая деятельность ослабевает, возникает вторичная слабость.

Головка плода как бы останавливается в дальнейшем продвижении и долго стоит в плоскости широкой части полости малого таза сагиттальным швом в одном из косых размеров. Положение усложняется, если возникает острая гипоксия плода. Ни в коем случае нельзя применять прием Кристеллера. В этих случаях целесообразно внутривенно ввести препарат спазмолитического действия (раствор но-шпы 4 мл с 40 мл 40 % раствора глюкозы), 150 мг кокарбоксилазы, 1-2 мл АТФ, и, главное, раствор актовегина 200 мг. Через 40-50 мин, если головка не совершила внутренний поворот, необходимо начать родостимуляцию простином Е2.

Дистоция плечиков. Одним из серьезных осложнений второго периода родов при наличии узкого таза является дистоция плечиков, когда после рождения головки происходит задержка переднего плечика плода за лобковым симфизом или вколачивание (вклинивание) его в таз, а заднее плечико в это время или плотно сжато в крестцовой впадине, или же находится над мысом, в результате чего продвижение плода по родовым путям матери прекращается. Если в ближайшее время не произвести родоразрешение, то плод умрет от асфиксии. Данное осложнение родов чревато серьезными травмами плода, при этом повреждаются доношенные крупные дети на последнем этапе родов.

Факторами, предрасполагающими к возникновению затруднения рождения плечевого пояса плода, являются:

- крупный плод;
- узкий таз;
- слабость родовой деятельности;
- поздний возраст матери (35 лет и старше);
- ожирение, сахарный диабет.

Рентгенопельвиметрия и УЗИ являются необходимыми для оценки соразмерности

плода и таза матери. Дистоция плечиков по своему механизму является формой узкого таза.

Все ручные манипуляции расположены последовательно по мере увеличения сложности исполнения. Вначале применяют менее сложные и менее травматичные для плода, при их неэффективности - переходят к более сложным.

- Роды ведут два врача акушера-гинеколога, владеющие приемами оказания помощи при дистоции плечиков, анестезиолог и неонатолог-реаниматолог.
- Необходимо обязательное рассечение промежности под адекватным обезболиванием (предпочтительно - срединно-латеральная эпизиотомия).
- Головку плода захватывают двумя руками в щечно-височных областях, осторожно подтягивают головку книзу до тех пор, пока под лобковый симфиз не подойдет переднее плечико на границе верхней и средней трети. В это время ассистент осуществляет умеренное давление рукой над лобком. Затем головку приподнимают кпереди и освобождают заднее плечико.
- Максимально сгибают бедра роженицы в тазобедренных и коленных суставах и отводят их в сторону живота.
- Одноименной рукой акушер захватывает, сгибает и выводит заднюю ручку плода, затем выводит переднее плечико.
- Акушер рукой, введенной во влагалище, смещает переднее плечико в сторону грудки и кзади. Ассистент в это время проводит умеренное давление на дно матки и в надлобковой области кзади и латерально в сторону живота матери.
- Акушер рукой, введенной под заднее плечо плода, поворотом на 180° переводит его в переднее положение и извлекает.

Моделирование родов с использованием данных о размерах малого таза, полученных при рентгенопельвиметрии, и головки плода (по данным ультразвуковой цефалометрии) и прогнозирование исхода родов на основании вычисления коэффициентов плоскостей малого таза позволяет заранее определить возникновение клинически узкого таза или затруднений, увеличивающих риск травматизации плода в родах, и учитывать это при выборе тактики ведения. Однако окончательное заключение о функциональной полноценности таза можно сделать лишь в процессе родов с учетом характера вставления головки и родовой деятельности.

Практическое занятие 15

Причина неправильного положения плода, диагностика, тактика врача.

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План практического занятия	Причина неправильного положения плода, диагностика, тактика врача.

Цель практического занятия: дать представление о *Причина неправильного положения плода, диагностика, тактика врача.*

», её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	<i>Причина неправильного положения плода, диагностика, тактика врача.</i>
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.	Вступительное слово о. <i>Причина неправильного положения плода, диагностика, тактика врача.</i> Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты Узком тазе, этиологии, видах, диагностики занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 1. Что такое неправильное положение плода. 2. Причины неправильного положения плода. 3. Диагностика и тактика врача.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.

		Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи	45

6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

Вопросы по теме

1. Что такое неправильное положение плода.
2. Причины неправильного положения плода.
3. 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.

Метод «Ручка на середине стола»

Шаги:

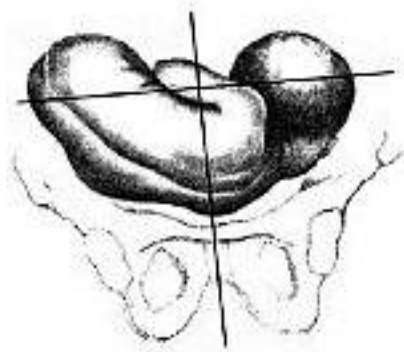
- 1.Предварительно педагог подготавливает вопросы по тематике (минимум по 2-3 вопроса на каждого студента).
2. Участники сидят по кругу.
3. На середину стола кладётся ручка.

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.

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 удастся 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.

Вагинальное кровотечение во время родов.

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План практического занятия	<i>Вагинальное кровотечение во время родов: разрыв матки. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика.</i>

Цель практического занятия: дать представление о

Вагинальное кровотечение во время родов: разрыв матки. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика. её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	<i>Вагинальное кровотечение во время родов: разрыв матки. Классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы лечения, профилактика.</i>
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.	Вступительное слово о Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты Узком	Слушает, записывает

	тазе,этиологии,видах,диагностики занятия	
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы Причины кровотечения во время родов. 2. Классификация. 3. Диагностика, лечение.1.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование		5

	темы)		
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

Вопросы по теме

Причины кровотечения во время родов.

2. Классификация.

3. Диагностика, лечение.1

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.

. При физиологических родах величина кровопотери в последовом и раннем послеродовом периоде не превышает 0,5% от массы тела (физиологическая кровопотеря). Кровопотеря, соответствующая 0,6% массы тела и более, считается патологической. Кровотечение в периоде раскрытия шейки матки и периоде изгнания плода может быть обусловлено частичной преждевременной отслойкой плаценты предлежанием плаценты, разрывом матки. В последовом и раннем послеродовом периоде кровотечение связано с гипо- и атоническим состоянием матки, частичным плотным прикреплением или приращением плаценты; оно может возникать вследствие нарушений гемостаза (врожденных или приобретенных), разрывов тела и шейки матки, влагалища и промежности.

Кровотечение, связанное со снижением тонуса (гипотонией) миометрия в последовом и раннем послеродовом периодах, называют гипотоническим; с потерей тонуса (атонией) миометрия — атоническим. Эти кровотечения могут наблюдаться при дистрофических, рубцовых, воспалительных изменениях миометрия в связи с предыдущими родами, абортами (особенно осложненными), операциями на матке, эндометритом, хориоамнионитом. Кровотечениям способствуют недоразвитие матки, гипофункция яичников, перерастяжение миометрия при крупном плоде, многоводии, многоплодии. Гипо- и атония миометрия могут наступить в связи с чрезмерной родовой деятельностью, длительным течением родов, грубым форсированным их ведением, под влиянием ряда лекарственных препаратов, используемых для стимуляции родов и наркоза, а также при родоразрешающих операциях (наложение акушерских щипцов, извлечение плода за тазовый конец и др.). Сократительная функция миометрия в последовом периоде родов

может быть снижена вследствие нарушения процесса отделения плаценты (при ее плотном прикреплении или приращении), задержки в матке отделившегося последа и его частей.

По клинической картине различают два варианта гипотонического кровотечения. Первый характеризуется незначительной начальной кровопотерей, повторными небольшими кровотечениями, в промежутках между которыми временно восстанавливается тонус миометрия в ответ на консервативное лечение. Больная вначале адаптируется к прогрессирующей гиповолемии, АД остается нормальным, тахикардия выражена нерезко, кожные покровы бледные. При недостаточном лечении нарушение сократительной функции миометрия прогрессирует, объем кровопотери возрастает. Если величина кровопотери составляет 25 — 30% объема циркулирующей крови и более, состояние резко ухудшается, нарастают симптомы геморрагического шока и синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. При втором варианте гипотонического кровотечения оно обильное с момента начала, матка дряблая (атоничная), плохо реагирует на средства, повышающие ее тонус и сократительную активность, а также на наружный массаж и ручное обследование. Быстро прогрессируют гиповолемия, симптомы геморрагического шока и синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.

Нередко кровотечение в последовом периоде связано с нарушением отделения плаценты вследствие ее частичного плотного прикреплении или частичного приращения. Плотное приращение плаценты формируется при истончении базальной децидуальной (отпадающей) оболочки матки, в результате чего ворсины плаценты проникают в нее глубже, чем обычно (но не достигают миометрия). Обычно это отмечается на отдельных участках плаценты (частичное плотное приращение плаценты). Причинами плотного приращения плаценты являются перенесенные аборты и осложненные роды, воспалительные заболевания женских половых органов и др. Процесс отделения плаценты в последовом периоде в этом случае нарушается, происходит неравномерно (участки, свободные от плаценты, чередуются с участками, на которых плацента плотно прикреплена). Это приводит к нарушению ретракции матки, излитию крови из зияющих сосудов плацентарной площадки, свободной от плаценты.

Приращение плаценты происходит в результате проникновения ее ворсин до миометрия или в его толщу. Приращению плаценты способствуют имплантация плодного яйца в области перешейка и шейки матки, атрофия эндометрия вследствие оперативных вмешательств (кесарево сечение, ручное отделение последа при предыдущих родах, выскабливание слизистой оболочки матки), перенесенный эндометрит, подслизистая миома матки и др.

В зависимости от глубины проникновения ворсин плаценты различают три варианта ее приращения. Пласента асрета (приросшая плацента): ворсины плаценты контактируют с миометрием, не внедряясь в него и не нарушая его структуру; пласента инсрета (вросшая плацента): ворсины плаценты проникают в миометрий и нарушают его структуру; пласента персрета (проросшая плацента): ворсины прорастают миометрий на всю глубину вплоть до висцеральной брюшины. При полном приращении плацента спаяна с миометрием на всем ее протяжении, при частичном — лишь на отдельных участках, что приводит к маточному кровотечению в последовом периоде родов.

Частичное приращение и частичное плотное приращение плаценты способствуют развитию гипотонии матки, что в свою очередь приводит к усилению маточного кровотечения. При частичном приращении плаценты быстро развиваются

геморрагический шок, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови. Признаки отделения плаценты в последовом периоде при приращении и плотном прикреплении плаценты отсутствуют.

При кровотечении в последовом периоде родов и раннем послеродовом периоде для исключения разрывов шейки матки и влагалища необходим их осмотр с помощью влагалищных зеркал (разрывы зашивают после выделения последа). Если кровотечение возникло при задержке последа или его частей в матке, срочно под общей анестезией выполняют ручное отделение плаценты (при ее плотном прикреплении) с последующим выделением последа или ручное удаление не связанных со стенкой матки частей последа. При плотном прикреплении плацента хорошо отслаивается от стенки матки. Попытка ручного отделения плаценты при ее приращении приводит к обильному кровотечению, плацента отрывается кусками, не отделяясь полностью от стенки матки. В этом случае необходимо немедленно прекратить дальнейшие попытки ее отделения и срочно провести операцию: надвлагалищную ампутацию матки (при отсутствии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови) или экстирпацию матки (при развитии этого синдрома).

После ручного отделения плаценты и ее выделения из матки, ручного удаления задержавшегося в матке последа и его частей следует выполнить ручное обследование матки — введенной в ее полость рукой проверить полноту опорожнения матки и состояние ее стенок.

Выскабливание полости матки у родильниц при подозрении на задержку частей последа очень травматично для послеродовой матки. Эта операция может привести к расстройству сократительной функции матки, нарушению тромбообразования в сосудах плацентарной площадки и инфицированию. В современной клинике после удаления плаценты или ее частей производят ультразвуковое исследование, при котором определяют полноту опорожнения матки.

При гипотоническом кровотечении в раннем послеродовом периоде, не связанном с задержкой в матке последа или его частей, показаны средства, повышающие тонус и сократительную активность миометрия (метилэргометрин, окситоцин, препараты простагландинов и др.), наружный массаж матки. Если парентеральное введение средств, стимулирующих мускулатуру матки, и наружный массаж матки неэффективны, необходимо сразу приступить к ручному обследованию матки и бережному наружновнутреннему ее массажу (пальцы руки, введенной в матку, сжимают в кулак, другой рукой массируют матку снаружи).

При отсутствии эффекта от применения средств, стимулирующих мускулатуру матки, ручного обследования матки и наружновнутреннего ее массажа показаны надвлагалищная ампутация матки (при отсутствии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови) или экстирпация матки (при развитии этого синдрома).

Одновременно с мероприятиями, направленными на остановку кровотечения, необходимо проводить восполнение кровопотери и другие мероприятия для восстановления нарушенных жизненно важных функций.

При кровотечении во время родов вне акушерского стационара необходимо срочно доставить больную в родильный дом. Транспортировка осуществляется на носилках. При кровотечении в последовом и раннем послеродовом периоде для временной его остановки при транспортировке следует прижать кулаком брюшной отдел аорты. Перед началом

транспортировки необходимо обеспечить постоянный доступ к венозной системе и внутривенно ввести 1 мл (5 ЕД) окситоцина или 1 мл (5 ЕД) гифотоцина (при гипотонии матки), аскорбиновую кислоту (2 — 3 мл 5% раствора), аналептические препараты (1 мл кордиамина или 3 мл 1,5% раствора этимизола). Одновременно при гипотонии матки внутримышечно целесообразно ввести 1 мл 0,02% раствора эргометрина малеата. Обязательна инфузия кровезамещающих растворов, которая продолжается в процессе транспортировки.

Профилактика гипотонического (атонического) кровотечения в родах заключается в рациональном и бережном их ведении (регуляция родовой деятельности, исключение методов Грубого форсированного родоразрешения, правильное ведение последового периода). Продолжительность последового периода не должна превышать 20 — 30 мин. По истечении этого времени вероятность самостоятельного отделения плаценты резко уменьшается, а возможность гипотонического кровотечения увеличивается. С целью профилактики кровотечения в родах предложены следующие мероприятия: в момент прорезывания головки плода роженице внутримышечно вводят 1 мл 0,02% метилэргометрина; активно-выжидательная тактика ведения последового периода родов: при отсутствии признаков отделения последа через 20 — 25 мин после рождения плода внутривенно вводят 1 мл окситоцина в 20 мл 40% раствора глюкозы, если еще через 10—15 мин послед не отделяется, приступить к его ручному удалению (появление кровотечения при отсутствии признаков отделения последа служит показанием к этой операции независимо от времени, прошедшего после рождения плода).

Разрыв матки

Разрыв матки подразделяется на полный и неполный и следует отличать данную патологию от расхождения шва после КС. Полный разрыв матки представляет собой разрыв всех слоев матки и серозной оболочки, в случае которого возникает контакт полости матки с перитонеальной. Неполный разрыв - это дефект стенки матки, ограниченный висцеральным листком брюшины или широкой связкой. Расхождение шва после КС представляет собой частичное разъединение рубца с минимальным кровотечением. При этом брюшина и оболочки плода остаются целыми. Уровень материнской смертности при разрыве матки в США ежегодно составляет 5%. Причинами смерти при разрыве являются геморрагический шок, сепсис, ДВС-синдром, легочная эмболия, паралитическая кишечная непроходимость и почечная недостаточность. Очень высок уровень смертности плода. В своем обзоре Сунер и коллеги подсчитали, что уровень смертности плода достигает 61,5% (1381 случай). При этом в случае благоприятного исхода для плода наблюдается высокий уровень постнатальной заболеваемости, особенно неврологические нарушения.

Разрыв матки может возникнуть спонтанно в начале и во время родов. Хотя разрыв обычно возникает в 3 триместре, он может произойти и в начале беременности. Разрыв может возникнуть в нормальной матке, вследствие ее повреждения, аномалии или различных манипуляций.

Количество случаев разрыва матки варьируют в зависимости от характера повреждения, описанных в отчете. В общем, уровень остается стабильным, но ведущие этиологические факторы изменились, после того, как увеличилось количество КС и последующих вагинальных родов. Разрыв матки встречается в 0,05% случаев, и его частота увеличивается до 0,8% при наличии шва в нижнем сегменте матки. После классического КС уровень разрыва матки достигает 5%. В 1997 году Миллер и коллеги описали случаи разрыва матки во время родов у пациенток, у которых не проводилось КС. За 12 летний

период они выявили только 1 случай за 16849 родов. Уменьшение количества разрывов матки у пациенток без КС объясняется улучшением дородовой диагностики и практических навыков врачей во время родов.

Этиология

Клиническое представление о разрыве матки значительно изменилось. В прошлом наиболее распространенной причиной разрыва являлись большое количество родов и акушерская травма вследствие затянутых родов, макросомия плода, неправильное предлежание плода, внутренний поворот на ножку, извлечение ребенка при ягодичном предлежании, мануальная дилатация шейки матки и инструментальные вагинальные роды. В наши дни макросомия плода и неправильное предлежание плода выявляются с помощью УЗИ, а затянутые роды и осложненные вагинальные роды решаются с помощью КС. Вследствие этого акушерская травма стала встречаться редко и разрыв матки без рубца в США, стал встречаться реже.

Хирургические процедуры или манипуляции, в результате которых на матке остается рубец является самой распространенной причиной разрыва матки. КС, миомэктомия, перфорация, резекция рога матки, гистероскопические процедуры, травмы лапароскопическим трокаром и пенетрирующие раны брюшной полости могут привести к разрыву матки.

Матка с рубцом

КС в анамнезе является самой распространенной причиной разрыва матки. Наблюдается большое количество попыток вагинальных родов после КС и эта тенденция возрастает. Также увеличивается применение мисопростол и окситоцина у таких пациенток. Фармер и коллеги сообщили, что 2/3 женщин после КС рожают вагинально и уровень разрыва составляет 0,8%.

Женщины, которые перенесли корпоральное КС, входят в группу риска по данной проблеме и у них очень часто происходит разрыв матки в начале родов. Разрыв может возникнуть за несколько недель до родов, тем самым, делая невозможным предотвращение таких случаев. В сравнении с этим, если разрез при КС проходит в нижнем сегменте, то разрыв в начале родов возникает гораздо реже.

Некоторые акушеры предложили не выполнять эпидуральную анестезию пациенткам с рубцом на матке при вагинальных родах, т.к. данное обезболивание маскирует боль при разрыве матки. Однако классическая «кинжальная» боль наблюдается редко даже у пациенток без анестезии. Руддиск и коллеги описали случай когда женщина с разрывом матки ощущала боль даже под анестезией. Наше мнение, что неоправданно отказываться от эпидуральной анестезии во время родов после КС. Риск угнетения материнской кардиоваскулярной реакции эпидуральной анестезией на кровотечение вследствие симпатической блокады еще не до конца изучен, но об этом всегда стоит задуматься.

Интранатальные амниоинфузии женщинам перед повторными родами после КС были описаны Оузоунаин и коллегами. 122 женщинам перед родами была проведена амниоинфузия. Наблюдался один разрыв матки, что составляет 0,8%. Такой же уровень наблюдается и в обычной практике. Таким образом пациенткам после КС возможно проведение амниоинфузии, но введение раствора должно быть свободным без нагнетания.

Пациентки с миомэктомией в анамнезе входят в группу риска по разрыву матки. В документах должно быть отражено вскрывалась ли полость матки или нет во время операции. Если во время предыдущей операции полость матки вскрывалась, то рекомендуется воздержаться от вагинальных родов. Однако было описано несколько случаев, когда врачи обнаруживали разрыв матки, при нетронутом эндометрии. Озерен и коллеги описали случай спонтанного разрыва матки на 12 неделе беременности у

пациентки, которая перенесла миомэктомию 2,5 года тому назад. Интересен тот факт, что проникновения в полость матки не было, и при этом была удалена инкапсулированная миома размером 8х7х5 см. Во время лапаротомии в месте предыдущей миомэктомии был обнаружен 3-х см поперечный дефект в области дна матки.

Разрыв матки иногда возникает и после лапароскопических миомэктомий. Пелоси & Пелоси описали случай разрыва матки на 33 неделе беременности вследствие лапароскопической поверхностной субсерозной миомэктомии. Несмотря на поверхностное расположение миомы и целостности полости матки (была введена метиленовая синька) произошел разрыв матки в месте предыдущей операции. Эти отчеты показывают, что все беременности после миомэктомии могут осложняться разрывом матки. К сожалению, разрыв может возникнуть в любой период беременности, что исключает возможность предсказать и диагностировать данную патологию. Как бы то ни было разрыв матки после перенесенной миомэктомии встречается редко (1 случай на 40 беременностей).

Гистероскопические процедуры, такие как резекция маточной перегородки, миомэктомия или лизис синехий, могут предрасполагать к разрыву матки. Случайная перфорация миометрия во время таких процедур еще больше увеличивает этот риск.

