

МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО СПЕЦИАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

НЕГМАТУЛЛАЕВА М.Н., ТУКСАНОВА Д.И., КАРИМОВА Н.Н.,
ИХТИЯРОВА Г.А., САРКИСОВА Л.В.

«СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В АКУШЕРСТВЕ»

*Учебное пособие рекомендовано Министерством здравоохранения
Республики Узбекистан для преподавателей и студентов,
медицинских ВУЗов, по направления образования
«Высшее медсестринское дело» - 5720600*

Бухара – 2011 год

Составители:

Негматуллаева Мастура Нуруллаевна – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии №1 Бухарского медицинского института

Туксанова Дилбар Исматовна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии №1

Каримова Нилуфар Набижановна – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры акушерства и гинекологии №1

Ихтиярова Гульчехра Акмаловна – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры акушерства и гинекологии №1

Саркисова Ляля Валерьевна – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры акушерства и гинекологии №1

Рецензенты:

Каримова Д.Ф. – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедры акушерства и гинекологии ТашИУВ

Аюпова Ф.М. - доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедры акушерства и гинекологии ТашМА

АННОТАЦИЯ

Данное учебное пособие предназначено, для преподавания студентов, по предмету «сестринское дело в акушерстве» в рамках подготовки медсестры с высшим образованием. Пособие предназначено для получения глубоких теоретических знаний и навыков, своевременной диагностики и профилактики, оказание своевременной доврачебной и догоспитальной помощи. Обобщены данные о тактике ведения родов, профилактике наиболее часто встречающихся акушерских состояний и заболеваний.

АННОТАЦИЯ

Ушбу укув кулланма олий малакали хамширалар учун «акушерликда хамширалик иши» фанидап акушерликда учрайдиган асосий касалликларнинг диагностикаси бил им ва куникмаларни ишлаб чиқиш, ташхислаш ва профилактикаси, госпитализацияга булган этапда шошилиш ёрдам бериш, амбулатор даволаш принциплари; госпитализацияга курсатма, мутахассисга йулланма бериш принциплари, нормал ва патологик тугрукларни олиб бориш, акушерликда куп учрайдиган холатлар ва касалликлар буйича талабаларга чукур назарий билим бериб, пухта амалий куникмаларни ургатишга каратилган.

ANNOTATION

This teaching aid intending for teach students on subject «nessary affair in obstetric us» in frame preparing a nessary with high education. Aid intending for taking deep theoretical knowledges and ski lis, give doctors and hospital help in time. Facts about tactical running often in obstetric us subjest.

СОДЕРЖАНИЕ:

Особенности организации сестринского процесса в акушерстве.	
Определение сестринского дела (цель, роль, и функция).....	4
Оплодотворение. Этапы развития оплодотворенной яйцеклетки. Физиологические роды. Причины наступления и регуляция родовой деятельности. Клиника и механизм периодов родов	18
Преэклампсия. Современные представления об этиопатогенезе преэклампсии.	34
Беременность и роды при анемии заболевании почек.	53
Синдром кровотечения из половых органов в акушерстве. Кровотечение во II половине беременности. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Предлежания плаценты.	79
Кровотечение в последовом и раннем после родовом периоде. Геморрагический шок. ДВС синдром.	90
Узкий таз в современном акушерстве.	114
Акушерский травматизм. Разрыв матки.	122
Гнойно-септическое заболевание послеродового периода. Этиология, пути распространения. Классификация. Группы повышенного риска, профилактика в амбулаторных условиях.	140
Тестовые задания	157
Варианты по ОСКЕ.....	191
Ведение 3-го периода родов по кохрейну критерию оценки выполнения практического навыка	205
Список литературы:.....	217

Тема №1.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В АКУШЕРСТВЕ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА (ЦЕЛЬ, РОЛЬ, И ФУНКЦИЯ).

Во второй половине нынешнего столетия сестры стали признавать необходимость в определении и описании уникальной функции сестринского дела. Большинство людей, о которых когда-либо заботились сестры, знают на своем опыте, что сестринское дело вносит свою особую лепту в заботе об их здоровье и этот вклад качественно отличается от вклада другого персонала здравоохранения и социальных работников. Такое практическое знание заставляет людей поверить, что сестринское дело является существенным компонентом системы здравоохранения.

Сестринское дело отличается большой разнообразностью, и суть его заключается в реагировании на различные потребности и контексты сестринского ухода.

Изучение целей и ценностей сестринского дела показывает, какие общие черты сестринского дела имеет с другими профессиями здравоохранения и что его отличает от них.

Цели сестринского дела в различной степени разделяют и другие работники здравоохранения.

К таким целям относятся:

- помощь человеку, семье, группе в определении и достижении физического, умственного и социального здоровья и благополучия в контексте их социального и экологического окружения;
- укрепление и сохранение позитивного здоровья;
- максимальное вовлечение человека в заботу о своем здоровье;
- предотвращение нарушений состояния здоровья;
- облегчение или снижение до минимума отрицательного воздействия плохого здоровья или болезни на личность;
- удовлетворение потребностей людей физической, немощностью или смерти;
- убеждения и ценности, на которых основывается сестринское дело, становятся все более важными также и для других работников здравоохранения.

Они включают:

- признание и уважение личности каждого человека;
- убеждение в том, что люди являются сложной целостностью (холизм);
- признание факторов, влияющих на человеческий опыт в отношении здоровья болезни;

- признание потребности в укреплении и сохранении здоровья на протяжении жизни;

- убеждение в том, что люди имеют право на участие в принятии решений относительно получаемого ухода.

Практическое сестринское и акушерское дело должно сосредоточиться на:

- в укреплении и сохранении здоровья и профилактике заболеваний;

- привлечение индивидуумов, семей и общин к оказанию помощи и представлению им возможности в большей мере отвечать за свое здоровье;

- активной работе по уменьшению неравенства в службах здравоохранения и удовлетворению потребностей всего населения, в особенности тех его слоев, которые получают неадекватную помощь;

- в межотраслевом и межсекторальном сотрудничестве;

- в обеспечении качества обслуживания и соответствующем использовании технологии;

- в изменении структуры и ориентации основных программ сестринского образования для подготовки сестер, которые смогут по-новому работать как в больнице, так и на коммунальном уровне.

Сестринское дело в акушерстве одновременно является искусством и наукой, которые требуют понимания и применения знаний и навыков, присущих данной дисциплине знания и методы работы медицинских сестер с высшей квалификацией основываются на достижениях гуманитарных, физических, социальных, медицинских и биологических наук.

Имеются четыре функции сестры:

Первая заключается в представлении сестринского ухода и управлении им, будь то профилактика, лечение, реабилитация или поддержка человека, семьи или группы. Эта работа наиболее эффективна, если основана на серии логических шагов, а именно:

- оценка потребностей человека, семьи или группы и определение имеющихся и необходимых для этого ресурсов;

- определение потребностей, которые могут быть наиболее эффективно удовлетворены посредством сестринского ухода, а также тех проблем, решение которых следует передать в руки других профессиональных работников;

- установление первоочередности потребностей здоровья, которые могут быть удовлетворены посредством сестринского ухода в определенном порядке;

- планирование и оказание необходимого сестринского ухода;

- вовлечение индивидуума во все аспекты ухода и поощрение участия населения в заботу о самих себе и самоопределение во всех вопросах, касающихся здоровья;

- документирование сделанного на каждом этапе сестринского процесса и использование этой информации для оценки результатов сестринского ухода с точки зрения индивидуума, семьи, группы, общины или самой сестры, которая принимала в этом участие, а также системы, в рамках которой была оказана помощь;

- использование принятых и уместных культурных, этических и профессиональных стандартов.

Вторая функция сестринского дела заключается в обучении пациентов и профессионалов здравоохранения.

Сюда входят:

- оценка знаний и навыков человека, относящихся к сохранению и восстановлению здоровья;

- подготовка и предоставление нужной информации на соответствующем уровне;

- организация компаний пропаганды здоровья и участие в них;

- оценка результатов подробных просветительных программ;

- помощь сестрам и другому персоналу в приобретении новых знаний и навыков;

- применение принятых и соответствующих культурных, этических и профессиональных стандартов.

Третья функция заключается в исполнении роли эффективного члена медико-санитарной бригады:

- сотрудничество с индивидуумами, семьями, общинами и другими работниками здравоохранения в целях планирования, организации, управления и оценки сестринского ухода, как компонента единой системы службы здравоохранения;

- выполнение функции лидера сестринской бригады, в которую могут входить другие сестры, вспомогательный персонал и пользователи сестринского ухода;

- переадресование работы и функции сестры другому сестринскому персоналу и поддержка их деятельности;

- ведение переговоров с пациентом по претворению плана ухода за ним;

- сотрудничество с другими людьми в межотраслевых и межсекторальных бригадах при планировании, разработке, координации и оценке службы здравоохранения;

- сотрудничество с другими профессионалами в целях создания надежной и гармоничной рабочей обстановки, способствующей нормальной работе бригады;

- активное участие в разработке политики и планирования программы, в определении приоритетов и распределении ресурсов;
- участие в подготовке докладов руководству на местном, региональном и национальном уровне.

Четвертая функция заключается в развитии сестринской практики через критическое мышление и исследование, а именно:

- внедрение новаторских методов работы для достижения лучших результатов;
- определение областей исследований для расширения знаний и развития навыков сестринской практики или образование и участие, если потребуется, в таких исследованиях;
- использование приемлемых и уместных культурных, этических и профессиональных стандартов для осуществления руководства сестринскими исследованиями.

Сестринский процесс.

Сестринский процесс – это особый способ мышления и действия, используемый для определения, предотвращения действительных или потенциальных проблем со здоровьем и в содействии здоровому образу жизни.

Первым, кто описал уход за больными, как процесс был Холл (1961). Термин сестринский процесс для обозначения этапов сестринского ухода впервые использовали Джонсон(1959), Орландо(1961) и Виденбах (1963). В начале своего развития сестринский процесс имел три этапа, в настоящее время их насчитывается пять.

Пользуясь сестринским процессом как основой, Американская Ассоциация медсестер в 1973 году разработала стандарты для оценки качества ухода, который предоставляют медсестры. Следующие характеристики описывают природу сестринского процесса и расширяют его определение.

1. Сестринский процесс (динамический и циклический уход) – это постоянная оценка изменяющихся реакций больной на уход в целях необходимого пересмотра плана ухода за больным. Ранее завершённые этапы постоянно пересматриваются для точности и соответствия.
2. Сестринский процесс, сконцентрированный на пациента, включает план ухода за больными, основан на нуждах и состоянии пациента, организуется в рамках проблем пациента, а не в соответствии с интересами ухода.
3. Сестринский процесс – целенаправленные действия по уходу, рассматривающиеся и основывающиеся больше на принципах, чем на традиции («Мы всегда делали так»). Выбираются такие

порядки по уходу за больными, какие необходимые для достижения цели пациента.

4. Сестринский процесс - гибкий процесс по уходу за больными может быть применен к клиентам любого возраста, с любым медицинским диагнозом и в любой момент болезни или здорового состояния.
5. Сестринский процесс, ориентированный на проблему. Это значит, что планы по уходу организуются в соответствии с проблемами пациента. Конечно же, сестринский процесс не сможет устранить все проблемы пациента. Тогда целью сестринского процесса становится облегчение их до возможности предела, поддержание сил пациента.
6. Сестринский процесс - мыслительный процесс. Он привлекает интеллектуальные способности для решения проблем и принятия решения. Сестры используют критическое мышление для систематического и логического применения знаний по уходу, что дает ей возможность определить их значение и спланировать соответствующий уход.
7. Сестринский процесс, ориентированный на действия, не заканчивается составлением плана по уходу, а продолжается, выполняя и оценивая этот план.

Существует пять главных этапов, составляющих сестринский процесс (ОДПВИ)



Рисунок 1.

1. **Оценка (сбор факторов)** – сестра собирает информацию, необходимую для определения проблем больной и планирования ухода. Данные собираются посредством осмотра клиентов и опроса их семьи, а также с помощью их медицинских карт и других источников. На этом этапе никаких заключений о данных не ставится.

2. **Диагностика (В чем проблема?).** Во время диагностики сестра анализирует собранные данные, а затем определяет состояние больной, а также реальные и потенциальные проблемы его здоровья. Диагнозы записываются в виде точных формулировок о состоянии и этиологии (или причины) здоровья. Выявленные проблемы приоритизируются и составляют основу для оставшихся этапов.
3. **Планирование. Чего вы ожидаете? Как этого добиться?** На этом этапе сестра работает с больной для установки целей по предотвращению, коррекции или облегчению проблем со здоровьем. Затем она определяет действия, которые должны привести к достижению этих целей. Стадия планирования заканчивается, когда проблемы, цели и порядок ухода записан в плане по уходу за больной.
4. **Выполнение (осуществление, передача и документирование).** Сестра передает план ухода другим членам команды медицинской помощи, например другой смене. Действия по уходу, указанные в плане, выполняются или передаются другим. Последним действием на данном этапе является запись проведенного ухода и реакции больной в соответствующих документах.
5. **Итоговый анализ (Имеется ли результат?).** На этом этапе сестра определяет состояние клиента в качестве критерия, используя цели ухода. После выполнения действия по уходу по реакциям больной она определяет, какие действия были полезными, а какие нет. Сестринский процесс цикличен: сестра постоянно должна пересматривать предыдущие этапы оценки, диагностики, планирования и выполнения для определения того, что эффективно и что следует изменить.

Необходимые качества и отношения медсестры способствуют успешному использованию сестринского процесса. Эти качества, в дальнейшем, вы можете развивать знанием, старанием и практикой.

Интеллектуальные (мыслительные) способности, используемые в сестринском процессе, это творческое и критическое мышление, решение проблем и принятие решений.

Коммуникабельность включает вербальные и невербальные виды деятельности, используемые в общении человека с человеком. Реализация ухода происходит во взаимоотношениях сестры и больной. Развитие доверительных взаимоотношений зависит от умения общаться – слушать и выражать сочувствие, проявлять интерес и передавать информацию.

Проницательность и интуиция необходимы для нахождения новых и лучших способов исполнения своей деятельности.

Соответствующее осуществление сестринского процесса содействует сотрудничеству членов команды по уходу за больными, так они работают вместе над осуществлением плана ухода. Общение улучшается, когда все члены команды чтят систематический, организованный подход. Если командная работа прогрессирует, и каждый чувствует удовлетворение от выполнения эффективного, персонального ухода, то рабочая атмосфера становится положительной.

Первым этапом сестринского процесса является оценка – систематический сбор важных данных о пациенте, которые используются медсестрами для определения проблем здоровья, планирования ухода и оценки результатов. Данные классифицируются на субъективные и объективные. Субъективные данные называются скрытыми, или симптомами, объективные – открытыми, признаками.

Субъективные данные могут быть получены только из беседы больной. Они включают мысли, уверенность, чувства, восприятие, понимание пациента как самого себя, как и своего здоровья.

Объективные данные могут быть выявлены кем-то другим, но не пациентом. Обычно их получают при наблюдении и осмотре пациента. На первом этапе медсестра с высшей квалификацией собирает, утверждает, записывает, упорядочивает данные по категориям.

Опрос производится по следующему плану:

- Паспортные данные, среди которых особое внимание обращают на возраст больной.
- Жалобы, побудившие больную обратиться к врачу.
- Наследственность, перенесённые заболевания (болезни детского возраста, инфекционные, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, пищеварения, желез внутренней секреции, перенесенные гинекологические заболевания), заболевания мужа.
- Характер функций половой системы:
 - а) Менструальной, б) половой, в) детородной (репродуктивно-генеративной), г) секреторной.
- Наличие болей и их характер.
- Последняя менструация
- Первое шевеление плода
- Условия быта и труда.
- Развитие настоящей беременности.

Пациент является первичным источником данных, все другие – вторичным.

Второй этап – диагностика используется для диагностической аргументации при итоговом анализе и составлении заключений о статусе здоровья пациента. Медицинские сестры проверяют эти заключения с пациентом, выбирают стандартизированные метки и

заносят их в план ухода. На данном этапе сестра должна выполнять акушерские исследования:

- Метод Леопольда-Левицкого
- Пельвиометрия
- Выслушивание сердцебиения плода
- Определение предполагаемого веса плода
- Вагинальный осмотр



Рисунок 2

Качество собранных во время оценки данных влияет на точность диагноза ухода. Диагностика также влияет на стадии планирования, выявленные при диагнозе, должны находиться в фокусе планируемого ухода за пациентом. Будучи точно и аккуратно определенными, они помогают медсестре в выработке соответствующих задач и указаний по уходу.

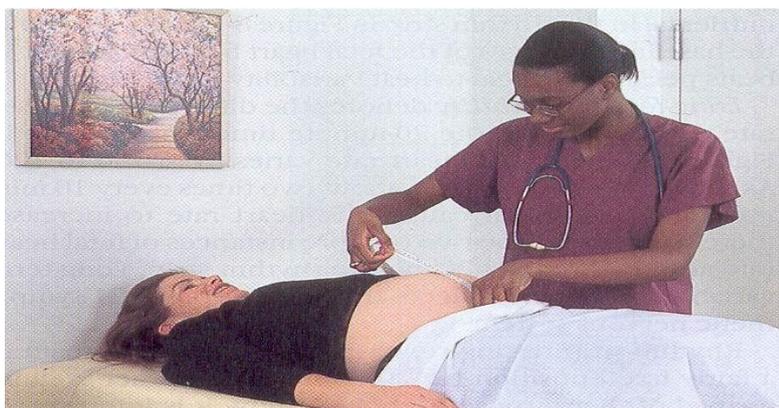


Рисунок 3

Сестринские диагнозы способствуют индивидуальному уходу за конкретным пациентом. Даже если пациенты с одинаковым медицинским состоянием нуждаются в схожем уходе медицинской сестры, приоритеты этого ухода могут быть различными для каждого пациента. Сестринский диагноз используется для того, чтобы сконцентрировать внимание на индивидуальных нуждах пациента.

В третьем этапе в сестринском деле является планирование.

На основании данных о пациенте и его семье медицинская сестра устанавливает цели из диагностического заключения и определяет деятельность по уходу, необходимую для достижения этих целей. Целью конечным продуктом этой стадии является целостный письменный план ухода, приведенный в соответствие с проблемами и состоянием пациента.

Планирование может осуществляться любой медсестрой, которая работает с пациентом. Оно делается, как только поступает новая информация и оценивается реакция больной на проводимое лечение. Начальный план лечения индивидуализируется по мере того, как медсестра узнает пациента.

Планирование также осуществляется при составлении плана по уходу в начале каждого дня. В ежедневном планировании следует использовать поступающие данные по оценке для выполнения, следующего плана:

1. Определить, изменилось ли состояние больного.
2. Определить приоритеты в уходе за больным.
3. Установить, на какие проблемы сфокусировать внимание в течение смены.
4. Скоординировать деятельность так, чтобы уметь решать проблемы при каждом контакте с больными.

Четвертый этап сестринского процесса- выполнение (реализация действия) – это стадия работы медицинской сестры, в которой она выполняет действия, необходимые для достижения целей по состоянию здоровья пациента. Видами действия на этой стадии являются делегирование и производство записей. Заканчивается 4 этап, когда действия медсестры и результирующие реакции пациента занесены в схему пациента.

Постоянная сестринская документация состоит из следующих форм:

1. Первоначальная исчерпывающая сестринская оценка (базы данных на момент приема).
2. Индивидуализированный план ухода.
3. Карты лечения.
4. Итоговая запись при выписке пациента.

Таким образом, итоговый анализ повышает эффективность лечения за счет прекращения неэффективных вмешательств и позволяет медицинской сестре сконцентрироваться на действиях, которые оказались более эффективными. Только благодаря итоговому анализу прогресса пациента медсестра может продолжить, изменить или прекратить выполнение плана.

Наконец, увязывая вмешательства медсестры с улучшением состояния пациента, итоговая оценка демонстрирует работодателям и

потребителям, что медицинские сестры играют важную роль в лечении пациента.

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. Для эффективной работы акушерских стационаров, необходимо существующие принципы работы привести в соответствие с современными технологиями, рекомендуемыми ВОЗ. В связи, с чем возникла необходимость пересмотра принципов организации работы акушерских стационаров нашей республики. Каждый медицинский персонал, работающие в акушерских стационарах, в том числе медсестры с высшим образованием должны работать 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» и № 81 от 3.03.06 г « О мерах по охране грудного вскармливания и дальнейшему распространению Инициативы Больниц и Учреждений Дружелюбного Отношения к ребенку в Республике Узбекистан».

По 500 и 81 приказах каждая медсестра должна знать правильное заполнение партограммы, принципы демедиализации, ведение женщины во время родов с партнером, уход за новорожденным и 11 принципов к успешному грудному вскармливанию.

Графической записью о ходе ведения родов и состояния роженицы является партограмма и служит источником информации для медицинских работников, которым необходимо обновить свою память или уточнить полученные устно сообщения. Лечащий врач также обращается к записи о пациенте как эталонным данным, чтобы оценить его реакцию на лечение. Партограмма – это наиболее простое и наиболее эффективное средство ведения родов из всех, которые до сих пор были разработаны.

Основные принципы партограммы заключается в следующем:

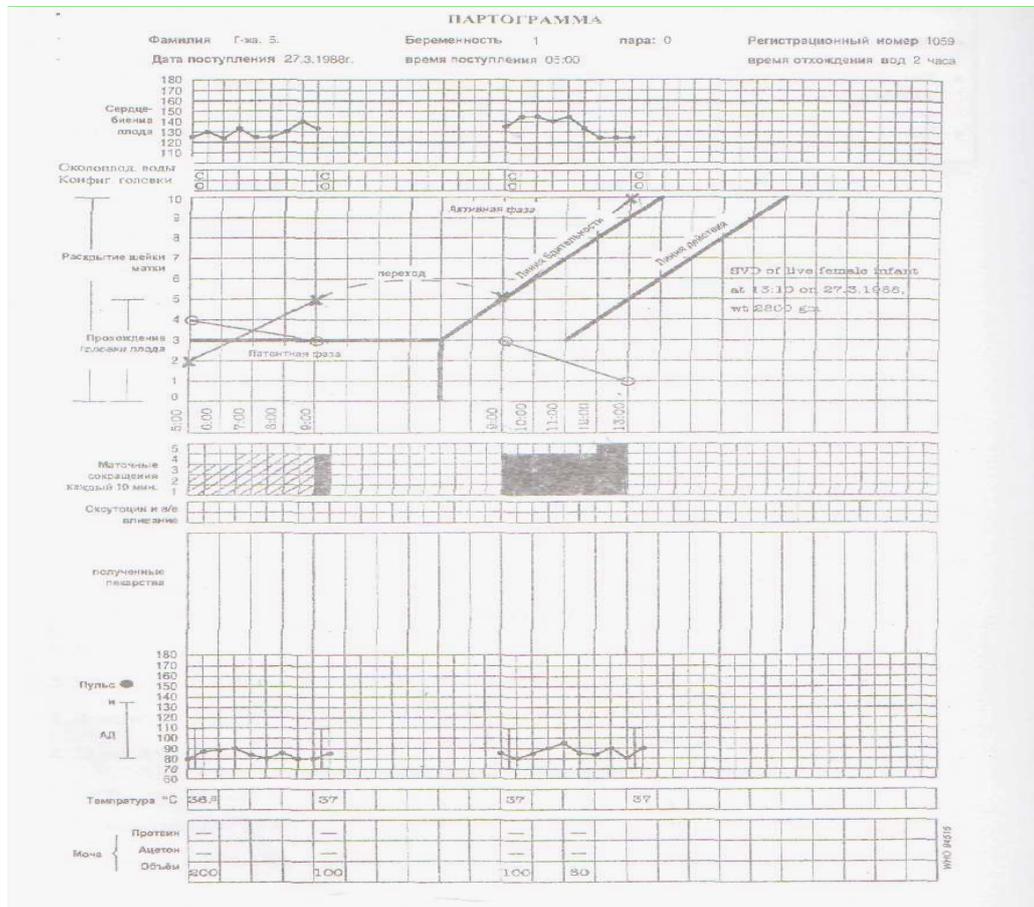
✓ это способ отображения процесса раскрытия шейки матки в виде непрерывного графика, одновременно;

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

В 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.