Арбаб и коллеги описали 5 случаев разрыва матки в раннем периоде беременности у пациенток, которые перенесли сальпингэктомию с резекцией угла матки. В последующем им было выполнено ЭКО. У всех этих пациенток разрыв матки происходил в 1-м или во 2-м триместре беременности на стороне предыдущей операции. Резекция угла матки может привести к формированию плацента ассрета или истончению миометрия. Пациентки с рубцом на матке, которым проводят ЭКО, должны быть отнесены к группе высокого риска по разрыву матки. Арбаб и коллеги предложили обследовать кандидатов на ЭКО при помощи УЗИ более внимательно для определения гестационного срока и места плацентации.

Безусловно, различный хирургический инструментарий может повлиять на размер повреждения миометрия. Электрокаутер, который используется для достижения гемостаза в месте небольшого разрыва или перфорации может вызвать серьезное повреждение с некрозом ткани. Электрокаутер и лазерная хирургия могут привести к еще большей травме миометрия, чем при обычной операции, однако не существует никакой информации для сравнения риска, связанного с использованием различных хирургических приспособлений.

Практическое занятие №18

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

Технологический модель учебного занятия:

Время – 5 часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План практического занятия	Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция

		темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные	45

		задачи	
6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

Вопросы по теме

1. Показания к кесареву сечению.
2. Виды операций кесарево сечение.
3. Техника выполнения операции.
4. 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.

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.

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, исключающие 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.

Показания для повторного кесарева сечения:

- рубец на матке после корпорального кесарева сечения;
- две и более операции кесарева сечения в анамнезе;
- локализация плаценты в области рубца на матке;
- наличие клинических и эхографических признаков несостоятельности рубца;
- наличие акушерских осложнений и экстрагенитальных заболеваний, являющихся самостоятельными показаниями для абдоминального родоразрешения;
- наличие переходящих показаний, которые стали основанием для первой операции (узкий таз, деформации костей таза, миопия высокой степени и др.).

Согласие беременной является первым условием для самопроизвольных родов. Большое значение имеет тот настрой, который женщина приобретает за время наблюдения в женской консультации. Профессиональная убежденность врача в преимуществах естественных родов, доверие к коллегам, которые совместно с будущей мамой должны выбрать тактику родоразрешения, позволяют вселить в женщину оптимизм и уверенность в благополучном исходе родов, оградить ее от лишних и неоправданно завешенных страхов перед разрывом матки по рубцу.

С усовершенствованием техники операции кесарево сечения, появлением новых шовных материалов, современных методов анестезии господствовавшая доктрина «кесарево сечение однажды – кесарево сечение всегда» должна уйти в прошлое.

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*

Поэтому приводимые цифры не могут дать представления об истинной частоте кесарева сечения на сегодняшний день. Только статистический анализ огромного числа родов крупного развитого региона может определенным образом нивелировать эти различия и дать среднюю частоту кесарева сечения как метода родовспоможения на данный исторический период.

В нашей республике частота Кесарева сечения составляет 7-10%. Существенное практическое значение имеет еще один статистический показатель – удельный вес плановых и экстренных Кесаревых сечений.

Оправдывает себя операция, когда в 60-70% ее проводят в плановом порядке.

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

А. Абсолютные показания

1. Абсолютно суженный таз, когда истинная конъюгата не превышает 6 см.
2. Рубцовые сужения влагалища.
3. 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:

1. Абсолютно суженный таз.

2. Кососуженные тазы.

3. Экзостомы, опухоли стенок таза, матки и яичников, блокирующие таз.

4. Сужение и частичное заращение мягких родовых путей.

5. Мочеполовые и кишечно-половые свищи в прошлом и настоящеМ_

6. Случаи больших камней или опухолей мочевого пузыря, опухоли лимфоузлов малого таза.

7. 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:

II 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

1. Сужение таза IIИИ и ИВ степени, когда истинная конъюгата равна 7,5 см и меньше.
2. Таз с резко выраженными остеомиелитическими изменениями.
3. Таз с резко уменьшенными размерами и измененной формой вследствие переломов или других причин (кососмещенные, поперечно суженные, ассимиляционные, спондилолистетические и др.).
4. Камни мочевого пузыря, блокирующие малый таз.
5. Опухоли таза, шеечные фибромиомы, опухоли яичников, труб, связок, тазовой клетчатки, лимфоузлов, опухоли мочевого пузыря, блокирующие родовые пути.
6. Рубцовые сужения шейки матки и влагалища.

III. Патология, при которой кесарево сечение является методом выбора

1. Рак шейки матки, влагалища, наружных половых органов, прямой кишки, мочевого пузыря.
 2. Мочеполовые и кишечно-половые свищи в прошлом и настоящем.
 3. Рубец на матке после корпорального кесарева сечения или зашитого разрыва матки с осложненным послеоперационным течением или признаками неполноценности рубца.
 4. Резко выраженные варикозные расширения вен шейки матки, влагалища и наружных половых органов.
 5. Полное предлежание плаценты. Частичное предлежание плаценты при угрожающем кровотечении и неподготовленных родовых путях.
 6. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты типа маточно-плацентарной апоплексии (матка Кувелера), а также угрожающее кровотечение при неподготовленных родовых путях.
 7. Все формы эклампсии, при которых невозможно влагалищное родоразрешение в ближайшие 2—3 ч.
 8. 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

1. Клинически узкий таз.
2. 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.
3. Неблагоприятные вставления головки — лобное, лицевое (подбородком кзади), заднетеменное, высокое прямое стояние головки.
4. Выпадение ручки при головном предлежании, нарушившее биомеханизм родов и создавшее препятствие для родоразрешения.
5. Поперечные и косые положения плода.
6. Угрожающий разрыв матки.
7. Угроза образования мочеполового или кишечно-полового свища.
8. 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.).

III. К р о в о т е ч е н и я

1. Нетяжелые случаи частичного предлежания плаценты при наличии других отягощающих моментов, создающих в совокупности угрозу мертворождения.
2. Нетяжелые случаи преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты в сочетании с другой акушерской патологией, могущие обусловить мертворождение.

IIII. Т о к с и к о з ы

1. Нефропатия, не поддающаяся консервативным методам родоразрешения.
2. Некоторые случаи сахарного диабета.

ИВ. Сочетанные показания

1. Слабость родовой деятельности.
2. Дистоция шейки матки.
3. Переношенная беременность.
4. Возраст первородящей свыше 30 лет.
5. Угрожающая внутриутробная гипоксия плода.
6. Мертворождение или привычные выкидыши в анамнезе.
7. Длительно лечебное бесплодие.
8. Тазовые предлежания плода.
9. Выпадение пуповины.
10. Крупный плод.
11. Иммунологический конфликт между матерью и плодом.
12. Поздний токсикоз (нетяжелые формы) в сочетании с другими осложнениями этой группы.

этой группы.

В. Редкие показания

1. Пороки развития матки и влагалища.
2. Острый живот (перекрут беременной матки, аппендицит, перитонит и др.).
3. Экстрагенитальные заболевания, требующие быстрого родоразрешения при неподготовленных родовых путях.

Противопоказания к хирургическому родоразрешению

И 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.

ИИ 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.

Однако в настоящее время, несмотря на высокую хирургическую технику и современные методы обезболивания, ясно, что дальнейшее снижение материнской и перинатальной смертности не может быть достигнуто путем чрезмерного расширения показаний к кесареву сечению, которое является серьезным вмешательством и не всегда спасительным для плода, особенно при недоношенной беременности. Частота серьезных послеоперационных осложнений остается высокой и в настоящее время.

Послеоперационное ведение

Послеоперационное ведение больных после кесарева сечения осуществляют с учетом кровопотери, сопутствующей патологии и мето-" да 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. Обще1резболивающие средства назначают в течение 2 сут после операции, трансфузионную терапию проводят по показаниям.

Роды при неправильных положениях плода

Что называется неправильным положением плода?

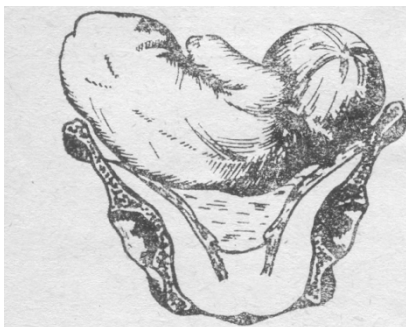
Неправильным положением плода называется такая клиническая ситуация, при которой ось плода пересекается с осью матки.

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.



Поперечное положение плода. Первая позиция, передний вид.

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.

Какова этиология поперечного положения плода?

В этиологии поперечного положения плода имеют значение следующие факторы: пространственное несоответствие полости матки и плода в результате многоплодия, недоношенности плода, многоводия; пороки развития матки, узкий таз, аномалии расположения плаценты, пороки развития плода, короткая пуповина.

На основании каких данных можно поставить диагноз поперечного или косого положения плода?

Распознавание поперечного или косого положения плода вполне возможно на основании одного лишь наружного исследования. При поперечном положении плода матка имеет поперечно-овальную форму, дно матки обычно стоит значительно ниже, чем при продольном положении, предлежащая часть отсутствует. При косом положении плода матка имеет косоовальную форму. Головка или ягодицы находятся в одной из подвздошных областей, ниже уровня гребня подвздошной кости.

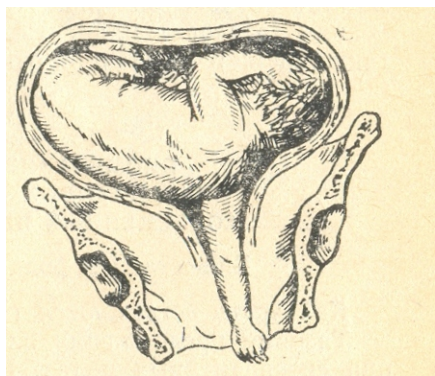
Какие осложнения наблюдаются в родах при поперечном положении плода?

Первым возможным осложнением является раннее отхождение вод. Который возникает потому, что при поперечном положении плода нет разграничения между передними и задними водами и внутриматочное давление сосредоточивается на нижнем полюсе плодных оболочек.

Раннее излитие вод влечет за собой другие серьезные осложнения: создаются условия для развития хориоамнионита в родах, образуется запущенное поперечное положение плода.

Что называется запущенным поперечным положением плода?

Запущенным поперечным положением плода называется поперечное положение при отошедших водах, когда плод в матке совершенно неподвижен. Исправление такого поперечного положения на продольное путем поворота совершенно невозможно. Плечико плода при этом обычно вколачивается в малый таз, нередко выпадает ручка.



Запущенное поперечное положение плода. Выпадение ручки.

Чем опасно запущенное поперечное положение для плода и матери?

Плод при данной ситуации нередко погибает или находится в 1 состоянии гипоксии.

При запущенном поперечном положении и продолжающейся родовой деятельности может произойти разрыв матки.

Что нужно делать в данной ситуации?

При наличии угрожающего разрыва матки необходимо немедленно дать наркоз для прекращения родовой деятельности. Если плод жив и нет симптомов хориоамнионита, следует произвести операцию кесарева сечения. Мертвый плод извлекается после декапитации.

Какова тактика врача при установлении диагноза поперечного или косого положения плода у беременной?

Каждая беременная, у которой за 3—5 нед до родов установке поперечное или косое положение плода, должна быть госпитализирована в отделение патологии беременных.

Какого плана ведения родов следует придерживаться?

С началом родовой деятельности у рожениц с поперечным положением плода следует производить операцию кесарева сечения, операция может быть произведена и в плановом порядке при сроке беременности 39—40 нед.

Операция поворота плода на ножку очень травматична для плода и при поперечном положении его применяется только при отсутствии условий для операции кесарева сечения (отсутствие операционной, инструментария, соответствующего персонала), при внутриутробной смерти плода.

При наличии косого положения плода роженица укладывается на бок, соответствующий нахождению крупной части в подвздошной области. При опускании

тазового конца плода, который нередко занимает продольное положение. Если укладыванием на бок не удастся добиться исправления косого положения плода, вопрос должен быть решен в пользу кесарева сечения.

Операция исправления поперечного положения плода наружными приемами (наружный поворот на головку) ранее широко производилось при сроке беременности 35-36 нед, в настоящее время применяется редко. Эффективность такой операции невысока. Плод чаще всего вновь занимает поперечное положение, так как причина данной патологии поворотом не устраняется. В ряде случаев операция поворота приводит к тяжелым осложнениям (отслойка плаценты, разрыв матки, асфиксия плода), что также является причиной отказа от нее.

МНОГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

Как только женщина узнает о том, что беременна двойней, у нее в воображении обычно возникают милые образы одинаково одетых, похожих друг на друга детей. На самом же деле многоплодная беременность таит в себе значительных риск, как для самой матери, так и для ее потомства. Чтобы такая беременность закончилась благополучно необходимо вести по особым правилам. Можно сказать, что все осложнения возможные при двуплодной беременности, нарастают по частоте тяжести с увеличением количества плодов.

ЧАСТОТА МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

В США частота двуплодных беременностей составляет приблизительно 1 случай на 90 беременностей; чуть выше у них и чуть ниже у белых. Двуплодная беременность может быть дизиготной (братской) или монозиготной (идентичной). *Дизиготная (двуяйцевая) двойня* развивается в том случае, когда две отдельные яйцеклетки оплодотворяются двумя отдельными сперматозоидами. Это фактически два сибса, которые рождаются практически одновременно. *Монозиготная (однойяйцевая) двойня* возникает в результате деления оплодотворенной яйцеклетки, которое может произойти различные сроки после оплодотворения. Значительные различия в частоте встречаемости двоен в различных этнических популяциях обусловлены именно дизиготными двойнями. *Частота монозиготных двоен* относительно постоянно во всем мире и составляет примерно 1 случай на 250 беременностей, в то время как *дизиготные двойни* в некоторых африканских странах встречаются с частотой 1 случай на 20 беременностей. Возраст женщины и число родов в анамнезе влияют на частоту возникновения дизиготных двоен. Наследственный фактор играет определенную роль и проявляется преимущественно по материнской линии. Ультразвуковое исследование позволяет осуществлять раннюю диагностику и проводить повторные исследования, получая ценную информацию, касающуюся исхода двуплодной беременности. Только около 50% двуплодных беременностей, установленных в первом триместре, заканчиваются рождением жизнеспособной двойни.

Остальные заканчиваются гибелью и резорбцией одного эмбриона/плода и рождением единственного ребенка. Спонтанные аборт и врожденные аномалии при многоплодной беременности встречаются чаще, чем при одноплодных.

Вероятность зачатия двойни значительно возрастает при использовании *средств, повышающих способность к зачатию* или других *вспомогательных репродуктивных методов*. При индигировании овуляции с помощью кломифена цитрата частота

двуплодной беременности составляет 6—8%. Применение экзогенного гонадотропина увеличивает вероятность возникновения двоен до 25—35%. Оплодотворение *in vitro* обычно сопровождается пересадкой нескольких оплодотворенных яйцеклеток в полость матки, поэтому в ряде случаев можно ожидать развития много плодной беременности. Как показывает практика, в этих случаях частота рождения двух и более плодов составляет 35—40%.

Частоту беременности тремя и более плодами можно приблизительно рассчитать как 1 случай на 90, возведенные в степень, равную числу плодов минус единица. Так трехплодная беременность встречается в 1 случае из 90^2 , или в 1 случае на 8100; четырехплодная — 1 на 90^3 , или 1 на 729 000; и т. д.

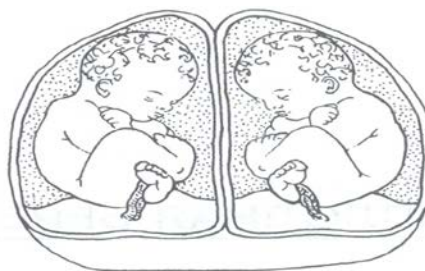
РАЗВИТИЕ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

С увеличением количества плодов ожидаемая *длительность беременности* уменьшается. По сравнению с одноплодной беременностью, заканчивающейся родами на 40-й неделе, при двуплодной беременности роды наступают в среднем через 37 недель, трехплодной — через 33 недели, четырехплодной — в среднем через 29 недель. Таким образом, с каждым дополнительным плодом продолжительность беременности уменьшается приблизительно на 4 недели. Хотя внутриутробное развитие любой двойни связано с повышенным риском, *монозиготная двойня подвержена дополнительному риску, степень которого зависит от времени ее образования*. В основе этих проблем лежит последовательность изменений, связанных с разделением оплодотворенной яйцеклетки на двойню. Она же определяет строение плодных оболочек к моменту родов. Если разделение яйцеклетки происходит в первые 3 дня после оплодотворения, каждый плод будет окружен своим амнионом и хорионом, а оболочки будут обозначаться как диамнильные/дихориальные. При делении оплодотворенной яйцеклетки между 4-м и 8-м днями хорион уже начинает развиваться, а амнион еще нет, поэтому каждый плод будет окружен отдельным амнионом, но одним хорионом. Такая двойня именуется диамниальной/монохориальной. Деление, происходящее с 9-го по 12-й день, имеет место уже после развития обеих оболочек — амниона и хориона, поэтому оба плода будут окружены одной общей оболочкой. Такая двойня называется моноамниальной/монохориальной (рис. 12.1). Если деление происходит в более поздние сроки, — оно является неполным.

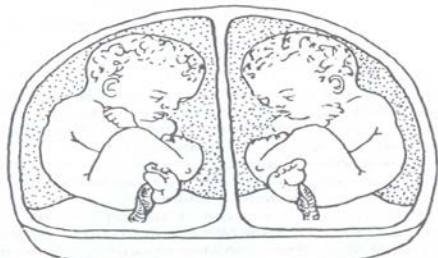
В результате возникает сращение плодов, которое может располагаться между любыми частями их туловищ, — чаще в области грудной клетки и/или живота. Данная редкая патология наблюдается в 1 случае на 70 000 родов.



А. Две плаценты, два амниона, два хориона — дихориальная/диамниальная двойня



Б. Одна плацента, два амниона, два хориона — дихориальная/диамниальная двойня



В. Одна плацента, два амниона, один хорион — монохориальная/диамниальная двойня



Г. Одна плацента, один амнион, один хорион — монохориальная/моноамниальная двойня

В процессе дальнейшего внутриутробного развития двойни между плодами могут формироваться сосудистые анастомозы. Это может привести к состоянию, известному как *трансфузионный синдром близнецов* и характеризующемуся смешением крови плодов, причем нередко таким образом, что возникает сброс крови от одного плода к другому, что иногда приводит к катастрофическим последствиям. У так называемого плода-донора могут иметь место нарушение роста, анемия, гиповолемия и другие последствия недостаточного питания. С другой стороны, у плода-реципиента в результате аномальной гипертрансфузии может развиваться гиперволемия, гипертензия полицитемия и застойная сердечная недостаточность. К вторичным проявлениям трансфузионного синдрома относятся изменения количества амниотической жидкости. У плода-реципиента происходит транссудация избыточной жидкости через кожу и интенсивное ее выведение за счёт повышенного мочевыделения вследствие гиперволемии. В результате плод-реципиент продуцирует избыток амниотической жидкости, в то время как у плода-донора обратным причинам, может развиваться маловодие. Маловодие одного плода в дальнейшем создает угрозу преждевременных родов. Не так давно был получен положительный лечебный эффект от внутриматочной лазерной абляции сосудистых анастомозов. К другим сосудистым аномалиям относится отсутствие почечной артерии, которое в 30% случаев сочетается с другими врожденными пороками развития, чаще всего — с агенезией почек. Одиночная пупочная артерия встречается у 3-4% двоен по сравнению с 0.5—1% при одноплодной беременности. Многоплодная беременность связана с *повышенно перинатальной заболеваемостью*.

В случае двухплодной беременности она в 3—4 раза выше по сравнению с одноплодной беременностью.

Наиболее значимой причиной заболеваемости являются преждевременные роды, за ними следуют внутриутробная задержка развития, многоводие (примерно в 10% многоплодных беременностей, в основном при монохориальных), заболевания матери (особенно преэклампсия), врожденные пороки развития, патология плаценты и пуповины. При многоплодной беременности повышена частота самопроизвольного аборта.

ДИАГНОСТИКА МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

Двуплодную беременность можно заподозрить, *если размеры матки значительно превышают размеры, характерные для данного срока беременности*. Хотя существуют определенные отклонения высоты стояния дна матки (ВДМ) при одноплодной беременности, увеличение ВДМ на 4 см за неделю указывает на вероятность многоплодной беременности. Для уточнения диагноза следует повторно определить срок беременности, исключить многоводие или другие причины этого несоответствия. В современном акушерстве диагноз двуплодной и многоплодной беременности *обычно устанавливается с помощью ультразвукового исследования*. Дифференциальную диагностику проводят с неправильно установленным сроком беременности, лейомиомой матки или другими опухолями, многоводием любой этиологии, а на ранних стадиях беременности — с пузырным заносом.