Рисунок 4



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 (C), окрашенные кровью (B) или окрашенные меконием (M) или околоплодный пузырь целый (I);
- ✓ 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.

Как юридический документ, записи, относящиеся к пациенту, могут быть представлены в судебное заседание как доказательство по ряду факторов.

Последним, пятым этапом сестринского процесса является итоговый анализ. В контексте сестринского процесса он концентрируется, прежде всего, на прогресс пациента в достижении целей относительно его здоровья. Медсестра сравнивает фактические результаты с предсказанными результатами, определенными на стадии планирования, и делает заключение о том, достигнуты они или нет. Данные для итогового анализа собираются при наблюдении за поведением пациента и его ответных реакций, разборе планов лечения и записей бесед с пациентом, его семьей, друзьями, а также с другими членами бригады медицинских работников.

Итоговый анализ может быть непрерывным, прерывным и окончательным. Непрерывный итоговый анализ выполняется во время или непосредственно после вмешательства, что позволяет делать медсестре самые последние изменения. Прерывный анализ проводится в специально определенное время и указывает на величину прогресса в достижении результатов, позволяет исправить любое несоответствие в лечении пациента, а также изменить план лечения, если это необходимо. Он продолжается до тех пор, пока цель пациентки в отношении её здоровья не оказывается достигнутой или пока пациент не выпишется из больницы. Окончательный анализ указывает на состояние пациента в момент его выписки. Он включает проведение последующего лечения и описание достигнутого состояния, особенно в отношении возможностей самостоятельного лечения.

По №81 приказу каждый работник медицинского учреждения, в том числе мед. сестра с высшим образованием должна знать принципы грудного вскармливания.



Рисунок 5

11 ШАГОВ К УСПЕШНОМУ ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ.

ШАГ 1. Необходимо иметь письменный документ с изложением комплексных мероприятий, цели и задач по грудному вскармливанию, которая регулярно сообщается всему медицинскому персоналу.

ШАГ 2. Необходимо обучать весь медицинский персонал навыкам консультирования матерей.

ШАГ 3. Необходимо информировать всех беременных женщин и рожениц о преимуществах грудного вскармливания.

ШАГ 4. Помогать всем матерям начинать грудное вскармливание в течение первых 30 минут после родов.

ШАГ 5. Показывать матерям, как кормить грудью и как сохранить лактацию, даже если они должны быть отделены от своих детей.

ШАГ 6. Не давать младенцам никакой иной пищи или питья, кроме грудного молока в течение первых шести месяцев жизни, за исключением случаев медицинских показаний.

ШАГ 7. Практиковать круглосуточное совместное нахождение матери и новорожденного рядом в одной палате.

ШАГ 8. Поощрять грудное вскармливание по требованию.

ШАГ 9. Не давать младенцам, находящимся на грудном вскармливании, никаких искусственных средств, имитирующих грудь (соски, пустышки) или успокаивающих средств.

ШАГ 10. Поощрять создание групп поддержки матерей и информировать матерей о возможности обращения в эти группы за консультативной помощью.

ШАГ 11. Создание сети сертифицированных учреждений в регионе путем подготовки не менее двух ЛПУ к званию Учреждения Дружелюбного Отношения к Ребенку.

Тема №2

ОПЛОДОТВОРЕНИЕ. ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ОПЛОДОТВОРЕННОЙ ЯЙЦЕКЛЕТКИ. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РОДЫ. ПРИЧИНЫ НАСТУПЛЕНИЯ И РЕГУЛЯЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ. КЛИНИКА И МЕХАНИЗМ ПЕРИОДОВ РОДОВ

Оплодотворением называется процесс слияния зрелой мужской и женской половых клеток, в результате образуется клетка, являющаяся началом нового организма. Оплодотворение обычно происходит в ампулярной части маточной трубы. С момента оплодотворения начинается беременность. Сразу начинается процесс дробления, сначала на две дочерние клетки, затем на четыре, и так деление происходит в геометрической прогрессии до образования клетки, напоминающей тутовую ягоду.

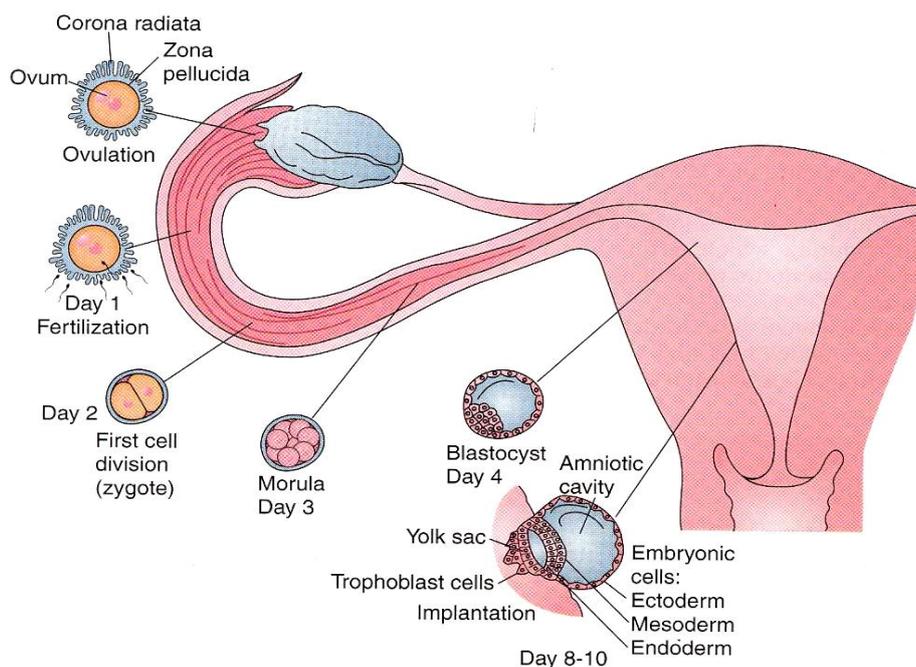


Рисунок 6

Вскоре после оплодотворения начинается дробление зиготы. В процессе дробления образуется два вида бластомеров: одни более крупные и темные, другие – мелкие и светлые. Скопление более крупных и темных клеток, располагающихся в центре морулы, получило название эмбриобласт. Из него впоследствии образуются клетки зародыша и некоторых внезародышевых частей. Светлые мелкие клетки постепенно обрастают эмбриобласт и окружают его со всех сторон. Этот

наружный слой дает начало трофобласту – специфической рано дифференцирующейся ткани, которая позднее обеспечивает имплантацию и питание зародыша.

Дробящееся яйцо передвигается по трубе и на 8 – 10 день после оплодотворения попадает в полость матки.

К моменту проникновения в матку наружный слой клеток морулы превращается в трофобласт, внутренний – в эмбриобласт.

При прохождении через маточные трубы между зачатком трофобласта и эмбриобласта образуется небольшая полость, заполненная жидкостью, т.е. образуется бластоциста. Именно в этой стадии развития плодного яйца происходит процесс его внедрения в слизистую (децидуальную) оболочку матки – имплантация.

В стадии бластоцисты для плодного яйца характерно то, что часть клеток, более крупных по своим размерам, образуют эмбриобласт, из которого в дальнейшем развивается эмбрион, а другая часть более мелких клеток, расположенная на периферии плодного яйца, формирует питающую оболочку зародыша – трофобласт.

Трофобласт выделяет протеолитические, гликолитические и другие ферменты, которые растворяют ткани слизистой оболочки матки. Плодное яйцо оседает на ее поверхности, обычно на передней или задней стенке на уровне труб, трофобласт расплавляет покровный эпителий, железы, клетки стромы и сосуды слизистой оболочки матки и постепенно погружается в глубину функционального слоя слизистой оболочки. Имплантация протекает быстро: в течение 24 часов бластоциста погружается в слизистую оболочку более чем наполовину, а за 40 часов – полностью. Когда яйцо полностью внедряется в слизистую оболочку, отверстие над ним зарастает, процесс имплантации заканчивается.

Развитие зародышевых оболочек.

После имплантации начинается быстрое развитие зародыша и его оболочек. На трофобласте образуются выросты (ворсины), которые вначале не имеют сосудов и называются первичными ворсинами. Эти выросты значительно увеличивают поверхность соприкосновения зародыша с эмбриотрофом. Наружный слой трофобласта, образующий ворсины, утрачивает клеточные границы, превращаясь в плазмодиотрофобласт – синцитий. Внутренний слой трофобласта сохраняет клеточное строение – цитотрофобласт. В течение первых недель развития синцитий обладает выраженной способностью к проникновению в материнские ткани, поэтому он называется имплантационным синцитием. Впоследствии инвазивные свойства синцития снижаются, и возрастает способность к всасыванию питательных веществ (резорбционный синцитий).

Наружная оболочка яйца называется ворсинчатой оболочкой или хорионом. Между ворсинами и слизистой оболочкой матки находится тканевый распад и циркулирует материнская кровь, излившаяся из разрушенных сосудов слизистой оболочки; отсюда к зародышу поступают питательные вещества и кислород. Пространство между ворсинами и окружающей слизистой оболочкой называется первичным межворсинчатым пространством. Оно окружает все яйцо; в более поздних стадиях развития межворсинчатое пространство остается только в области плаценты и называется вторичным межворсинчатым пространством.

Одновременно с трофобластом развивается эмбриобласт; развитие его начинается еще в маточной трубе, но происходит особенно усиленно после имплантации в матку. После имплантации клетки, окружающие полость бластоцисты, превращаются в мезобласт.

В одном сегменте бластоцисты образуется скопление клеток, в котором выделяются два узелка: эктобластический (эктобласт) и энтобластический (энтобласт). В центре этих узелков вскоре образуется полость, вследствие чего эктобластический узелок превращается в эктобластический пузырек, а энтобластический узелок – в энтобластический пузырек. Эктобластический пузырек связан при помощи ножки с трофобластом; из него образуется амниотическая полость. Стенки этой полости превращаются в амнион – водную оболочку. Эктобластический пузырек расположен ближе к центру. Он превращается в желточную полость.

Клетки эктобласта и энтобласта, расположенные между амниотическими и желточными пузырьками, образуют зачаток зародыша.

По мере увеличения полости экзоцелома клетки мезенхимы оттесняются с одной стороны к хориону (трофобласту), с другой – к амниотическому и желточному пузырькам и к зародышу, расположенному между ними. Стенки пузырьков и хорион становятся двухслойными. Зародышевый зачаток состоит теперь из трех зародышевых лепестков: эктодермы, мезодермы и энтодермы. Из этих трех лепестков образуются все ткани и органы плода.

Амниотический пузырек быстро увеличивается вследствие накопления в нем прозрачной жидкости, стенка его (амнион) приближается к ворсинчатой оболочке и, наконец, примыкает к ней. Полость бластоцисты при этом исчезает. Зародыш, располагавшийся между амнионом и желточным пузырьком, начинает вворачиваться в полость амниона и постепенно полностью погружается в него. По мере увеличения амниотической полости желточный пузырек уменьшается, желточные сосуды заустевают, стенки подвергаются атрофии. Одновременно с развитием оболочек из заднего конца первичной кишки

зародыша образуется вырост – аллантаис. Аллантаис подходит к ворсинчатой оболочке по той же ножке, которая соединяла амниотический пузырек с трофобластом. По аллантаису идут сосуды из тела зародыша к ворсинчатой оболочке; эти сосуды врастают в каждую ворсину хориона. Так происходит важнейший процесс – васкуляризация хориона. С этого момента развивается аллантаидное кровообращение зародыша, обеспечивающее более интенсивный обмен между ним и организмом матери.

После завершения начальных стадий развития плод окружен амниотической жидкостью и тремя оболочками: децидуальной, ворсинчатой и водной. Децидуальная оболочка (материнская) образуется из слизистой оболочки матки, ворсинчатой и водной – плодовые.

Децидуальной оболочкой называется видоизмененный в связи с беременностью функциональный слой слизистой оболочки матки; децидуальная оболочка называется также отпадающей оболочкой потому, что она во время родов отторгается и изгоняется из полости матки вместе с другими оболочками и плацентой.

После имплантации слизистая оболочка матки значительно утолщается, становится сочной, железы ее наполняются секретом, дифференцировка компактного и спонгиозного слоев выражена еще больше. Компактный слой состоит главным образом из децидуальных клеток, имеющих крупные размеры, округлую или полигональную форму; децидуальные клетки богаты гликогеном, они также содержат белки, мукополисахариды, обладают фагоцитарными свойствами и возможно, вырабатывают гормоны (пролактин и др.).

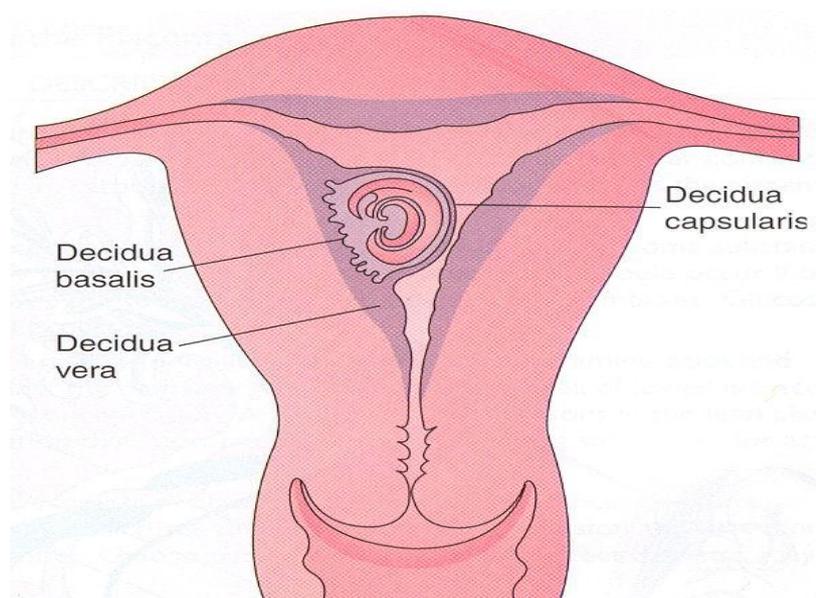


Рисунок 7

Спонгиозный (губчатый) слой состоит из множества разросшихся желез, между которыми располагаются прослойки стромы и сосуды.

Яйцо, внедрившееся в компактный слой, со всех сторон окружено элементами децидуальной оболочки. В соответствии с положением яйца децидуальная оболочка делится на три части:

- 1) вся слизистая (децидуальная) оболочка, выстилающая полость матки;
- 2) часть, покрывающая яйцо со стороны полости матки;
- 3) часть, расположенная между яйцом и стенкой матки.

По мере развития плода, последняя оболочка утолщается, в ней развиваются многочисленные сосуды.

Ворсинчатая оболочка, или хорион, развивается из трофобласта и мезобласта. Ворсины вначале не имеют сосудов, но уже в конце 1 месяца в них врастают сосуды из аллантаоиса. Первоначально ворсины покрывают равномерно всю поверхность плодного яйца. На 2 месяце беременности начинается атрофия ворсин в той части хориона, которая прилегает оболочке, покрывающей яйцо со стороны полости матки. На противоположной стороне хориона превращается в плодовую часть плаценты.

Водная оболочка или амнион, представляет собой замкнутый мешок, в котором находится плод, окруженный околоплодными водами. С ростом беременности амниотическая полость быстро увеличивается, амнион прилегает к хориону, выстилает внутреннюю поверхность плаценты, переходит на пуповину, покрывая ее в виде футляра, сливается в области пупка с наружными покровами зародыша. Амнион – тонкая оболочка, состоящая из эпителия и соединительнотканной оболочки, имеющей несколько слоев, образовавшихся из мезенхимы. Эпителий амниона участвует в образовании и обмене околоплодных вод. Амнион и гладкий хорион принимают участие в обеспечении оптимального состава околоплодных вод.

Органогенез – это процесс образования органов и тканей. Результатом органогенеза может быть формирование животного, обладающего всеми основными признаками взрослого организма – прямое развитие. Существуют организмы, эмбриональное развитие которых заканчивается формированием личинки, имеющей специальные личиночные органы, отсутствующие во взрослом состоянии.

Строение плаценты.

Плацента является важнейшим органом, при помощи которого происходят дыхание, питание и выведение продуктов обмена плода. Плацента заменяет функцию легких, органов пищеварения, почек, кожи и других органов плода.

Плацента формируется из базальной части децидуальной оболочки и сильно разросшихся ворсин ветвистого хориона. Ворсины хориона, составляющие главную массу плаценты, представляют собой древовидные, многократноветвистые образования. Сосуды, проходящие в крупных ворсинах, делятся по мере разветвления ворсин; в конечных ворсинах, проходят только петли капилляров. По мере развития беременности количество ворсин возрастает, что способствует увеличению пограничной поверхности соприкосновения между током крови матери и плода.

Материнская часть плаценты представляет собой утолщенную часть децидуальной оболочки, располагающейся под разросшимися ворсинами хориона (плодовая часть плаценты). В материнской части плаценты образуются углубления, в которые погружены ворсины и где циркулирует омывающая их материнская кровь.

Материнская кровь, омывающая ворсины, не свертывается и не смешивается с кровью плода, протекающей по сосудам, располагающимся внутри ворсин. Между кровью матери, омывающей ворсины и кровью плода, протекающей в сосудах ворсин, происходит постоянный активный обмен веществ. Из крови матери в кровь плода проникают кислород, питательные и другие необходимые для развития и жизнедеятельности плода вещества. В кровь матери поступают продукты обмена и углекислый газ, подлежащие удалению из организма плода.

Плацента выполняет внутрисекреторную функцию. В цитотрофобласте синтезируется хориональный гонадотропин, количество которого особенно велико в первые месяцы беременности. Продукция гонадотропина продолжается несколько месяцев. Совместно с плацентарным пролактином хориональный гонадотропин способствует развитию и функциональной активности желтого тела.

В плаценте образуется хориональный соматомаммотропин (соматотропный плацентарный лактоген), эстрогенные гормоны, преимущественно эстриол. Синтез гормонов происходит в синцитии и цитотрофобласте. Синтез эстрогенов резко возрастает (эстрадиол, эстрон), усиливающие возбудимость и сократительную деятельность матки. Начиная с 3 – 4 месяца беременности, в плаценте образуется прогестерон. К этому времени прекращается внутрисекреторная функция желтого тела и функцию этой железы (синтез прогестерона) начинает выполнять плацента.

Имеются данные о выделении из ткани плаценты кортизола, адренкортикотропного, тиреотропного и других гормонов, но синтез их в плаценте не доказан. В ткани плаценты обнаружены окситоцин, вазопрессин, гистамин, ацетилхолин, простагландины.

По внешнему виду плацента похожа на округлую, толстую, мягкую лепешку. В конце беременности и к моменту родов диаметр плаценты достигает 15 – 18 см, толщина – 2 – 3 см, масса – 500 – 600 гр.

Влияние вредных факторов на плод.

На плод его развитие большое влияние оказывают вредные факторы внешней среды, лекарственные препараты, никотин, алкоголь, наркотики.

Хотя плацента является защитным барьером для плода, доказано, что через нее проходят многие химические вещества: ртуть, мышьяк, фосфор, йод, бром, медь, окись углерода, угарный газ, хлороформ, эфир, алкоголь, никотин, морфин, хинин, атропин, антибиотики, сульфаниламидные препараты, сердечные средства и другие. Многие из этих веществ действуют на плод токсически, даже в сравнительно небольших дозах (морфин, алкоголь, никотин, ртуть, мышьяк и др.), что важно помнить при проведении лечения и рекомендации беременной режима питания, быта и труда.

Патогенные микробы, в том числе возбудители инфекционных заболеваний, могут проникнуть к плоду; через плаценту переходят вирусы – возбудители гриппа, кори, краснухи и др. заболеваний. Основные исходы вредного влияния: выкидыши, преждевременные роды, внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода, мертворождаемость, уродства.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РОДЫ.

Роды — физиологический процесс изгнания плода из матки после достижения плодом жизнеспособности. Срочными считаются роды на 37—42-й неделе беременности, преждевременными — роды до 37-й недели беременности. Роды после 42-й недели беременности называют запоздалыми. Прерывание беременности до 20-й недели называют абортом (бывает искусственным или самопроизвольным). Границу между самопроизвольным абортом и преждевременными родами провести трудно. В настоящее время считают, что это 20—24-я неделя беременности.

Обследование роженицы включает сбор анамнеза, физикальные и лабораторные исследования и оценку состояния плода.

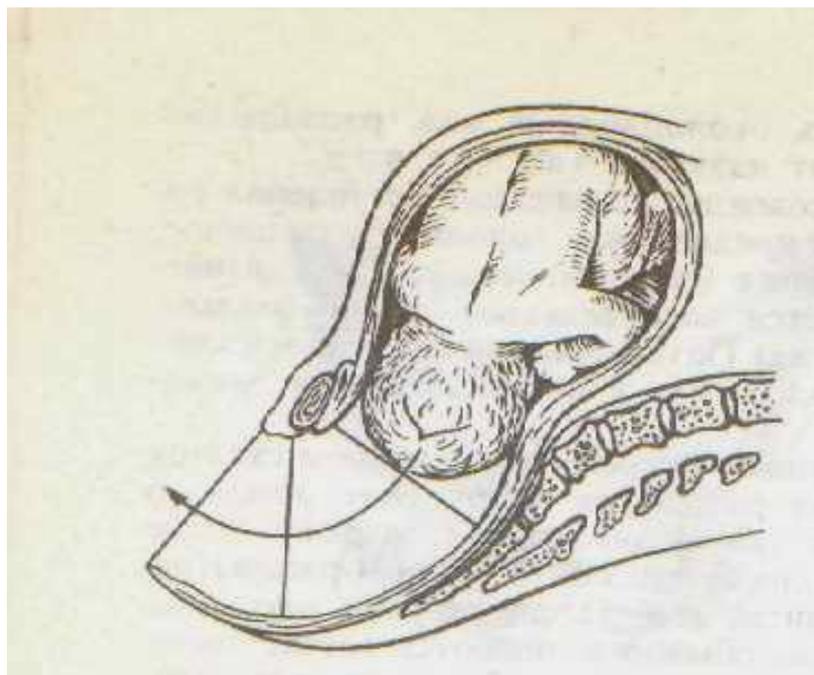


Рисунок 8

ПРИЧИНЫ НАСТУПЛЕНИЯ РОДОВ.

Причины возникновения и развития регулярной родовой деятельности интересуют ученых давно потому, что с выяснением этого вопроса связано решение ряда важных проблем акушерства (профилактика перенашивания беременности, преждевременных родов, аномалий родовых сил и др.).

Для объяснения причин наступления родов были выдвинуты многие теории, содержание которых отражало основные идеи и направления развития медицинской науки и ее отрасли – акушерства.

- Так по воззрениям ГИППОКРАТА, роды наступают потому, что побуждаемый голодом, плод сам выходит из полости матки, упираясь ножками в дно её (в головном предлежании).

- Позднее было выдвинута теория «ИНОРОДНОГО ТЕЛА», согласно которой, роды наступают потому, что возникает жировое перерождение плодом: - плод изгоняется из матки как инородное тело.

- Сторонники старой «МЕХАНИЧЕСКОЙ» теории считали, что причиной возникновения родов является перерастяжение беременной матки, приводящее к изменению её мускулатуры и давления головки плода на нервные ганглии, расположенные в нижнем сегменте и в шейки матки.

Однако нельзя считать правильно теорию наступления родов в результате действия только механических факторов. В целом причины и механизмы начала родовой деятельности, при наличии в матки зрелого плода, до настоящего времени окончательно не выяснены.

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 II – дезоксикортизола в кортизол, что и является I этапом на пути подготовки организма матери к родам. В организме матери начинает изменяться баланс половых стероидов, хориомамнотропина (плацентарного лактогена), хориогонадотропина (в крови увеличивается содержание эстрогенов, особенно эстрадиола и уменьшается содержание прогестерона, хориогонадотропина и хориомамнотропина) – это составляет сущность II 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 (Lerat) (1978), наиболее важным фактором инициации родовой деятельности являются гормоны, синтезируемые в организме матери (окситоцин, ПГ), в плаценте (эстрогены, прогестерон) и в организме плода (гормоны коркового вещества надпочечников и задней доли гипофиза). Автором подчеркивается важная роль надпочечников и гипофиза плода в формировании первичных сигналов начало родовой деятельности.

Уровень эстрогенов как основного триггера для синтеза ПГ, кроме подобных механизмов, может обеспечиваться и активностью ферментных систем. Сигналы в данной системе передаются при помощи, нейрого르몬ов (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 (Dives и соавт, 1981г.) Авторами выявлена значительная положительная корреляция между сроком беременности и концентрацией адреналина, норадреналина и дофамина в крови матери, по их мнению это свидетельствует о прогрессирующем созревании 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, уменьшает синтез прогестерона, и сенсibiliзируют миоэлектрические потенциалы к окситоцическим веществам.

Однако в период беременности, когда прогестерон синтезируется плацентой, подобное действие ПГ не доказано. В подтверждение этого Hussleiu (1982), Liggins (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, которые индуцируют запуск пускового механизма начала родов, пока не известен. Резкое повышение уровня ПГ в конце беременности связывают с освобождением арахидоновой кислоты обусловленным липолитическим действием катехоламинов плода Lerat (1979). Одни авторы связывают накоплением ПГ в организме с процессами старения структурных элементов в плаценте, её децидуальной оболочке, 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 динамические изменения половых стероидов в фетоплацентарном комплексе и другие морфофункциональные сдвиги по следующему являются вторичными и развиваются в 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 наступлению 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 чувствительность к окситоцину. Во время родов возрастает количество кобальта усиливающего моторную функцию матки, количество солей магния, тормозящего сокращения матки, перед родами уменьшаются.

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.

Нейрогуморальные факторы, определяющие возникновение родов, способствуют правильному их течению. Каждое сокращение матки сопровождается раздражением нервных элементов, её нервные окончания при этом выделяют ацетилхолин, симпатин которые способствуют новому сокращению матки. Равным образом происходит ритмическое нарастание в крови окситоцина. Окситоцин (так же, как ацетилхолин и симпатин), поступивший в кровь вызвавший сокращение матки, быстро разрушается ферментами (окситоциназа, питоциназа). Однако в кровь поступают новые порции окситоцина, обеспечивающее сокращение матки. Подобные процессы происходят до конца родов.

Роды – это с эмоциональных и физических позиций особое время для каждой женщины. Это время интенсивной физической активности, стресса, боли они могут оказаться временем явной или скрытой опасности. Забота, которую женщина получает во время родов, должна не только помочь ей справиться с напряжением, стрессом и болью, но также уменьшить или ликвидировать опасность.

Цель мониторинга развития родов заключается в распознавании начальных неблагоприятных изменений для предотвращения их перехода в серьезные нарушения. Затянувшиеся (продолжительные) роды тесно связаны с известными неблагоприятными исходами. Они могут приводить к истощению матери, перинатальной асфиксии и даже смерти. Такие последствия затянувшихся родов нельзя рассматривать как неизбежное явление, потому что недостаточность маточной активности может корректироваться, и некоторые неблагоприятные последствия могут быть предупреждены. Мониторинг должен проводиться с умом и вниманием, а не как бездумная рутина в попытке «стричь всех женщин под одну гребенку» так называемой «нормы».

Обычно женщины ставят диагноз начала родов сами на основании регулярных болезненных сокращений матки. Иногда они распознают начало родов на основании появления слизи или крови, или после разрыва плодного пузыря. При поступлении в больницу самодиагноз женщины может быть подтвержден или отвергнут профессионалами.

Роды по определению характеризуются наличием регулярных сокращений матки, ведущих к прогрессирующему сглаживанию и раскрытию шейки матки в конце концов к рождению ребенка.

Время поступления в больницу может иметь важные последствия для прогресса родов. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что, хотя женщины, которые приходят в больницу рано, имеют, в целом, более короткую продолжительность родов, чем те, которые приходят в более продвинутых стадиях; у первых регистрируется больше «трудных родов» и их роды сопровождаются большим количеством вмешательств и большим числом кесаревых сечений.

Физическое и психическое состояние, комфортность и благополучие женщин должны подвергаться такому же тщательному мониторингу, как и прогрессирование схваток или раскрытие шейки. Возможные причины таких симптомов как тошнота, одышка или головокружение должны быть точно выяснены и назначено необходимое лечение. Чувство страха и напряжения могут быть уменьшены и смягчены присутствием сопровождающего лица и компетентным медицинским персоналом. Интенсивность болей, испытываемых женщиной, будет определять необходимость и время применения болеутоляющих средств.

Соответствующее внимание следует уделять ее физическому состоянию. В большинстве ситуаций это будет включать, по крайней мере, анализ крови, измерение артериального давления, пульса и температуры. Хотя такое обследование стало традиционным, мнения относительно того, как часто они должны предприниматься, расходятся. Неизвестно значение будет минимальным. При наличии известных или подозреваемых отклонений от нормы (например, дородовое кровотечение или кровотечение во время родов, или преэклампсия) такие обследования должны производиться так часто, как это необходимо, или даже постоянно, а не должны диктоваться жестким графиком, одинаковым для всех женщин. Сомнительно, чтобы рутинное повторное обследование принесло какую – то целесообразную пользу здоровым женщинам с нормально протекающими родами.

Роды начинаются, и развитие их поддерживается сокращениями матки. Почти всегда женщина сама знает о наличии схваток, их частоте, продолжительности и силе. Эти признаки подтверждаются путем пальпации живота. Информация, получаемая от самой женщины,

дополненная, по необходимости, абдоминальным исследованием, вполне достаточна в большинстве случаев для наблюдения за схватками.

Скудные данные из доступных контролируемых испытаний не дают оснований полагать, что какие – то преимущества достигаются при использовании внутриматочного катетера для определения давления при лечении слабости родовой деятельности.

Степень раскрытия шейки матки является наиболее точным критерием прогресса родов. Раскрытие обычно измеряется в сантиметрах от 0 см, когда шейка матки еще закрыта, до 10 см при полном раскрытии. Однако раскрытие шейки не является таким надежным показателем, как хотелось бы надеяться. Насколько нам известно, никаких исследований не опубликовано ни по вариациям в данных между различными специалистами, ни по вариациям при обследовании одним и тем же человеком, однако наш личный опыт свидетельствует о существенных вариациях в измерениях раскрытия шейки матки как различными профессионалами, так и одним и тем же специалистом при повторных обследованиях. В литературе не имеется четких указаний относительно ритма схваток, наиболее точно позволяющего оценить раскрытие шейки, но, вероятно, последовательное наблюдение в динамике имеет важное значения для суждения о степени раскрытия.

При предлежании головки ее отношение ко входу в таз должно быть определено путем абдоминального или вагинального исследования. Продвижение может быть выявлено при абдоминальном исследовании путем определения части головки, которая находится выше входа в малый таз. Абдоминальное исследование устраняет необходимость в вагинальном исследовании, и на него не влияет форма головки. При вагинальном исследовании нижний полюс предлежащей части может быть соотнесен с уровнем седалищного гребня. Форма головки плода может быть определена и при вагинальном исследовании, это имеет большое значение при наблюдении за течением родов в случае, если подозревается несоответствие размеров головки таза. С учетом дополнительной доступной информации следует использовать оба метода исследования, прежде чем принять решение об оперативном вмешательстве.

Физиологические роды могут, определяется или по признаку общей продолжительности родов, или по скорости раскрытия шейки матки (обычно выражаемой в см/час). Последний показатель с клинических позиций является более полезным, так как общая продолжительность родов может быть определена только ретроспективно.

Скорость раскрытия 1 см/час во время активной фазы родов часто считается гранью между физиологическими и патологическими родами.

Конечно, ценность такого разделения может быть подвергнута сомнению. Многие женщины с низкой скоростью 0,5 см/час, возможно, больше соответствует нижней границе физиологического течения родов, но это должно рассматриваться с известной осторожностью и с учетом общего состояния женщины.

В период мониторинга течения родов регистрация определенных показателей важна почти в той же степени, как и диагноз, их начала. Главные причины, побуждающие к этому, заключаются в необходимости отчетливо видеть характер течения родов, как можно раньше выявлять отклонения от нормы и облегчать доступность информации всем членам бригады, обеспечивающей роды. В настоящее время используется несколько способов регистрации показателей родов.

Дневник с учетом времени регистрации событий позволяет детально документировать все важные обследования матери и плода, но запись и проверка таких записей могут оказаться слишком утомительными. Длительное ведение этих записей затруднено, когда роды затягиваются или когда происходит смена персонала. Более конструктивным способом представления событий и течения родов можно облегчить раннее распознавание потенциально корригируемых отклонений от нормы.

Партограмма – структурное графическое представление течение родов – была принята во многих родильных отделениях всего мира. В дополнение к графическому фиксированию раскрытия шейки матки относительно времени на графике можно отмечать частоту маточных сокращений, назначение лекарств, частоту сердцебиения плода и другие важные показатели. С использованием партограмм течение родов можно представить, лишь взглянув на лист бумаги: нарушения родовой активности легко выявляется, и длинные записи становятся ненужными. Партограмму легко использовать, по ней легко обучать и эффективно обмениваться информацией о течении родов между бригадами медицинского персонала. Однако излишнее доверие к партограмме и особенно к точности протоколов действий, предпринятых в соответствии с показателями партограммы, может стать фактором для организации перегруппировки персонала, а не для помощи роженице.

Благополучие матери и плода требует тщательного наблюдения в процессе родов. Этот мониторинг не обязательно должен сопровождаться с использованием специальной аппаратуры, но при этом всегда необходимо скрупулезное и индивидуальное наблюдение.

Мониторинг течения родов – это не только определение маточных сокращений и раскрытия шейки матки. Скорость течения родов следует рассматривать в рамках общего состояния женщины, а не только с позиций физических проявлений. Скорость раскрытия 1 см/час у женщин, находящихся в тяжелом дистрессе и с сильными схватками,

гораздо опаснее, чем скорость раскрытия 0,3 см/час у женщин, находящихся в хорошем состоянии, которые ходят, пьют чай и разговаривают со своим сопровождающим.

Вагинальному исследованию следует отдать предпочтение по сравнению с ректальным для суждения о течении родов, но его нужно производить не чаще, чем это диктуется обстоятельствами. Медленное течение родов является тревожным сигналом, но не должно автоматически служить поводом к какому – либо вмешательству.

Биомеханизм родов – это совокупность сгибательных, вращательных, разгибательных и поступательных движений плода, которые он совершает, проходя через родовые пути матери под воздействием биологических процессов, происходящих в организме матери.

На головке ведущая линия – стреловидный шов, ведущая точка – малый родничок.

I момент – сгибание головки.

Головка устанавливается стреловидным швом в поперечном или в одном из косых размеров плоскости входа в малый таз.

II момент – внутренний поворот головки.

Он начинается в плоскости широкой части малого таза и заканчивается в плоскости выхода из малого таза; головка устанавливается стреловидным швом в прямом размере плоскости выхода из малого таза; затылком кпереди, личиком кзади.

III момент – разгибание головки.

Появляется точка фиксации на головке – подзатылочная ямка фиксируется у нижнего края лонного сочленения, происходит разгибание головки, рождаются лобик, носик, ротик, подбородочек.

IV момент – внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки личиком к бедру матери, противоположному позиции плода.

При этом плечики устанавливаются в поперечном или в одном из косых размеров плоскости входа в малый таз. Поворот плечиков начинается в плоскости широкой части малого таза и заканчивается в плоскости выхода из малого таза, плечики устанавливаются в прямом размере плоскости выхода. Переднее плечико фиксируется у нижнего края лонного сочленения, происходит сгибание в грудном отделе позвоночника плода, рождается заднее плечико, затем переднее плечико и весь плод.

Роль медицинской сестры с высшим образованием в ведение родов.

Для каждой роженицы при поступлении в родильный комплекс, заполняется история родов, при котором необходимо данные обменной карты; заполняется паспортная часть истории родов, проводится тщательный сбор анамнеза, общий осмотр женщины по органам и системам и ознакомление роженицы и ее партнёра с планом родов основанной приказом Минздрава РУЗ за номером 500.

При акушерском осмотре медсестра должна сосредоточить внимание: на форму живота, положении плода, вид и позицию плода, предлежащую часть плода, проводить приём Леопольда – Левицкого.

Медсестра должна уметь: измерять наружные размеры таза, определить предварительную массу плода, определить ПСР, выслушивать сердцебиение плода.

С началом родовой деятельности по принципу приказа №500 заводится партограмма, что означает «partus» - роды, «grammos» - регистрация. Партограмма имеет 10 параметров:

Информация о пациентке (Ф.И.О., время, час поступления);

Сердцебиение плода (100 – 180 уд. в мин.);

Характер околоплодных вод (ч – чистый, м – мекониальный, к – кровянистый);

Конфигурация головки (I – II – III степени);

Степень раскрытие шейки матки (0 – 10 см);

Прохождение головки (5/5 – 5/0);

Маточные сокращения за 10 мин. (:::, ///, ■);

Полученные лекарства;

Параметры А/Д (I) и Ps (.);

Выделение мочи (белок, ацетон, количество).

Медсестра должна уметь интерпретировать все параметры партограммы и своевременно подсказать о прогнозе физиологическом или патологическом течение родов. Медсестра должна всегда быть в контакте с женщиной и её партнером в родах и поддержать контакт во все периоды родов.

После рождение плода создать контакт матери и ребенка «кожа – к коже» и обеспечить раннее прикладывание к груди и соблюдать все принципы 500 приказа, организовать совместное пребывание матери и ребенка с раннего послеродового периода.

С началом раннего послеродового периода медсестра должна продолжить строгое наблюдение за общим состоянием роженицы инволюцией матки, за гемодинамикой матери (А/Д, Ps), выделение мочи, за характером лохий и лактации.

При дальнейшем послеродовом периоде продолжать наблюдение за общим состоянием родильницы, температуры тела, А/Д, Ps,

характером лохий, инволюции матки, за состоянием молочных желез и физиологических отправлениях.

При выписке необходимо проводить беседу о предупреждении нежеланной беременности, решить вопрос о выборе контрацепции и оповещать о принципах грудного вскармливания.

Тема №3

ПРЕЭКЛАМПСИЯ. СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ.

К токсикозам беременных относят ряд патологических состояний, которые возникают при беременности, осложняют ее течение, как правило, исчезают после её окончания. Токсикозы по этиологии связаны с беременностью. После родов (или аборта) обычно прекращаются все проявления: отдаленные последствия наблюдаются после тяжелых и длительно протекающих форм токсикозов.

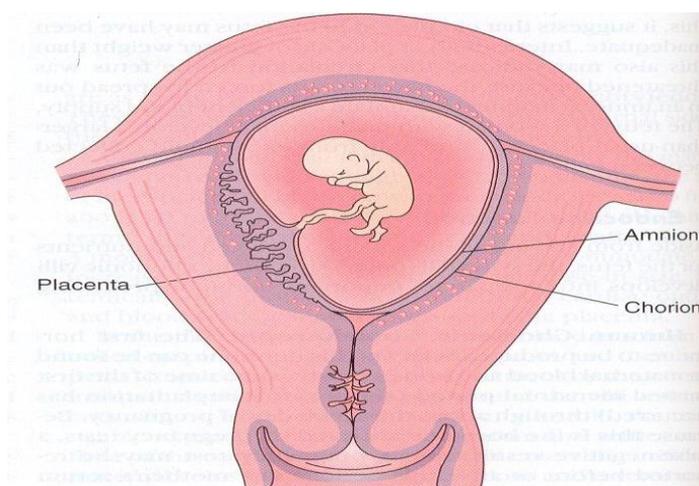


Рисунок 9

Термин «токсикоз беременных» введенный в начале настоящего века, не отражает всей сущности патологических процессов, характерных для этого состояния и не соответствует современным представлениям о причинах их возникновения и патогенезе. Многочисленные поиски специфических токсинов токсикозов, оказались безуспешными. В связи с этим было предложено заменить название «токсикоз» термином «гестоз», «аллергоз», «дискразия», «невроз», «дисгормоноз» и др. в соответствии с изменяющимися представлениями о патогенезе токсикозов. Для обозначения данной патологии практикуется также термин «Преэклампсия» в соответствии с основными симптомами заболевания.

Большинство акушеров предпочитают сохранить термин «токсикоз беременных» до полного выяснения причин возникновения и патогенеза заболеваний данной группы. Во время нормальной беременности происходит изменения функций почти всех органов и систем и значительные сдвиги в обмене веществ. Эти изменения физиологические, приспособительные, определяющие нормальное течение беременности и развитие плода: развитие физиологических изменений, возникающей при беременности, регулируется нервной системой при активном участии желез внутренней секреции.

Токсикозы беременных возникают вследствие нарушения приспособительных изменений в их организме – в первую очередь нейрогуморальной регуляции. 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.

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 и выносливость организма беременной женщины.

Классификация. – Предложено ряд классификаций токсикозов беременных. Наиболее приемлемо деление их на две большие группы:

- 1) Часто встречающиеся формы.
- 2) Редко встречающиеся формы.

К ранним токсикозам относятся: рвота беременных (легкая форма, умеренная рвота) чрезмерная рвота и птолизм к поздним водянка беременных, нефропатии, преэклампсия и эклампсия. К редким формам токсикозов относят желтуху, дерматозы, бронхиальную астму, тетанию, остеомалация беременных. Эти заболевания могут возникнуть как в первой, так и во второй половине беременности.

Различают три степени рвоты беременных: 1 – легкая, 2 – средней тяжести, 3 – тяжелая (чрезмерная):

I степень – рвота бывает до 2-5 раз в сутки на фоне умеренной тошноты, расстройств обоняния и вкуса. Аппетит снижен, однако принятая пища большей частью больными удерживается. Функция кишечника нарушена (склонность к запорам). Потеря массы тела не выражена. Общее состояние удовлетворительное, но отмечается эмоциональная неустойчивость и повышенная раздражительность. Кожа и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Язык влажный. Показатели артериального давления, пульса, температуры тела соответствуют норме. Изменения в крови и моче отсутствуют, диурез нормальный.

Для II степени – характерны симптомы интоксикации. Рвота учащается до 10 раз в сутки, в большинстве случаев ей сопутствует тошнота и гиперемия. Пища удерживается частично. Аппетит резко снижен или отсутствует. Снижается масса тела, ухудшается общее состояние. Отмечаются повышенная возбудимость, раздражительность, иногда депрессия. Имеют место сухость кожных покровов, языка, снижение диуреза, в моче появляется ацетон.



Рисунок 10

III степень – рвота многократная в течение суток. Больные полностью не удерживают пищу. Аппетит практически отсутствует (отвращение к любой пище и запахам). Быстрое снижение массы тела (до 10 кг) приводит к истощению больной. Кожные покровы сухие и бледные, иногда с иктеричностью склер. Язык сухой, обложен налетом, из – за рта отчетливый запах ацетона. Часто развиваются гингивиты. Живот вялый, иногда определяется болезненность в области печени. Нарастают слабость, адинамия, утрачивается трудоспособность, часто с депрессией. Пульс учащается до 100 – 120 в минуту. Выражена гипотония, температура субфебрильная. Суточный диурез резко снижен, в моче появляются форменные элементы, уробилин, желчные пигменты, нарастает содержание ацетона. В крови увеличивается уровень остаточного азота, а хлориды и холестерин снижается. В связи с обезвоживанием организма относительно повышается количество гемоглобина крови. Больные становятся вялыми, апатичными; возможны эйфория, бред, признаки тяжелой интоксикации. При неэффективном лечении такое состояние служит показанием для искусственного прерывания беременности.



Рисунок 11

В стационаре беременной необходимо провести самое тщательное клиническое и лабораторное обследование. Исходя из патофизиологических особенностей рвоты беременных, для диагностики, контроля эффективностью лечения применяют следующие обязательные методы исследования:

1. Контроль массы тела.
2. Учет потребления и выделения жидкости.
3. Измерение в динамике артериального давления.
4. Определение гемоглобина.
5. Исследования мочи на содержание белка и ацетона.
6. Определение билирубина в крови и проведение печеночных проб.
7. Определение азота, мочевины.
8. Определение уровня электролитов в крови и моче.
9. Контроль за кислотно-щелочным состоянием крови.
10. Исследования в динамике картины глазного дна.

РЕДКИЕ ФОРМЫ ТОКСИКОЗОВ БЕРЕМЕННЫХ

Дерматозы. К дерматозам беременных относят заболевания кожи, возникающие во время беременности и исчезающие после её окончания. Дерматозы проявляются в виде зуда, реже в форме экземы, эритемы, герпетических высыпаний.

Экзема. Является сравнительно редкой формой дерматоза беременных: проходит бесследно после родов, но иногда возобновляется при следующей беременности. Экзема может быть на коже молочных желез, живота, бедер, рук. Лечение проводят совместно с дерматологом. Нередко успех достигается в результате применения бромида натрия с кофеином, хлорида кальция и других десенсибилизирующих средств.

Бронхиальная астма беременных. Наблюдается очень редко. Полагают, что её причинами являются возникающая при беременности гипофункция паращитовидных желез и нарушение кальциевого обмена. Заболевание обычно поддается лечению (препараты кальция, бромид натрия с кофеином, витамины и др.). Беременность может наступить у женщин, ранее страдавших бронхиальной астмой. Обычно при беременности течение астмы ухудшается, реже наступает улучшение.

Тетания беременных. При пониженной функции паращитовидных желез и возникновении при этом нарушения кальциевого обмена у беременных появляется склонность к возникновению тетании.

Желтуха и беременность. Желтуха, возникающая при беременности, может быть симптомом разных заболеваний или проявлением токсикозов беременных.

Лечение.

1. Дезинтоксикационная терапия.
2. Витаминотерапия.
3. Общеукрепляющая терапия.
4. Антианемическая терапия.
5. Противорвотная терапия.
6. Иммунотерапия.
7. Симптоматическая терапия.
8. Гормональная терапия.
9. Седативная терапия.
10. Физиотерапия.

При отсутствии эффекта от консервативной терапии - прерывание беременности.