При установлении диагноза двуплодной беременности следует наметить план дальнейших дородовых мероприятий, направленных на устранение возможных патологических состояний матери и плода (табл. 12.1). Хотя при двуплодной беременности объем крови матери больше, чем при одноплодной, ожидаемая в родах кровопотеря также больше. У этих пациенток чаще встречается анемия, и поэтому очень важна сбалансированная диета, богатая железом, фолиевой кислотой и другими питательными микроэлементами. Хотя значение постельного режима для продления беременности является спорным, пациенткам обычно советуют ограничить активность после 24-26-й недель беременности. Важно уметь определять начальные сокращения матки. Беременные должны быть насторожены в отношении первых признаков преждевременных родов, таких как боль в низу спины, небольшие выделения из влагалища и диарея. Исследования шейки матки для ранней диагностики ее сглаживания и раскрытия проводятся обычно каждые 1-2 недели. Во время периодических осмотров пациенток следует искать признаки возможного гестоза. Для этого необходимо тщательно измерять артериальное давление и исследовать мочу на наличие белка.

Начиная, с 30—32 недели беременности в оценке состояния плода начинает, помогать ежедневный подсчет числа шевелений. Как это ни удивительно, но женщины почти всегда могут различать шевеления отдельных плодов.

Ближе к сроку родов следует выполнять КТГ с применением нестрессового теста. К счастью, при двуплодной беременности зрелость легких достигается раньше, чем при одноплодной.

Главным дородовым методом исследования при двуплодной беременности остается УЗИ, которое после 20-й недели беременности проводится каждые 4 недели. При каждом исследовании оценивается рост каждого плода и объем амниотической жидкости. Если обнаруживается, что плоды развиваются неравноценно, т. е. имеется 20% различие в их предполагаемом весе, УЗИ можно выполнять чаще, а оценку их состояния (нестрессовые тесты и подсчет шевелений) начинать с 30—32 недели. Дыхательные движения плодов, их активность и мышечный тонус (элементы биофизического профиля) также можно оценить с помощью ультразвукового исследования.

Аntenатальное ведение двуплодной беременности

Патология	Профилактика и ведение
Неадекватное питание	Сбалансированная диета; дополнительное увеличение калорийности дневного рациона; поливитаминные и минеральные добавки (например, фолиевая кислота)
Повышенная потеря крови в родах	Профилактика анемии (прием препаратов железа)
Замедленный рост и развитие плодов	Постельный режим с 24—26 недель беременности; ценность этой меры неясна; она также уменьшает частоту преждевременных родов
Преждевременные роды	Обучение пациенток раннему распознаванию признаков родов; строгий постельный режим; оценка состояния шейки каждые 1—2 недели; домашний мониторинг в особых случаях
Артериальная гипертензия, связанная с беременностью	Частое измерение артериального давления; частое исследование мочи на содержание белка
Неравноценное развитие плодов	Повторные ультразвуковые исследования

ВЕДЕНИЕ РОДОВ

Тактика ведения родов в значительной степени *определяется характером предлежания двойни*. Если первый из близнецов (предлежащий) находится в головном (вертексом) предлежании, обычно допускаются трансвагинальные роды. Если же предлежащий близнец находится в другом, нежели головное, предлежании, — как правило, производится кесарево сечение. Сердечную деятельность каждого плода во время родов регистрируют отдельно. Подходы к ведению родов двойней различаются в зависимости от срока беременности, предлежания и опыта принимающего роды врача. Независимо от первоначального плана родов, обязательна готовность анестезиологов и педиатров на случай срочного проведения кесарева сечения.

Если трансвагинальные роды первого плода завершились, а второй также находится в головном предлежании, то его рождение в большинстве случаев проходит гладко. При тщательном мониторинговом контроле за состоянием второго плода в процессе его изгнания ургентных ситуаций обычно не возникает. Если второй плод находится не в головном предлежании, существует две основные манипуляции, которые могут

способствовать его рождению через естественные родовые пути. Первая — это *наружный поворот на головку*, который заключается в осторожном переводе плода в головное предлежание под контролем ультразвука, с помощью наружного массажа и давления на матку. Вторая манипуляция — *внутренний поворот на ножку*, при которой врач вводит руку в полость матки, находит ножки плода и осторожно извлекает ребенка в тазовом предлежании. Заканчивая роды двойни, необходимо всегда помнить о возможности выпадения пуповины второго плода. После рождения обоих плодов может отмечаться угнетение сократимости перерастянутой матки, что приводит к ее атонии и послеродовому кровотечению.

Резюме: При все выше указанных ситуациях врач общего профиля должен решать вопрос дородовой госпитализации с целью достижения благоприятного исхода беременности и родов.

Практическое занятие 18.

Экстремальные состояния плода и проблемы новорожденности.

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План практического занятия	Реанимация новорожденных, ВУИП, ТОРС инфекция.

Цель практического занятия: дать представление о Экстремальное состояние плода и проблемы новорожденности. Реанимация новорожденных. Внутриутробное инфицирование плода. Понятие о ТОРС инфекциях. Диагностика, лечение и акушерская тактика.

», её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	Экстремальное состояние плода и проблемы новорожденности. Реанимация новорожденных. Внутриутробное инфицирование плода. Понятие о ТОРС инфекциях. Диагностика, лечение и акушерск
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.	Вступительное Экстремальное состояние плода и проблемы новорожденности. Реанимация новорожденных. Внутритробное инфицирование плода. Понятие о TORC инфекциях. Диагностика, лечение и акушерская тактика. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 1. Что вы понимаете под экстремальным состоянием плода. 2. Причины инфицирования плода. 3. TORC инфекция. 4. Акушерская тактика.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы. Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих

		занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

Вопросы по теме

1. Что вы понимаете под экстремальным состоянием плода.
2. Причины инфицирования плода.
3. ТОРС инфекция.
4. 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 окажется 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.

Практическое занятие 20

Трансмиссия ВИЧ – инфекции через мать в плод.

Технологический модель учебного занятия:

Время – 5 часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План практического занятия	ВИЧ-инфекции через мать в плод. Профилактика ВИЧ инфекции от матери к ребенку. Антиретровирусная терапия у ВИЧ по Трансмиссия зитивных.

Цель практического занятия: дать представление о ВИЧ-инфекции через мать в плод. Профилактика ВИЧ инфекции от матери к ребенку. Антиретровирусная терапия у ВИЧ по Трансмиссия зитивных.

», её цели, задачах и основных методах ее исследования

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях Перечислить и дать краткую характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	ВИЧ-инфекции через мать в плод. Профилактика ВИЧ инфекции от матери к ребенку. Антиретровирусная терапия у ВИЧ по Трансмиссия зитивных.
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.	ВИЧ-инфекции через мать в плод. Профилактика ВИЧ инфекции от матери к ребенку. Антиретровирусная терапия у ВИЧ по Трансмиссия зитивных. Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 1. Что такое ВИЧ. 2. Пути передачи ВИЧ. 3. Трансмиссия ВИЧ инфекции через мать к ребенку. 4. Тактика врача.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.

		Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятия. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30
5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры клинические ситуационные задачи	45

6	Анализ результатов лабораторных , инструментальных исследований тематического больного , дифференциальная диагностика , составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторным инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос ,тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию . Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

Вопросы по теме

1. Что такое ВИЧ.
2. Пути передачи ВИЧ.
3. Трансмиссия ВИЧ инфекции через мать к ребенку.
4. 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.

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.

Практическое занятие 20.

Инфекция послеродового периода.

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-III);
- 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;
- учебный видеофильм «Профилактика инфекции»;
- учебные компьютерные программы;
- обучающие и тестирующие мультимедиа-системы;
- использование электронной почты и ИНТЕРНЕТ;
- деловые игры и ситуационные задачи;
- центр по обучению практическим навыкам;

- отделения и лаборатории родильного комплекса;
- отделение патологии беременности;
- послеродовое отделение и палата;
- детское реанимационное отделение;
- комплект тестовых заданий;
- комплект слайдов, кодоскоп;
- родильный зал;
- фантом с куклой, тазомер,сантиметровая лента,стетоскоп;
- инструменты используемые при родоразрешении;
- схема основных этапов диагностического процесса;
- комплект слайдов, кодоскоп;
- партограммы;
- истории родов женщин с патологическим течением родов;
- слайды: (инфицированная рана промежности, послеродовый тромбофлебит, этиологические факторы развития гнойно-септических послеродовых заболеваний, классификация послеродовых инфекционных заболеваний Сазонова-Бартельса);
- микропрепараты на предметных стеклах (мазки при различных гнойных процессах).

Продолжительность изучения темы

Количество часов- 5 ч

Технологический модель учебного занятия:

Время –5часа	Количество студентов - 10
Форма проведения занятия	Учебная практика
План практического занятия	<i>Инфекция послеродового периода, классификация, пути передачи, возбудители, диагностика, принципы лечения. Профилактика групп высокого риска в амбулаторных условиях..</i>

Цель занятия

- дать определение и классификацию послеродовых гнойно-септических заболеваний;
- рассмотреть этиологию и патогенез развития послеродовых гнойно-септических заболеваний;
- рассмотреть принципы современного лечения послеродовых гнойно-септических заболеваний.

Педагогические задачи:	Результаты учебного процесса: студент должен усвоить
Дать определение Разобрать основные методы исследования Дать представление об основных направлениях Перечислить и дать краткую	-этиологию и патогенез инфекционных осложнений послеродового периода и лактационного мастита; -классификацию послеродовых септических заболеваний; -этапы развития послеродовых воспалительных заболеваний; -клинику, принципы диагностики и лечения

характеристику основных и дополнительных методов гинекологии	послеродовых септических заболеваний.
Методы и техника обучения	Учебная практика, блиц - опрос
Средства обучения	Таблицы, учебная доска, видеопроектор
Условия обучения	Аудитория, оснащённая аппаратурой для представления видео

Студент должен уметь:

Определение высоты стояния дна матки, анализировать характер лохий осмотр молочных желёз, пальпация органов малого таза через переднюю брюшную стенку, проводить первичный туалет новорожденного брать мазки и посевы из влагалища.

Мотивация

Послеродовые гнойно-септические заболевание развиваются в 4-6% случаев, этот показатель выше после кесарева сечения. Проблема послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний непосредственно связана с инфицированием беременных и внутриутробной инфекцией плода. Следовательно, профилактика гнойно-воспалительных заболеваний остаётся одной из центральных проблем в акушерстве и нуждается в постоянном изучении и совершенствовании.

Межпредметные и внутрипредметные 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 терапии, хирургии, патологического акушерства, гинекологии, гематологии, гигиены, терапии, педиатрии.

Технологическая карта практического занятия

Этапы, время		
	Преподаватель	Студент
1 этап: Введение – 10 мин.	<i>Инфекция послеродового периода, классификация, пути передачи, возбудители, диагностика, принципы лечения. Профилактика групп высокого риска в амбулаторных условиях</i> Объявляет тему занятия, цель, учебные вопросы, ожидаемые результаты занятия	Слушает, записывает
2 этап: Основной - (70 мин.)	Для привлечения внимания студентов и оценки их уровня знаний устраивает блиц-опрос по основным вопросам темы. Представляет вниманию студентов основные вопросы темы 1. Виды инфекций послеродового периода.	Активно участвует в блиц-опросе по основным вопросам темы.

	2 Классификация . 3. Пути передачи ифекциейю 4. Принципы лечения.	Активно участвует в усвоении основных вопросов представляемой темы, конспектирует основные вопросы
3 этап: Заключительный - (10 мин.)	Подводит итог практического занятия.напоминает ключевые вопросы, которые разбирались на практике. Отвечает на вопросы, интересующие студентов. Поощряет активное участие студентов в практического занятии. Даёт вопросы для самостоятельного изучения студентами по данной теме и теме следующего занятия	Уточняет неясные вопросы. Записывает задание для следующих занятий

Хронологическая карта занятия

№	Этапы занятия	Формы занятия	Продолжительность в (мин)
1	Вводное слово преподавателя (обоснование темы)		5
2	Обсуждение темы практического занятия , оценка исходных знаний студентов с использованием новых педагогических технологий (малые группы, ситуационные задачи, деловые игры , слайды , видеофильмы и др.)	Опрос , объяснение	120
3	Подведение итогов обсуждения		10
4	Предоставление студентам задания для выполнения практической части занятия . Дача объяснения и примечания для выполнения задачи. Самостоятельная курация		30

5	Усвоение практических навыков студентом с помощью преподавателя (курация тематического больного)	История болезни, деловые игры, клинические ситуационные задачи	45
6	Анализ результатов лабораторных, инструментальных исследований тематического больного, дифференциальная диагностика, составление плана лечения и оздоровления, выписывание рецептов и т.д	Работа с клиническими лабораторными инструментами	30
7	Обсуждение степени достижения цели занятия на освоенных теоретических знаний и по результатам практической работы студента, и с учётом этого оценка деятельности группы	Устный опрос, тест, дискуссии, обсуждение результатов практической работы	50
8	Заключение преподавателя по данному занятию. Оценка знаний студентов по 100 балльной системе и её оглашение. Дача задания на следующее занятие (комплект вопросов)	Информация, вопросы для самостоятельной подготовки.	10

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 пuerperальной язвой?
11. Чем характеризуется тромбофлебит поверхностных вен?
12. Перечислите жалобы больной при начинающемся мастите?
13. Опишите клиническую картину при метрэндометрие?
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?
19. Что называют септическим шоком?
20. Какие факторы, кроме наличия инфекции, необходимы для возникновения шока?
21. Что способствует развитию септического шока, когда очагом инфекции является послеродовая матка?
22. Первичные расстройства при септическом шоке?

23. Фазы септического шока и их клинические проявления?

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 окажется 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.

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.)

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Для возникновения любого гнойно-септического заболевания, в том числе и послеродового, необходимым условием является наличие возбудителя. Динамически протекающий процесс, который возникает в результате взаимодействия двух основных систем – микро и макроорганизма – носит название послеродового септического заболевания.

При этом, наряду со свойствами микроорганизма, чрезвычайно важное значение имеют защитно - приспособительные возможности организма роженицы. В развитии послеродовых осложнений основная роль принадлежит не столько фактору инфицирования, сколько способности материнского организма противостоять инфекции. До эры антибиотиков основным этиологическим фактором послеродовых воспалительных заболеваний является стрептококк, который высевается у 50-80% больных.

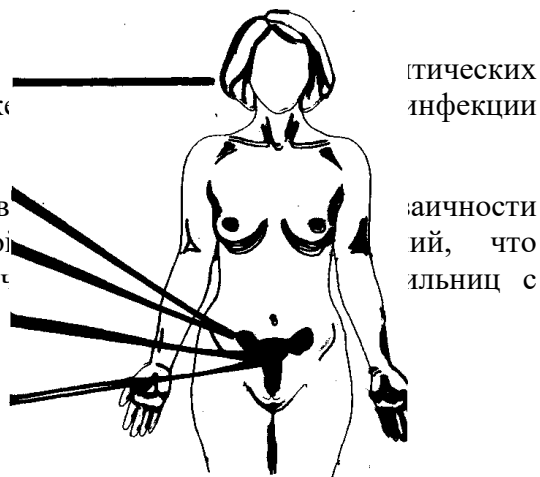
После широкого внедрения антибиотиков – занял стафилакокки, его высевали в 64,5%. Другим возбудителем, часто вызывающим послеродовых заболеваний, является кишечная палочка. Нередко из полости матки высевают ассоциации двух и более микроорганизмов, которые представлены различными видами энтеробактерий и бактериями или другими сочетаниями. Аэробные бактерии без анаэробных выделены лишь в 4% случаев. При легком течении эндометриты анаэробы выявлены в 48% случаев. По данным авторов патогенный стафилакокк был обнаружен у 38% женщин из числа поступивших в родильный дом и у 60% женщин, выписавшихся после родов, причем частота гнойно-септических заболеваний у них значительно возрастала и достигла 9%.

Инфицирование госпитальными штаммами возбудителей, которые обладают высокой вирулентностью и множественной устойчивостью к антибиотикам происходит экзогенным путем. Оно может происходить как до родов (операция) когда эти штаммы вторгаются в нормальные микро биоценозы слизистых оболочек, кожи и, обладая селективными преимуществами в условиях стационара, вытесняют представителей нормальной биомикрофлоры так и в послеродовой (послеоперационный период).

Подводя итог, следует отметить, что послеродовые гнойно- септические заболевания продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем современного акушерства.

Частота распространения таких форм заболеваний, как эндометрит, особенно после кесарева сечения, не снижается.

Изложенные выше данные свидетельствуют о том, что этиологическая структура послеродовых гнойно-септических заболеваний предъявляет особые требования к бактериологическому обследованию, а затянувшимся течением послеродового периода.



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.

6. Послеродовый мастит является одним из относительно частых проявлений гнойно-септической инфекции в акушерстве.

7. В последнее десятилетие отмечается повышение частоты послеродового мастита.

8. Послеродовый мастит оказывает выраженное неблагоприятное влияние на организм матери.

9. Воздействие послеродового мастита на организм ребенка весьма неблагоприятно.

10. Длительное пребывание больной гнойным маститом в стационаре, необходимость применения дорогостоящих антибиотиков, а также других препаратов причиняют определенный ущерб.

ЭТИОЛОГИЯ

Этиологии послеродового мастита посвящено значительное число исследований. Прежде всего, необходимо подчеркнуть, что специфического возбудителя послеродового мастита не существует. Как проявление гнойно-септической инфекции, в акушерстве мастит может быть обусловлен различными микроорганизмами, но преимущественно так называемыми гноеродными микробами.

Исходя из особенностей практики клинического течения в современных условиях, Б.А. уртовой предложил следующую классификацию послеродового мастита:

4. серозный

5. инфильтративный

6. гнойный

а) инфильтративно-гнойный

- диффузный

- узловой

б) абсцедирующий

- фурункулез ареолы

- абсцесс ареолы

- абсцесс в толще железы

- абсцесс позади железы (ретромаммарный)

в) флегманозный:

- гнойно-некротический

г) гангренозный

Клиника мастита начинается остро. При серозном мастите температура тела повышается до 38-39 °, озноб, слабость, головные боли, боли в молочной железе.

Лечение послеродового мастита должно быть этиотропным, комплексным, систематическим и активным. Оно должно включать антибактериальные препараты, дезинтоксикационные, десенсибилизирующие средства, методы повышения специфической иммунологической реактивности и неспецифической защиты организма, при гнойном мастите – своевременное оперативное вмешательство.

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.

Клиническая картина 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 бокам (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 abortивной форме, особенно при применении антибиотиков .

Лечение эндометрита в острой стадии заключается в назначении антибиотиков, с учетом чувствительности к ним возбудителя. Обычно начинают полусинтетические пенициллины, канамицин, гентамицин и др . Дозы и длительность применения антибиотиков определяются тяжестью заболевания. В связи с частотой присоединения анаэробов рекомендуется дополнительно применять метранидазол. При необходимости проводят инфузионную, десенсибилизирующую, общеукрепляющую терапию.

Лечение хронического эндометрита комплексное, включают терапию сопутствующих заболеваний, общеукрепляющие средства, по показаниям седативные, десенсибилизирующие препараты, витамины.

Физиотерапия занимает основное место при лечении хронического эндометрита, ее проводят дифференцированно в зависимости от длительности процесса, возраста больной, функции яичников.

ПОСЛЕРОДОВЫЙ САЛЬПИНГООФАРИТ

Сальпингоофарит (СО) относится к числу наиболее частых локализаций ВЗОТ. Развитие не гонорейных СО обуславливается патогенными и условно – патогенными микроорганизмами: стафилококками (чаще золотистыми), стрептококками (В – гемолитическим, группы В), эшерихиями, энтерококками, эпидермальными стафилококками, 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 интоксикации. 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 обозначается 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 патологическими 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.

Общие принципы комплексной терапии можно сформулировать следующим образом.

- Необходимо своевременное оперативное лечение для устранения причины перитонита;
- Дренирование брюшной полости;
- Рациональная антибиотикотерапия;
- Дезинтоксикационная терапия;
- Нормализация объема циркулирующей жидкости;
- Парентеральное питание;
- Устранение нарушений микроциркуляции;
- Коррекция КЩС;
- Восстановление перистальтики кишечника;
- Профилактика и лечение нарушений деятельности сердца, легких, печени и почек.

Оперативное лечение показано при неполноценности послеоперационного шва на матке, при перитоните вследствие нарушения барьерной функций кишечника. Целью операции является удаление источника инфекции и дренирование брюшной полости.

Матку удаляют вместе с маточными трубами Во время операции следует уточнить форму перитонита по характеру экссудата (серозный, фибринозный, гнойный) и распространенности поражения брюшины (ограниченный, диффузный или тотальный). Уточнение формы перитонита необходимо для решения вопроса о применении брюшного диализа.

С Е П С И С.

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.

<i>Патологичес. процесс</i>	<i>Клинико – лаборатор признаки.</i>
ССВО (ССВР)	Характеризуется 2 или более признаками: - температура > 38⁰ С или < 36⁰ С, - ЧСС > 90 мин. - ЧД > 20 мин. - Лейкоцитоз в крови > 12 тыс/ мл или - < 4 тыс/мл или незрелых форм 10 %
Сепсис- системный воспалительный ответ на инвазию микроорганизмов	Наличие очага инфекции и 2 или более признаков ССВО.
Сепсис синдром – сепсис сочетающийся с органной дисфункцией, нарушениями	- Головная боль; - Угнетения нервной системы, помрачение или даже потеря сознания;

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



Цитокины и их локальная агрессия

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА.

Клиническая картина сепсиса характеризуется температурой выше 38⁰ С или ниже 36⁰ С, повторным ознобом, быстро нарастающей интоксикацией, вызывающей нарушения сознания: в начале наблюдается заторможенность, затем интоксикационный делирий. Одновременно с повышением температуры развиваются выраженная тахикардия, цианоз. При исследовании больных можно контролировать гипотонию, олигоурию, протенурию. Центральное венозное давление повышено. На ЭКГ отмечаются признаки перегрузки правых отделов сердца.

Гемограмма характеризуется высоким лейкоцитозом и СОЭ, сдвигом формулы белой крови влево, нарастающей анемией редко можно наблюдать лейкопению, что обычно свидетельствует отмеченном течении заболевания. Отмечается бледность кожных покровов с желтушным оттенком, цианоз губ и ногтей. У больных бывает частый жидкий стул. Для больных сепсисом характерно относительно быстрое снижение температуры и улучшение общего состояния на фоне интенсивной, правильно построенной комплексной терапии. Возникновение вторичных гнойных очагов сопровождается усилением лихорадки, интоксикации. Наиболее часто вторичные гнойные очаги образуются в легких, почках, печени, мозговых оболочках, мозге. Накопление определенного количества микроорганизмов в первичном очаге способствует развитию сепсиса а повторное накопление микробов в гнойном очаге снижает возможности иммунной защиты и становится одной из причин попадания микробов в кровь и образования гнойных метастазов.

Лечение. При наличии первичного очага инфекции в матке на него необходимо воздействовать активно. В случае выявления остатков последа или скопления организовавшихся сгустков крови показано их удаление кюреткой.

При отсутствии содержимого в полости матки ее следует промыть охлажденным антисептическим раствором, используя двух просветный катетер. В некоторых случаях приходится решать вопрос об экстирпации матки. Она показана при перитоните после кесарева сечения, при неэффективной консервативной терапии инфекционно – токсического шока и сепсиса с почечно-печеночной недостаточностью. Удаление матки показано также при некротическом эндометрите.

При первичном очаге в виде мастита, гнояника промежности, пост инъекционного абсцесса показано хирургическое вмешательство с эвакуацией гноя, иссечением некротизированной ткани. При тяжелом рецидивирующем мастите с интоксикацией, недостаточной эффективностью интенсивной терапии следует прекратить лактацию. Роль первичного очага у больных сепсисом сохраняется не только в первые дни заболевания, то и в последующем. Даже при хроническом сепсисе она остается ведущей.

Одновременно с воздействием на очаг инфекции необходимо приступить к комплексной антибактериальной, инфузионно – трансфузионной, общеукрепляющей, десенсибилизирующей, иммунокоррегирующей, симптоматической, гормональной терапии.

Особого внимания и совершенствования требует терапия антибиотиками. Чувствительность микробов к антибиотикам важный лабораторный тест, на котором строится антибактериальная терапия. Лечение антибиотиками при сепсисе продолжается в течение и значительно дольше. При сепсисе оправдано назначена сочетания антибиотиков в соответствии с особенностями их спектра и механизма действия.

При антибиотикотерапии сепсиса как и других тяжелых проявлений бактериальной инфекции, приходится учитывать возрастание частоты выделения устойчивых штаммов возбудителей.

ОСНОВНЫЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА.

№	Название препарата	Однократная доза	Суточная доза
1.	Бензилпенициллин	2 – 5 млн.ед	10 – 20 млн.ед

2.	Оксациллин	1-2,0	4 – 8,0
3.	Уназин	1,5 – 3,0	4,5 – 9,0
4.	Имипенем	0,5 – 1,0	2,0 – 4,0
5.	Аугментин	1,2	3,6
6.	Цефазолин	1,0 – 2,0	4,0 6,0
7.	Цефатоксин	1,0 – 3,0	3,0 – 6,0
8.	<i>Цефтриаксон</i>	1,0 – 2,0	2,0 – 4,0
9.	Аминацин	0,6	2,0
10	Сизомицин	0,6	1,8
11	Тобрамицин	0,8	2,4
12	Метрогил	0,5	1,5
13	Эфлоран	0,5	1,5
14	Клион	0,5	1,5
15	Метранидазол	0,5	1,5 – 2,0
16	Ванкомицин	0,5	2,0

Для повышения эффективности антибиотикотерапии и подавления резистентность микроорганизмов, особенно при перекрестной устойчивости, их комбинируют с сульфаниламидами и антисептическими препаратами нитрофуранового ряда (фуразолидон, солафур, фуразолин).

Для повышения специфической и неспецифической иммунобиологической реактивности организма больным с первых дней лечения переливают гипериммунную антистафилококковую плазму в дозе 100 мл через 2 дня. в/м вводят антистафилококковый гамма – глобулин по 5 мл ежедневно на курс от 6 до 10 доз). Инфузионно – трансфузионная терапия направлена на поддержание объема циркулирующей крови, устранения анемии, гипопроитенемии, коррекцию нарушений водно – электролитного и кислотно основного равновесия, гемостаза. В программе инфузионной терапии соотношение между коллоидами и кристаллоидами составляет в первые 6 дней 2:1, затем в течение 6 дней 1:1, в последующем – 1:1,5. Коррекцию волевических нарушений обычно сочетают с парентеральным питанием. Наряду с этим с целью уменьшения катаболизма назначают анаболические гормоны (ретаболил 1 раз в 3 дня).

В комплексе терапии больных входят также дегитализация гепаринотерапия, антипиретины, антиагреганты (дипиридамол, ксантинола никотинат), ингибиторы протеаз (гордокс, контрикал) салуретики, витамины, антигистаминные препараты, седативные средства обезболивающие и спазмолитические препаратов. При возникновении элементы органов больные нуждаются в специализированной хирургической помощи.

При выборе метода воздействия на первичный очаг, при септицемии отдается предпочтение гистерэктомии. Теоретически удаление матки не всегда дает ожидаемый эффект, так как вторичные очаги поддерживают септический процесс. Однако без удаления матки и при этом форме сепсиса выздоровление невозможно. Если на фоне

комплексной интенсивной терапии состояние больной не улучшается (чаще на 3-4-ые сутки), то производят гистероэктомию с придатками.

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 межучного обмена и обезвоживанию. В связи с нарастанием паралитической секреции в просвет тонкой кишки поступают и там секвестрируются 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 внутрисердечного 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. Иммобилизация мышц брюшного пресса приводит к нарушению механизма кашля. Респираторные нарушения и уже имеющаяся гипоксия усугубляются нарастающим болевым синдромом, гиповентиляцией и выраженному веноартериальному шунтированию. Возникающая гипопротеемия 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 портального 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.

Так, при "ранней" форме акушерского перитонита преобладают признаки интоксикации, психомоторное возбуждение, жажда, сухость слизистой оболочки, тахикардия, слабость. Тяжесть состояния больной определяется сочетанием вирулентности инфекции и скоростью развития синдрома полиорганной недостаточности, в частности, степенью гиповолемии в результате длительных родов, повышенной кровопотери в процессе операции, большой потери электролитов и жидкости.

В клинической картине второй формы акушерского перитонита в начале заболевания доминирует парез кишечника, признаки послеродового эндометрита отходят на второй план. Тяжесть состояния больной определяется явлениями нарастающей интоксикации, которая происходит как за счет нарушения барьерной функции кишечника, так и за счет резорбции токсических продуктов из матки.

По третьей форме перитонита вследствие недостаточности швов на матке и поступления инфекционного агента в брюшную полость в клинической картине заболевания более четко находят отражение местные симптоматика. На фоне выраженного пареза кишечника определяются положительный симптом Щеткина-Блюмберга, "мышечная защита", рвота, жидкий и частый стул с резким запахом, четкая локальная болезненность при пальпации. Однако на фоне комплексной интенсивной терапии клиническая картина перитонита может затушевываться и его распознавание возможно лишь при появлении

"возвратной" симптоматики.

^ КОМПЛЕКСНАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ РАЗЛИТОГО ПЕРИТОНИТА ПОСЛЕ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.

Тактика ведения больных с разлитым перитонитом после кесарева сечения зависит от его формы, тяжести течения заболевания, эффективности консервативной терапии.

При "раннем" перитоните лечебная тактика основывается на проведении комплексной консервативной терапии и только при отсутствии эффекта и ухудшении состояния больной (парез кишечника не разрешается и переходит в паралитическую непроходимость, появляется экссудат в брюшной полости, тахикардия, тахипноэ) показано оперативное вмешательство. При 2-м варианте перитонита комплексная интенсивная терапия проводится для подготовки к оперативному лечению. При третьем варианте перитонита осуществляется экстренное оперативное лечение - экстирпация матки с трубами, дренирование брюшной полости через незашитое влагалище и нижних отделов боковых каналов при реактивной фазе перитонита, дренирование верхних отделов живота и проточное орошение брюшной полости при перитоните в стадии интоксикации.

Целью операции является удаление источника инфекции - инфицированной матки и дренирование брюшной полости. При неполноценном послеоперационном шве на матке удаление матки особенно важно. В то же время при нарушении барьерной функции кишечника особое значение приобретает качественное дренирование брюшной полости.

Во время операции хирург должен уточнить форму перитонита по характеру экссудата (серозный, фибринозный или гнойный) и распространенности поражения брюшины (ограниченный, диффузный или полный). В большинстве случаев после 4 сут со времени выполнения кесарева сечения наблюдается гнойный экссудат, поражение брюшины чаще всего бывает диффузным. Уточнение формы перитонита необходимо для решения вопроса о применении «брюшного диализа» Показанием для его проведения является тотальный перитонит или заболевание, сопровождающееся интоксикацией.

Наряду с местной терапией перитонита после кесарева сечения (удаление матки, дренирование брюшной полости, желудка, а у части больных кишечника или илеостомия) необходима и общая терапия. Цель общей терапии - компенсация патофизиологических нарушений и борьба с инфекцией и интоксикацией.

Рассматривая положения, определяющие общую терапию, нельзя не обратить внимания на последовательность выполнения лечебных мероприятий. При перитоните после кесарева сечения, когда нет деструкции какого-либо участка желудочно-кишечного тракта, оперативное лечение проводят по экстренным показаниям. Однако оно не ограничено несколькими часами, как при хирургическом перитоните, обусловленном деструктивным аппендицитом, прободной язвой желудка, кишечника и др. Следовательно, общая терапия должна предшествовать оперативному лечению или выполняться одновременно с ним.

Основой проведения комплексной интенсивной терапии является инфузионно-трансфузионная терапия? которую осуществляют методом управляемой гемодилюции с широким использованием кровозаменителей направленного действия и растворов со сбалансированным ионным составом под иониторным контролем за показателями коллоидно-осмотического состояния (Серов Б.Н. и др., 1984).

Введение больших количеств жидкости (4-5 л) проводят на фоне форсированного диуреза (по 0,020 г Фуросемида в сочетании со спазмолитическими средствами, после введения каждого литра жидкости).

Ряд мероприятий направлен на устранение нарушений микроциркуляции и синдрома ДВС. С этой целью применяют гепарин по 500 ЕД/кг массы тела в сутки, Никотиновую кислоту - 3 мг/кг, эуфилин - 10 мг/кг, реополиглюкин 15 мл/кг, контрикал - 100 ЕД /кг.

Для нормализации функции паренхиматозных органов и тканевого метаболизма назначают 1% раствор глютаминовой кислоты, коферментные препараты - кокарбоксылазу, фолиевую кислоту, сирепар. При перитоните рекомендуется применение ингибиторов протеаз, которые тормозят эстеразную активность эндогенных и экзогенных протеиназ. Ингибиторы протеаз - трасилол, контрикал, гордокс, пантрипин образуют стойкие неактивные комплексы, лишенные антигенных свойств, в составе которых протеолитических фермент лишен каталитической активности. Лечебный эффект достигается путем торможения этими препаратами кининогенеза, фибринолиза в крови, блокируются микробные протеиназы, купируются процессы кининообразования в микроциркуляторном русле и лимфатическом русле поджелудочной железы.

Иммунотерапия включает в себя применение гамма-глобулина, сывороточного глобулина, свежеситратной крови, антистафилококковой плазмы, вакцин, иммуноактивной плазмы, лейкоцитарной массы. Стимуляция защитных сил организма достигается применением биогенных стимуляторов (декарис, пентоксил, метилурацил).

Антибактериальную терапию необходимо проводить одновременно 2-3 препаратами. Смену антибиотиков осуществляют через 10 дней с учетом чувствительности к ним микрофлоры. В комбинацию антибиотиков входят цефтриаксон 1.0 2 раза в сутки, амоксиклав 1.0 2 раза в сутки, бактокс 1.0 2 раза в сутки, эфлоран по 100мл в/в капельно 2 раза в сутки. Одновременно с антибиотиками назначают препараты нитрофуранового ряда, противогрибковые препараты, колибактерин.

При перитоните, вызванном анаэробной флорой, целесообразно использовать гипербарический кислород, обладающих, мощным антигипоксическим, антипаретическим и детоксикационным воздействием.

Таким образом, тактика ведения больной зависит от формы перитонита, тяжести ее состояния и возникших расстройств гемодинамики, водно-электролитного, белкового обмена, расстройств микроциркуляции, тканевого метаболизма, поражения внутренних органов. Комплексная интенсивная терапия решает все вопросы коррекции нарушенных функций организма. Правильно проводимая терапия разлитого перитонита позволяет в ряде случаев ("ранний" перитонит) избежать травмирующих и инвалидизирующих операций (экстирпация матки), а также смертельной опасности, которую представляет собой перитонит.

Таким образом, акушерский перитонит - это грозное осложнение после кесарева сечения, редко аборта (если была перфорация матки), запоздалая диагностика и неполноценное лечение которого приводит к летальному исходу. Характерным для течения данной патологии является вирулентность

инфекции, полимикробный пейзаж, устойчивость бактерий к многим антибиотикам, снижение защитных сил организма. Стертость симптоматики, вялое течение, волнообразное течение на фоне интенсивной терапии обуславливают запоздалую

диагностику и оперативное вмешательство, приводящее к материнской смертности.

Основными мерами профилактики являются оздоровление женщин репродуктивного возраста, санация очагов инфекции вне и во время беременности, строгий учет противопоказаний к операции кесарева сечения, соблюдение санэпид режима в операционном родовом блоке, повышенное внимательное ведение больных, подвергшихся к/с в реанимационном и реабилитационном отделениях.

Таким образом **акушерский перитонит** - это грозное осложнение после кесарева сечения, редко аборта (если была перфорация матки), запоздалая диагностика и неполноценное лечение которого приводит к летальному исходу. Характерным для течения данной патологии является вирулентность

инфекции, полимикробный пейзаж, устойчивость бактерий к многим антибиотикам, снижение защитных сил организма. Стертость симптоматики, вялое течение, волнообразное течение на фоне интенсивной терапии обуславливают запоздалую диагностику и оперативное вмешательство, приводящее к материнской смертности.

Основными мерами профилактики являются оздоровление женщин репродуктивного возраста, санация очагов инфекции вне и во время беременности, строгий учет противопоказаний к операции кесарева сечения, соблюдение санэпид режима в операционном родовом блоке, повышенное внимательное ведение больных, подвергшихся к/с в реанимационном и реабилитационном

АКУШЕРСТВО ВОПРОСЫ

1- промежуточный контроль

1. Плацента и его строение, функции
2. 500 приказ и его принципы.Партограмма.
3. Нормальный менс.цикл и его регуляция
4. Женский таз и его строение
5. Анатомия ЖПО
6. Плод как объект родов
7. Методы определения и диагностики беременности
8. Акушерские термины (вид, положение,позиция,членорасположение)
9. Периоды родов и их ведение
10. Биомеханизм родов в головном предлежание
11. Биомеханизм родов в тазовом предлежание
12. Ведение родов при головном предлежание
13. Ведение родов при ягодичном предлежание
14. Последовый период и его введение
15. Ранний послеродовый период
16. партограмма, 500 приказ
17. Протокол ведение нормальных родов
18. Гипертензивные состояние во время беременности (классификация)
19. Диф.диагностика легкой и тяжелой преэклампсии
20. Диагностика и лечение преэклампсии и эклампсии
21. Ведение женщин с тяжелой преэклампсии и эклампсии
22. Эклампсия (периоды, первичная помощь)
23. Оказание первич.помощи при преэклампсии и эклампсии.

24. Осложнение преэклампсии и эклампсии
 25. Магнезиальная терапия при преэклампсии, эклампсии и методы родоразрешения
 26. протокол ведения преэклампсии.
-
27. Классификация анемии и пиелонефрита
 28. Диагностика анемии и пиелонефрита
 29. Современные методы лечения анемии и пиелонефрита
 30. Влияние анемии и пиелонефрита на течение беременности и родов.
 31. Что такое резус конфликт, ГБН и ГБП.
 32. Современные методы диагностики ГБН
 33. Определение ППБ и шкала Крамера
 34. Методология ЗПК.
 35. Антенатальная и интранатальная диагностика ГБН.
 36. Постнатальная –неонатальная диагностика ГБН
 37. Определение невынашивания,преждевременных родов и перенашивание
 38. Признаки недоношенности и переношенности
 39. Протокол ведения преждевременных родов
 40. Протокол ведения Переношенной Беременности

2- Промежуточный

1. ПОНРП классификация, клиника , диагностика.
2. Причины кровотечения во II половине беременности.
3. Ди ф. диагностика ПОНРП и ПП.
4. Тактика родоразрешения при ПОНРП и ПП.
5. Причины кровотечения в послеродовом периоде.
6. Разрыв матки (признаки, диагностика, клиника)
7. Акушерские щипцы (условия показания техника)
8. Вакуум экстракция (условия показания техника)
9. Кесарево сечение (условия показания техника)
10. Плодоразрушающие операции.
11. ВИЧ инфекция у беременных диагностика, лечение.
12. Пути распространения ВИЧ инфекции у родильниц
13. Диагностика ВИЧ инфекции
14. Приказ ВИЧ инфекции
15. Анатомический узкий таз и её виды
16. Обструктивные роды
17. ССВО (клиника , диагностика. лечения.)
18. Сепсис (клиника , диагностика.лечения.)
19. Септический шок . Рефрактерный септический шок. Тактика.
20. Диагностика септических заболеваний

ГЛОССАРИЙ

Фетоплацентарная система	Это комплекс, в который входят: организм плода, органы репродукций-матка и плацента, а также эмбриональные образования
Физиологические роды	физиологический процесс изгнания плода из матки после достижения плодом жизнеспособности.
Оперативное акушерство	Наука изучающая методов акушерских операций
Патологические роды	Роды, протекающие с различными осложнениями
Перинатальный период	Период от 28 недели беременности, включающий период родов и заканчивающийся через 168 часов после рождения
Плацента	развивающийся в полости матки во время беременности орган, осуществляющий связь между организмом матери и плодом.
Поздние роды	Роды, после 40 недель беременности
Поздний токсикоз	патологическое состояние беременных, возникающее во второй половине беременности
Предлежание плода.	Предлежащей частью считается та часть плода, которая находится над входом в малый таз. Это может быть головка, тазовый конец или плечико.
Преждевременными роды	роды до 37-й недели беременности.
Разрыв матки	нарушение ее целостности во время беременности или в родах
Ранний выкидыш Или самопроизвольный аборт	Патологическое прерывание беременности
Расположение плода	отношение продольной оси тела плода к продольной оси тела матери. Различают продольное положение плода (при тазовом или головном предлежании), а также поперечное и косое положения, когда оси тел плода и матери пересекаются
Ригидность шейки матки (неполное раскрытие)	Потеря ею эластичности, замедляет её сглаживание и раскрытие шеечного канала

Родничок	Неокостеневший участок свода черепа, состоящий из остатков перепончатого скелета и соединяющий кости черепа
Роды	физиологический процесс изгнания плода из матки после достижения плодом жизнеспособности.
Самопроизвольные разрывы матки	происходящие без каких-либо вмешательств извне
Срочные роды	Роды в 39-40 недели беременности
Таз	Часть скелета, состоящий из четырёх костей.
Асфиксия плода	Развитие патологии у плода при нехватки кислорода
Биомеханизм родов	В течение родов головка плода совершает ряд движений, приспосабливаясь к прохождению по родовым путям.
Влагалище	Внутренний половой орган женщины
Внематочная беременность	Осложнение беременности, когда прикрепление оплодотворенной яйцеклетки происходит вне полости матки
Внематочная беременность (беременность в маточной трубе)	Осложнение беременности, когда прикрепление оплодотворенной яйцеклетки происходит в полости маточных труб
Горизонтальное положение плода	Позвоночник плода образует с горизонтальной осью матки прямой угол
Имплантация	Внедрение эмбриона в слизистую матки в процессе беременности
Конфигурация головы (форма)	Отношение максимальной ширины мозговой коробки к её максимальной длине
Криминальный аборт	Незаконное прерывание беременности
Лактация	Отделение молока грудной железой. Со 2-го-3го месяца беременности начинается гиперплазия железистой паренхимы грудной железы, продолжающаяся в течение всей беременности.
Мастит	Воспаление паренхимы и межуточной ткани молочной железы
Маловодие	Уменьшение околоплодных вод при беременности ниже нормы для данного срока
Насильственные разрывы матки	травматические (от грубого вмешательства во