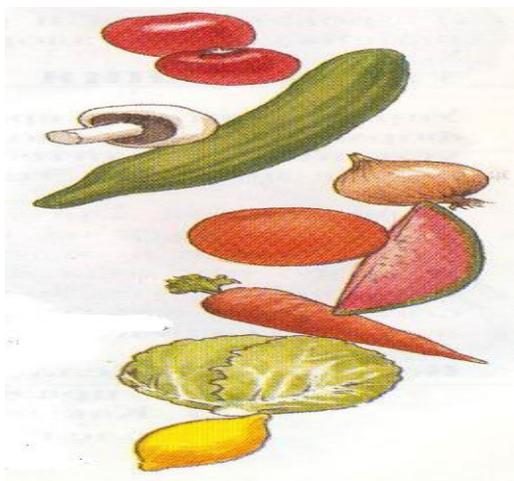


Рисунок 12

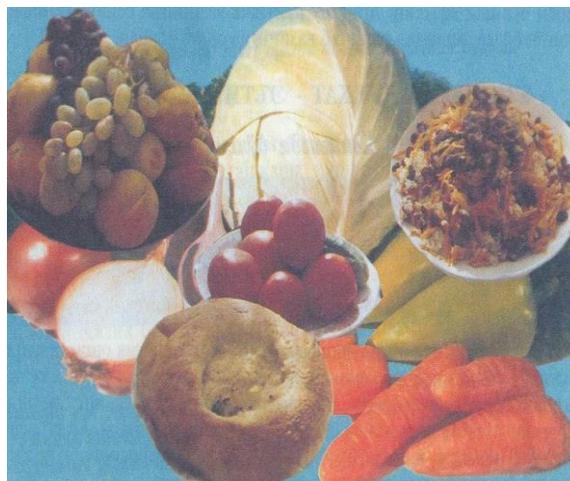


Рисунок 13

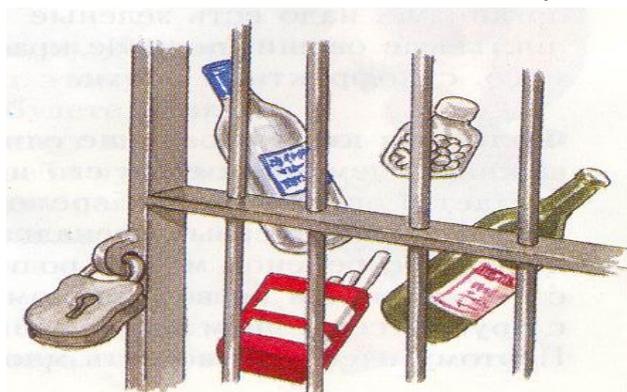


Рисунок 14

Профилактика.

1. Лечение ЭГЗ заболевание.
2. Планирование семьи.
3. Диспансерное наблюдение в женской консультации.
4. Своевременная госпитализация в ОПБ.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ

Под термином «преэклампсией» беременных понимают сложный нейрогуморальный патологический процесс, проявляющийся различными расстройствами функций центральной и вегетативной нервной, сердечно – сосудистой и эндокринной систем, а также нарушений ряда обменных процессов, иммуногенеза и других функций организма беременной.

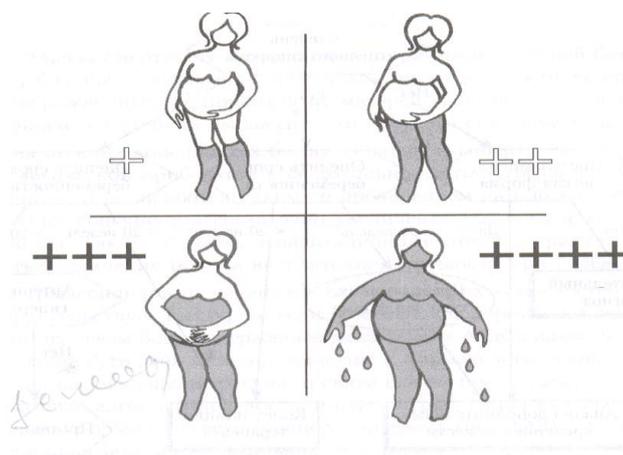


Рисунок 15. Классификация степени тяжести отечного синдрома.

Необходимо подчеркнуть что токсикозы беременных, в том числе и преэклампсия встречаются только у человека с его высокой развитой нервной системой. При этом важнейшим патологическим звеном в развитии токсикоза является функциональные расстройства нервной системы. На протяжении веков преэклампсию описывали под такими названиями, как родильные судороги, родильный нефрит и альбуминурия, эклампсия и преэкламптическая токсемия, токсикоз беременных и нефропатия. Сравнительно недавно появились термины гестоз, артериальная гипертензия, обусловленная беременностью, и преэклампсия.

Модный сегодня во всем мире термин преэклампсии и ввел в клиническую практику сотрудник Санкт-Петербургской Медико-хирургической академии С.Д. Михнов в 1898 году, описал клинические предвестники эклампсии

Преэклампсия возникает преимущественно во второй половине беременности. Данная патология часто наблюдается у первородящих и особенно среди юных до 18 лет, а также у беременных и рожениц старше 30 лет.

Преэклампсия является одной из ведущих причин материнской смертности 20 – 25 %.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ.

Несмотря на большое число теорий выдвинутых разными авторами в разное время для объяснений этиологий преэклампсии, его природа до последнего времени остается неясным.

Исторически одной из первой было выдвинута так называемая инфекционная теория авторы пытались доказать вирусную природу заболевания.

ПОЧЕЧНАЯ ТЕОРИЯ

Многие авторы пытались объяснить возникновение заболевание повышением выработки ренина которой соединяясь Л 2 глобулином крови образует гипертензин которой вызывает повышении А/Д.

ЭНДОКРИННАЯ ТЕОРИЯ.

Плацентарная теория объясняет развитие позднего токсикоза, нарушением гормональной функции и морфологическими изменениями в плаценте.

АЛЛЕРГИЧЕСКАЯ ТЕОРИЯ

Сторонники аллергической теории полагают, что в основе заболевания лежит поступление от плода или плаценты в организм матери белковых субстанций имеющих значение аллергенов.

Классификация гипертензивных расстройств во время беременности

(МКБ-10)

- Хроническая гипертензия или болезнь почек (диагностированная до 20 недель беременности или сохраняющаяся через 6 недель после родов)
- Хроническая гипертензия с присоединившейся протеинурией (присоединившаяся преэклампсия)
- Протеинурия, вызванная беременностью, (гестационная протеинурия)
- Гипертензия, вызванная беременностью, без протеинурии (гестационная гипертензия)
- Преэклампсия (гестационная гипертензия с протеинурией).
- Эклампсия (генерализованные судороги, не связанные с эпилепсией или другой известной патологией)
- Не уточненная (неклассифицированная) гипертензия и/или протеинурия

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

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРЕЭКЛАМПСИИ И ЭКЛАМПСИИ.

Гипертония, отеки, и протеинурия остаются наиболее важными клиническими признаками этого состояния. Дискутабельна степень повышения кровяного давления, требуемого для постановки диагноза гипертонического расстройства беременности и инструментов для его измерения.

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 в некоторой степени гипертензия положительно воздействует на адекватный маточно-плацентарный кровоток в условиях повышенного сосудистого спазма.

Параметры артериального давления

Таблица 1

Диастолическое АД > 90 мм рт.ст
<i>Или</i>
Повышение систолического АД на 30 мм рт.ст. и более
<i>Или</i>
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 выше 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.

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

Признаки и симптомы эклампсии

Таблица 2

Центральная нервная система	Желудочно-кишечный тракт
Головная боль	Тошнота
Головокружение	Рвота
Металлический привкус	Боль в эпигастрии
Сонливость	Увеличение и болезненность печени
Лихорадка	

Гиперрефлексия	Кровь в содержимом кишечника
Диплопия	Почечная система
Скотомы	Протеинурия
Затуманенное видение	Отеки
Внезапная слепота	Олигурия или анурия
Сердечно-сосудистая система	Гематурия или гемоглобинурия
Гипертония	
Изменение показателей дыхания	
Тахикардия	

Наиболее опасные осложнения преэклампсии, сопровождающиеся высокой летальностью, следующие:

- аспирационный синдром;
- HELLP – 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).
- Преэклампсические кризы

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

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

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 холестааз беременных от других состояний.

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 холестааз 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.

Отек 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 [Oriole N.E.]. 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 альвеола – капиллярной мембраны. От правильного понимания генеза отека легких зависит эффективность интенсивной терапии.

Дифференциальная диагностика судорожного синдрома у беременных.

Таблица 3

ЭПИЛЕПСИЯ	Эклампсия	Псевдосудороги
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	Движения хаотичны.	Длительное напряжение мышц,

медленных, по определенной программе.		ригидность.
Могут быть во время сна (сон подтвержден по ЭЭГ)	Никогда 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

Лечение и профилактика преэклампсии.

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.

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.

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

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

Верапамил, другой препарат из группы антагонистов кальция, обладает прямым отрицательным инотропным и хронотропным эффектом, безопасен для беременных при лечении суправентрикулярных аритмий и гипертрофической кардиомиопатии и является эффективным антигипертензивным препаратом в дозах от 120 до 360 мг в день. Он может быть использован вместо бета– адреноблокаторов, 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.

ИНФУЗИОННАЯ ТЕРАПИЯ

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

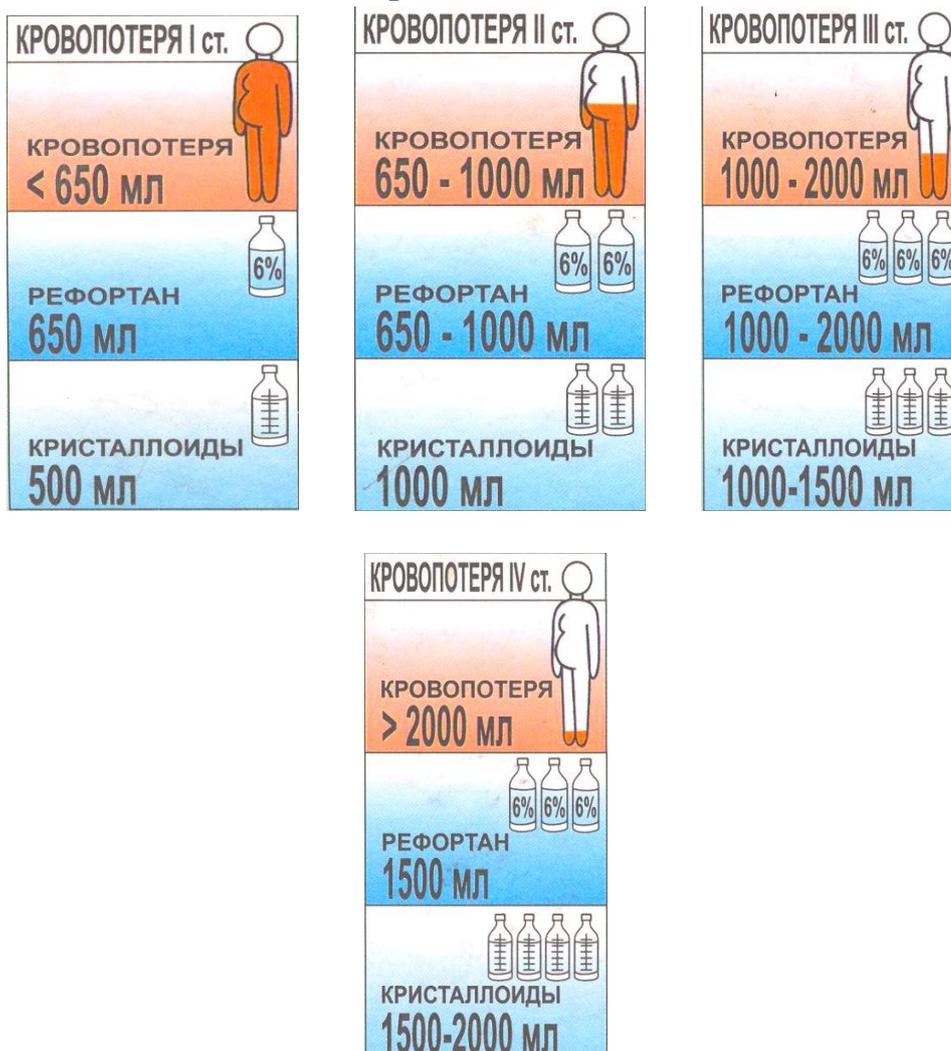
Рекомендуется инфузионные средства:

- 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.

Протокол инфузионно – трансфузионной терапии акушерских кровотечений



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 $70 \times 10^3 / \text{мл}$.



Рисунок 16

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, мочеви́на,
 - билирубин (прямой, непрямой),
 - АЛТ, АСТ, 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.

Первичная помощь при эклампсии.

- положить женщину на спину
- обеспечение проходимости дыхательных путей
- дать гипотензивные и седативные средства
- важно, чтобы женщину перевезли в надлежащее безопасное место для родов и последующего ухода.

Помните: Эклампсия – состояние, угрожающее жизни матери и плода.

Далее:

- ИВЛ в режиме гипервентиляции + П.Д.К.В (+ 4-8 мм вод. ст.) с постоянной оксигенацией.

- Противосудорожная терапия с комплексом средств (желательно без барбитуратов и Г.О.М.К.)

- Катетеризация магистральных вен и измерять ЦВД.

- Инфузионно – трансфузионная терапия под контролем ЦВД (оно не должно быть выше 130 мм.вод.ст.) диуреза, А/Д, пульс, температура, с стимуляцией диуреза салуретиками.

При И.Т.Т. используются онкотически активные препараты – Реополиглюкин, альбумин, препараты Г.Э.К–6%, С.З.П. и концентрированные растворы натрия хлорида.

- Досрочное родоразрешение;

- А.Б. – терапия (цефалоспорины, аминогликозиды);

- Средства улучшающие мозговой кровоток и метаболизм (сермион, кавинтон, ноотрапил и т.д.);

- Улучшающие сократительную способность миокарда (сердечные гликозиды, кораноролитики);

- Улучшающие реологию крови (гепарин до 300 ЕД (кт, курантил, копламин);

- Иммуномодуляторы (тималин, иммуномодулин, Т-активин);

- Экстракорпоральные методы детоксикации (гемосорбция, гемофильтрация, плазмофарез);

- Общеукрепляющая и витаминотерапия.

ПРОФИЛАКТИКА ПРЕЭКЛАМПСИИ

АСПИРИН

Начальные клинические испытания аспирина были весьма обнадеживающими, демонстрируя снижение заболеваемости преэклампсией примерно, на 75%. Результаты последних, более широких испытаний продемонстрировали меньшее преимущество от терапии аспирином. В целом, все эти испытания показали наибольшую, но значимую пользу аспирина в профилактике преэклампсии у женщин группы высочайшего риска. Эти испытания не установили наличия каких-либо последствий или вредного воздействия аспирина на женщину и плод. Хотя энтузиазм в этом отношении утих, аспирин, назначаемый в дозе 81 мг в день с начала второго триместра беременности до самих родов, может использоваться для профилактики преэклампсии у женщин в группе высочайшего риска, например, у женщин с преэклампсией в анамнезе или другими более значимыми видами риска (таблица 3). Аспирин не показан для назначения не отобраным специально, здоровым, нерожавшим женщинам.

КАЛЬЦИЕВАЯ ДОБАВКА

Единственное, хорошо спланированное испытание добавки, содержащей 2 мг кальция в день, назначаемой здоровым нерожавшим женщинам на 20-й неделе беременности, показало существенное снижение риска возникновения транзиторной гипертензии, но не преэклампсии. Как и с аспирином, наиболее значительные состояния матери и плода не подверглись влиянию назначаемого кальция. Не сообщалось о побочных явлениях при приеме кальция.

Роль медицинской сестры с высшим образованием при ведении беременности и родов у женщин с преэклампсией.

При поступлении беременной женщины в стационар мед.сестра с высшим образованием должна собрать полный анамнез. Она должна выслушивать сердцебиение плода, измерять окружность живота, высоту стояния головки и наружные размеры таза, измерять артериальное давление, обратить внимание на отеки (степень). До прихода врача мед.сестра должна ставить свой диагноз определять степень тяжести преэклампсии и сопоставить с врачебным диагнозом.

Если женщина поступила в тяжелом состоянии (преэклампсия тяжелой степени и эклампсия), она должна уметь оказать первую доврачебную помощь. Она должна хорошо уметь собрать и знать все лабораторные анализы необходимые при преэклампсии и оказать первичную помощь при эклампсии. Учитывая возможность

наступления описанных выше осложнений и необходимости в ряде случаев оказания оперативной помощи, мед. сестра не должна брать на себя самостоятельное ведение родов у женщин с преэклампсией, как правило необходимо проводить в род.зале с врачом. В род.зале наблюдение за роженицей с преэклампсией акушерка вместе врачом акушер-гинекологом и реаниматологом. Чтобы своевременно сигнализировать о всех отклонениях, мед.сестра должна уметь правильно оценить характер течения родов, состояние роженицы и плода.

Тема №4

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ АНЕМИИ ЗАБОЛЕВАНИИ ПОЧЕК.

Экстрагенитальные заболевания – это заболевания, не связанные с беременностью. Без сомнения, заболевание и беременность обычно отрицательно действуют друг на друга.

При постановке беременной на учет ее осматривают специалисты и решают вопрос о возможности вынашивания беременности.

Беременность при сердечно – сосудистой патологии протекает с осложнениями. При активной фазе, пороках сердца значительно чаще бывают преждевременные роды, отек и инфаркт легких, пневмония, тромбофлебит. Наличие хронической гипоксии у беременной, изменения в плаценте являются причиной гипотрофии, а иногда и внутриутробной гибели плода.

Гипертоническая болезнь значительно ухудшает течение беременности: отмечается ее преждевременное прерывание, присоединившаяся преэклампсия, ее тяжелое течение, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, гипоксия и гипотрофия плода.

У беременных с заболеваниями **мочевыделительной системы** (пиелонефрит, нефрит, мочекаменная болезнь) возникает ряд функциональных сдвигов, способствующих развитию инфекции мочевых путей.

ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ БЕРЕМЕННЫХ

Железодефицитная анемия (ЖДА) – одно из наиболее распространенных заболеваний человека, поражающее около 25% населения земного шара. ЖДА – это состояние, при котором запасы железа в организме недостаточны для нормального гомеостаза, то есть потребности превышают физиологическое поступление железа. Наиболее часто ЖДА болеют дети в период усиленного роста (первый

период – второй год, когда ребенок быстро растет; и второй – период полового созревания, когда у девочек появляется дополнительный расход железа в виде менструаций), молодые девушки, беременные. По данным ВОЗ, частота ЖДА у беременных достигает 80–90%. Известно, что ЖДА может вызвать ряд осложнений как у матери, так и у плода: невынашивание, гестоз, хроническую гипоксию плода, синдром задержки развития плода, аномалию родовой деятельности и др. Развитие анемии у беременных может быть обусловлено патологией печени (хронический гепатит, гепатоз), тяжелым гестозом, когда возникает нарушение депонирования в печени ферритина и гемосидерина, а также недостаточность синтеза белков, транспортирующих железо.



Рисунок 17

Помимо беременности, наиболее частыми причинами ЖДА могут быть повышенная кровопотеря во время менструации (гиперполименорея, миома матки, аденомиоз и др.), незначительные часто повторяющиеся кровотечения из желудочнокишечного тракта (гастрит, язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, варикозное расширение вен пищевода, дивертикулы, геморрой и др.), а также нарушение всасывания железа в желудочнокишечном тракте.

Реже дефицит железа связан с недостаточным его поступлением в организм, что наблюдается при хроническом недоедании и голодании, ограничении питания с лечебной целью, однообразной пище с преимущественным содержанием жиров и сахаров.

Развитие ЖДА связано с физиологической ролью железа в организме и его участием в процессах тканевого дыхания

Железо является одним из наиболее распространенных микроэлементов в организме человека. Оно обеспечивает перенос кислорода, участвует в окислительных процессах, синтезе иммуноглобулинов, коллагена, порфирина, влияет на количество и функциональные свойства Т-лимфоцитов, входит в состав нервных клеток и т.д.

Различают два вида железа:

- Экзогенное (алиментарное) – в организм поступает только с пищей.
- Эндогенное – железо которое содержится в организме (в гемоглобине, миоглобине, в тканевых ферментах, в плазме, в органах – печени, селезенке, костном мозге).

Организм человека содержит от 4 до 5 г железа в форме гуминовых и негуминовых соединений. Среди гуминовых наибольшее количество, примерно 3000 мг, находится в гемоглобине, дыхательные ферменты клеток (цитохромы, каталаза, пероксидаза) содержат 25 мг. В то же время организм располагает богатым резервом негеминовых соединений до 1500 мг, которые в форме ферритина и гемосидерина отлагаются в печени, селезенке и костном мозге. К ним, в частности, относится и сывороточное железо, предназначенное для пополнения суточных затрат железа.

Железо, как и некоторые другие микроэлементы, выделяется из организма в очень небольших количествах (1–1,5 мг), поскольку эндогенный обмен происходит почти полностью за счет железа, содержащегося в гемоглобине, откуда оно получается при физиологической деструкции старых эритроцитов в костном мозге. Гемолиз осуществляется макрофагами, а расщепление гемоглобина протекает в двух направлениях – с образованием продуктов, содержащих и не содержащих железо.

Суточная потеря железа минимальна и связана со слущиванием клеток кишечного эпителия, десквамацией покрова кожи и отторжением ее придатков (волос, ногтей), малое количество микроэлемента выводится с потом, мочой. Общее количество выделенного железа составляет примерно 1 мг, однако у женщин репродуктивного периода оно в 2 раза больше ввиду менструальной потери.

Но какой бы не была потеря Fe, ее необходимо возместить. Это осуществляется приемом железа с пищей. В составе смешанной пищи ежедневно в организм поступает около 20–30 мг железа. Но это в основном трехвалентное железо, и оно связано с протеином, образуя труднорастворимые органические соединения. Его надо переработать и редуцировать в двухвалентное, что происходит в основном под влиянием различных кислот в желудочно–кишечном тракте. Таким образом, в кишечник поступает всего 10–15 мг Fe, подходящего для

резорбции. Эпителиальные клетки двенадцатиперстной кишки и верхней части тощей кишки всасывают значительные количества железа, но при этом только 10–15% Fe^{2+} переходит в кровь, связываясь с трансферрином. Большая часть его остается в эпителиальных клетках кишечника и выбрасывается наружу вместе с ними при их слущивании.

Беременность, как чрезвычайно активный процесс, конечным результатом которого является создание нового организма, требует железо в больших количествах. Надо иметь в виду, что два триместра беременности, до VI лунного месяца включительно, может наблюдаться даже повышение сывороточного железа. Это связано с тем, что с начала гестации менструации прекращаются, в связи, с чем организм женщины экономит, а не расходует железо. Кроме того, в первые месяцы беременности нет интенсивного расходования железа, и только начиная с VII лунного месяца, организм женщины нуждается во все возрастающих количествах железа для удовлетворения собственных потребностей, увеличенной массы крови и создания фетоплацентарного комплекса.

Многочисленные исследования показали, что поступление железа из крови к плоду осуществляется через плаценту. Установлено, что принятое матерью железо уже через 40 минут появляется в плазме плода, а через два часа в его эритроцитах. Однако плод расходует железо не только для своих эритроцитов, но и для собственного развития, а в последние два месяца беременности еще и для образования резервов в печени, селезенке и костном мозге. Таким образом, в 3 триместре беременности материнский организм лишается железа в следующих количествах:

1. для формирования плода 300 мг
2. для плаценты, пуповины 100 мг
3. для 20кратного увеличения размеров матки 50 мг
4. для собственных потребностей тела 170 мг
5. для увеличения эритроцитарной массы 450 мг

Всего 1070 мг

Но следует иметь в виду, что менструации у женщины отсутствовали, и организм женщины экономил железо, хотя и в небольшом количестве всего лишь 40 мг. В то же время резорбция алиментарного железа в кишечнике постепенно увеличивается до 2,5-3-3,5 мг в сутки, так что общее количество сэкономленного и резорбцированного железа во время беременности составляет в среднем 820 мг (рис. 2), расход железа превышает его поступление в среднем на 250мг. В физиологических условиях эта недостаточность компенсируется выведением из депо запасов железа, что не отражается на общем состоянии и гематологических показателях. Исключение составляет сывороточное железо, которое после VII лунного месяца

уменьшается приблизительно на одну треть с 120 до 80 мкг% и остается таким до конца беременности.

В тех случаях, когда потребление выше (близнецы), депо бедно железом или нарушена резорбция, сидеропения прогрессивно усугубляется, уровень сывороточного железа падает ниже 60 мкг%, а железо-связывающая способность нарастает более чем на 400 мкг%. Тогда сидеропения становится явной, и в таких случаях необходимо выяснить, связана она с беременностью или является следствием других состояний.