	время родов или во время беременности и родов от случайной травмы
Неонатология	Раздел медицины, изучающий младенцев и новорожденных, их рост, развитие и их заболевания
Обвитие пуповиной	Обвитие пуповиной той или иной части тела плода
Обследование полости матки с помощью рук	Акушерская операция, которую производят с помощью рук с целью определения расположения матки и целостности ее стенок
Тазометр	Инструмент в виде циркуля, предназначенный для измерения наружных размеров таза, а также размер головки плода.
Хориамнионит	Инфицирование оболочки последа во время родов
Аборт (выкидыш или самопроизвольное прерывание беременности)	Прерывание беременности на сроке до 22 недель
Бимануальный осмотр	Осмотр матки двумя руками
Искусственный аборт	Искусственное прерывание беременности с помощью медицинскими манипуляциями
Менструальный цикл	Периодические изменения в организме женщины репродуктивного возраста, направленные на возможность зачатия
Менстурация	Отторжение функционального слоя эндометрия

ТЕСТЫ

Как часто определяются антитела в крови у беременной в 1 половине беременности?	* 1 раз в месяц	1 раз в два месяца	2 раза в месяц	1 раз в неделю
Как часто определяются антитела в крови во 2 половине беременности?	* 2 раза в неделю	2 раза в месяц	1 раз в месяц	1 раз в неделю
Схема применения 25% раствора сульфата магния по схеме Бровкина при лечении преэклампсии:	* 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

Ведение родов при неполном предлежании плаценты в первом периоде родов и головном предлежании плода показано:	* амниотомия и дальнейшее наблюдение	наблюдение	амниотомия и кесарево сечение	амниотомия с последующей родостимуляцией при слабых схватках
Ведение родов при неполном предлежании плаценты в первом периоде родов, головном предлежании плода и обильном кровотечении показано:	* амниотомия и кесарево сечение	наблюдение	амниотомия и дальнейшее наблюдение	амниотомия с последующей родостимуляцией при слабых схватках
Причина предлежания плаценты не включают:	* аномалии развития плода	повышение трофобластических свойств плодного яйца	дистрофические процессы в эндометрии	воспалительные процессы в эндометрии
Какие антибактериальные препараты менее вредные для лечения пиелонефрита в первом триместре беременности:	* антибиотики пенициллинового ряда	аминогликозиды	кесарево сечение в родах	нитрофураны, цефалоспорины
Лечение вторичной слабости родовой деятельности в конце периода изгнания требует:	* введения окситоцина внутривенно капельно	медикаментозного сна-отдыха	создание эстрогено-глюкозо-кальциево-витаминного фона	введения метилэргометрина
При предлежании плаценты врач женской консультации не имеет права проводить:	* влагалищное исследование	сбор анамнеза	наружное акушерское исследование	ультразвуковое исследование
Каким методом определяется целостность плаценты ?	* водно – воздушная проба	окситоциновая	мак кюлер олдрича	маммарный тест
Беременность и роды при вирусном гепатите могут осложняться:	* все перечисленное	развитие печеночной недостаточности	внутриутробное инфицирование плода	гибель плода
В патогенезе гипохромной анемии у беременных имеет значение:	* все перечисленное	нарушение всасывания железа при анацидном гастрите	нерациональное питание	повышенный расход железа в процессе развития плода
Ведение беременных с сердечной недостаточности при пороках сердца во время беременности включает:	* все перечисленное	постельный режим, ограничение потребления соли	кардиальные препараты и диуретики	противовоспалительную терапию
Возможным осложнением беременности и родов при вирусном гепатите является:	* все перечисленное	развитие печеночной недостаточности	внутриутробное инфицирование плода	гибель плода
Железодефицитная анемия возникает у беременных при:	* все перечисленное	нарушение всасывания железа при анацидном гастрите	нерациональное питание	повышенный расход железа в процессе развития плода

Основные диагностические критерии 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
Основные критерии 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	снижение количества ретикулоцитов
Причина развития преэклампсии:	* все перечисленное	генерализованный спазм сосудов	нарушения белкового и водно-солевого обмена	высокую проницаемость сосудистой стенки
Терапия при тяжелых формах преэклампсии направлена на:	* все перечисленное	уменьшение гиповолемии	нормализацию микроциркуляции	улучшение реологических свойств крови
Факторы развития преэклампсии включают:	* все перечисленное	генерализованный спазм сосудов	нарушения белкового и водно-солевого обмена	высокую проницаемость сосудистой стенки
Возникновении при вторичной слабости родовой деятельности и отсутствии симптомов гипоксии плода в периоде изгнания зависит от:	* все перечисленные	размеров головки	характера вставления головки	положения головки в малом тазу
Вторичная слабость родовой деятельности и отсутствии симптомов гипоксии плода в периоде изгнания зависит от:	* все перечисленные	размеров головки	характера вставления головки	положения головки в малом тазу
Необходимо учитывать при диагностике предлежания плаценты:	* все перечисленные	данные акушерско-гинекологического анамнеза	клинические проявления	результаты наружного акушерского исследования
При выявлении преэклампсии необходимо определение:	* все перечисленные	общего белка и белковых фракций	содержания тромбоцитов и коагулограмма	суточной протеинурии и электролитного состава плазмы
В конце срока беременности наблюдается изменения показателей гемодинамики:	* все перечисленные изменения	увеличение объема циркулирующей крови	постоянно снижающееся периферическое сопротивление сосудов	увеличение минутного объема сердца и учащение пульса
Изменения показателей гемодинамики в конце срока беременности включают:	* все перечисленные изменения	увеличение объема циркулирующей крови	постоянно снижающееся периферическое сопротивление	увеличение минутного объема сердца и учащение

			сопротивление сосудов	пульса
Родоразрешение показано путем кесарева сечения при пороках сердца является:	* все перечисленные показания	возвратный и подострый септический эндокардит	любой порок с выраженным нарушением кровообращения	сочетание порока сердца с акушерской патологией
Главная 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
Первая 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
Диагностика вирусного гепатита при беременности:	* все указанные	рвота и тошнота в любое время суток	повышение температуры тела, нередко с ознобом	появление желтухи, темной мочи
ПОНРП может стать причиной:	* все указанные	возникновения матки Кувелера	геморрагического шока	интранатальной гибели плода
Признаки полного предлежания плаценты включает:	* все указанные	повторяющиеся кровотечения во второй половине беременности	отсутствие болевого синдрома	отсутствие гипертенуса матки
Возможные осложнения, возникающее при пиелонефрите во время беременности:	* все указанные осложнения	анемия	синдром задержки развития плода	развитие преэклампсии
Выведение диагноза гипертонической болезни у беременной основывается на данных:	* всего перечисленного	АД в ранние сроки беременности	АД в середине беременности, в последнем триместре и послеродовом периоде	электрокардиограммы
Гестационная гипертензия у беременной основывается на данных:	* всего перечисленного	АД в ранние сроки беременности	АД в середине беременности, в последнем триместре и послеродовом периоде	электрокардиограммы
По возникновению аномалии родовой деятельности составляют беременные с:	* всеми перечисленным и осложнениями	отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом	многоводием и многоплодием	крупным плодом
По развитию аномалии родовой деятельности составляют беременные с:	* всеми перечисленным и осложнениями	отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом	многоводием и многоплодием	крупным плодом
с первичной слабостью	* выполнить амниотомию и	ввести окситоцин	ввести энзапрост	выполнить амниотомию с

родовой деятельности и целым плодным пузырем необходимо:	наблюдать			последующим введением утеротоников
у роженицы с первичной слабостью родовой деятельности и целым плодным пузырем необходимо:	* выполнить амниотомию и наблюдение 1 час	ввести окситоцин	ввести энзапрост	выполнить амниотомию с последующим введением утеротоников
При анемии происходит снижение чего?	* гемоглобина и эритроцитов	гемоглобина	эритроцитов	белковых фракций крови
Наблюдения повышения АД в начале и конце срока беременности со снижением в середине срока беременности характерно для:	* гипертонической болезни	преэклампсии	хронического гломерулонефрита	хронического пиелонефрита
Основная группа риска по развитию преэклампсии входят беременные с:	* гипертонической болезнью и заболеваниями почек	ожирением и сахарным диабетом	заболеваниями щитовидной железы	пороками сердца
Преэклампсия чаще наблюдается у женщин с:	* гипертонической болезнью и заболеваниями почек	ожирением и сахарным диабетом	заболеваниями щитовидной железы	пороками сердца
Часто встречающаяся форма анемии при беременности?	* железодефицитная	постгеморрагическая	гемолитическая;	гипопластическая
часто встречающееся осложнение во время операции кесарева сечения при полном предлежании плаценты:	* истинное частичное приращение плаценты	разрыв матки	плотное прикрепление плаценты	истинное полное приращение плаценты
Ведение родов при неполном предлежании плаценты в первом периоде родов и тазовом предлежании плода показано:	* кесарево сечение	наблюдение	амниотомия и дальнейшее наблюдение	амниотомия и кесарево сечение
Для неполного предлежания плаценты характерно:	* кровотечение с началом родовой деятельности	кровотечение в первом триместре беременности	кровотечение во втором триместре беременности	повторяющиеся кровотечения
частая форма течения хронического гломерулонефрита у беременных:	* латентная	гипертоническая	с резко выраженной	нефротическая клинической симптоматикой
метод диагностики вида аномалии родовой деятельности:	* многоканальная гистерография	пальпаторное определение силы и продолжительности схваток	влагалищное исследование	моноканальная наружная гистерография
в периоде изгнания и симптомах начавшейся гипоксии плода при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты показано:	* наложение акушерских щипцов и перинеотомия	кесарево сечение	терапия внутриутробной гипоксии плода	перинеотомия
Слабость потуг, внутриутробная гипоксия	* наложить выходные	выполнить кесарево	наложить полостные	начать лечение внутриутробно

плода и головка плода на тазовом дне врач должен:	акушерские щипцы	сечение	акушерские щипцы	й гипоксии плода
Кесарево сечение при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты выполняется:	* независимо от состояния плода	только на живом плоде	только на мертвом плоде	после гемотрансфузии
Выделение алой крови с началом родовой деятельности характерно для:	* неполного предлежания плаценты	полного предлежания плаценты	преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты	разрыва шейки матки
При преэклампсии в моче не выявляется:	* низкий удельный вес и восковидные цилиндры	низкий удельный вес и белок	гиалиновые цилиндры	никтурия
Какое прогностическое значение имеет падение антител в крови у матери?	* о выздоровлении матери.	неблагоприятное состояние плода, тяжелые формы гемолитической болезни	некачественное обследование, повторить анализы	о плохом состоянии матери
Наиболее информативным в диагностике преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты является:	* оценка гемодинамических показателей	наружное акушерское исследование	влагалищное исследование	УЗИ
заболевание почек у беременных:	* пиелонефрит	гломерулонефрит	гидронефроз	опухоли почек
При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты ДВС-синдром развивается в результате:	* повышенного образования тромбина	попадания в общий кровоток тромбопластина	снижения содержания фибриногена	резкого повышения фибринолитической активности
Выделения с темными сгустками крови во время беременности характерно для:	* преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты	полного предлежания плаценты	неполного предлежания плаценты	разрыва матки
Кровотечение и полное предлежание плаценты – когда операция кесарева сечения проводится:	* при любом сроке беременности	только при доношенном плоде	только при недоношенной беременности	после гемотрансфузии
Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты легкой степени диагностируется:	* при осмотре материнской поверхности плаценты после родов	на основании жалоб беременной	при выявлении гемодинамических изменений	при наличии гипертонуса матки
Применение при дискоординированной родовой деятельности наиболее эффективно:	* применение бета-адреномиметиков	введение спазмолитиков (но-шпа, баралгин)	предоставление медикаментозного сна-отдыха	создание гормонально-энергетического фона
Важным условием для выполнения влагалищного	* проведение исследования	осмотр шейки матки в	соблюдение правил	проведение исследования

исследования у беременных и рожениц при подозрении на предлежание плаценты является:	при развернутой операционной	зеркала	асептики	под наркозом
Показания к использованию окситоцинового теста	* программированное родоразрешение	аномалия родовой деятельности	преэклампсия	акушерские кровотечения
Не характерный симптом для кровотечения при П.П.?	* профузное, только внутреннее кровотечение	боль внизу живота	появление кровянистых выделений внезапно	отсутствие болевых ощущений
При возникновении гипертонического криза во время беременности не характерно:	* развитие криза только во второй половине беременности	развитие криза в любом сроке беременности	отсутствие отеков, протеинурии и цилиндрурии	появление парестезий, гиперемии лица, повышенного потоотделения
осложнение беременности при гломерулонефрите:	* развитие преэклампсии	острая почечная недостаточность	преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты	преждевременные роды
основная причина повышения АД после 28 нед беременности:	* развитие преэклампсии	гипертоническая болезнь	хронический гломерулонефрит	хронический пиелонефрит
В патогенезе возникновения отслойки плаценты является?	* разрыв губчатого слоя в результате ретракции внутренних слоев матки	атрофия губчатого слоя расположенного между стенкой матки и плаценты	в образовании базальных гематом	снижение адаптационных возможностей организма
частая причина кровотечения из половых путей в первом периоде родов:	* разрыв шейки матки	неполное предлежание плаценты	полное предлежание плаценты	преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
Какие препараты не показаны при профилактическом лечении резус-иммунизации у беременных?	* раствор глюкозы	кокарбоксилаза ;	антигистаминные препараты	антианемические препараты.
Ведение родов у беременной с вирусным гепатита В показано:	* родоразрешение после купирования острой стадии заболевания	симптоматическая терапия	плановое кесарево сечение	родовозбуждение с амниотомией и ведение родов через естественные родовые пути
Ведение родов у беременной с гепатитом А показано:	* роды через естественные родовые пути после проведения симптоматического	симптоматическое лечение	плановое кесарево сечение	экстренное кесарево сечение

	кого лечения			
Особенности метода родоразрешения компенсированных пороках сердца:	* роды через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания с помощью акушерских щипцов	родоразрешение через естественные родовые пути	роды через естественные родовые пути укорочением периода изгнания перинеотомией	кесарево сечение
группу риска по преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты составляют беременные:	* с преэклампсией	повторнородящие	с крупным плодом	с симптомами преждевременных родов
гипотензивное средство, применяемое при преэклампсии:	* сульфат магния	клофелин	дибазол и папаверин	пентамин
частой причиной кровотечения в первом триместре беременности является:	* угрожающий или начавшийся самопроизвольный аборт	полип и рак шейки матки	предлежание плаценты	разрыв матки
Информативный метод для диагностики предлежания плаценты во время беременности являются данные:	* УЗИ	анамнеза	наружного акушерского исследования	осмотра с помощью зеркал
3 период родов, имеются признаки отделения последа. Диагноз?	* ущемление плаценты	задержка 2/3 оболочек в полости матки	гипотония матки	плотное прикрепление плаценты
частое заболевание печени, связанное с беременностью:	* холестатический гепатоз	вирусный гепатит А	острый жировой гепатоз	холецистит
Тактика родов предпочтительны при пиелонефрите?	* через естественные родовые пути	кесарево сечение	вакуум-экстракция	акушерские щипцы
У беременной при остром жировом гепатозе показано:	* экстренное кесарево сечение	симптоматическое лечение	плановое кесарево сечение	родовозбуждение с амниотомией и ведение родов через естественные родовые пути
Степень анемии у беременной при сроке беременности 30 недель и гемоглобине 95г/л?	*2ст	1ст	норма для беременных	4ст
Критический срок беременности с пиелонефритом?	*36-38	8-12	14-18	30-32
Сколько времени необходимо наблюдать за признаками отделения плаценты?	*5-10 мин.	30 мин.	ждать не надо	2 часа
Какова длительность родов у повторнородящих	*6-9 час	12 час	меньше 5 час	более 12 час
Методы исследования и обследования, которые не	*Р-графию матки	УЗИ	наружный осмотр	амниографию

используют для диагностики П.П.?				
Какие препараты применяются в лечении гипоксии и гипотрофии плода?	*актовегин	гемодез	дроперидол димедрол седуксен	дибазол папаверин пенталгин
Кем ведется беременность в поликлинике при заболеваниях почек?	*акушер-гинеколог, уролог, терапевт	акушер-гинеколог	уролог	терапевт
Метод лечения не использующийся при слабости потуг	*акушерские сон-отдых	акушерские щипцы	экстракция плода за тазовый конец	пособие по Цовьянову
Какую манипуляцию в родах проводят при кровотечении, когда краевое расположение плаценты?	*амниотомия	кесарево сечение	эпизиотомию	насечки на ш/м
Какое наиболее частое осложнение для плода при слабости родовой деятельности	*асфиксия плода	РДС плода	перелом ключицы	все перечисленное
Препарат не использующийся для усиления сокращения матки	*атропин	окситоцин	гифотоцин	энзопрост
Какие изменения происходят в миометрии при матке Кувелера, кроме?	*атрофия эндометрия	имбибация матки	потеря сократительной способности матки	повреждение мышц и серозной оболочки матки
Автор механической теории разрыва матки?	*Бандль	Феноменов	Бартельс	Вербов
Какой показатель в моче наиболее характерен для пиелонефрита?	*белок в моче	лейкоциты в большом количестве	большое количество эритроцитов	цилиндрурия
Как может проявляться вторичная слабость родовой деятельности?	*в ослаблении	в усилении	чрезмерно бурная	штормовые роды
Как проявляется аномалия потужной деятельности?	*в ослаблении потуг	в усилении	чрезмерно бурная	штормовые роды
Где проводится лечение беременных с П.П.?	*в род.доме	в дневном стационаре	в условиях ж/к	в хирургическом отделении
Где проводится лечение ПОНРП?	*в условиях стационара	в женской консультации	в дневном стационаре	в домашних условиях
Каков объем операции при развитии ДВС-синдрома в раннем послеродовом или послеоперационном периоде?	*введение свежей донорской крови плазмы фибриногена с перевязкой подвздошных артерий	экстирпация матки без придатков с введением свежей донорской крови	ампутация матки с придатками	надвлагалищная ампутация матки с придатками
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	*ведение окситоцина	вскрытие плодного пузыря	определение кол-ва тромбоцитов	контроль за выделением мочи

мероприятия включают, кроме:				
Время появляются при П.П. кровянистых выделений?	*во 2 и 3 триместрах бер-ти	в 1 половине бер-ти	во 2 половине бер-ти	в любом сроке бер-ти
В каком периоде родов чаще всего происходит разрыв матки?	*во 2 периоде родов	в 1 периоде родов	во время беременности	в 3 периоде родов
Факторы, приводящие к плотному прикреплению последа?	*воспалительные заболевания слизистой оболочки матки и частые аборты	миома матки	хориоамниониты	уродства плода
Каких из факторов 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
В основном по каким клиническим симптомам ставится диагноз гипотонии матки?	*все выше перечисленные	при наружном массаже матки сокращается и быстро расслабляется	кровь скапливается в полости матки и ее размер увеличивается	введение утеротоников малоэффективное
Незащитные разрывы шейки матки к чему могут привести?	*все выше перечисленные	тяжелые гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде	тромбоз вен таза	способствовать развитию истмико-цервикальной недостаточности
Показания к срочному КС при преэклампсии?	*все ниже указанные	отслойка плаценты	острая почечная недостаточность	приступ эклампсии
вирусного гепатита В при беременности протекает:	*все перечисленное	более продолжительный инкубационный период	выраженная интоксикация	боли в суставах и высыпания
Течения вирусного гепатита В при беременности является:	*все перечисленное	более продолжительный инкубационный период	выраженная интоксикация	боли в суставах и высыпания
Жизненные показания для оперативного родоразрешения при эклампсии:	*все указанные	отек головного мозга	острая почечная недостаточность	повторяющиеся припадки эклампсии
У беременных с гипертонической болезнью могут встречаться:	*все указанные осложнения	преждевременные роды	развитие гестоза	преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
В каких случаях показано влагалищное исследование при подозрении на П.П.?	*всегда в 3 триместре при продолжающемся	после поступления в больницу и остановки	до определения локализации плаценты с помощью УЗИ	только после принятия решения произвести

	кровотечении из влагалища	кровотечения		кесарево сечение
Жалобы на головную боль озноб боли в пояснице температура 40 С Симптом Пастернацкого положительный справа беременность 23 недель. Диагноз?	*Гестационный пиелонефрит	преэклампсия легкой степени	преэклампсия тяжелой степени	хронический пиелонефрит
Возможные осложнения для матери при слабости родовой деятельности	*гипотоническое кровотечение	разрыв матки	тетанус матки	все перечисленное
Какие параметры ДАД характерны для преэклампсии тяжелой степени?	*ДАД 110 -120 мм.рт.ст	ДАД 100 мм.рт.ст	ДАД от 70 до 80 мм.рт.ст	ДАД от 60-100 мм.рт.ст
Постгеморрагический шок не является следствием?	*дискоординированных сокращений матки	гипо или атонического кровотечения	предлежание плаценты	разрывы матки
Изменение состояние плода при ПОНРП?	*дистрессный синдром, антенатальная смерть	гипотрофия плода	внутриутробная инфекция плода	аномалия плода
Какой период родов чаще осложняется асфиксией плода	*изгнание плода	в 1 периоде	в периоде раскрытия шейки матки	в 3 периоде
Мониторинг при тяжелой преэклампсии?	*измерение А/Д	общий анализ крови и мочи	определение белка в суточной дозе	печеночные тесты контроль диуреза
Электролит, способствующий усилению сокращения матки	*кальций	калий	магний	хлор
Введение сульфата магния при лечении преэклампсии проводится:	*капельно в растворе кристаллоидов	не проводится	струйно при высоком АД	в дозе, не зависящей от величины АД
Оптимальный вариант родоразрешения при эклампсии:	*кесарево сечение	через естественные родовые пути с самостоятельным развитием родовой деятельности	досрочное родоразрешение с амниотомией	через естественные родовые пути с укорочением периода изгнания
Метод обследования , который не обязательно проводить беременным с целью профилактики ПОНРП?	*контроль веса	ЭКГ	контроль АД, пульса	анализ мочи
характерные осложнения во время родов при анемии?	*кровотечение в родах	обструктивные роды	несвоевременным отхождением околоплодных вод	слабость
Наиболее характерный признак для предлежания плаценты	*кровотечение из половых путей	боль внизу живота	неправильное положение плода	высокое стояние предлежащей части
Метод родоразрешения необходимый для первородящей 35 лет с ОАА и упорной	*КС	выходные щипцы	ранняя амниотомия	акушерские щипцы

первичной слабостью родовой деятельностью				
Степени тяжести ПОНРП?	*легкая, тяжелая	не подразделяется	легкую, средняя, тяжелая	средняя, тяжелая
Какие профилактические мероприятия проводят в условиях ж/к?	*лечение анемии	выявление и своевременное лечение преэклампсии, ЭГЗ	лечение угрожающей бер-ти	лечение в/утробной гипоксии плода
Нехарактерные клинические симптомы при отслойке плаценты?	*матка между схватками расслабляется	изменение с/б плода	тонус миометрия повышен	кровянистые выделения из половых путей
Объем операции при истинном приращении плаценты?	*надвлагалищная ампутация матки без придатков	экстирпация матки с придатками	удаление придатков	ручное отделение и выделение последа
Характер кровотечения при ПОНРП?	*наружным внутренним	только наружным	только внутренним	может не быть
Причины возникновения маточного кровотечения при П.П.?	*нарушение целостности межворсинчатых пространств	нарушение свертываемости и крови	нарушение сократительной способности матки	повышения возбудимости матки
Какие антитела участвуют в возникновении резус-сенсибилизации?	*неполные	тромбоцитарные	лейкоцитарные	эритроцитарные.
Причины, которые могут привести к судорожным схваткам:	*несоответствие головки и таза матери	полное соответствие головки и таза матери	тазовое предлежание	первичная слабость родовой деятельности
Препарат применяющийся для активного ведения ИИИ периода родов?	*окситоцин	метилэргометрин	эпзопрост	ношпа
При поступлении в стационар, где целесообразно производить влагалищное исследование у женщин с подозрением на предлежание плаценты	*операционная	приемный покой	родильный зал	манипуляционная
Как устанавливается диагноз резус-сенсибилизации беременной?	*определение в крови резус-антител	падение гемоглобина	нарастание лейкоцитоза	увеличение количества тромбоцитов
Какие параметры ДАД характерны для преэклампсии легкой степени?	*от 90 до 110 мм.рт.ст	от 80 до 90 мм.рт.ст	от 100 до 110 мм.рт.ст	120 мм.рт.ст. и более
Осложнения не встречающиеся при ПОНРП?	*отслойка сетчатки	анемия	гипоксия асфиксия плода	геморрагический шок
Наружное акушерское исследование у беременной с П.П. показывает?	*пальпация губчатой структуры с краю шейки	высокое стояние предлежащей части	матка в гипертонусе	измененный контур матки
Препарат не использующиеся для лечения бурной родовой деятельности	*пентамин	токолитики	баралгин	эфирный наркоз
Оптимальный метод родоразрешения при преэклампсии тяжелой степени?	*плановое кесарево сечение	родостимуляция	эмбриотомия	вакуум экстракция

Факторы, способствующие истинному приращению плаценты?	*повышенная протеолитическая активность трофобластов	патоморфологическая неполноценность слизистой оболочки матки	воспалительное заболевание эндометрия	рубцовые изменения в матке
Метод родоразрешения уместный роженице с 2 слабостью родовой деятельностью начавшейся внутриутробной асфиксией плода и нахождением головки на 3 плоскости?	*полостные акушерские щипцы	выходные щипцы	кесарево сечение	вакуум-экстракция
Первичное послеродовое кровотечение возможно во всех перечисленных ситуациях, кроме?	*поперечного положения плода	многоплодной беременности	многоводия	тромбоцитопении
При ПОНРП с какими заболеваниями производят дифференциальную диагностику?	*предлежание плаценты	угроза прерывания беременности	анемия	неразвивающаяся беременность
Какая родовая деятельность при совершившемся разрыве матки?	*прекращается	бурная	слабая	умеренная
Какие причины вызывает ПОНРП?	*преэклампсия, экстрагенитальные заболевания	физические нагрузки	стресс	анемия
Признаки указывающие на отделение плаценты?	*при надавливании над лоном пуповина не втягивается	дно матки посередине между лоном и пупком	дно матки на уровне пупка	при глубоком вдохе пуповина втягивается
Когда возникает тяжелая клиническая картина при ПОНРП?	*при отслойке 50% плаценты	при отслойке 25% плаценты	при отслойке 30% плаценты	при отслойке 15% плаценты
Резус-иммунизация возникает в каких случаях?	*при переливании резус-положительной крови резус-отрицательной женщине	при переливании резус-отрицательной крови резус-отрицательной женщине	при оперативных родах	после преждевременных родов, при переливании иногруппной крови.
Когда бывает только внутреннее кровотечение?	*при расположении плаценты у дна	при расположении плаценты по задней стенке	при расположении плаценты по передней стенке	при расположении плаценты по боковой стенке
Как и когда подтверждается диагноз плотного прикрепления и приращения плаценты?	*при ручном обследовании полости матки	нужно ждать 1 час	после введения сокращающих матку средств	при выскабливании полости матки
Когда при преэклампсии легкой степени следует пролонгировать беременность?	*при сроке беременности менее 34 нед	на ранних сроках беременности	при сроке 41-42 нед	при сроке более 36 нед
При какой ситуации реже всего возникают разрывы влагалища?	*при стремительных родах	у многогравидных	при крупном плоде	у старых первородящих
Какую манипуляцию необходимо дополнительно произвести у	*прижатие брюшной	массаж матки на кулаке	ручное отделение и	осмотр мягких родовых путей

родильниц с отслойкой плаценты?	аорты		выделение последа	
Основной принцип соблюдения при ПОНРП?	*принцип быстрого опорожнения матки	выжидательная тактика	гемостатическая терапия	гемотрансфузия
Основным условием для выполнения влагалищного исследования у беременных и рожениц с подозрением на П.П. является?	*проведение исследования при развернутой операционной	предварительный осмотр ш/м в зеркалах	проведение исследования под наркозом	соблюдение правил гигиены
Препарат, не способствующий улучшению маточного сокращения	*прогестерон	синестрол	окситоцин	гифотоцин
Важные 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
«Триада» 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
Препарат оказывающий улучшению микроциркуляцию?	*реополиглюкин, теоникол, трентал	Дроперидол, димедрол, седуксен	дибазол-папаверин, пенталгин	альбумин, протеин
лечения слабости родовой деятельности:	*родостимуляция	токолитики	магния сульфат	баралгин
Тактика врача при дефекте последа?	*ручное обследование полости матки в/в сокращающие матку средства	наложение клемм по Бакшееву лапаротомия перевязка маточных сосудов удаление матки	катетеризация мочевого пузыря холод на низ живота массаж матки	кесарство сечение прямой гемотрансфузия
Когда начинать надо антигипертензивную терапию?	*Сист А/Д 160 и более	при А/Д сист 140 и более	сист А/Д 130	сист А/Д 180 и более
Каковы критерии артериальной гипертензии?	*систолическое давление >140 мм.рт.ст, диастолическое ≥90 мм.рт.ст	систолическое давление 160 мм.рт.ст	диастолическое давление ≥100 мм.рт.ст	САД ≥ 110 мм.рт.ст
Пассивные регулярные схватки характерны для:	*слабости родовой деятельности	прелиминарного периода	патологического прелиминарного периода	дискоординированной родовой деятельности
Какие схватки характерны для слабости родовой деятельности	*слабые и кратковременные	судорожные	бурные	хорошей силы
Частые осложнения наблюдаются со стороны плода при полной отслойке плаценты?	*смерть плода	асфиксия плода	гипоксия плода	хроническая гипоксия плода

ВОП к чему должны добиваться у женщин после гипо и атонических кровотечений?	*соблюдение интергенетического интервала (интервала между родами)	вообще не допустить беременности	произвести хирургическую стерелизацию маточных труб	своевременно взятие на учет
Когда следует зашивать разрывы мягких тканей после родов?	*сразу после 3 периода родов	ч/з 1 час после родов	ч/з 2 часа после родов	сразу после рождения ребенка
Укажите основной возбудитель пиелонефрита?	*Стафилококк	Энтерококки	гонококк	Стрептококк
Характер родовой деятельности при угрожающем разрыве матке?	*судорожные схватки	бурная	умеренная	слабая
Характерные признаки симптомы для тяжелой формы отслойки плаценты, кроме?	*судорожные схватки	выраженное наружное кровотечение	внутриутробная гибель плода	сильные боли в животе
Важные 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 головная боль мелькание мушек перед глазами
В каких случаях возникает резус-иммунизация?	*у резус-отрицательной женщины и резус-положительном плоде	у резус-положительной женщины и резус-отрицательном плоде	у резус-положительной женщины и резус-положительном плоде	у резус-отрицательной женщины и резус-отрицательном плоде
Метод исследований, который можно точно установить диагноз П.П.?	*УЗИ	анализ крови	моча на ХГ	биохимия крови
сила кровотечения при П.П. не зависит от:	*хронической гипоксии плода	от размеров отслоившейся плаценты	от вида предлежания плаценты	то началом родовой деятельности
Объем операции должен выполнять врач стационара при гипо и атонии матки?	*экстирпация матки	ручное обследование полости матки	массаж матки на кулаке	тампонада полости матки
Какие факторы не способствуют возникновению П.П.?	*экстрагенитальные заболевания	частые аборт	воспалительные заболевания женских органов	часто и многократные
Какие осложнения могут не быть в послеродовом и раннем послеродовом периодах при П.П.?	*эмболия околоплодным и водами	септические заболевания	аномалия отделения плаценты	кровотечение
Характерные нижеперечисленные признаки и симптомы для П.П., кроме?	*эритробластоз	повышенный тонус матки	безболезненное кровотечение из влагалища	кровотечение в начале 3 триместра
Факторы, обусловленные патологией плаценты не приводят к П.П.?	*эритробластоз плода	снижение кровоснабжения плода	нарушение васкуляризации децидуальной оболочки	рубцовые изменения эндометрия
Какая кровопотеря по отношению к массе тела является физиологической?	0,5%	2,0-3,0%	5-6%	7-8%
Как оценивается незрелая матка по Бурнету?	0-3 баллов	0-5баллов	9-13баллов	3-4баллов
Степень сужения таза при	1	2	3	4

истинной конъюгате 10 см				
Параметры шокового индекса при субкомпенсированном акушерском кровотечении.	1,0	2,0	3,0	1,5
Какое соотношение крови и кровезаменителей применяется инфузионной терапии при обратимом декомпенсированном геморрагическом шоке?	1:1	1:2	2:1	3:1
Какое соотношение крови и кровезаменителей применяется инфузионной терапии при компенсированном геморрагическом шоке?	1:2	1:1	2:1	3:1
Какой предполагаемый срок родов, если последняя менструация была в 3 марте:	10 декабря	30 декабря	10 ноября	3 ноября
Эуфиллин при лечении беременных с тяжелыми формами гестоза применяется в дозе по...	10 мл 2,4%-ного раствора внутривенно 1—2 раза в день.	1 мл 2,4%-ного раствора внутримышечно 1-2 раза в день	0,15 г 3—4 раза в день, внутрь	10 мл 2,4%-ного раствора внутривенно 1-2 раза в день
Признак Вастена определяется при раскрытии шейки матки на (в см)	10-11	8	5	2
Длина маточной трубы..	10-12 см	5-6 см	8-10 см	. 8-11 см
Непосредственно после родов диаметр внутреннего зева равен?	10-12см	15-20см	5-6см	20-25см
Истинная конъюгата должна иметь величину не менее:	11 см	14 см	10 см	12 см
Меконий присутствует у новорожденного в первые:	1—2 дня	4—5 дней	2—3 дня	6—7 дней
Высота стояния дна матки на уровне лона соответствует сроку беременности:	12 нед	5—6 нед	13—14 нед	9—10 нед
Когда часто встречаются ранние токсикозы?	1-3 мес	2-3 мес	3-4 мес	5-6 мес
На сколько % снижается ОЦК после родоразрешения?	13,1%	12,7%	11,2%	13.7%
Плановая госпитализация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы не проводится при сроке беременности:	13—25 нед	6—12 нед	36—38 нед	26—28 нед
какие дни после родов лохии бывают кровянистыми?	1-4	4-5	6-7	9-10
В норме индекс Соловьев равен ?	14 -16см	21-22 см	3-4 см	26-28см
Количество ЧСС у новорождённых?	140-160 уд\мин	100-120 уд\мин	120-130 уд\мин	180-190 уд\мин
Из скольких долек состоит молочная железа	15-20	10-20	10	12
Величина гемоглобина у новорожденного:	160—180 г/л	140—160 г/л	100—120 г/л	120—140 г/л
В каком возрасте полностью	17-18 лет	18-20 лет	15-16 лет	20-25 лет

завершается половое созревание?				
Плановая госпитализация при заболеваниях сердечно-сосудистой системы не проводится при сроке беременности:	18 нед	36–38 нед	6–12 нед	26–28 нед
В каком году был предложен маммарный тест?	1963г	1956г	1970г	1990г
В каком году был предложен электроимпульсный тест?	1978г	1963г	1970г	1990г
Потерей 20% ОЦК характеризуется:	1-стадия геморрагического шока	2-стадия геморрагического шока	3-стадия геморрагического шока	Физиологическая кровопотеря
Какое кол-во выкидышей должно быть, чтобы поставить диагноз привычное невынашивание	2	3	1	10
Из каких костей состоит головка плода?	2 лобные, 2 теменные, 2 височные, 1-ой затылочной, основной и решетчатой	2 височные, 2 теменные, 2 лобные	2 лобные, 2 теменные, 1-ой затылочной	Гормонов передней доли гипофиз
Какое соотношение крови и кровезаменителей применяется инфузионной терапии при необратимом декомпенсированном геморрагическом шоке?	2:1	1:1	1:2	3:1
Перво- и повторно беременные начинают ощущать шевеления плода соответственно с...	20 и 18 недель	16 и 14 недель	18 и 16 недель	22 и 20 недель
Раньше для создания энергетического фона в родах введение глюкозы и кальция хлорида как проводилось:	20 мл 40% раствора глюкозы и 10 мл 10% раствора кальция хлорида	200 мл 5% раствора глюкозы и 100 мл 1% раствора кальция хлорида	300 мл 5% раствора глюкозы и 200 мл 1% раствора кальция хлорида	40 мл 40% раствора глюкозы и 10 мл 10% раствора кальция хлорида
В каком году был принят 500 приказ?	2003	2000	2005	2007
Какой срок беременности считается критическим у беременных с пиелонефритом?	20-24	8-12	14-18	30-32
Начиная с какой недели беременности можно выслушивать сердцебиение плода?	22-23	10-12	27-28	18-20
В каком ряду указаны сроки преждевременных родов	22-37 недель	36-37недель	14-25недель	12-24недель
Какой показатель гематокрита характеризует тяжелую степень кровопотери?	25%	65%	45%	75%
Физиологическая беременность продолжается...	280 дней	240 дней	320 дней	220 дней
В норме дис сристарум	28-29см	30-33см	25см	32см

Какая степень анемии у беременной при сроке беременности 30 недель и гемоглобине 95г/л?	2ст	1ст	нормдля беременных	4ст
При какой позиции плода сердцебиение выслушивается справа?	2я позиция	1я позиция	3я позиция	4я позиция
Из скольких слоев гладкой мускулатуры состоит мышечный слой труб	3	5	Г.1	4
Из скольких частей состоит тазовая кость?	3	5	4	1
Метод применения 25% раствора сульфата магния по схеме Бровкина при лечении преэклампсии:	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 разсутки	инъекции по 10 мл 4 разсутки через 4 ч
Потеря массы тела беременных при рвоте средней тяжести?	3 кг за 1-1.5 недель	3 кг за 2,5 недель	5 кг	10-15 кг
При отсутствии признаков отделения плаценты и кровотечения к ручному отделению плаценты и выделению последа приступают через...	30 минут	1,5 часа	1 час	2 часа
Нормальный ОЦК до родов:	3000-4000мл	2000-3000мл	1000-1200мл	500-600мл
Какова масса плаценты при доношенной беременности?	300-500г	500-600г	400-500г	500-700г
В норме ДИС Трочеантериса	30-31см	20-30см	25-28см	30-33см
Как оценивается зрелая матка по Бишопу?	3-4баллов	0-5баллов	9-13баллов	6-8 баллов
ВДМ 35 см ,окружность живота 100см,определите предполагаемый вес плода?	3500	2500	2000	4000
Госпитализация при поперечном положении плода показана при сроке беременности:	36–37 нед	31–32 нед	39–40 нед	33–35 нед
Влагалищное исследование для определения степени зрелости родовых путей должно быть проведено при сроке беременности:	38–39 нед	20–27 нед	30 нед	29–31 нед
После родов молочные железы напрягаются?	3-е сутки	5-е сутки	7-е сутки	10-е сутки
При нормально протекающем послеродовом периоде наружный зев цервикального канала формируется к концу...	3-й недели	2вторых суток	первых суток	4-й недели
Из сколько слоев состоит яичник?	3-х	. 5-х	4-х	5-ти
Количество методов по Леопольду-Левинскому	4	5	6	3
На сколько фаз делится ДВС-синдром?	4	10	7	8
Какой объем кровопотери считается патологическим при	400мл и более	200мл	150мл	100мл

массе тела 80 кг?				
Количество дыхательных движений у новорождённых?	40-60	60-90	70-80	90-100
В норме гематокрит у женщин составляет:	43%	25%	15%	85%
В каком возрасте женщины начинается климактерический период?	45-50	37-40	50-65	58-60
Из скольких моментов состоит механизм родов?	4х	3х	2х	5ти
На сколько стадий разделяется самопроизвольный выкидыш	5	4	6	3
К концу первой недели послеродового периода масса матки уменьшается на...	50%	35%	40%	20%
Временя наблюдения за признаками отделения плаценты?	5-10 мин.	30 мин.	ждать не надо	2 часа
какие дни часто встречается мастит у рожавших?	5-6 дни после родо	1-2 дни	10-11 дни	9-10 дни
Когда прекращается выделение лохи?	5-6 нед	9 нед	1-2 нед	2-3нед
В схеме Д. П. Бровкина для однократного внутримышечного введения доза сухого вещества сульфата магния составляет...	6 г	12 г	24 г	48 г
Поздний послеродовой период длится?	6 недель	10 дней	3 дня	4 недель
После родовой период длится?	6 недель	8 недель	5 недель	2 недель
Объем переливаемых растворов должен превышать объем кровопотери на:	60–80%	20%	40%	100%
Как оценивается недостаточно зрелая матка по Бишопу?	6-8 баллов	0-2	9-10	4-5
Полное восстановление структуры эндометрия после родов происходит через:	6–8 нед	2–3 нед	9–10 нед	4–5 нед
Полное восстановление структуры эндометрия после родов происходит на...	6—8 неделе	10—15 день	2—3 неделе	4—5 неделе
Длительность латентной фазы у первородящей	6-8 ч	2-3 ч	3-4 ч	9-16ч
Длительность родов у повторнородящих	6-9 час	22 час	меньше 5 час	более 12 час
От скольких факторов зависит тактика ведения преждевременных родов	8	7	5	10
При осмотре роженицы установлено: дно матки на 2 см ниже мечевидного отростка грудины, пограничная борозда на 8 см выше верхнего края лона. Предполагаемое раскрытие	8 см	6 см	4 см	2 см.