Клиника.

От тяжести ЖДА судят по уровню гемоглобина: легкая степень характеризуется снижением гемоглобина до 110-90 г/л, средняя от 89 до 70 г/л, тяжелая 69 г/л и менее. Клиническая симптоматика обычно появляется при средней степени тяжести заболевания, при легкой форме анемии беременная может не предъявлять жалоб и объективными признаками будут только лабораторные показатели. ЖДА обычно диагностируется во второй половине беременности. Клиническая картина зависит от степени дефицита железа, недостаточности гемоглобина и симптомов, вызванных дефицитом железосодержащих ферментов.

В своем развитии железодефицитная анемия проходит два периода: скрытого дефицита и явной анемии, вызванных дефицитом железа. В период скрытого дефицита железа многие субъективные жалобы и клинические признаки, характерные для ЖДА, не выражены или отсутствуют вовсе. По мере прогрессирования заболевания, появляется слабость, головокружение, головная боль, сердцебиение, одышка, обмороки, снижение работоспособности, бессонница. Эти симптомы не специфичны для ЖДА и могут наблюдаться при анемиях другой этиологии. Патогномичным для ЖДА можно считать изменения кожи, ногтей, волос, мышечную слабость, соответствующую степень анемии, извращение вкуса.

Кожа становится более бледной, сухой, на ней появляются трещины, нередко наблюдается желтизна рук и треугольник под носом вследствие нарушения обмена каротина. Возникает ангулярный стоматит: трещины в углах губ. Изменяется форма ногтей: они уплощаются, становятся ломкими. Появляется покраснение и болезненность языка, при атрофии его сосочков развиваются явления глоссита (чаще он встречается при B_{12} дефицитной анемии). Волосы становятся сухими, ломкими, начинают выпадать. Нередко у больных отмечается "синевая" склер, которая объясняется просвечиванием сосудистых сплетений. Мышечная слабость заставляет отказаться от привычной нетяжелой физической работы. Возможно нарушение функции сфинктеров и вследствие этого непроизвольное

мочеиспускание. Появляется извращение вкуса и обоняния: желание есть мел, ластик, глину, сырые крупы, нюхать жидкости с резким запахом (керосин, ацетон и др.).

Печень и селезенка при ЖДА не увеличивается. Наблюдаются симптомы поражения сердечнососудистой системы: сердцебиение, одышка, боли в груди, иногда отеки на ногах. Артериальное давление может быть снижено. У многих больных выслушивается систолический шум на верхушке сердца и в точке проекции легочной артерии. При тяжелой форме ЖДА, которая относительно редко встречается в России, развивается анемическая миокардиодистрофия.

Анемия осложняет течение беременности и родов. Часто (40-50%) присоединяется преэклампсия, преждевременные роды наступают у 11-42%, гипотония и слабость родовой деятельности отмечается у 10-15%, кровотечения в родах возникают у 10% рожениц, послеродовой период осложняется гнойно-септическими заболеваниями у 12% и гипогалактией у 38% родильниц. Неблагоприятное влияние анемия беременных оказывает и на внутриутробное состояние плода, способствует развитию фетоплацентарной недостаточности, внутриутробной задержке роста плода. Тяжелые формы ЖДА могут стать причиной перинатальной заболеваемости и смертности.

Установлено, что дефицит железа у беременных приводит к развитию ЖДА у новорожденных, что неблагоприятно сказывается на умственном и моторном развитии ребенка, может стать причиной серьезных нарушений иммунного статуса в раннем неонатальном периоде. Почти у половины детей, рожденных матерями с ЖДА, к концу первого года жизни диагностируется анемия.

Таким образом, транспорт железа к плоду является активным процессом, а количество этого железа находится в прямой зависимости от его содержания в плазме матери. Даже при наличии у матери латентной сидеропении запасы железа у новорожденного уменьшены, что может явиться причиной развития сидеропении и анемии у новорожденных.

Диагностика ЖДА.

Во время беременности наиболее достоверна лабораторная диагностика ЖДА. По данным ВОЗ, критериями железодефицитной анемии беременных являются:

- Содержание гемоглобина 110 г/л и ниже;
- Количество эритроцитов менее $3,5 \times 10^{12}$ г/л;
- Снижение цветового показателя ниже 0,85;
- Гематокрита ниже 0,33;
- Содержание сывороточного железа ниже 12,5 мкг/л.

Основными показателями ЖДА, отличающими ее от других вариантов анемий, являются низкий цветовой показатель, гипохромия эритроцитов, снижение содержания сывороточного железа, повышение общей железосвязывающей способности сыворотки и клинические признаки гипосидероза.

При гипохромной анемии, как правило, изменена морфология эритроцитов: они различной формы (пойкилоцитоз), неодинаковой величины (анизоцитоз), в мазке крови встречаются мелкие клетки (микроцитоз средний эритроцитарный объем менее 80 мкм^3). Короткоживущие формы эритроцитов пойкилоциты и анизоциты образуются вследствие нарушения электролитного баланса красных кровяных телец, изменения структуры мембранного белка спектрина. Содержание ретикулоцитов нормальное (1,2%) или несколько повышено. В костном мозге при ЖДА наблюдается гипохромия и микроцитоз эритроцитов.

Большое диагностическое значение имеет определение сывороточного железа. При ЖДА содержание сывороточного железа менее $12,5 \text{ мкмоль/л}$. Для получения достоверных результатов пациентка не менее 5-7 дней до взятия крови на исследование не должна принимать препараты железа.

Дифференциальная диагностика.

ЖДА следует отличать от сидероахрестической анемии и талассемии (один из видов наследственной гемолитической анемии). При сидероахрестической анемии вследствие генетического или приобретенного нарушения обмена порфиринов железо не поступает в эритроидные клетки. В результате этого развивается анемия с резким снижением цветового показателя при повышенном содержании железа сыворотки. В костном мозге отмечаются признаки раздражения красного ростка, повышенное содержание эритроидных клеток с включением железа.

При талассемии отмечается умеренное снижение гемоглобина при значительном снижении цветового показателя, уровень сывороточного железа повышен. Характерно наличие мишеневидных эритроцитов. Одновременно выявляются все симптомы гемолитического синдрома.

ЖДА следует дифференцировать и с мегалобластными анемиями, обусловленными нарушением в костном мозге образования дезоксирибонуклеиновой кислоты (ДНК) прежде всего за счет дефицита витамина B_{12} и фолиевой кислоты. В клинической картине отмечается гиперхромная, реже нормохромная анемия. При этом содержание железа сыворотки бывает обычно нормальным или даже несколько повышенным.

При всех перечисленных формах анемии лечение препаратами железа не показано.

Лечение ЖДА.

К комплексным пероральным препаратом железа относится:

1. Феромакс по 1 капсуле один раз в день до еды 1-1,5 часа. При выраженной анемии по 1 капсуле 2 раза в день. Курс лечения 2-6 месяцев.

2. Витарич – витаминно-минеральный комплекс по 1 капсулы 1 раз в день после еды в течение 1 месяца.

3. или Феррум Лек (жевательные таблетки, сироп, капли).

а) жевательные таблетки 1 таблетке в любое время возможно с небольшим количеством жидкости.

б) сироп: обычная суточная доза – две дозировочные (или чайные) ложки, двукратно, перед едой.

в) капли: обычная суточная доза составляет по 15 капель дважды в сутки во время или после еды.

Длительность приема препаратов в этой дозе определяется врачом, учитывая степени анемии.

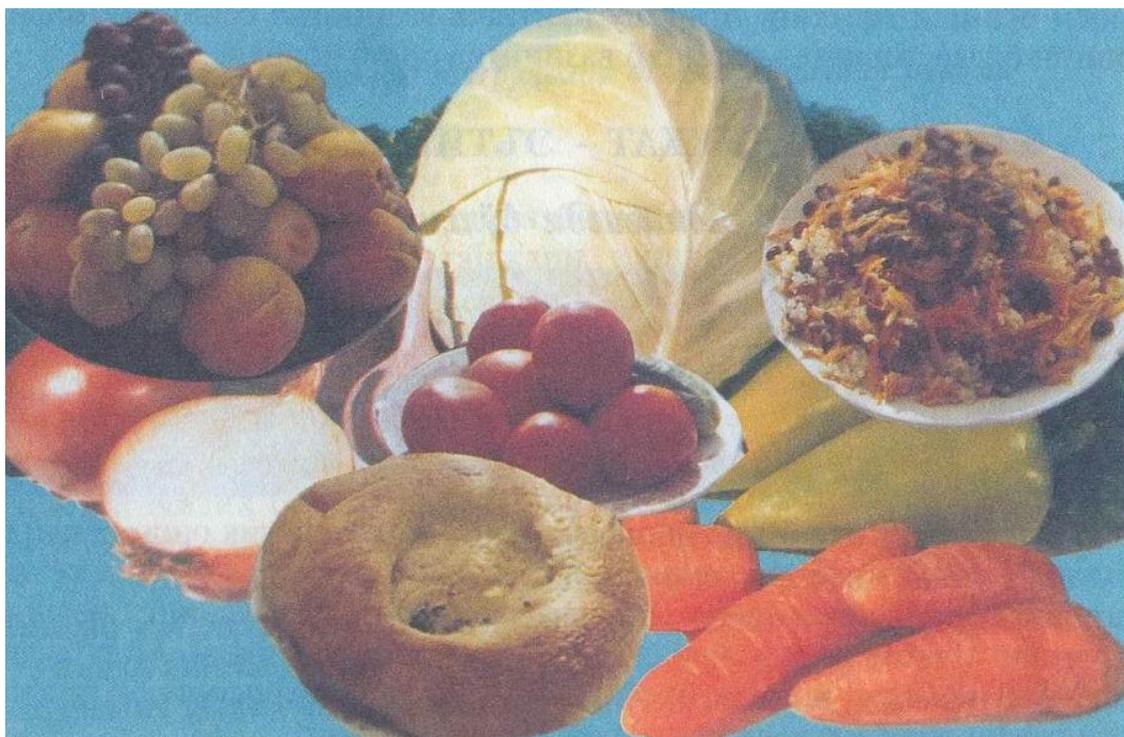


Рисунок 18

БОЛЕЗНИ ПОЧЕК У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ.

В последнее десятилетие участились заболевания почек у женщин, в частности у беременных. Болезни почек оказывают неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода.

Среди патологических процессов в почках, наблюдаемых у беременных женщин, наиболее частой клинической формой является пиелонефрит (до 10%), другие заболевания (в частности, гломерулонефрит) встречаются значительно реже (0,1—0,5%). Неблагоприятное воздействие на беременность и плод особенно выражено при пиелонефрите и гломерулонефрите: поздний токсикоз выявляется у 30—40% больных, самопроизвольное прерывание беременности в ранние или поздние сроки — у 15—20%; гипотрофия плода — у 12—15%; перинатальная смертность составляет 25—100%.

В свою очередь, прогрессирующая беременность провоцирует обострение пиелонефрита, способствует учащению приступов почечной колики, нередко неблагоприятно сказывается на течении гломерулонефрита, ухудшает функцию единственной почки у женщин, перенесших нефрэктомия.

Совершенствование диагностики, лечения и профилактики заболеваний почек у беременных, обусловленное внедрением достижений науки в практику, диктует необходимость периодического пересмотра принципов ведения беременности, родов и послеродового периода у таких женщин.

ПИЕЛОНЕФРИТ У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ.

Пиелонефрит - самое частое заболевание почек у беременных. Это инфекционное поражение встречается в 6-10% случаев. 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 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.



Рисунок 19

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. Воспалительный процесс в почке чаще возникает в детстве или в период полового созревания, в дальнейшем нередко протекает бессимптомно и обостряется во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Наиболее часто пиелонефрит выявляется у беременных (48%), реже у родильниц (35%), еще реже у рожениц — в 17% случаев. Возбудителями ПН у беременных часто являются условно патогенные микроорганизмы. Кишечная палочка высеивается 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 высеивают также клебсиеллу, энтерококк и др. Однако чаще всего возбудителями ПН являются грамотрицательные микроорганизмы — стрептококки групп D и B, стафилококки и микрококки. Воспаление в почках могут вызывать также *Candida*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Trichomonas vaginalis*, анаэробные бактерии. При свежем процессе находят, как правило одного возбудителя, а при длительно существующем — несколько.

Инфекция в почку и лоханку может попасть гематогенным и реже — восходящим путем. Первичный очаг инфекции чаще всего располагается в миндалинах, кариозных зубах, в органах мочевой и половой системы. Источником инфекции в послеродовом периоде может явиться матка.

Для возникновения воспалительного процесса в почках, помимо проникновения в них инфекции, необходимы предрасполагающие факторы, наиболее существенными из которых являются нарушения уродинамики и кровообращения в почках. Изменения уродинамики верхних мочевых путей способствуют развитию пузырно-мочеточниковых и лоханочно-почечных рефлюксов (обратный ток мочи, в результате которого повышается внутрилоханочное давление, приводящее к проникновению мочи, микробов и токсинов в ткань почки, что предрасполагает к развитию острого пиелонефрита). Любое препятствие оттоку мочи (камень, опухоль, перегиб мочеточника), а также аномалии развития почек и мочеточников создают предпосылки к развитию воспалительного процесса в почках.

Нарушения уродинамики мочевыводящих путей во время беременности начинаются с ранних сроков беременности и находятся в прямой зависимости от изменения концентрации и соотношения гормонов (эстрогенов, прогестерона, хорионического гонадотропина, кортикостероидов). В более поздние сроки одним из моментов, способствующих нарушению пассажа мочи, является сдавление мочеточника увеличенной и ротированной вправо вокруг продольной оси маткой.

У большинства беременных женщин (87%), страдающих пиелонефритом, его атаки отмечаются во II триместре беременности (22—28 недель).

Послеродовой пиелонефрит является, как правило, обострением хронического процесса, существовавшего до беременности, или продолжением заболевания, начавшегося во время беременности. Заболевание чаще развивается на 4, 6, 12-й дни после родов.

Различают острую и хроническую формы пиелонефрита. При обострении хронического пиелонефрита заболевание протекает как острый воспалительный процесс.

Острый пиелонефрит у беременных и родильниц характеризуется внезапным началом, высокой температурой тела, ознобами, выраженной интоксикацией, адинамией. Язык обложен, сухой, дыхание и пульс учащены. По мере развития заболевания к общим симптомам присоединяются локальные — боли в поясничной области, соответствующие стороне поражения, иррадирующие в верхнюю часть живота, по ходу мочеточника, в паховую область, бедро, половые губы. Дальнейшее усиление болей, нарастание явлений интоксикации, гектическая температура свидетельствуют о прогрессирующих деструктивных изменениях почечной ткани (апостематозный нефрит, карбункул почки), переходе воспалительного процесса на капсулу почки и околопочечную клетчатку. В некоторых случаях может развиваться септический шок.

Острый пиелонефрит, обострение хронического пиелонефрита у беременных и родильниц не всегда имеет выраженную клиническую картину, в частности, могут отсутствовать лихорадка, ознобы, локальные боли. Чаще это наблюдается у женщин, которым на протяжении беременности уже проводилась антибактериальная терапия. «Стертые» клинические проявления затрудняют диагностику заболевания.

Нередко клиника острого пиелонефрита симулирует картину острого аппендицита, острого холецистита, что может привести к диагностическим и тактическим ошибкам. Пиелонефрит у родильниц, особенно впервые начавшийся после родов, может быть расценен как послеродовое заболевание (эндометрит, метрофлебит и др.). Иногда пиелонефрит сочетается с послеродовыми инфекционными заболеваниями гениталии, что также затрудняет его своевременную диагностику.



Рисунок 20

В современных условиях преобладают латентно протекающие формы хронического пиелонефрита (до 70%), сопровождающиеся неоднократными рецидивами в период беременности. Кроме того, признаками хронического пиелонефрита могут быть бессимптомная бактериурия и пиурия. Во время беременности они встречаются у 6—8% всех женщин. Наиболее тяжелое течение заболевания, плохо поддающееся терапии, наблюдается при сочетании хронического пиелонефрита с мочекаменной болезнью и аномалиями развития мочевыводящих путей.

Ведение беременности и родов

Пиелонефрит неблагоприятно влияет на течение беременности и состояние плода. Преэклампсия присоединяется не менее чем у 40% больных ПН. Перинатальная смертность составляет 25-50%. У новорожденных находят признаки внутриутробного инфицирования, они более подвержены послеродовым гнойно-септическим заболеваниям. Некоторые дети рождаются с признаками врожденного везикулеза, однако ни у одного из них не выявлено врожденный ПН. При наличии почечной гипертензии гораздо чаще возникают осложнения беременности, незрелость детей и перинатальная смертность.

В зависимости от формы ПН выделено 3 степени риска по возникновению осложнений во время беременности и родов. 1 степень -

женщины с острым ПН, возникшим во время беременности. 2 степень - беременные с хроническим ПН, 3 степень - беременные, страдающие ПН в сочетании с гипертензией, или азотемией, или беременные с ПН единственной почки. При 1 и 2 степени риска беременность можно пролонгировать при условии контроля за состоянием мочи 2 раза в месяц (в период между 22 и 28 недель - еженедельно) и наблюдения у нефролога. При 3 степени – беременность противопоказана из-за резкого ухудшения здоровья во время беременности с риском для жизни женщины. Госпитализация показана: при возникновении осложнений беременности; при обострении ПН на любом сроке беременности - в специализированный стационар или в наблюдательное отделение роддома; 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. При выявлении признаков претоксикоза проводить активную профилактику преэклампсии, мягкую стимуляцию диуреза в условиях женской консультации, профилактику обострения ПН.

Анализ крови при остром пиелонефрите характеризуется лейкоцитозом, нейтрофильным сдвигом влево, умеренной гипохромной анемией, ускоренной СОЭ. При хроническом пиелонефрите в период активации процесса, изменения крови выражены в меньшей степени, чем при остром, но отмечается стойкая анемия.

При биохимическом исследовании крови обычно выявляются гипопропротеинемия и диспротеинемия за счет уменьшения содержания альбуминов и нарастания глобулинов. Может отмечаться кратковременное умеренное повышение концентрации мочевины (в норме 2,49—8,32 ммоль/л) и креатинина (в норме 177 мкмоль/л — 2 мг%). При исследовании мочи обращают внимание на ее относительную плотность (проба Зимницкого), реакцию, количество форменных элементов и их соотношение.

Лейкоцитурия (пиурия) служит показателем инфекции мочевых путей, если определяется более 6—8 лейкоцитов в поле зрения. При остром пиелонефрите выявляется значительная пиурия. Она не

определяется лишь при локализации воспалительного процесса в кортикальном слое почек или при нарушении пассажа мочи по мочеточнику. Необходимо помнить, что пиурия может появиться не только при пиелонефрите, но и при воспалении других отделов мочевыводящих путей, а также при аллергических заболеваниях почек (гломерулонефрит, липоидный нефроз). Для уточнения источника лейкоцитурии необходимо порционное исследование мочи (трехстаканная проба).

Существенное значение в диагностике пиелонефрита имеют количественные методы подсчета форменных элементов мочи. В настоящее время наиболее часто применяется метод Нечипоренко (подсчет форменных элементов в 1 мл мочи). Для исследования берут среднюю одноразовую порцию мочи. По данным А. З. Нечипоренко, у здоровой беременной женщины в 1 мл мочи содержится не более 1000 эритроцитов и 2000 лейкоцитов. Наши многолетние наблюдения показывают, что за нормальное содержание форменных элементов в 1 мл мочи может быть принято 2000 эритроцитов, 4000 лейкоцитов и 100 цилиндров.

Большое значение в диагностике пиелонефрита имеет бактериологическое исследование мочи, при котором определяют вид возбудителя, степень бактериурии, антибиотикограмму. Для инфекции мочевых путей характерна бактериурия, превышающая (100 000 (10^5) микробных клеток в 1 мл мочи (колоний образующих единиц в 1 мл — КОЕ/мл). Более низкая степень бактериурии при послеродовом пиелонефрите может быть в тех случаях, когда заболевание началось во время беременности, особенно в конце ее, и проводилась антибактериальная терапия.

Наиболее точный метод определения количества микробов — посев мочи на агоре и подсчет колоний, но он трудоемок и продолжителен (24—48 часов). Поэтому разработаны упрощенные, но менее точные методы: посев на чашку Петри мазком — штрихом; микроскопия окрашенного осадка мочи (10 бактерий в поле зрения соответствует 100 000 в 1 мл мочи); микроскопия с помощью фазово-контрастного устройства (1 микроб в поле зрения соответствует 100 000 в 1 мл мочи). Используют также химические экспресс-методы: нитрит-тест, основанный на изменении цвета мочи при добавлении реактива, если в 1 мл мочи больше 100 000 микробов; ТТХ-тест (трифенилтетразол хлорид), основанный на способности бактерий восстанавливать реактив до красного растворимого осадка фармазона при наличии бактериурии больше 100 000 в 1 мл мочи. Точность химических методов достигает 80—85%.

В комплекс обследования беременных и родильниц с заболеваниями органов мочевыводящей системы необходимо включать

ультразвуковое сканирование (ультрасонография). Исследование позволяет определить размеры почек, толщину коркового слоя, величину размера чашечно-лоханочного аппарата, выявить пороки развития почек, опухоль почки, наличие мочекаменной болезни, гидронефроз, заподозрить пиелонефрит. Метод безвреден для матери и плода и может использоваться неоднократно на протяжении беременности.

При выявлении с помощью ультрасонографии нарушения уродинамики (значительное расширение чашечно-лоханочного комплекса, расширение мочеточника), а также при подозрении на острый пиелонефрит у беременных, рожениц и родильниц обязательным компонентом комплексного обследования является хромоцистоскопия, позволяющая установить, имеется ли нарушение пассажа мочи, определить локализацию воспалительного процесса и источник пиурии. При остром пиелонефрите можно увидеть выделение мутной мочи из устья мочеточника пораженной почки, а также замедленное, ослабленное выделение индигокармина или отсутствие его выделения.

В ряде случаев ультразвуковое исследование позволяет исключить необходимость производства хромоцистоскопии.

При выявлении нарушения пассажа мочи производится катетеризация мочеточника; продолжительность пребывания катетеров в мочеточнике определяется клиническим течением заболевания (обычно от 2 до 7 дней). Остальным больным для улучшения оттока мочи из почки рекомендуется периодически (3—4 раза в день) принимать коленно-локтевое положение и положение на здоровом боку.

При подозрении на пиелонефрит кроме ультразвуковой эхографии или хромоцистоскопии по показаниям производят рентгенологическое и радиоизотопное исследование органов мочевыводящей системы.

Рентгенологическое исследование мочевых путей во время беременности допустимо только в случае предстоящей операции на органах мочевыделительной системы. Обычно производятся обзорные рентгенограммы или ретроградная урография.

В послеродовом периоде рентгенологическое исследование мочевыводящих путей необходимо производить с целью выявления органических изменений (нефролитиаз, гидронефроз, аномалии развития мочевыводящих путей и т. д.), которые могли бы способствовать развитию гнойно-воспалительного процесса в почках во время беременности.

Изотопную скintiграфию и радиоизотопную ренографию можно производить после 28 недель беременности. Нередко ее показатели более информативны, чем уровень мочевины и креатинина в сыворотке крови, величина клубочковой фильтрации, показатели концентрационной способности почек и т. д. Особенно важно

радиоизотопное исследование с целью раннего выявления почечной недостаточности.

Лечение острого пиелонефрита не требует специальной диеты, ограничения поваренной соли. Показано обильное питье, до 2 л жидкости в день (при отсутствии отеков). Полезны растительные антисептики и мочегонные: почечный чай, клюквенный морс, петрушка, толокнянка, полевой хвощ и др.

При назначении медикаментозной терапии необходимо учитывать индивидуальную переносимость препарата, функциональное состояние почек, тяжесть и давность патологического процесса, наличие сопутствующих заболеваний, аллергологический анамнез, а также возможность неблагоприятного воздействия на внутриутробный плод или перехода в молоко матери лекарственных препаратов с последующим поступлением их к новорожденному. При снижении функции почек доза препарата должна быть уменьшена в 2—4 раза.

Учитывая рост аллергических реакций на медикаменты, ограничения в использовании лекарственных средств, ввиду их влияния на состояние плода у беременных страдающих ПН, оправдан поиск препаратов 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. Кроме того, он не вызывает аллергических реакций и рекомендован к применению у детей, начиная с грудного возраста. Использование препарата в урологической клинике ММА имени И.М. Сеченова показало, что канефрон оказывает антисептическое, спазмолитическое, противовоспалительное действие на мочеполовой тракт, уменьшает проницаемость капилляров почек, обладает диуретическим эффектом, улучшает функцию почек, потенцирует эффект терапии антибиотиками. Детальное исследование функции почек проводилось у больных, страдающих различными формами воспаления мочевыводящих путей и уратным нефролитиазом. Наблюдалось широкий противомикробный спектр действия и активность при устойчивой к синтетическим препаратам микрофлоре. Сочетание противомикробных и противовоспалительных свойств особенно ценно при хроническом течении ПН. Установлено также, что канефрон усиливает выведение солей мочевой кислоты и подщелачивает мочу, что препятствует формированию камней в почках.

Канефрон действует на тубулярный аппарат почки, в результате чего выделение белка с мочой значительно снижается. При

увеличении диуреза до 2-2,5 литров не происходило нарушения соотношения микроэлементов крови. Ученые пришли к выводу, что канефрон - оптимальный препарат для лечения хронических заболеваний мочевыводящих путей, когда требуются длительные курсы терапии. Лекарственные растения, входящие в канефрон (золототысячник, любисток, розмарин), содержат активные вещества (фенолкарбоновые кислоты, горечи, эфирные масла, фталиды, флавоноиды), обеспечивающие многопрофильность воздействия препарата на организм.

Опыт использования канефрона с целью лечения преэклампсии во ВНИИ АГ им. Д.О. Отта РАМН в Санкт-Петербурге (В.Л. Печерина) у беременных с почечной патологией показал высокую эффективность препарата при патологии почек и несомненный лечебный и профилактический эффект при развитии преэклампсии у наблюдаемых беременных.

КАНЕФРОН МОЖНО РЕКОМЕНДОВАТЬ:

- для предгравидарной подготовки женщин, страдающих хроническим пиелонефритом с целью улучшения функционального состояния мочевыделительной системы, испытывающей во время беременности значительное увеличение нагрузки;
- для лечения ПН у беременных, начиная с ранних сроков беременности;
- для профилактики обострений ПН во время беременности в критические периоды;
- для профилактики осложнений беременности, связанных с нарушением функционального состояния почек, в том числе такого тяжелого и трудно поддающегося лечению, как преэклампсия на фоне ПН;
- для профилактики обострений и лечения мочекаменной болезни.

В I триместре беременности возможно применение природных и полусинтетических пенициллинов. Во II и III триместрах беременности и после родов допустим более широкий спектр антибактериальных средств (пенициллины, аминогликозиды, цефалоспорины, химиотерапевтические уроантисептики).

На сегодняшний день широко применяется антибиотик сультамициллина – **Априд**, входящий в группу В по FDA, в качестве терапии первого выбора при инфекциях мочевыводящих путей у беременных, который обеспечивает высокую клиническую и микробиологическую эффективность. **Априд-375** назначается 2 раза в сутки. Курс лечения 5-14 дней. Результатами проспективных исследований подтверждено высокая эффективность эмпирического назначения данного препарата.

Антибактериальная терапия целесообразна и при бессимптомной бактериурии. Своевременное проведение лечения в этих случаях является профилактикой развития острого воспалительного процесса в почке. Можно назначать

Для лечения используются и химиотерапевтические средства. Производные 8-оксихинолина (5—НОК и нитроксолин) назначают в течение 2 недель по следующей схеме: 4 дня по 2 таблетки (0,05 каждая) 4 раза в день, в последующие 10 дней по 1 таблетке 4 раза в день. Можно в течение всего курса назначить по 2 таблетки 4 раза в день.

Родоразрешение у больных ПН предпочтительно через естественные родовые пути в наблюдательном отделении роддома многопрофильной больницы. Широко используются спазмолитики и анальгетики, даже при наличии нефростомы возможны самопроизвольные роды. Кесарево сечение допустимо только по строгим акушерским показаниям, предпочтительно без вскрытия брюшной полости (экстраперитонеальным путем) во избежание тяжелых септических осложнений в послеоперационном периоде. 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 – наблюдаются у уролога.

Беременные с заболеваниями мочевой системы нуждаются, в проведение тщательного наблюдения за состоянием внутриутробного плода.

О влиянии острого и хронического инфекционного процесса в почках матери на состояние плода и новорожденного свидетельствует повышенная частота таких осложнений как внутриутробная гипоксия плода, внутриутробная инфекция, гипотрофия, мертворождаемость и ранняя детская смертность, заболевания в периоде новорожденности. Состояние плода в значительной степени зависит от продолжительности, степени тяжести заболевания матери и от наложения токсикоза.

В связи с изложенным, существенное значение имеет изучение состояния фетопланцитарной системы. Исследование плаценты и плода, кардиотокография плода, динамическая сцинтиграфия плаценты, определение содержания эстриола в плазме крови и моче, а также содержание термостабильной щелочной фосфатазы и плацентарного лактогена в сыворотке крови, с помощью которых можно установить четкую корреляцию между тяжестью заболевания почек и нарушениями в фетоплацентарном комплексе, приводящими к хронической гипоксии плода. С целью коррекции нарушения метаболизма в фетоплацентарном

комплексе целесообразно назначение беременным сегтина, теоникола, малых доз гепарина.

Новорожденные – у матерей, перенесших пиелонефрит, нередко имеют признаки внутриутробного инфицирования, которое характеризуется общим тяжелым состоянием, симптомами дыхательной недостаточности, изменением неврологического статуса, прогрессирующей потерей массы тела и т. д.

Женщины, перенесшие пиелонефрит во время беременности или в послеродовом периоде, при выписке из родильного дома направляются под наблюдение врачей женской консультации. Терапевт женской консультации до конца послеродового периода осуществляет наблюдение (1—2 раза в месяц) за женщинами, перенесшими обострения заболевания почек на протяжении гестационного периода. Снимая женщину с диспансерного наблюдения, он сообщает о ней участковому терапевту, районному урологу или нефрологу. Таким образом, должна осуществляться преемственность наблюдения за женщинами с заболеванием почек: СВП — женская консультация — родильный дом — женская консультация — районная поликлиника.

Важным является вопрос о предупреждении последующих беременностей. Оптимальным методом контрацепции для женщин с заболеваниями почек является введение внутриматочной спирали. Этот метод контрацепции не вызывает обострения заболевания почек, развитие внутриматочной инфекции и не влияет на менструальную функцию. Пероральные гормональные контрацептивные препараты при патологии почек противопоказаны, так как могут вызвать обострение воспалительного процесса в почках, влияют на свертывающую систему крови и на уровень артериального давления, повышая его.

ГИДРОНЕФРОЗ У БЕРЕМЕННЫХ И РОДИЛЬНИЦ.

Гидронефроз – заболевание почки, характеризующееся стойким расширением лоханки и чашечек, застоем мочи в них и атрофией паренхимы почки, вследствие препятствия оттоку мочи. Причины, вызывающие нарушение оттока мочи: анатомические изменения в уретре или мочевом пузыре; воспалительные процессы в тазовой и забрюшинной клетчатке; удлинение и перегибы мочеточников; наличие камней, аномалий развития сосудов, близко прилегающих к мочеточнику.

Различают гидронефроз врожденный или приобретенный. Приобретенный гидронефроз может быть органическим или функциональным. Гидронефроз беременных чаще всего возникает в результате функциональных изменений в мочевыводящей системе (гипотония, гипокинезия чашечно-лоханочной системы и мочеточников,

нарушение уро и гемодинамики), обусловленных гормональными дискорреляциями.

Наиболее частым признаком гидронефроза являются тупые боли в области почки, иррадиирующие в паховую область и бедро, чувство тяжести в поясничной области. Причиной этих болей является медленное повышение внутрилоханочного давления, смещение почки под действием тяжести и натяжение сосудов почечной ножки, а также ишемия почечной ткани, вследствие повышения внутрилоханочного давления. На фоне постоянных тупых болей могут наблюдаться приступы почечной колики.

Вторым по частоте признаком гидронефроза является гематурия, возникающая вследствие нарушения гемодинамики в сосудах почки.

Наиболее частым осложнением является инфекция, которая ведет к переходу асептического гидронефроза в инфицированный, о чем свидетельствуют повышение температуры тела, стойкая пиурия, интоксикация.

Для распознавания гидронефроза во время беременности наиболее целесообразно прибегнуть к ультразвуковому сканированию почек, которое позволяет определить размеры чашечек, лоханки, наличие конкрементов, дифференцировать гидронефроз от других заболеваний почек (нефроптоз, опухоль почки и др.) и от заболеваний соседних органов (заболевания желчного пузыря, эхинококк печени, опухоль кишечника, киста брыжжейки или яичника и др.).

Заподозрить гидронефроз можно и при проведении хромоцистоскопии.

Гидронефроз нередко осложняется пиелонефритом и нефролитиазом. Инфекция мочевых путей (пиелонефрит) встречается почти у всех беременных, больных гидронефрозом, независимо от того, существовал ли он до беременности или возник во время ее.

В послеродовом периоде при подозрении на гидронефроз для уточнения диагноза производят экскреторную урографию.

Лечение гидронефроза может быть консервативным и оперативным. Если гидронефроз сопровождается инфекцией мочевыводящих путей, следует назначить такую же терапию, как при пиелонефрите. При отсутствии эффекта от консервативного лечения возникает необходимость в хирургическом вмешательстве. Показанием к операции являются частые рецидивы гидронефроза у беременных, сопровождающиеся лихорадочным состоянием, некупирующимися приступами почечной колики. Чаще всего производят пластические операции в области лоханочно-мочеточникового соустья, а в случае далеко зашедшего одностороннего гидронефроза (резко выраженная атрофия паренхимы, отсутствие функции почки, пионефроз) производится нефрэктомия.

Вопрос о допустимости беременности при гидронефрозе должен решаться в стационаре после обследования.

Гидронефроз, появившийся во время беременности, обычно не является показанием к ее прерыванию. При гидронефрозе, существовавшем до беременности, нередко развивается тяжелая форма позднего токсикоза, часто отмечаются преждевременные роды или рождение детей с явлениями гипотрофии с признаками внутриутробного инфицирования.

Беременность противопоказана при двустороннем гидронефрозе, развившемся до беременности; при гидронефрозе единственной почки, даже если ее функция сохранена; при одностороннем гидронефрозе, сопровождающемся азотемией или пиелонефритом, плохо поддающейся лечению.

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 гипертония, 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 гипертонии, 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.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

Сахарный диабет – это заболевание, характеризующееся абсолютной или относительной недостаточностью инсулина или недостаточной её эффективностью, что приводит к непереносимости углеводов и нарушению обмена веществ с последующими изменениями в различных органах и тканях. Повышение резистентности тканей к инсулину и снижение его биосинтеза вызывает нарушение обмена веществ, прежде всего углеводного, понижая проницаемость для глюкозы на различных путях её превращения (гликолитическом, пентозимом, цикле Кребса). Способствуя превращению глюкозы – б фосфата в глюкозу и переходу последней из клеток в межклеточное пространство. Наряду с нарушением углеводного обмена понижается литогенез и повышается липолиз, усиливаются катаболические и уменьшаются анаболические процессы белков. Нарушаются водно – электролитный обмен и обмен витаминов.

Метаболические нарушения, обусловленные инсулинрезистентностью тканей и снижением продукции гормона, ещё более усугубляются с повышением образования антагонистов инсулина – гормона роста, плацентарного лактогена, глюкагона и гормонов периферических эндокринных желез (надпочечников, щитовидной железы).

Основным источником энергии у плода является глюкоза, содержание которой у него на 10-20 % ниже, чем у матери, что способствует увеличению её переноса от матери к плоду. Это приводит к тому, что в печени матери недостает субстратов (особенно аланина), необходимых для гликонеогенеза. В связи с этим для восполнения метаболических потребностей в материнском организме используются другие источники, в частности происходит ускоренное расщепление жиров. При этом повышается уровень свободных жирных кислот и триглицеридов в крови, способствуя развитию кетоацидоза. В норме в III триместре беременности отмечаются следующие особенности обмена веществ: резистентность к инсулину, гиперинсулинемия, тенденция к гипогликемии натощак и гипергликемии после приёма пищи. Колебания сахара в крови матери остаются небольшие 3,57 – 4,40 ммоль/л с повышением после приёма пищи до 7,7 ммоль/л.

Диагностика.

Диагностика сахарного диабета основана на определении содержания сахара в крови натощак и в течение суток в мочи качественно и количественно, толерантности к глюкозе, кетоновых тел

в моче и крови, гликозилированного **гемоглобина** в сочетании с ферритином и трансферрином, а также на данных клиники.

Если натощак определяется 7 ммоль/л сахара в крови, а также в любое время суток случайно выявляется уровень его 11 ммоль/л и более, то это достоверные признаки сахарного диабета.

Правила при проведении ТТГ (тест толерантности к глюкозе) у беременных: три дня до исследования приём пищи с богатым содержанием углеводов, накануне исследования, с вечера приём пищи исключается; кровь берется натощак и проводится нагрузка сахаром (100 гр. глюкозы за 5 минут или 1,75 г на 1 кг массы тела); через 1,2,3 ч. исследуется сахар в крови и моче: лучше определять сахар в плазме.

Определение глюкозы в моче. Почечный порог глюкозы, когда она обнаруживается в моче, равен 10 ммоль/л. Применяются методы качественного определения глюкозы в моче (методы Феллинга, Ниландера и др.) от 0,1 % её содержания, особенно для контроля за состоянием больных.

Определения содержания гликозилированного гемоглобина в эритроцитах и феррина с трансферрином в сыворотке крови позволяет рано и с большой точностью установить диагноз. По уровню гликозилированного гемоглобина у матери прогнозируются пороки развития плода: до 6 % - норма, 6 – 8 % - риск ВПР, 8 – 10 % - умеренный риск и более 10 % - высокий риск ВПР.

КЛАССИФИКАЦИЯ - САХАРНОГО ДИАБЕТА ВОЗ.

А) Клинические типы:

1. Сахарный диабет: ИЗСД (1 тип – инсулин зависимый СД)
ИНСД (2 тип – инсулин независимый СД)

2. Другие типы сахарного диабета, связанные с определенными ситуациями

(вторичный СД) в том числе с заболеваниями поджелудочной железы и другой эндокринной патологией, нарушением инсулин рецепторного аппарата, применением лекарственных химических средств.

3. Нарушения толерантности к глюкозе, в том числе в сочетании с ожирением, без него и с другими перечисленными заболеваниями.

Б) Латентный диабет у лиц, имеющих нормальную реакцию на ТТГ, но в прошлом с патологической реакцией.

В) Пред диабет - это состояние от зачатия до первой аномальной реакции на ТТГ.

Г) Достоверные классы риска (лица с нормальной толерантностью к глюкозе, с высоким риском развития сахарного диабета) – потенциальный диабет в следующих случаях: один из однояйцевых близнецов болен сахарным диабетом: один или оба родителя больны сахарным диабетом: в анамнезе рождения ребенка с большой массой (4500 г и более) или мертворожденного.

Клиническое течение диабета во время беременности: жажда, полиурия, зуд кожи, нарушение зрения, похудание.

ИЗСД (тип 1) – характеризуется острым началом в детском или юношеском возрасте, инсулинопенией с выраженными обменными нарушениями. Это наследственная форма болезни с наличием антител в крови к клеткам островков Лангерганса. Больные должны получать постоянно инсулина.

ИНСД (тип 2) - диабет взрослых, развивается после 30 – 40 лет с менее выраженными обменными нарушениями. Больные могут обходиться без инсулина, соблюдая диету с применением сахароснижающих препаратов. Это также в основном генетическая форма болезни, с аутосомно-доминантным типом наследования, без образования антител в крови и клеткам островков Лангерганса.

По клиническому течению разделяют: легкая форма болезни – без выраженных осложнений и обменных нарушений, когда компенсация углеводного обмена достигается лишь с помощью диетотерапии. При диабете средней тяжести коррекция нарушений обеспечивается неоральными сахаро – снижающими препаратами или инсулином в дозе до 60 ед./ сут при отсутствии осложнений и сохранении трудоспособности. Тяжелая форма - диабета характеризуется различными осложнениями снижением трудоспособности и применением больших доз инсулина для коррекции нарушений.

Лечение сахарного диабета и его осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

Каждая больная сахарным диабетом, подлежит госпитализации во время беременности и менее 3-х раз.

Цель I госпитализации:

1. Тщательное клиническое обследование на ранних сроках.
2. Установление диабетического и акушерского диагноза
3. Определение степени риска
4. Решение вопроса целесообразности о сохранения беременности.

II. Госпитализация: (после 20 нед. беременности) обусловлена ухудшением течения сахарного диабета.

Ш. Госпитализация: (после 30 нед. беременности) связана с третьим критическим сроком и подготовкой к родам.

Больным назначают инсулин. Потребность к инсулинотерапии меняется в различные сроки беременности. Основные рекомендации для проведения инсулинотерапии у беременных можно сформулировать следующим образом:

I. Необходимо стремиться к полной компенсации заболевания беременности – нормализация не только углеводного, но и липидного обмена, в сочетании с рациональным режимом и диетой.

II. Необходимо, чтобы организм больных женщин, был ещё до наступления беременности адаптирован к условиям строгой метаболической компенсации сахарного диабета.

III. Следует провести критически адекватную инсулинотерапию даже при легких формах сахарного диабета.

Лечение пероральными антидиабетическими средствами при беременности противопоказано в связи с переходом их через плацентарный барьер и тератогенным действием.

Задачей контроля врача за состоянием углеводного обмена во время беременности является поддержание среднего дневного уровня сахара в крови ниже 5,5 ммоль/л, а после приема глюкозы – 7,7 ммоль/л.

Процедура в/в введения инсулина.

I. Приготовления раствор инсулина. Смешивают 25 ед. инсулина для инъекций с 500 мл 0,9 % изотонического раствора натрия хлорид, что обеспечивает концентрацию 1 ед./ 20 мл.

II. Обычная полная доза от 0,25 до 2,0 ед./ч (от 5 до 40 мл/ч)

III. Общее количество жидкости, которое допустимо вводить беременности во время родов 500 мл.

Основная жидкости для в/в введения (декстроза) + раствор инсулина + раствор окситоцина (при родовозбуждения) что в целом данного составлять 75 – 100 мл/г. Беременным с заболеваниями почек или сердца – следует вводить меньшее количество жидкости, при этом целесообразно ввести центральный катетер венозный для более тщательного мониторинга

При **сахарном диабете** характерны невынашивание, преждевременные роды, частое развитие преэклампсии, высокая перинатальная смертность, пороки развития плода.

Роль медицинской сестры с высшим образованием при экстрагенитальной патологии

Медсестра с высшим образованием участвует в обследовании беременных:

- Взятие крови,
- Мазков,
- Мочи на анализы,
- На серологическое исследование,
- Проведение проб на туберкулез и т.д.

Выполняет назначения врача и сестринский уход при лечении данных больных в стационаре, ведет диспансерное наблюдение за данными больными, которые одновременно наблюдаются в женской консультации и в лечебном учреждении, где наблюдается и лечится данная патология поликлиника, тубдиспансер, кожно-венерологический диспансер и т.д.

Медсестра с высшим образованием должна контролировать, как посещает ее пациентка женскую консультацию, выполняет ли рекомендации врача акушера – гинеколога, своевременно ли проходит обследование и назначенное лечение.

Она должна вести санитарно – просветительную работу, снабжать беременную информационным материалом. Особое значение здесь имеет медицинская этика и деонтология.

Важнейшей задачей является профилактика гриппа, венерических заболеваний, туберкулеза.

Тема №5

СИНДРОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ В АКУШЕРСТВЕ. КРОВОТЕЧЕНИЕ ВО II ПОЛОВИНЕ БЕРЕМЕННОСТИ. ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ОТСЛОЙКА НОРМАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОЙ ПЛАЦЕНТЫ. ПРЕДЛЕЖАНИЯ ПЛАЦЕНТЫ.

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.

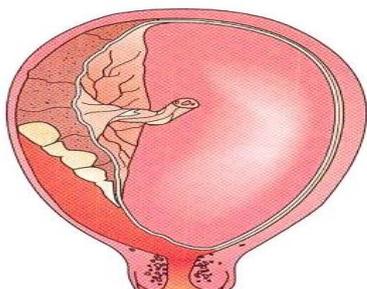


Рисунок 21. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

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

Ведущей причиной этой патологии является преэклампсия, особенно в сочетании с экстрагенитальными заболеваниями – гипертонической болезнью, пиелонефритом, сахарным диабетом, заболеваниями сердечно – сосудистой системы, В₁₂, фолиеводефицитной анемией и другими заболеваниями, которые оказывают наиболее неблагоприятное влияние на состояние периферического кровообращения и являются фоном для развития преэклампсии.

В родах причиной ПОНРП может быть:

- дискоординированная родовая деятельность;
- внезапное и быстрое излитие околоплодных вод при многоводии;
- рождение первого плода при монохориальной двойне;
- локализация плаценты на межмышечном узле;

- хронический базальный эндометрит;
- преждевременное старение плаценты;
- перенесенная 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 оболочку, 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 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 III – IV 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 I периоде родов, III триместре беременности, реже во II периоде родов и во II триместре беременности, чаще внутреннее, реже наружно-внутреннее;
- боль выражена при ПОНРП;
- состояние матки при ПОНРП – матка плотная, напряженная, нередко с локальным выпячиванием и болезненностью;
- при ПОНРП матка пальпируется с трудом, сердцебиение страдает или отсутствует;
- раздражение брюшины при ПОНРП может быть;
- сопутствующая патология при ПОНРП – преэклампсия, гипертоническая болезнь, болезни почек.

Велика роль в диагностике ПОНРП ультразвуковое сканирование.

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 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, выделение 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.

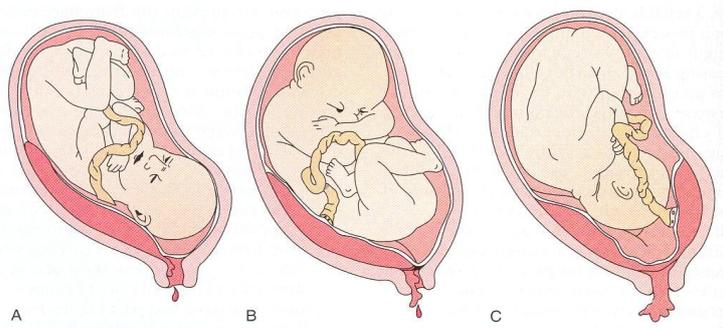


Рисунок 22. Предлежания плаценты.

К 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.

Предлежания 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 II 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 II триместре беременности, при боковом и краевом (неполном) – в III триместре или в родах. Сила кровотечения при полном предлежании плаценты обычно значительнее, чем при неполном ее виде.

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, предлежания 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 врастанием плаценты;
- гипо- и атоническими кровотечениями в раннем послеродовом периоде;
- эмболией околоплодными водами;
- тромбоэмболией;
- восходящей инфекцией.

Диагностика предлежания плаценты не представляет особых трудностей при наличии у беременных отягощенного акушерского анамнеза, повторных кровотечений. При наружном осмотре обнаруживается высокое стояние предлежащей части плода над входом в малый таз, поперечное или косое положение плода.