маточного зева составляет...				
В каком приказе говорится о грудном вскармливании?	81	100	500	520
При 40 нед беременности и средних размерах плода высота дна матки и окружность живота должны соответствовать	94 и 37 см	105 и 38 см	85 и 32 см	95 и 32 см
Какая из степеней рвоты беременных считается легкой формой?	И	ИИ	ИИИ	ИВ
Когда наблюдается ранний токсикоз у беременных?	И триместре беременности и проходит ко ИИ триместру	ИИ триместре беременности и проходит к ИИИ триместру	И триместре беременности и проходит к ИИИ триместру	Во ИИ триместре беременности
Как называются светлые лохии?	Лочиа алба	Лочиа сероса	Лочиа рубра	Лочиа лочиа
Как называются кровянистые лохии?	Лочиа рубра	лочиа алба	Лочиа сероса	Лочиа иочиа
Какие методы исследования и обследования не используют для диагностики П.П.?	Р-графию матки	УЗИ	наружный осмотр	амниографию
отслаивание плодного яйца от матки это-	аборт	Метрит	Аднексит	Параметрит
Препараты, применяющие в лечении гипоксии и гипотрофии плода?	актовегин	гемодез	дроперидол димедрол седуксен	дибазол папаверин пенталгин
Кем ведется беременность в поликлинике при заболеваниях почек?	акушер-гинеколог, уролог, терапевт	акушер-гинеколог	уролог	терапевт
Какой метод лечения не используется при слабости потуг	акушерские сон-отдых	акушерские щипцы	экстракция плода за тазовый конец	пособие по Цовьянову
Какую манипуляцию родах проводят при кровотечении, когда краевое расположение плаценты?	амниотомия	кесарево сечение	эпизиотомию	насечки нш/м
После рождения первого плода при продольном положении второго показано:	амниотомия	выжидательная тактика самостоятельно го рождения плода	внутривенное введение окситоцина	кесарево сечение
При неполном предлежании плаценты в первом периоде родов и головном предлежании плода показано:	амниотомия и дальнейшее наблюдение	амниотомия и кесарево сечение	амниотомия с последующей родостимуляцией при слабых схватках	родостимуляци я

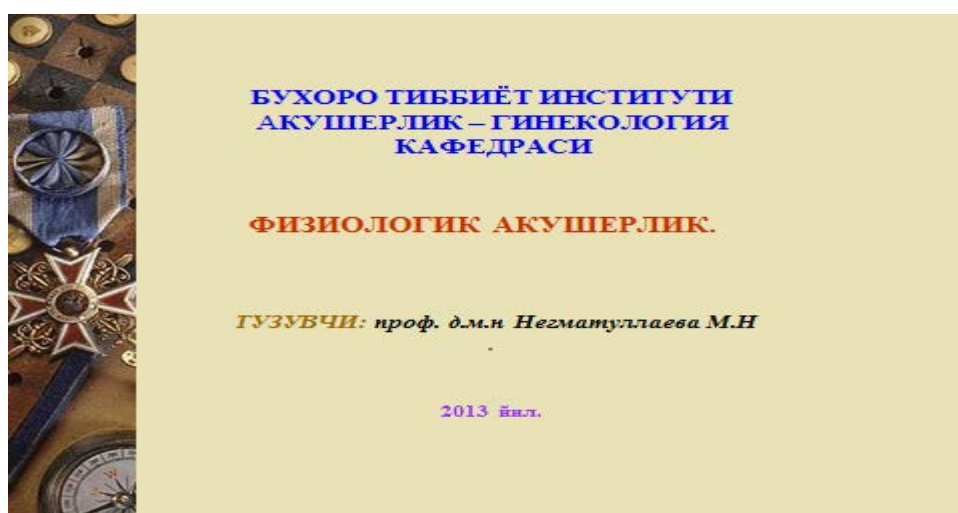
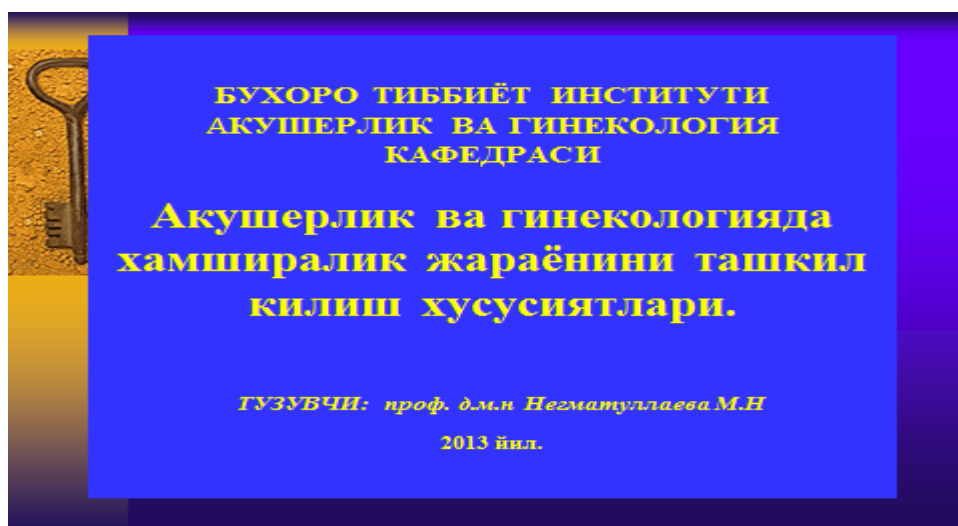
Список студентов участвующих в ТИЖ кафедры Акушерства и Гинекологии

	Название тем	Ф.И.О. студентов	Группа	Научный руководитель
1	Анкетирование женщин после перенесших различных видов абортов	Рахимова Машхура	601	Ихтиярова Г.А.
2	Течение беременности и родов у женщин с варикозной болезнью	Саидов Шавкат	705	Саркисова Л.В.
3	Особенности течения преэклампсии на фоне хронической гипертензии	Узокова Нигора	606	Туксанова Д.И.
4	Роль изучения почечного кровотока и контрацепции мочевой кислоты в крови и моче в диагностике преэклампсии	Болтаева Нигора	603	Ахмедов Ф.К.

Список мультимедиа по акушерству.

1.	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 предлежание.
3.	Ранний токсикоз беременных. Гипертензивные состояния при беременности.
4.	Беременность и роды при инфекциях мочеполовых путей и анемии.
5.	Резус фактор в акушерстве . иммуноконфликтная беременность: Гемолитическая болезнь плода. Резус фактор в акушерстве . иммуноконфликтная беременность: Гемолитическая болезнь плода.
6.	Невынашивание и перенашивание беременности.
7.	Вагинальное кровотечение в поздние сроки беременности послеродовое вагинальное кровотечение. (аномалия прикрепления плаценты, гипо и

	атония матки, дефект последа). Вагинальное кровотечение во время родов - разрыв матки и родовых путей
8.	Геморрагический шок.
9.	Неудовлетворительный прогресс родов. Дистоция плечиков.
10.	Узкий таз в современном акушерстве. Диспропорция головки плода и таза матери. Неправильное положение плода. Узкий таз в современном акушерстве. Диспропорция головки плода и таза матери. Неправильное положение плода.
11.	Родоразрешающие операции: кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум экстракция.
12.	Послеродовая инфекция. Акушерский перитонит.



**БУХОРО ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
АКУШЕРЛИК – ГИНЕКОЛОГИЯ
КАФЕДРАСИ**

ФИЗИОЛОГИК ТУГРУК.



ТУЗУВЧИ: проф. д.м.н Негматуллаева М.Н

2013 йил.

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ
АКУШЕРЛИКДА КУНГИЛ АЙНИШ ВА КУСИШ
СИНДРОМИ .**

ОТХ III курс талабалари учун

ТУЗУВЧИ: проф. д.м.н Негматуллаева М.Н

2013 йил.

**БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ ИНСТИТУТИ
АКУШЕРЛИК ВА ГИНЕКОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ**

**Акушерликда жинсий аъзоларидан кон
кетиш синдроми**

ОТХ III курс талабалари учун

ТУЗУВЧИ: проф. д.м.н Негматуллаева М.Н

2013 йил.



Наглядные пособия.

Ёзув машинаси «Листвиста» ПК – 01 №1 ТУ – 3	1981 йилда чиккан	1992 йил кафедрада кабул килинган. 1 та, бор.
Компютер DAEWOO Модел: 532 x	2001 йил сентябр оyi	2004 йил кафедрада кабул килинган. 1 та, бор.
Кададаскоп 4,6/365	-	2003 йил кафедрада кабул килинган. 1 та, бор.
Електронная версия КР 1 ком x 3 эд.	-	2008 йил кафедрада кабул килинган.
Бактеристидная лампа облучател Модел: АЙЗ30 – 40	-	2009 йилда кафедрада кабул килинган.
Ультрафиолетовая лампа ЖИНЛИН 40 W Производител: ЖИНЛИН, КХП	-	2009 йилда кафедрада кабул килинган.

Номи	Чиккан йили	Кабул килиниши	Сони
Деворий муляжлар	1987 йил	1994 йил	35 та

Фантомлар	1976 йил	1992 йил	12 та
Амалий машгулотларда ишлатиладиган кугирчок фантомлар	1986 йил	1993 йил	3 та
Деворий кургазмалар	1992 – 1998 йиллар	1993 – 2001 йил	12 та
Плакатлар (стендлар)	1992 – 1998 йиллар	1992 – 2001 йил	350 та
Акушерлик асбоблари	1992 – 1998 йиллар	1992 – 1998 йил	15 та
Видео магнитофон	1997 йил	1997 йил	1 та
Слайдлар	-	-	350 та
Фантом (акушерлик)	2007 йил	2008 йил	1 та
Фантом (гинекология)	2007 йил	2008 йил	1 та
Рук-во по кровотечению рус.яз.	2008 йил	2008 йил	5 та
Рук-во по кровотечению узб.яз.	2008 йил	2008 йил	4 та
Рук-во по сепсису рус.яз.	2008 йил	2008 йил	4 та
Рук-во по сепсису узб.яз.	2008 йил	2008 йил	6 та
Плакат по кровотечению рус.яз.	2008 йил	2008 йил	1 та
Плакат по кровотечению узб.яз.	2008 йил	2008 йил	1 та
Плакат по гипертензивным состояниям рус.яз.	2008 йил	2008 йил	1 та
Плакат по гипертензивным состояниям узб.яз.	2008 йил	2008 йил	1 та
Буклет грудному вскармливанию	2008 йил	2008 йил	162 та

Ўқув – услубий мажмуа муаллифи томонидан яратилган дарсликлар, ўқув қўлланма, ўқув услубий қўлланма, маъруза матнлари.

№	Авторлар	Чоп қилинган илмий ишлар мавзуси	Нашриёт журнал номери, бети
Ўзбекистонда чоп этилган мақолалар			
1.	Саидов Ш.Б Саркисова Л.В	Концепсия преждевременных родов в ХХІ веке.	Сборник научных трудов молодых учёных и одарённых студентов 2014г.100
2	Саркисова Л.В	Современные методы профилактики и лечения беременных и родильниц с варикозной болезнью.	Сборник научных трудов молодых учёных и одарённых студентов 2014г.201
3	Саркисова Л.В., Рахматова М.Р., Жалолова В.З	Отсечка эффективности препарата метаксаз у беременных и родильниц с варикозной болезнью.	Сборник научных трудов молодых учёных и одарённых студентов 2014г.370
4	Саркисова Л.В.	Морфологические особенности плаценты при преждевременных родах	Проблема биологии и медицины1 (68)2012г –ст 166-168
5	Шарипова А.М. Саркисова Л.В.	Современные взгляды ведения преждевременных родов	Доктор Ахборотномаси 2012йил №2,ст 47
6	Саркисова Л.В, Н.А. Абдукадирова	Изменение системы гемостаза у женщин при антенатальной гибели плода	Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья № 4 2012-18;
7	Г.И. Норова, Фаттахова И., Г.А. Ихтиярова, Саркисова Л.В,	Новые технологии лечения доброкачественных опухолей у женщин репродуктивного возраста.	Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья № 4 2012-25;
8	Ихтиярова Г.А, Г.И. Норова, Саркисова Л.В,	Эффективность медикаментозного прерывания при замершей беременности	Новости дерматовенерологии и репродуктивного здоровья № 4 2012-;
9	Каримова Н.Н, Мардонова З. Саркисова Л.В,	Новый взгляд адекватное обезболивание в гинекологии	Проблема биологии и медицины1 (68)2012г –ст 81-82
10	Г.А.Ихтиярова, Л.В.Саркисова	Железодифицитная анемия беременных	г.Бухара. Методическая рекомендация для студентов практических врачей и студентов медицинских вузов.

			2006 год. Стр. 24
11	М.А.Ахмедова, Л.В.Саркисова	Хомиладор аёлларда темир танқислиги анемияси	Бухоро ш. Тиббиёт институти талабалари учун услубий қўлланма. 2006 йил. Бет 20
12	М.А.Ахмедова, Г.А.Ихтиярова, Л.В.Саркисова .	Хомиладорлик давридаги ва тугрукдан кейинги бўйрак касалликлари	Бухоро ш. Тиббиёт институти талабалари учун услубий қўлланма. 2006 йил. Бет 20
13	Г.А.Ихтиярова, Л.В.Саркисова .	Болезни почек у беременных и родилнитс.	г.Бухара. Методическая рекомендатсия для студентов практических врачей и студентов медитсинских вузов. 2006 год. Стр. 24
14	Г.А.Ихтиярова, Л.В.Саркисова	Современные аспекты инфузионной терапии у беременных и родилнитс с прееклампсией тяжелой степени.	г.Бухара. Методическая рекомендатсия для студентов практических врачей и студентов медитсинских вузов. 2006 год. Стр. 16
15	Л.В.Саркисова,	Диагностика и лечение эктопической беременности	г.Бухара. Методическая рекомендатсия для студентов практических врачей и студентов медитсинских вузов. 2006 год. Стр. 16
16	М.Н.Негматуллаева Саркисова Л.В	Сердечная недостаточност и эё влияние на состояние новорожденных у болных с приобретенным митралным пороком сердса.	Москва. Медитсинские науки. №6 (18) 2006 год. Стр.20-22
17	Саркисова Л.В	Применение нормодипина при лечении гестатсионной гипертензии.	Воронеж. Врач – аспирант. Научно – практический журнал.. Выпуск №1 (10). 2006 год Стр. 61-64
18	М.Н.Негматуллаева Саркисова Л.В	Влияния инфекции на течение беременности и перинатальной патологии.	Воронеж. Врач – аспирант. Научно – практический журнал. Выпуск №2 (11). 2006 год. Стр. 121-125
19	Саркисова Л.В	«Клиническая эффективность профилактики септических осложнений после кесарево – сечения»	Москва. Аспирант и соискател. №2. 2007 год.Стр. 125-127
20	М.Н.Негматуллаева Саркисова Л.В	Индуксия родов синтетическим аналогом простогландина ФЕ ₂ сайтотек при осложненном течении родов.	Москва. Аспирант и соискател. №2. 2007 год. Стр. 122-124
21	Ибрагимов А.А.	Отсенка эффективности медикаметозного аборта в ранние сроки гестатсии	Доктор ахборотномаси 2010, № 3-4 Самарканд стр. 56-58

	Саркисова Л.В		
22	Ахмедова М.А. Саркисова Л.В	Восстановление менструальной функции	Репродуктив саломатликни муҳофаза қилишнинг ҳуқуқий асосини такомиллаштириш Бухара 2011
23	Ихтиярова Г.А Саркисова Л.В.	Соматический статус с мастопатии у женщин в период перименопаузы.	Репродуктив саломатликни муҳофаза қилишнинг ҳуқуқий асосини такомиллаштириш Бухара 2011
24	Жарылкасимова Г.Ж. Саркисова Л.В	Эффективность медикаментозного аборта при нежеланной беременности.	Репродуктив саломатликни муҳофаза қилишнинг ҳуқуқий асосини такомиллаштириш Бухара 2011
25	Негматуллаева М.Н. Саркисова Л.В,	Некоторые закономерности развития гиперпластических процессов эндометрия у женщин репродуктивного возраста.	Репродуктив саломатликни муҳофаза қилишнинг ҳуқуқий асосини такомиллаштириш Бухара 2011

Практические навыки

АКУШЕРСТВО

1. 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 предполагаемую 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/antenatalной 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).

9. Осмотрите живот и измерьте высоту стояния дна матки.

10. Определите положение и предлежание плода. (после 36 недель гестации).

11. Прослушайте сердцебиение плода (2 и 3 триместры).

12. Наденьте глубоко продезинфицированные перчатки на обе руки.

13. Произведите осмотр наружных половых органов на предмет болезненных ощущений и опухания (только при первом посещении или при необходимости).

14. Осмотрите половую щель на предмет кровотечения или отклоняющихся от нормы выделений (только при первом посещении или при необходимости).

15. Проверьте, нет ли признаков травмы в области влагалища (только при первом посещении) при необходимости.

16. 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 ± 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

4. МЕТОДИКА НАРУЖНЫХ ПРИЕМОВ АКУШЕРСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

ЛЕОПОЛЬДА-ЛЕВИЦКОГО

1. Беременная укладывается на кушетку в положение на спине с вытянутыми ногами. Врач садится рядом справа то женщины.
2. 1 прием – ладонные поверхности обеих рук располагают плотно на дно матки таким образом, что ногтевые фаланги обращены друг к другу. Этим приемом определяют высоту стояния дна матки и часть плода, находящуюся в ее дне.
3. 2-й прием – руки спускают со дна матки на правую и левую ее стороны до уровня пупка и ниже. Бережно надавливают ладонями и пальцами обеих рук на боковые стенки матки, определяют в какую сторону обращены спинка плода и мелкие части, т.е. позицию плода. При 1 позиции спинка обращена в левую сторону матки, при 2 позиции - в правую
4. 3-й прием – правой рукой охватывают предлежащую часть плода, после чего осторожно производят движение этой рукой вправо и влево. Этот прием позволяет определить что предлежащее часть плода.

5. 4-й прием – исследующей становится лицом к ногам беременной и кладет руки плашмя по обе стороны нижнего отдела матки. Пальцами обеих рук, обращенными ко входу в таз, осторожно и медленно проникают между предлежащей частью и боковые отделами входа в таз и пальпируют доступные участки предлежащей части. Этим приемом определяют предлежащую часть и ее отношение к тазу.

5. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ВЕСА ПЛОДА

1. При обследовании беременной женщины определяется окружность живота и высота стояния дна матки с помощью сантиметровой ленты.
2. Женщину укладывают на кушетку в положении лежа на спине, врач стоит сбоку лицом к её животу
3. Сантиметровой лентой опоясывается туловище женщины спереди на уровне пупка, а сзади – на середину поясничной области и определяют длину окружности живота, которая в конце беременности достигает 100 см.
4. Высота стояния дна матки измеряется путем прикладывания начала сантиметровой ленты одной рукой к середине верхнего края лонного сочленения до верхней границы дна матки, которое определяется ребром ладони другой руки. В конце беременности в норме она равна 32 см.
5. Длину окружности живота умножают на высоту стояния матки и определяется предполагаемый вес плода $100 \times 32 = 3200$ гр.

6. АУСКУЛЬТАЦИЯ ПЛОДА

Аускультация плода производится стетоскопом, который прикладывается к животу женщины.

При затылочных положениях сердцебиение выслушивается ниже пупка, при тазовых – выше пупка, при поперечных положениях – на уровне пупка ближе к головке.

При 1 позиции сердцебиение выслушивается слева, при 2 – справа, при потуга – над лобком.

При аускультации стетоскоп должен располагаться строго перпендикулярно, т.е. под прямым углом к предполагаемой спинке плода, широкая воронка плотно прикладывается к животу беременной, а к другому концу – ухо врача. При выслушивании не следует трубку придерживать рукой, так как при этом нарушается проводимость звука по стетоскопу.

В норме сердцебиение 120-160 ударов минуту, ритмичное, ясное.

7. РАЗМЕРЫ ГОЛОВКИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА

1. Малый косой размер – от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка – 9,5 см. Окружности 32 см.
2. Средний косой размер от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба – 10 см. Окружность – 33 см.
3. Большой косой размер от подбородка до затылочного бугра – 13-13,5 см. Окружность 38-42 см.
4. Прямой размер – от надпереносья, глабеллы до затылочного бугра – 12 см. Окружность – 34 см
5. Вертикальный размер – от верхушки темени до подъязычной области 9,5 см. Окружность – 33 см.
6. Большой поперечный размер – наиболее отдаленные точки теменных костей – 10 см.
7. Малый поперечный размер – наиболее отдаленные точки венечного шва – 8 см.

8. ИЗМЕРЕНИЕ ЖЕНСКОГО ТАЗА

1. Женщину укладывают на кушетку, на спину с обнаженным животом, ноги вытянуты и сдвинуты вместе.

2. Измерение таза производят тазомером

3. Дистантия спинарум – расстояние между передневерхними остями подвздошных костей и равно 25-26 см. пуговки тазомера прижимают к наружным краям передневерхних остей.

Дистантия сристарум – расстояние между наиболее отдаленными точками наружных поверхностей гребешков подвздошных костей; равняется 28-29 см. пуговки тазомера прижимают к гребням подвздошных костей.

Дистантия трочантериса – пуговки тазомера накладывают на наиболее выступающую часть вертела обеих бедренных костей; равняется 31-32 см.

4. Сонгата эхтерна – наружная конъюгата, измерение производится в положении на боку, нижележащая нога должна быть согнута в тазобедренном и коленном суставах под прямым углом, а верхняя – вытянута. Одну пуговку тазомера прижимают в верхнему углу ромба Михаэlsa, другую – прикладывают к середине верхненаружного края симфиза; равняется 20-21 см.

5. По наружной конъюгате можно судить о размере истинной конъюгаты – С. Вера. Для этого от размера С. эхтерна $20 \text{ см} - 9 \text{ см} = 11 \text{ см}$. (Разница между конъюгатами 9 см зависит от толщины костей и мягких тканей).

6. Косой размер – от спина илиаса anteriор супериор одной стороны до крестцовоподвздошного сочленения другой стороны – 17-18 см.

9. ИЗМЕРЕНИЕ ДИАГОНАЛЬНОЙ КОНЪЮГАТЫ У БЕРЕМЕННЫХ

- 1.Пациентку укладывают на гинекологическое кресло, ногами согнутыми в тазобедренных и коленных суставах
- 2.На руки надевают перчатки.
- 3.Пальцами, введенными во влагалище, опуская локоть вниз, пытаются достичь кончиком среднего пальца до верхушки мыса, ребро ладони упирается в нижний край симфиза.
- 4.Указательным пальцем левой руки отмечают на правой руке место соприкосновения с краем симфиза
- 5.Не отнимая пальца от намеченной точки, руку из влагалища извлекают и измеряют тазомером или сантиметровой лентой расстояние от кончика среднего пальца до метки на указательном пальце.
- 6.С. диоганалис. – расстояние от нижнего края симфиза до мыса крестца, определяемое при влагалищном исследовании равно – 13 – 13, 5 см

10.ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ

- 1-установите показания к вагинальному осмотру
- 2-объясните женщине о необходимости проведения осмотра
- 3-наденьте стерильные перчатки
- 4-уложите женщину с согнутыми в коленном и тазобедренном суставах на кушетку
- 5-произведите вагинальный осмотр
- 6-определите консистенцию шейки матки : плотная- 0, размягчена до области внутреннего зева- 1, мягкая – 2
- 7-определите длину шейки матки : более 2 см- 0, 1-2 см- 1, менее 1 см – 2.
- 8- проходимость цервикального канала : наружный зев закрыт или пропускает купол пальца -0, канал проходим до внутреннего зева – 1, канал проходим за внутренний зев – 2
- 9-определите положение шейки матки по отношению к оси таза: отклонена кзади – 0, отклонена кзади или кпереди- 1, по продольной оси- 2
- 10-итог: 0-2 балла – шейка «незрелая»
3-4 балла- шейка «недостаточно зрелая»
5-8 балла- шейка «зрелая»
- 11- снимите перчатки, вымойте руки, сделайте запись в историю родов

11.ОПИСАНИЕ ПАРТОГРАММЫ

Партограмма – схематическое описание родового процесса, состоит из 10 блоков

Заполните в **1 блоке** партограммы ФИО больной, диагноз, дату и время поступления

2 блок- характеризует сердцебиение плода и пульс женщины

3 блок- состояние плодного пузыря : целый плодный пузырь –И (интаст)

чистые воды- С(слепар)

воды с меконием – М(мисонй)

воды с кровью – Б(блоод)

Конфигурация головки: стреловидный шов определяется хорошо- 0

стреловидный шов определяется плохо -+

отмечается незначительное захождение теменных костей друг на друга- ++

выраженное захождение теменных костей друг на друга- +++

4 блок - укажите время начала родов, состояние шейки матки, расположение головки относительно плоскостям малого таза, в случае открытия шейки матки до 3 см, расположите опознавательные знаки на линии латентной фазы, в случае открытия шейки матки более 5 см, расположите опознавательные знаки на линии активной фазы. В динамике вписывайте знаки в партограмму каждые 4 часа. Если знаки выходят за линию бдительности, необходимо вновь произвести осмотр, оценить родовой процесс, в случае если ваши знаки вышли на линию действия необходимо принять оперативные меры.

5 блок - укажите количество и интенсивность схваток за 10 минут

6 блок - укажите вводимые лекарственные препараты

7 блок- укажите систолическое и диастолическое артериальное давление женщины на обеих руках, температуру тела, показатели анализа мочи

8 блок - оцените состояние новорожденного, пол, вес, длина

10- 9 блок- продолжительность 3 периода родов, охарактеризуйте плаценту

11- Впишите показания осмотра родовых путей. Если были произведены хирургические манипуляции, опишите их

12- 10 блок- течение раннего послеродового периода и перевод в послеродовое отделение

12.АМНИОТОМИЯ

определите показания к проведению амниотомии

сообщите женщине о предстоящей манипуляции

произведите обработку промежности и влагалища

введите во влагалище указательный и средний палец и оцените состояние шейки матки

Под контролем пальцев введите браншу пулевых щипцов через влагалище и вскройте плодный пузырь

пальцами разведите околоплодные оболочки

Удалите пальцы после опускания подлежащей части плода

оцените характер и количество околоплодных вод

выслушайте повторно сердцебиение плода

13.ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАРА

1. Оценка проводится в первую минуту и через 5 минут после рождения по пяти признакам: сердечный ритм, дыхательная активность, рефлекторная возбудимость, мышечный тонус, окраска кожи.
2. Каждый признак оценивается по трехбалльной системе: 0, 1, 2.
3. Всё складывается и определяется состояние новорожденного.
4. Здоровые новорожденные имеют по этой шкале оценку 10-7 баллов.
5. Дети рожденные в легкой асфиксии, получают оценку 6-5 баллов.
6. Дети с проявлениями асфиксии средней тяжести 4-5 баллов.
7. При тяжелой асфиксии – оценка 1-3 баллов.
8. При клинической смерти – оценка 0

14.ПЕРЕРЕЗКА И ОБРАБОТКА ПУПОВИНЫ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Обработка пуповины отростка производится в два этапа.

Первый шаг: после рождения ребенка на пуповину накладывают два зажима Кохера, на расстоянии 10-12 см от пупочного кольца, между зажимами пупок пересекается.

Второй этап: после отделения ребенка от матери моют руки с мылом под струей теплой воды и обрабатывают их одним из антисептических растворов.

Остаток пуповины протирают салфеткой, смоченной 96%-ным спиртом, и туго отжимают указательным и большим пальцами, и туго завязываем шелковой нитью или накладывают скобку Роговина.

На пуповинный отросток накладывают повязку, используя для этого треугольную салфетку. Перед переводом новорожденного из родильного зала в детскую палату необходимо проверить правильности наложения лигатуры.

15.ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА

Процедура производится на родильной кушетке

Признак Шредера: после отделения плаценты матка округляется и уплощается и над отслоившейся плацентой её дно подымается выше в виде песочных часов

Признак Альфельда: отделившийся плацента опускается на 8-10 см ниже от вульварного кольца.

Признак Кюстнера-Чукалова: если надавить рукой над симфизом, то пуповина при неотделившейся плаценте уходит. Если плацента отделилась пуповина остается на месте.

Признак Микулича: отделившаяся плацента опускается во влагалище, появляется позыв на потугу.

Наименование источников литературы

Основные литературы:

- 23.Жаббарова Ю.К. , Аюпова Ф.М. – Акушерлик , Тошкент , 2009 й.
- 24.Кадырова А.А. , Каттаходжаева М.Х. - Акушерлик амалиети, Тошкент, 2000 й.
- 25.Кодирова А.А. , Каттаходжаева М.Х. – Акушерликдаги жаррохлик амалиети, Тошкент , 1999 й.
- 26.Закиров И.З., Бадриддинова М.С.. Нормал акушерлик. Самарканд, 1991.- 116
- 27.Закиров ИЗ., Бадриддинова М.С. Патологик акушерлик. Самарканд. 1992].
- 28.Джаббарова Ю.К., Пахомова ЖЕ. Профилактика акушерских осложнений в женской консультации и поликлинике, - Ташкент 1994,-143с
- 29.Закиров ИЗ.Акушерство. Учебное пособие. Самарканд, 1992.- 235с
- 30.Семейная медистина /Под ред. А.Ф.Краснова. - Самара, 1996.
- 31.Справочник врача общей практики. - Мерта. Англия, 1998.
- 32.Айламазян эК. Акушерство- С.Петербург, 2002 г.
- 33.Клинические лекции по акушерству и гинекологии. А.Н. Стрижакова. М.Медистина 2000.

34. Практическое акушерство. Кадилова А.А., Каттаходжаева М.Х., Нажмутдинова Д.К. Ташкент. 2001
35. Неотложная помощь при экстрагенитальных состояниях в акушерской практике Э.К. Айламазян. СПб, 2002.
36. Акушерство. Савелева Г.М. Москва. 2002
37. Акушерство. Учебник для медицинских вузов. Э.К. Айламазян. СПб. СпецЛит. 2003, 528 с.
38. Акушерство Бодяжина В.И., Семенченко. М. 2004
39. Краткое руководство по профилактике инфекции. Первое издание. Ташкент. 2004 г. 236 с.
40. Неотложная помощь в акушерской практике. ВОЗ 2004
41. Акушерство и гинекология. Под редакцией Г.М. Савелевой М. 2008
42. Клиническое руководство по ведению больных с кровотечениями в родах и послеродовом периоде. Т 2008
43. Клиническое руководство по ведению больных с сепсисом/септическим шоком во время беременности и послеродовом периоде. Т 2008
44. Клиническое руководство по ведению больных с гипертензивным синдромом при беременности. Т 2008.

Дополнительные литературы:

29. Решение проблем новорожденных Руководство для врачей, медсестер и акушеров. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
30. Эффективная перинатальная помощь и уход. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
31. Тепловая защита новорожденного. Практическое руководство ВОЗ. УНФПА 2007
32. Неонатология. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
33. Интегрированное ведение беременности и родов. Оказание помощи при осложненном течении беременности и родов. Руководство для врачей и акушеров ВОЗ.
34. Акушерство. Руководство ВОЗ. УНФПА 2007
35. Экстрагенитальная патология и беременность. Шехтман М.М. Медистина. 2005.
36. Перинатальная инфекция. Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клинко-морфологических сопоставлений. Руководство для врачей. В.А. Стинзерлинг, В.Ф. Мелникова «ЕЛБИ- СПб Санкт-Петербург 2002
37. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка Перевод с англ. Под редакцией А.В Михайлова. Издательство «Петрополис» СПб. 2003.

- 38.8. Гйнесологй ин Примарй Гаре РОГЕР П .СМИТХ, М.О. Виллиамс эт
Вилкинс А. Ваверлй сомпанй 1996.
- 39.9. ВИЛЛАМ ОБСТЕТРИСС. 1999 г. США
- 40.10. [Пелвис анд Перинеум](#). Братхеръс Виллиамс. Университй оф
Пхиладеллхй.2004.
- 41.11. Растациональная фармакотерапия в акушерстве и гинекологии Кулаков,
Серов, Москва. 2006.
- 42.12.Лабораторная диагностика в акушерстве и гинекологии. А.Г. Таранов.
Москва. 2004.с 13-40.
- 43.Гинекология по эшелю Новаку. Дж. Берек, И. Адаши, П. Хиллард.
Москва, 2002.
- 44.Дж. Мерта. Справочник врача общей практики. Москва. 1998.
- 45.Меррей энкин, М. Китре, Дж. Нейлсон. (пер с англ. Под ред. Михайлова
А.В.) Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении
ребенка. СПб, 2003.
- 46.Профилактика инфекций. Рук-во для медучреждений с ограниченными
ресурсами Л. Тинджер, Д. Босметр, Н. Макинтош. ЖХПНПЕГО, 2004.
- 47.Основная родовая, перинатальная и постнатальная помощь. Учебный
семинар. ВОЗ. Европейское региональное бюро.
- 48.Медистинские критерии приемлемости для исползования методов
контрастепстии. Издание трете УНФПА 2004.
- 49.Свод практических рекомендастий по применению средств
контрастепстии Издание второе УНФПА 2004.
- 50.Шехтман Т.К. экстрагениталная патология и беременность - Ташкент
1991.
- 51.Шевченко Т.К. Крупный плод в современном акушерстве. Ташкент1991.
- 52.Магзумов Б.Х., Рассадина М.В. «Кесарево сечение»/ Метод.
рекомендастии. // Т., 2002.
- 53.4 .Мавлянова Ш.К., Саидкариев Б.К. Перенашивание беременности /
Метод. рекомендастии. // Т., 2001.
- 54.Е.А. Чернуха. Родовой блок. М., 2001.
- 55.Савелева Г.М. Акушерство-М: Медистина 2000 .
- 56.** Савелева Г.М. Акушерство и гинекология .Руководство для врачей-М:
Медистина. 1997.

Укув кулланмалар

№	Укув кулланма	Ф.И.О.	Нашр йили	Хаммуаллифлар
1	«Сетринское дело в акушерстве»	Ихтиярова Г.А.	Тошкент 2011 йил. Узбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси томонидан лицензия берилган нашрётларда нашрга рухсат бирилди.	Негматуллаева М.Н., Каримова Н.Н., Саркисова Л.В.

			№ 234-103	
2	«Сетринское дело в гинекологии »	Ихтиярова Г.А.	Тошкент 2011 йил. Узбекистон Республикаси Вазирлар Маҳкамаси томонидан лицензия берилган нашрётларда нашрга рухсат бирилди. № 234-103	Негматуллаева М.Н. Каримова Н.Н., Саркисова Л.В.

№	Монография	Ф.И.О.	Нашр йили	Хаммуаллиф лар
1	«Гемодинамические изменения у родильниц перенесших тяжелую преэклампсию и ее реабилитация »	Ихтиярова Г.А.	Бухара 2015 й	
2	«Беременность и роды при пороках сердца »	Ихтиярова Г.А.	Тошкент 2009 й	Негматуллаева М.Н.

сайты

БухДТИ.уз

зиёнет.уз

@висенна.уз

Акушерлик ва гинекология кафедраси сайти

www.обгйнбухми.народ.ру

www.меди.ру, www.медлинкс.ру, www.обгйн.нет,

www.медссане.com,

www.медланд.ру, www.мед-либ.ру, www.спеслит.спб.ру,

www.сочране.орг,

www.ксмед.ру/пат/гйнесологй, www.медсан.ру,

www.медтм.ру/гйн.хтмл,

www.дир.русмедсерв.ком/индекс/спесуалитй, www.хеалтхуа.ком/пармс/гйнаесологй

Аннотация

В настоящем руководстве по гинекологии представлены все аспекты современных методов диагностики , лечение, профилактики гинекологических заболеваний. Авторы обобщили новейшие достижения в этой области на основе зарубежных и отечественных исследований. В разделе о нарушение менструального цикла особое внимание уделено релизинг-системам, которые для некоторых категорий женщин могут стать альтернативными методами , а также применению различных гормонов для лечения и профилактики гинекологических заболеваний, при нарушениях менструального цикла, воспалительных заболеваниях и при доброкачественных опухолях матки и яичников.

В руководстве также представлены особенности контрацепции в различные периоды жизни женщины и при некоторых эндокринных заболеваниях. Отдельная глава посвящена вопросам бесплодия. Внимание читателей обращено на особенности обследования и наблюдения до и в процессе лечения, а также на методику и организацию консультирования пациенток. В книге приводятся последние рекомендации ВОЗ (2012) медицинских критериев приемлемости методов диагностики и лечения.

Руководство предназначено для студентов, клиник ординаторов, магистров, акушеров-гинекологов, эндокринологов, а также для врачей других специальностей, интересующихся данными проблемами.

Оценка, предложения и полезные советы.

Эта мажмуа имеется у каждого работника кафедры, в электронном варианте в библиотеке института . Перед началом цикла акушерства студенты могут подготовиться по электронному варианту на сайте в котором изложены модули. Обобщив все предложения и мнения , на основе этого составлена мажмуа.

СПРАВКА

Саркисова Ляля Валерьевна

С 2009 года 3 марта:

Старшая учительница кафедры “Акушерство и гинекология”

Бухарского государственного медицинского института

Год рождения:

17.05.1974

Национальность:

Место рождения:

г. Бухара

Партийность:

Армянка	нет
Образование:	Закончила:
Высшее медицинский	В 1998 г. Бухарский государственный институт (дневной)
Специальность по образованию:	лечебное дело
Научная степень:	Ученое звание:
Кандидат медицинских наук	нет
Какой иностранный язык знает:	
Армянский	

ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

1991-1992 гг. -	Слушатель Бухарского государственного медицинского института
1992-1998 гг. -	Студентка Бухарского государственного медицинского института
1998-2000 гг. - Бухарского	Клинический ординатор кафедры “Акушерско и гинекология” государственного медицинского института
2000-2009 гг.-	Ассистент кафедры “1-Акушерско и гинекология” Бухарского государственного медицинского института
2009г.- д.в. - Бухарского	Старший преподаватель кафедры “Акушерско и гинекология” государственного медицинского института

Ўзбекистон республикаси ҳукмати қарор ва фармонлари:

1. Постановление Кабинета Министров № 46 от 15 февраля 2000 года «Здоровое поколение»;
2. Постановление Кабинета Министров № 68 от 5 февраля 2001 года «Мат и ребёнок»;
3. Постановление Кабинета Министров №32 от 25 февраля 2002 года «О дополнительных мерах по укреплению здоровья женщин и подрастающего поколения»;
4. Постановление Кабинета Министров №242 от 5 июля 2002 года «О мерах по реализаии приоритетных направлений повышения

- медистинской культуры в семе, укрепления здоровья женщин, рождению и воспитанию здорового поколения»;
5. Постановление Кабинета министров № 365 от 25 августа 2003 года « О медистинском освидетелствовании лист, вступающих в брак»;
 6. Постановление Кабинета министров №515 от 2 ноября 2004 года «О мерах по реализасти проекта “Укрепление здоровья женщин и детей” с участием АБР»
 7. Постановление Президента №153 от 11 августа 2005 года “О мерах реализасти проекта Настиональной Программы фортификасти муки»
 8. Указ Президента Республики Узбекистан от 19.09.2007 года №УП-3923 «Об основных направлениях дальнейшего углубления реформ и реализасти Государственной программы развития здравоохранения»
 9. Постановление Президента Республики Узбекистан от 2 октября 2007 г. № 700 «О мерах по совершенствованию организасти деятельности медистинских учреждений республики».
 - 10.Постановлением Кабинета Министров Республика Узбекистан №48 от 18 марта 2008 года «О мерах по совершенствованию организастионной структуры и деятельности территориальных учреждений здравоохранения»
 - 11.Программа по обеспечению благополучия детей Республики Узбекистан на 2007-2011гг.».
 - 12.Постановление Президента Республики Узбекистан ПП-1046 от 26 января 2009г. «О Государственной программе «Год благоустройства и развития села»,
 - 13.Постановление Президента №892 от 18 июня 2008 г. “О Государственной программе раннего выявления врожденных и наследственных заболеваний для предупреждения рождения инвалидов с детства”
 - 14.Постановление Президента Республики Узбекистан от 13 апреля 2009 года №ПП-1096 “О дополнительных мерах по охране здоровья матери и ребёнка, формирование здорового поколения”
 - 15.Постановление Президента Республики Узбекистан от 1 июля 2009 года №ПК-1144 «2009-2013 йилларда ахолининг репродуктив саломатлигини мустахкамлаш, соғлом бола туғилиши, жисмоний ва маънавий баркамол авлодни вояга етказиш борасидаги ишларни янада кучайтириш ва самарадорлигини ошириш чора-тадбирлари Дастури тугрисида».

Ўзбекистон Республикаси ССВ буйруқлари:

1. №500 от 13 ноября 2003г « О реорганизасти работы родильных комплексов (отделений) по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактике внутрибольничных инфекций»

2. №425 от 5 сентября 2005 г. « О внедрении современных технологий по повышению эффективности оказания помощи беременным в учреждениях первичной медико-санитарной помощи Республики Узбекистан»
3. № 176 от 22 апреля 2005 года « О программе по дальнейшему снижению младенческой смертности»
4. № 81 от 19 марта 2006 г. «О дальнейшем распространении ИБДОР»
5. №145 от 30 марта 2007 г. «О внедрении современных технологий по повышению эффективности оказания медистинской помощи детям на первичном звене здравоохранения»
6. №155 от 10 апреля 2007 г. «Об оказании стастионарной помощи детскому населению Республики Узбекистан»
7. № 428 от 27 сентября 2007 г. «О внедрении расследования критических случаев в акушерской практике в родовспомогательных учреждениях системы Министерства здравоохранения».
8. №74 от 18 марта 2009г. «О мерах по профилактике передачи ВИЧ от матери к ребенку в родовспомогательных учреждениях системы Министерства здравоохранения».
9. № 226 от 20 июля 2009 г. «Основы ухода за здоровым и болным новорожденным ребенком».
- 10.№243 от 4 августа 2009 г. «О внедрении конфиденстиального исследования случаев материнской смертности в лечебно-профилактических учреждениях системы Министерства здравоохранения»**
- 11.Приказ №600 МЗ РУз от 29.12.2007. О соблюдении санитарно-гигиенического, противоепидемиологического и дезинфекстионного режима в лечебно-профилактических учреждениях в Республике Узбекистан.
- 12.Постановление №42 от 22.12.2004 г. Об обеспечении безопасности донорской крови и её компонентов в Республике Узбекистан.
- 13.Приказ №88 МЗ РУз от 22.02.2007 г. Об утверждении показаний для применения крови и её компонентов в лечебно-профилактических учреждениях.
- 14.Приказ № 480 МЗ РУз от 30.10.2007 г. О совершенствовании профилактических мероприятий и организастии медико-состиальной помощи в связи с ВИЧ-инфекстией в Республике Узбекистан.