Аускультативно в области нижнего сегмента матки определяется шум плацентарных сосудов. Объективным и безопасным методом диагностики данной патологии является ультразвуковое исследование, позволяющее с высокой степенью точности получить представление о локализации и путях «миграции» плаценты. Для этих целей целесообразен двух-, трехкратный УЗИ-контроль (в 16, 24-26 и в 34-36 недель). Осмотр влагалища и шейки матки с помощью зеркал позволяет исключить полип, эрозию, рак и другую патологию, которая может быть источником кровотечения. При влагалищном исследовании выявляется пастозность сводов, при проходимости 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 послеродовом, раннем послеродовом периодах.

Предлежания 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 II-III триместре беременности и в I 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 из стационара 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, лечение анемии, препараты, нормализующие маточно-плацентарный кровоток и обменные процессы.

При отсутствии выраженного кровотечения рекомендуется адrenomиметики (алупент, партусистена и др.) в течение 3 –7 дней. 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.

Вследствие недоношенности, внутриматочной гипоксии при предлежании плаценты наблюдается высокая перинатальная смертность (главным образом неонатальная), развитие у новорожденных дыхательных расстройств. 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 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 последового и раннего послеродового периодов привели к 10-15 – кратному уменьшению материнской и существенному снижению перинатальной смертности.

Предлежания 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.

Роль медицинской сестры с высшей квалификацией при кровотечениях во второй половине беременности

Всегда при кровотечениях роженица или родильница оказывается в опасном положении. Понятно и тягостное чувство акушерки, которая встречается с такой больной. Для проведения большинства акушерских мероприятий, необходимых в подобных случаях, требуется надлежащая обстановка, а самое главное технические навыки (кесарево сечение, наложение щипцов, перфорация головки, переливание крови), которыми акушерка не владеет или которые не может проводить без врача.

Отсюда вытекает, что акушерке необходимо своевременно или тщательно проводить подробное обследование каждой беременной. Это даст возможность заранее выявить беременных с преэклампсией, с заболеваниями почек, сердечно-сосудистой системы, с перенесенными воспалительными заболеваниями половых органов, с узким тазом, многоводием и другой патологией и своевременно их госпитализировать. Беременных с узким тазом, беременных, у которых имелось или имеется кровотечение или кровянистые выделения, необходимо заблаговременно госпитализировать.

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 назначается консервативная терапия.

Поэтому чрезвычайно важно проведение психопрофилактической подготовки с самых ранних сроков беременности. В родильном стационаре, наряду с правильной организацией лечебно-охранительного режима медсестра высшей категории должна следить и контролировать гемодинамические показатели – измерение артериального давления, пульса, гемоглобина и следить отделяемые выделения. Во всех случаях тяжелой патологии, когда акушерка не в состоянии справиться сама, она не должна теряться, срочно вызвать консультацию врача акушера-гинеколога и дать санкцию на развертывание операционной.

Тема №6

КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕ РОДОВОМ ПЕРИОДЕ. ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК. ДВС СИНДРОМ.

Кровотечения являются ведущей причиной материнской смертности в большинстве стран мира. Так, в 1998 г в России она составила 49,9 на 100000 живорождении, смерть матери от кровотечения достигает 25,2 %. В структуре материнской смертности доля беременных более 28 недель, рожениц и родильниц составила 58 %. В Республике Узбекистан на долю кровотечения как причина материнской смертности составляет 30-35%.

Акушерские кровотечения могут возникать во время беременности, в родах, послеродовом и в раннем послеродовом периодах. Под кровотечением в родах через естественные родовые пути принято понимать кровопотерю, превышающую 10 % ОЦК, т.е. 500 мл и более. Кровотечением при абдоминальном родоразрешении считается кровопотеря, превышающая 1000 мл. Под массивным кровотечением подразумевают кровопотерю более 25-30 % ОЦК, т.е. более 1250 – 1500 мл при массе тела женщины около 70 кг.

Частота акушерских кровотечений с кровопотерей до 1000 мл составляет от 2 до 8 % по отношению к общему числу родов. Эти кровотечения связаны с гипотонией матки в послеродовом и в послеродовом периодах, травмой мягких родовых путей, предлежанием плаценты.

Массивные кровотечения обусловлены комбинацией нескольких причин и практически всегда сопровождаются грубыми нарушениями системы гемостаза. В последние годы отмечается тенденция к снижению частоты гипотонических кровотечений в последовом и послеродовом периоде на фоне увеличения процента кровотечений, связанных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и развитием синдрома ДВС. Чаще всего массивные кровотечения возникают при тяжелом гестозе, полной отслойке нормально расположенной плаценты, «послешоковых» состояниях: эмболия околоплодными водами – плевропульмональный шок; анафилактический шок на растворы, донорскую кровь и ее компоненты; хориоамнионит - септический шок.

Факторами риска развития акушерских кровотечений являются преэклампсии, аутоиммунные нарушения, наследственные и приобретенные заболевания свертывающей системы крови, антенатальная гибель плода, миома и аномалии развития матки.

Наследственные или приобретенные дефекты системы гемостаза могут явиться причиной кровотечения как во время беременности, так и в родах или послеродовом периоде. При отсутствии мер профилактики дефекты системы гемостаза могут привести к массивной кровопотере в родах.

Особый интерес представляют беременные группы высокого риска развития кровотечения во время родов, поскольку у них наблюдается наиболее значительная кровопотеря и именно они определяют уровень материнской смертности. В группу риска в родах относятся женщины с заболеваниями крови (болезнь Виллебранда, тромбоцитопении, тромбоцитопатии, апластические анемии, лейкозы), миомой и аномалиями развития матки, предлежанием плаценты, преэклампсией, аутоиммунными нарушениями, антифосфолипидным синдромом, многоплодной беременностью, антенатальной гибелью плода и др. При абдоминальном родоразрешении высок риск развития кровотечения у беременных с варикозным расширением вен матки, гемангиомами органов малого таза.

Акушерские кровотечения нередко возникают из-за нарушения гемокоагуляционных свойств крови. При сравнительно небольшой кровопотере в 15 – 20 %. ОЦК нередко констатируется двухфазность изменений в системе гемостаза. Кратковременная фаза гиперкоагуляции сменяется фазой гипокоагуляции.

Причинами возникновения коагулопатии являются:

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- эмболия околоплодными водами;
- внутриутробная гибель плода;
- преэклампсия;
- разрыв матки;
- гипотония матки;
- экстрагенитальная патология.

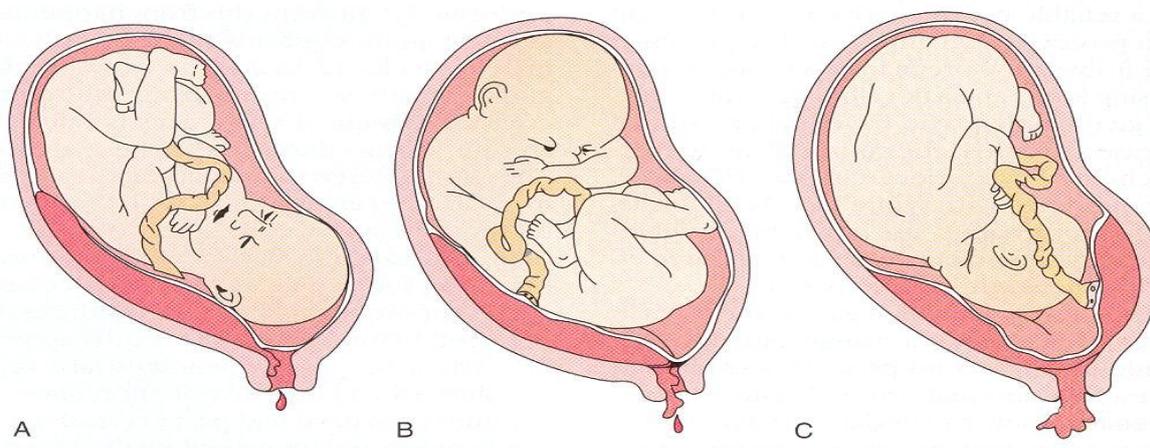


Рисунок 23. Предлежания плаценты.



Рисунок 24. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

Причины возникновения нарушений сократительной деятельности матки разнообразны, хотя в настоящее время имеется однозначное мнение, что они связаны с системой гемостаза. Недостаточность ретракции миометрия и тромбообразования в сосудах плацентарной площадки нередко приводит к развитию кровотечения. По данным В.Н. Серова, гипотония матки – понятие весьма широкое и обусловлена многочисленными факторами, что позволило в этих ситуациях сформулировать термин «шоковая матка», отражающий проявление общего синдрома полиорганной недостаточности.

Ответная индивидуальная реакция организма рожениц и родильниц на кровопотерю имеет ряд особенностей. Во-первых, отличием акушерских кровотечений является массивность и внезапность их возникновения. Во-вторых, как правило, при кровотечениях страдает плод, что требует срочного родоразрешения, не дожидаясь стойкой стабилизации гемодинамических показателей, проведения полного объема инфузионно – трансфузионной терапии. В-третьих, кровопотеря нередко сочетается с резко выраженным болевым синдромом, патологическими особенностями организма беременных женщин и системной гемодинамики, что приводит к быстрому истощению компенсаторно-защитных механизмов, особенно у женщин с преэклампсией, анемией, осложненным течением родов. Для акушерских кровотечений характерны острый дефицит ОЦК, нарушения сердечной деятельности, анемическая и циркуляторная формы гипоксии.

Массивные кровотечения могут быть обусловлены целым рядом причин и наиболее часто их комбинацией. За последнее время отмечается отчетливая тенденция к снижению числа кровотечений в послеродовом и послеродовом периодах на фоне увеличения процента кровотечений, связанных с преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты и нередким возникновением синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови ДВС – синдрома во время родов и при оперативном родоразрешении.

Акушерские кровотечения подразделяются на:

- Кровотечение во время беременности;
- Кровотечение в родах;
- Кровотечение в послеродовом периоде;

Все случаи кровотечений в течении 24 часов после родов являются первичными послеродовыми кровотечениями.

Основные причины первичного послеродового кровотечения:

- патология отделения и выделение последа;
- первичные заболевание крови;
- диссеминированное внутри сосудистое свертывание ДВС;
- выворот матки;
- травма мягких родовых путей;
- гипотония и атония матки;

При П.Р.К. необходимо быстро оценить состояние:

- цвет кожных покровов;
- общий вид;
- пульс;
- артериальное давление;
- уровень сознания;
- оценить кровопотерю;
- определить сокращение матки.

Вторичными послеродовыми кровотечениями называются;

- кровотечение, возникшее после 24 часов до 6 недель послеродового периода.

ЛЕЧЕНИЕ:

1. Наружный массаж матки, удаление сгустков крови.
2. Опорожнение мочевого пузыря катетером.
3. Проверьте целостность последа плаценты и оболочки
4. Оцените состояние пациентки
5. Осмотрите мягкие родовые пути для определения разрывов.
6. В/в переливание физиологического раствора или Рингер - Лактата; при развитии шока переливать струйно 1 литр в течение 15 минут до стабилизации состояния.
7. Введите сокращающие метилэргометрин или окситоцин в/в или в/м. Разведите 8 единиц окситоцин в 200 мл. физ. раствора струйно переливать в течение 15 минут или разведите 40 единиц окситоцина в 1 литр. физ. раствора и переливайте со скоростью 40 капель в минуту. Поддерживайте сокращение матки. Попытайтесь приложить ребенка к груди или использовать стимуляцию сосков.
8. Используйте бимануальную компрессию матки

9. Определите группу крови, уровень Нб, Нт. При возможности используйте плазмозаменители. В случае тяжелого шока переливайте одногруппную кровь.
10. При наличии признаков инфекции лихорадочное состояние, озноб или выделения с запахом, начинайте лечение антибиотиками широкого спектра действия.

ВНЕШНЯЯ БИМАНУАЛЬНАЯ КОМПРЕССИЯ.

Положите левую руку на дно матки и продвигайте её по возможности за матку.

1. Правую руку положите на живот между пупком и лоном.
2. Сжимайте руки по направлению друг к другу для вдавления сосудов на плацентарной площадке.



Рисунок 25. . Мануальная компрессия аорты

Внутренняя бимануальная компрессия рекомендуется в следующих случаях:

- при сильном кровотечении не помогает внешняя бимануальная компрессия;
- после ручного отделения плаценты кровотечение не останавливается;

Внутренняя бимануальная компрессия матки

1. Обработайте руки и наденьте стерильные перчатки.
2. Левую руку, как и при внешней компрессии, положите на дно матки. Правую руку осторожно введите во влагалище и сожмите её в кулак.левой рукой нажмите на матку вниз, а правой рукой кулаком давите по направлению к переднему своду влагалища. Это обеспечивает хорошее сокращение матки.



Рисунок 26. Внутренняя бимануальная компрессия матки

Используются обе руки. Одну руку необходимо держать на паховой области для проверки пульса беременной, а другую руку кулак держать под пупком и медленно опускать по направлению к передней части позвоночника. Когда пульсация бедренной артерии прекращается, компрессия аорты является достаточной и кровотечение должно остановиться.

Вторичное послеродовое кровотечение.

- все случаи кровотечений, которые могут наблюдаться от 24 часов до 6 недель послеродового периода.

Основные причины вторичного послеродового кровотечения;

- задержка частей плаценты или плодных оболочек;
- отхождение омертвевших тканей после родов;
- расхождение раны на матке после кесарево – сечения или разрыва матки.

Обычным временем проявления вторичного послеродового кровотечения является период от 7 до 12 дней после родов.

Диагностика вторичного послеродового кровотечения – обычно наблюдается субинволюция матки. При вторичном П.Р.К. возрастает опасность послеродового сепсиса.

Первоочередные действия при лечении вторичного П.Р.К.

1. Оцените её состояние.
2. Введите метилэргометрин в/в или в/м.
3. Определите группу крови, Hb, Ht.

4. Наладьте капельницу с физиологическим раствором Рингера или плазозаменителей. Если женщина находится в шоке, переливание начните струйно 1 литр в течение 15 минут, до стабилизации состояния женщины.
5. 40 ед. окситоцина на 1 литр и переливайте со скоростью 40 капель в минуту.
6. Плазмозаменители или переливание крови.



Рисунок 27. Ручное обследование матки родовых путей

Начните введение большие дозы антибиотиков широкого спектра: Цефазолин 2 гр в/в - по 1 гр. каждые 6 часов, гентамицин 100 мг в/м, с последующим введением 80 мг через каждые 8 часов с метронидазолом 500 мг перорально каждые 6 часов; или ампицилин 1 гр. в/в, с последующем введением 500 мг в/м через каждые 6 часов с метронидазолом 500 мг перорально через каждые 6 часов;

- осторожно обследовать матку;
- удалить омертвевшие ткани;
- если необходимо, повторно положить швы на разрывы мягких родовых путей;
- вести тщательное наблюдение за: температурой, пульсом, дыханием, А/Д, общей потерей крови, общим состоянием, объемом, вводимых растворов и количество выведенной мочи, необходимо вести точные записи.

При без эффективности выше указанной консервативной терапии имеется возможность хирургической остановки кровотечения: - перевязки обеих подвздошных артерий, гистерэктомия.

При возникновении акушерского шока нарушается постоянства «4 Т».

- Нарушения образования тромбина
- Травма мягких тканей
- Нарушается целостность ткани
- Нарушение тонуса тканей

Проблема шока одна из самых старых проблем в медицине. Существует очень своеобразное высказывание о том, что "ни на одну проблему в медицине не истрчено так много чернил, как на проблему шока". Само слово "шок", обозначающее в английском и французском языке "удар, толчок, потрясение" было введено более 250 лет назад Ле Драном.

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.

Большая общность патогенетических механизмов, имеющих место при шоке и коллапсе, зачастую является причиной смешивания этих понятий. Лишь глубокое изучение развивающихся гемодинамических, метаболических расстройств при шоке и коллапсе может послужить

дифференциальным диагностическим критерием между этими указанными патологическими состояниями.

Общие механизмы патогенеза при шоке различной этиологии.

Чрезвычайный раздражитель вызывает возбуждение симпатической системы и от 30–300–кратное увлечение выделение катехоламинов, что приводит к генерализованному спазму периферических сосудов и перемещению крови, которое обеспечивает лучшее кровоснабжение жизненно важных органов (сердце, мозг, легкие).

На фоне нарастающей гипоксии нарушаются процессы окисления в тканях, которые протекают по анаэробному типу. Образуются кислые продукты обмена веществ и прежде всего молочная кислота, которая усугубляет метаболический ацидоз. Компенсаторно развивается гиперпноэ. При содержании в крови молочной кислоты до 1 мэкв/л выживает 80% больных, находящихся в шоке при 2 мэкв/л- 60%, а при 3-4 мэкв/л- всего 26%.

Вследствие тканевой гипоксии и метаболического ацидоза нарушается сосудистая проницаемость, и следовательно объем интерстициальной жидкости. Расширение прекапиллярных артериол и посткапиллярных венул под влиянием ацидоза обуславливает резкое увеличение капиллярного объема крови и ее секвестрацию с развитием гиповолемии. В недостаточно снабжаемых кровью органах и тканях отмечаются выраженные нарушения микроциркуляции (гипостаз, "монетные столбики" из эритроцитов, агрегация тромбоцитов и т. д.).

В результате сокращения венозного притока к сердцу уменьшается ударный объем. Отрицательное влияние на величину сердечного выброса оказывают метаболический ацидоз, артериальная гипоксемия, ухудшение коронарной перфузии, связанное с артериальной гипотензией.

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).

$$\text{ИШ} = \text{частота пульса} / \text{АД систолическое}$$

Норма 60/120 ИШ = 0,5

Шок угрожаемый 100/100 ИШ = 1

Шок манифестированный 120/80 ИШ = 1,5

Наряду с контролем сердечно-сосудистой системы необходимо наблюдение за дыхательной деятельностью. Гипервентиляция свидетельствует о гипоксии, метаболическом ацидозе и гипертермии; гиповентиляция - о депрессии дыхания, возможно о повышении внутричерепного давления.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ШОК.

Геморрагический шок (ГШ) – общая реакция организма в ответ на внешнее или внутреннее кровотечение. Как причина смерти ГШ находится на 4-ом месте после кардиогенного, септического и травматического шока, однако по частоте он занимает первое место.

Острый дефицит циркулирующей крови, превышающий 50% ее объема, как правило, приводит к немедленной смерти без симптомов шока. Внезапная потеря 30-35% циркулирующей крови вызывает тяжелый шок. Потеря 15-20% ОЦК может восполниться самостоятельно, без проявления классических симптомов шока. Таким образом, для возникновения шока имеет значение не только объем кровопотери, но и фактор времени.

Выделяют следующие стадии ГШ:

1. Компенсированный обратимый шок (синдром малого выброса),
2. Декомпенсированный обратимый шок,
3. Необратимый шок.

Патофизиология. Острая кровопотеря вызывает внезапное уменьшение ОЦК, что ведет за собой потерю жизненно важного соответствия ОЦК и сосудистой емкости- фактора определяющего величину ОПСС. Резкое несоответствие емкости объему циркулирующей крови обуславливает снижение ударного объема сердца. Следовательно, острая гиповолемия, вызванная массивной кровопотерей, является первопричиной низкого ОПСС, сердечного выброса, а затем и АД, прогрессирующее падение которого характеризует развитие клинической картины ГШ.

Организм в состоянии за 24-48 часов самостоятельно восполнить с помощью компенсаторных механизмов 1/3 утерянного ОЦК (Рудовский В. и др.) за счет мобилизации внутренних ресурсов воды, главным образом интерстициальной, общий объем которой составляет от 10 до 20 л. Значительно сложнее обстоит с компенсацией недостающих эритроцитов. При потере 1/3 ОЦЭ процесс восстановления длится 20-25 дней.

Вместе с тем предельный объем потери, при котором жизнь еще возможна, составляет для эритроцитарной массы 60%, а для плазмы - лишь 30%.

Основной емкостью крови в организме является венозная система (так называемая система низкого давления), вмещающая до 75% объема

крови. Кровопотеря отражается, прежде всего, на объеме крови в венах. Венозные сосуды обладают хорошо развитым моторным механизмом, позволяющим быстро приспособлять емкость системы к изменившемуся объему крови. До тех пор пока действует этот адаптационный механизм, ЦВД остается в прежних пределах и венозный возврат не меняется. Однако эти возможности ограничены и при потере 5-10% ОЦК и более начинает снижаться ЦВД в результате уменьшения венозного возврата. Это ведет к снижению сердечного выброса. Организм стремится компенсировать недостаточный венозный возврат нарастающей тахикардией. Минутный объем сердца при этом может довольно долго оставаться на прежнем уровне или даже повышаться. При истощении компенсаторного емкостного механизма, которое наступает с уменьшением венозного возврата на 25-30%, начинает снижаться сердечный выброс, развивается синдром малого выброса.

Адаптационные и компенсаторные реакции организма при любых условиях снижения объемного кровотока направлены прежде всего на сохранение удовлетворительного кровоснабжения жизненно важных органов - мозга, сердца, легких. При невозможности поддержания нормального кровотока перечисленными механизмами развивается следующий этап компенсации - периферическая вазоконстрикция, обеспечивающая поддержание АД на уровне выше критического (централизация кровообращения). Можно считать доказанным, что немедленно после кровопотери уровень катехоламинов (адреналина и норадреналина) повышается в 10-30 раз. Вазоконстрикция во всех случаях затянувшегося синдрома малого выброса приводит к глубокой гипоксии тканей с неизбежным развитием ацидоза. Организм резко страдает от дефицита кислорода при гипотензивных состояниях, сочетающихся с периферической компенсаторной вазоконстрикцией, несмотря на то, что потребность в кислороде при этом может существенно снижаться. Метаболические потребности в кислороде при глубокой гипотонии, вызванной острой кровопотерей, покрываются лишь на 50%.

Большое место в комплексе патологических сдвигов, возникающих в связи с кровопотерей, усугубляющих шок, занимает перемещение жидкости из сосудистого и внеклеточного сектора в клеточный. Хотя эти перемещения не велики и составляют лишь 58% объема внутрисосудистой жидкости, они означают, по мнению Selkurt, наступление необратимой фазы шока. Перемещение воды в клетку может быть объяснено ослаблением в результате гипоксии функции "натриевого насоса" и снижением энергетической продукции клетки.

При дальнейшем течении шока постепенно снижается тонус прекапиллярного сфинктера под влиянием местного ацидоза при

одновременном сохранении тонуса посткапиллярного сфинктера, для которого кислотическая среда является относительно нормальной. Прекапиллярный сфинктер перестает реагировать даже на высокие концентрации эндогенных катехоламинов. Повышение гидростатического давления в капилляре в сочетании с повышением проницаемости сосудистой стенки способствуют переходу воды и электролитов в интерстициальное пространство, повышению вязкости крови.

В капиллярах в силу стремительной потери плазмы происходит агрегация (агломинация) форменных элементов, закупоривающих просвет капилляров и дающих основу для возникновения тромбов. Образование агрегатов эритроцитов непосредственно предшествует необратимости шока. Происходит секвестрация крови из циркуляции и депонирование ее в застойных капиллярах, венах.

Схематическое отражение патогенеза геморрагического шока.

Схема 1



Условно можно выделить 3 степени кровопотери:

1. Умеренную, составляющую не более 25% от исходного ОЦК;
2. Большую, равную в среднем 30-40% от исходного ОЦК;
3. массивную- более 40% от исходного ОЦК.

Клиника.

КОМПЕНСИРОВАННЫЙ ГШ.

Обусловлен потерей крови в таком объеме, который компенсируется сердечно-сосудистой системой. Бледность, АД, несмотря на сниженный сердечный выброс, неизменен или даже повышен, 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 органнй 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.

Клинические симптомы и объем кровопотери при синдроме малого выброса и геморрагическом шоке.

Таблица 4

Состояние	Клинические симптомы	Кровопотеря, процент и объем
Норма	Отсутствуют клинические симптомы, АД нормальное	10% (450-550 мл)*
Стадии шока: I Компенсированный обратимый ГШ	Умеренная тахикардия, слабо выражена (либо отсутствует) артериальная гипотония. Венозная гипотония. Умеренная олигурия. Похолодание конечностей.	15-25% (700-1300 мл)
II Декомпенсированный обратимый ГШ	Частота пульса до 120-140 в мин., низкое пульсовое АД (САД ниже 100 мм рт. ст.). Венозная гипотония. Бледность покровов. Одышка. Цианоз. Холодный пот. Олигурия (менее 20 мл/ч). Беспокойство.	25-45 % (1300-1800 мл)
III Необратимый ГШ	Гипотония свыше 12 часов. Пульс больше 140 уд. в мин. АД ниже 60 мм рт. ст. или не определяется. Сознание отсутствует. Крайняя бледность покровов. Холодный пот. Похолодание конечностей, гипостаз. Олигурия.	более 50 % (2000-2500 мл)

Предупреждение серьезных нарушений здоровья женщин, а в отдельных случаях и летального исхода при акушерских кровотечениях, возможно только при четком, полном и своевременном выполнении всех слагаемых комплексной системы оказания медицинской помощи, включающей обеспечение постоянной готовности родовспомогательных учреждений, осуществить хирургическую остановку кровотечения, адекватную инфузионно-трансфузионную терапию, профилактику и лечение респираторного дистресс-синдрома взрослых, грамотное проведение анестезиологического пособия, коррекцию нарушений гемокоагуляции и прочих гомеостатических расстройств. Интенсивная терапия при острой кровопотере в акушерской практике должна быть направлена, прежде всего, на восполнение ОЦК, поддержание адекватной тканевой перфузии, нормализацию гемокоагуляции и улучшение метаболизма клетки. Для нормализации объема крови обычно применяют следующие средства: кровь; коллоидные растворы, не содержащие эритроциты (альбумин, плазма, протеин); искусственные коллоидные растворы; кристаллоиды.

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

Таблица 5

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.

Синдром – ДВС

В настоящее время известно, что синдром ДВС – это неспецифический многокомпонентный патологический процесс, в основе которого лежит реальная и потенциальная интенсификация свертывающего потенциала крови, благодаря которому, кровь вначале подвергается свертыванию в зонах микроциркуляции, блокирует фибрином и клеточными агрегатами капиллярного русла, а затем, истощив свой свертывающий и антисвертывающий потенциал, утрачивает способность к свертыванию, что выражается тромбозами или профузными кровотечениями, блоком микроциркуляции и, как результат этого развитием синдрома полиорганной недостаточности. Тромбогеморрагические осложнения являются постоянным спутником любой акушерско–гинекологической патологии и во многом определяют течение и исход беременности и родов. Общепринято, что основными причинами развития ДВС при критических состояниях в акушерстве и гинекологии являются: тяжелые формы гестозов (преэклампсия и эклампсия), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, эмболия околоплодными водами,

замершая беременность, кровотечения различного генеза, массивные переливания крови, экстрагенитальная патология, разные виды шока, аллергические реакции, длительный прием контрацептивов, большая травматичность операций, особенно у гинекологических больных.

Отдельную проблему составляют гнойно-септические осложнения, а именно сепсис и септический шок. ***Среди заболеваний которые осложняются септическим шоком следует выделять: 1) септический аборт, 2) эндометрит, 3) хориоамнионит, 4) мастит, 5) перитонит после операции кесарево сечения. Фоном, благоприятствующим развитию данного критического состояния, является осложненное течение беременности, обусловленное поздним токсикозом, экстрагенитальными заболеваниями, иммунодефицит.*** Поэтому неудивительно, что около 70% всех синдромов рассеянного внутрисосудистого свертывания, возникающих в родах, оказываются в действительности не чисто акушерскими, а связаны с септическим состоянием.

Несмотря на множество причинных факторов, реализация ДВС-синдрома, возможна при наличии интенсивного или длительного активирования коагуляционного потенциала крови по внешнему и внутреннему пути свертывания, которое приводит к истощению противосвертывающих механизмов, активации, а в дальнейшем к истощению компонентов фибринолитической и каллекреин–кининовых систем.

1) При тяжелой преэклампсии имеет место диффузное повреждение эндотелия, в основе генерализованный артериолоспазм, который способствует повышению резистентности периферических сосудов с массивным повреждением эндотелия, в результате чего нарушается соотношение тромбогенного потенциала сосудистой стенки и ее тромборезистентности, в результате этого снижается синтез простациклина и увеличивается продукция тромбоксана – мощного индуктора агрегации тромбоцитов, возникает гиперагрегация, тромбоциты выбрасывают в кровь тромбоцитарные факторы и затем дезагрегируют.

2) Существуют состояния, когда ряд факторов свертывания активируется за счет тромбопластина и его аналогов при амниотической эмболии, аутолизе плаценты и децидуальных оболочек, при задержке и мацерации плода.

3) Начальным этапом ДВС при сепсисе, независимо от ведущей причины, является выброс медиаторов (цитокинов), способных

активировать систему гемостаза. В данном случае, начальным механизмом является повреждение эндотелия и усиление сосудистой проницаемости, которое вызывается выбросом эндотоксинов и активацией медиаторов. Вследствие септицемии, цитокиновая система активированных лейкоцитов играют центральную роль в развитии ДВС, приводящей к полиорганной недостаточности.

4) При острой массивной кровопотери, всегда так или иначе связанной с повреждением сосудистой стенки, происходит резкая активация свертывания крови как за счет первичного тромбоцитарного звена гемостаза, так и за счет дефицита факторов свертывания крови и изменений в системе фибринолиза.

На основании наших многолетних исследований и данных литературы считаем целесообразным использовать при критических состояниях в акушерско–гинекологической клинике следующую классификацию острого ДВС синдрома.

1. Гиперкоагуляционная стадия – может протекать в виде молниеносной, острой и подострой форм. Молниеносную форму данной стадии в акушерско-гинекологической клинике очень сложно диагностировать, так как она очень быстро (в течение десятков минут) переходит в стадию гипокоагуляции. Подострая форма развивается при длительно текущей преэклампсии, однако если нет ее медикаментозной коррекции, то при любой критической ситуации она очень быстро переходит в острую форму, которая характеризуется очень тяжелым состоянием (оценка по АРАСНЕ II <20 баллов) больной в результате основного заболевания и его осложнений.

2. Гипокоагуляционная стадия – а) хронометрическая гиперкоагуляция со структурной гипокоагуляцией.

Если условия, вызвавшие ДВС, сохраняются, то продолжающаяся интенсификация внутрисосудистого свертывания истощает факторы коагуляции, то есть наступает коагулопатия потребления, которая резко уменьшает возможности системы гемокоагуляции для остановки кровотечения при нарушении целостности сосудистой стенки, так как исчерпывается пластический и ферментативный материал для первичного тромбообразования. В зависимости от основной нозологической формы заболевания клиническая картина, характерная для этой стадии может быть достаточно разнонаправленной. При гнойно-септических заболеваниях (сепсис, тяжелый сепсис, септический шок) она может проявляться прогрессированием клинических синдромов острой недостаточности кровообращения (продолжающееся

снижение АД на фоне адекватной инфузионной терапии, нарастанием тяжести ОРДС до II-IV стадий, выраженная бледность в сочетании с акроцианозом, выраженная олигоурия, повышение градиента температуры до 6-8-10 градусов Цельсия и т.п.) вплоть до развития терминальной стадии шока. Напротив, при пreeклампсии у беременных наблюдаются артериальная гипертензия (АД = 140-200/90-135 мм.рт.ст.) на фоне низкого ЦВД (1-4 смH₂O), тахикардии (на 30-50% выше возрастной нормы), олигоурии и в 20-30% случаев имеются клинико-лабораторные признаки острого респираторного дистресс-синдрома II-III стадий.

В целом, оценка тяжести состояния по шкале APACHE II, как правило, не превышает 25 баллов. Для этой фазы стадии гипокоагуляции характерны: петехиальный тип кровоточивости, невыраженная отсроченная кровоточивость из мест инъекций и послеоперационной раны. Появление в фазу хронометрической гиперкоагуляции со структурной гипокоагуляцией кровотечения из матки обусловлено ее гипотонией или атонией, а не расстройствами в системе гемокоагуляции. В эту фазу кровь сворачивается быстро, но при этом сгусток очень рыхлый за счет большого количества содержащихся в нем ПДФ, которые, обладают выраженными антикоагулянтными свойствами.

Эта фаза скоротечна, вслед за ней наступает следующая фаза – афибриногенимия.

3. Хронометрическая и структурная реальная гипокоагуляция с потенциальной гиперкоагуляцией.

Общая клиническая симптоматика в фазу хронометрической и структурной реальной гипокоагуляции с потенциальной гиперкоагуляцией при гнойно-септической патологии существенно не отличается от предыдущей фазы. Однако, у беременных с преэклампсией (при условии выраженного кровотечения) наблюдается клиника геморрагического шока, выраженность которого соответствует кровопотере. Тяжесть общего состояния по шкале APACHE II достигает 30 баллов, а синдрома острого повреждения легких соответствует ОРДС II-III стадий. Практически у всех больных имеет место петехиально-пятнистый тип кровоточивости: экхимозы, петехии на коже и слизистых, кровотечение из мест инъекций и образование на их месте гематом, длительное кровотечение из послеоперационной раны, в брюшную полость и забрюшинное пространство. В результате ишемии и нарушении проницаемости капилляров кишечной стенки и желудка развивается гастрокишечный геморрагический синдром. В эту фазу

кровотечение из матки обусловлено нарушением гемостаза, хотя вытекающая кровь еще образует сгустки через более продолжительное время, но они небольшие, рыхлые, быстро растворяются. Таким образом, формируется синдром полиорганной недостаточности вследствие как одновременного, так и последовательного поражения органов и систем организма.

В лабораторных показателях выявляется хронометрическая и структурная гипокоагуляция, тромбоцитопения с тромбоцитопатией. Коагуляция заблокирована на самом последнем этапе (переход фибриногена в фибрин) большим количеством ПДФ. Как правило, развивается анемия, связанная с внутрисосудистым гемолизом (эритроциты, потерявшие способность к деформации, разрезаются, фрагментируются нитями фибрина) и кровотечениями. Благодаря сворачиванию фибриногена и проливанью плазмы возникает ишемия альвеолярной мембраны и образование гиалиновых мембран, блокируется легочное кровообращение, что способствует нарастанию тяжести ОРДС. В данную фазу на фоне реальной гипокоагуляции, еще сохраняется повышение тромбинового потенциала крови за счет постоянно накапливающегося в крови тромбопластина, т.е. имеет место потенциальная гиперкоагуляция. Если патологический процесс в этой не корректируется, то поломка регуляции агрегатного состояния крови достигает своего максимума, развивается синдром низкой вязкости, полная несвертываемость крови, необратимый блок микроциркуляторного русла – терминальная фаза стадии гипокоагуляции острого ДВС синдрома. Состояние больных крайней степени тяжести или терминальное, за счет синдрома полиорганной недостаточности, проявляющегося острой церебральной недостаточностью (кома), артериальной гипотонией на фоне адекватной инфузионной терапии и инотропной поддержки, критическими расстройствами газообмена (ОРДС III-IV стадий), декомпенсированной дисфункцией всех периферических органов и систем на фоне некупирующегося коагулопатического массивного кровотечения. Оценка тяжести состояния по шкале APACHE II более 30 баллов. Клиническая картина геморрагического синдрома характеризуется смешанным типом кровоточивости: профузное кровотечение из тканей, желудочно-кишечного тракта, трахеобронхиального дерева, макрогематурия.

Классификация стадий и фаз ДВС крови

Таблица 6

Стадии и фазы ДВС крови	Клинико-лабораторное проявление
I. Гиперкоагуляционная стадия	Гемокоагуляционный шок ARDS I – VI стадии Хронометрическая гиперкоагуляция ОРФТ, ЭТ (+), ФВ > 150 – 200 %, Д – димеры (+), АТ III, гиперагрегация тромбоцитов APACHE II < 20 баллов
II. Гипокоагуляционная стадия А) Хронометрическая гиперкоагуляция со структурной гипокоагуляцией	Петехиальный тип кровоточивости. Реальная и потенциальная хронометрическая гиперкоагуляция, сгусток рыхлый. Тромбоциты ³ 100 тыс. Фибриноген 1,5 – 3,0 г/л, Д – димеры (+) APACHE II £ 25 баллов ARDS II – VI стадия
б) Хронометрическая и структурная реальная гипокоагуляция с потенциальной гиперкоагуляцией	◁ Смешанный тип кровоточивости Хронометрическая гипокоагуляция, пробы переноса (+) тромбоциты ³ 50 тыс. Фибриноген >0,5 < 1,5 г/л APACHE II £ 30 баллов ARDS II – VI стадия
В) Терминальная фаза (преобладание антитромбиновой и антиагрегационной активности)	Тотальные геморрагии Отсутствие потенциальной гиперкоагуляции по пробам переноса, Выраженная хронометрическая гипокоагуляция Фибриноген – следы, в рептилазовом тесте до 2г/л, тромбоциты < 50 тыс., единичные, ФВ < 100% APACHE II > 30 баллов ARDS III – IV стадия СПОН > 15 баллов

Таким образом, основные причины кровоточивости с учетом влияния компонентов интенсивной терапии в акушерско–гинекологической клинике при ДВС крови следующие:

1. Коагулопатия потребления за счет истощения и блокировки факторов коагуляционного каскада;
2. Коагулопатия разведения;
3. Накопление патологических антикоагулянтов – продуктов деградации фибрин – фибриногена;
4. Тромбоцитопения с тромбоцитопатией;
5. Расстройства сократительной функции матки;
6. Повреждение эндотелия с блокировкой продукции простациклина;
7. Увеличение проницаемости капиллярного русла;
8. Накопление медиаторов ССВО;
9. Блокировка тромбоцитарного гемостаза за счет действия антикоагулянтов прямого действия (гепарина) и дезагрегантов.

Интенсивная терапия ДВС – синдрома

Лечение больных с ДВС зависит от остроты, стадии, тяжести клинической картины и должно преследовать следующие цели (таблица 5):

- 1) Устранение причины вызвавшей ДВС – коррекция триггерных механизмов этиопатогенеза.
- 2) Устранение реальной (потенциальной) гиперкоагуляции и блокады микроциркуляторного русла.
- 3) Замещение потребленных факторов свертывания, естественных антикоагулянтов и плазминогена.
- 4) Подавление избыточного фибринолиза, протеолиза.
- 5) Поддержание на адекватном уровне кислороднотранспортной функции крови.
- 6) Профилактика и коррекция СПОН.

Стартовую терапию гиперкоагуляционных стадий ДВС крови необходимо начинать с индивидуального подбора доз обычных гепаринов. Он не проникает через плаценту, ингибирует все фазы

свертывания крови. Гепарин не уменьшает содержание факторов свертывания крови, а лишь тормозит их активацию, снижает прочность фибринового сгустка и создает более благоприятные условия для тромболизиса, улучшает микроциркуляцию и реологические свойства крови.

Цель адекватной гепаринизации – нормализация или удлинение хронометрических тестов (Ли–Уайт, АВСК, АЧТВ и др.) в 1,5 –2 раза по сравнению с контролем и снижение РФМК в тестах паракоагуляции.

Принципы инфузионно-трансфузионной терапии при ДВС

Таблица 8

<i>Стадии ДВС</i>		<i>Показано</i>	<i>Не показано</i>
Гиперкоагуляционная стадия		Гепарин, гемодилюция, дезагреганты, ТАП, плазмацитозферез, коррекция КТФ, нестероидные препараты, профилактика ПОН, криоплазма	Симптоамины, тромболитики I –II поколения
Гипо - изокоагуляция	Наличие потенциальной гиперкоагуляции	Гепарин *, криоплазма ***, альбумин, гормоны, декстраны, РЕЕР/СРАР, плазмаферез	
	Отсутствие потенциальной гиперкоагуляции	Криоплазма **, IРРV+РЕЕР, ограниченные ВБ, криопреципитат, тромбомасса, ингибиторы протеолиза*, кровь при Нб < 60 г/л, допамин	Гепарин, дезагреганты, спазмолитики, декстраны, ЭАКК*, фибриноген, осмодиуретики, салуретики *

Основные принципы профилактики

Профилактика развития тяжелых форм ДВС крови должна обеспечиваться:

- 1) Всем беременным женщинам проводить исследование гемостаза с целью выявления расстройств гемостаза врожденного и приобретенного генеза.
- 2) Специфическую профилактику гепарином проводить больным у которых есть риск возникновения тромбозмболических осложнений в раннем и позднем послеоперационном периоде: гепарин подкожно по 2,5 тыс., через 4 или 6 часов, под контролем АВСК (АВСК не более 5 минут) или назначением низкомолекулярных гепаринов (клексан, фраксипарин и др.), которые в отличие от обычных гепаринов обладают следующими преимуществами: высокой биоусвояемостью (90%), большим периодом полураспада (до 190 – 270 мин), высокой анти – Ха/анти – Па активностью, минимальным липолитическим эффектом.
- 3) При любом критическом состоянии в акушерско– гинекологической клинике необходимо диагностировать тяжесть расстройств гемостаза и проводить своевременную медикаментозную коррекцию.
- 4) Больные с острыми расстройствами системы гемостаза должны лечиться в отделениях реанимации и интенсивной терапии оснащенных лабораторной службой, позволяющей круглосуточно оценивать состояние системы гемокоагуляции.
- 5) Роды должны вестись по 500 приказу Мин РУЗ и принципам «Безопасного материнства».

Предлагаемые подходы к диагностике и лечению ДВС синдрома, помогут специалистам по реанимации и интенсивной терапии улучшить результаты больных акушерско–гинекологического профиля с критическими состояниями, осложнившимися тромбгеморрагическими проявлениями.

Роль медицинской сестры с высшей квалификацией при профилактике послеродовых кровотечений.

Всегда при кровотечениях роженица или родильница оказывается в опасном положении. Понятно и тягостное чувство акушерки, которая встречается с такой больной. Для проведения большинства акушерских мероприятий, необходимых в подобных случаях, требуется надлежащая обстановка, а самое главное технические навыки (кесарево сечение, наложение щипцов, перфорация головки, переливание крови), которыми акушерка не владеет или которые не может проводить без врача.

Во всех случаях тяжелой патологии, когда акушерка не в состоянии справиться сама, она не должна теряться. Во время родов при рождении плечиков плода для профилактики кровотечения внутривенно болюсно вводится окситоцин 1,0, разводя на 5,0 глюкозе (метод Кохрейна).

В случае кровотечения медсестра с высшим образованием должна поэтапно проводить совместно с врачом следующий алгоритм методов остановки кровотечения:

1. Наружный массаж матки, удаление сгустков крови.
2. Опорожнение мочевого пузыря катетером.
3. Проверять целостность последа и оболочек (Водно–воздушная проба).
4. Оценить состояние пациентки
5. Осмотреть мягкие родовые пути для определения разрывов.
6. В/в переливание физиологического раствора или Рингер лактата; при развитии шока переливать струйно 1 литр в течение 15 минут до стабилизации состояния.
7. Вводить сокращающие матки препараты -метилэргометрин или окситоцин в/в или в/м. Разводить 8 единиц окситоцина в 200 мл. физ. растворе струйно переливать в течение 15 минут или разводить 40 единиц окситоцина в 1 литр физ.растворе и переливать со скоростью 40 капель в минуту для поддержания сокращения матки. Необходимо приложить ребенка к груди или использовать стимуляцию сосков.
8. Произвести бимануальную компрессию матки внешнюю или внутреннюю.
9. Определить группу крови, уровень Hb, Ht. При необходимости заготовить компоненты крови.

Большую роль в происхождение атонического кровотечения играет нервно- психическое состояние беременной и роженицы. Поэтому чрезвычайно важно проведение психопрофилактической подготовки с самых ранних сроков беременности. В родильном стационаре, наряду с

правильной организацией лечебно-охранительного режима и проведением психопрофилактической подготовки к родам, профилактика кровотечений должна быть направлена и на борьбу с первичной и вторичной слабостью родовой деятельности, гипоксемией, травмой, родовой болью, утомлением и т.п.

Отсюда вытекает, что акушерке необходимо своевременно или тщательно проводить подробное обследование каждой беременной. Это даст возможность заранее выявить беременных с преэклампсией, с заболеваниями почек, сердечно-сосудистой системы, с перенесенными воспалительными заболеваниями половых органов, с узким тазом, многоводием и другой патологией и своевременно их госпитализировать.

В стационаре необходимо совместно врачом составить рациональный план ведения родов.

Тема №7

УЗКИЙ ТАЗ В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ.

В узком тазе могут быть уменьшены все размеры: прямые, поперечные и косые, могут быть укорочены только некоторые размеры. Таз считают узким, если все размеры или хотя бы один из них укорочен по сравнению с нормальным на 1,5 – 2 см и больше.

Основным показателем сужения таза принято считать размер истинной конъюгаты. Если меньше 10 см. и ниже, таз является узким. О размере истинной конъюгаты можно судить по величине диагональной и наружной конъюгате.

РАЗЛИЧАЮТ:

- анатомический узкий таз;
- функционально узкий таз;
-

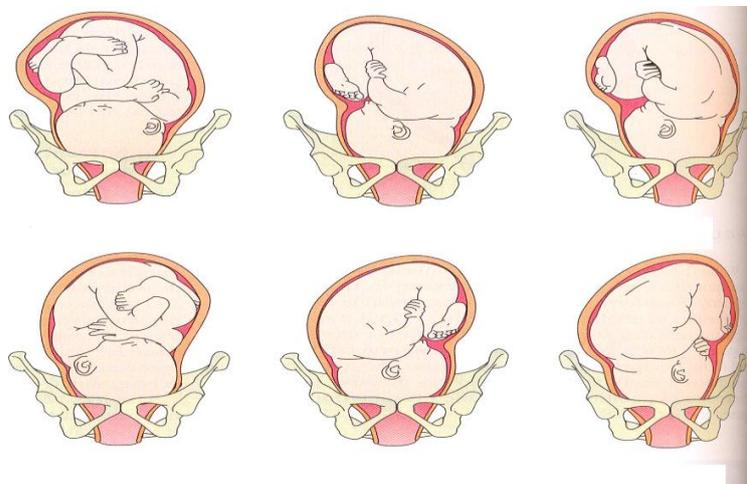


Рисунок 28. Узкие тазы

Диагноз анатомического узкого таза ставится путем измерения таза. Вопрос о том, будет ли данный таз функционально узким, решается во время родов, путем учета характера родовой деятельности, продвижения головки и т.д.

ФУНКЦИОНАЛЬНО – узким тазом является такой таз, который представляет затруднения или препятствия для течения данных родов.

ЭТИОЛОГИЯ

- инфантилизм
- продолжительные заболевания в детском возрасте и в период полового созревания;
- расстройства обмена веществ;
- неполноценное питание матери в период беременности;
- туберкулез костей и суставов;
- неправильно сросшиеся переломы.

Частота от 3 – 3,6 %. Клинический узкий таз 3 – 5 % рожениц.

КЛАССИФИКАЦИЯ УЗКОГО ТАЗА.

1. Различают часто встречающиеся и редкие формы сужения таза.

А. Часто встречающиеся формы.

1. Общеравномерносуженный таз.
2. Плоский таз: а) просто плоский таз
б) плоско рахитический таз.
3. Общесуженный плоский таз.
4. Поперечно суженный таз.

Б. Редко встречающиеся формы.

1. Кососмешанный и кососуженный таз.
2. Воронкообразный таз.
3. Спондилместический таз.
4. Остеомалитический таз.
5. Таз суженный экзостазми и костными опухолями.
6. Кифотический таз и другие редкие формы.

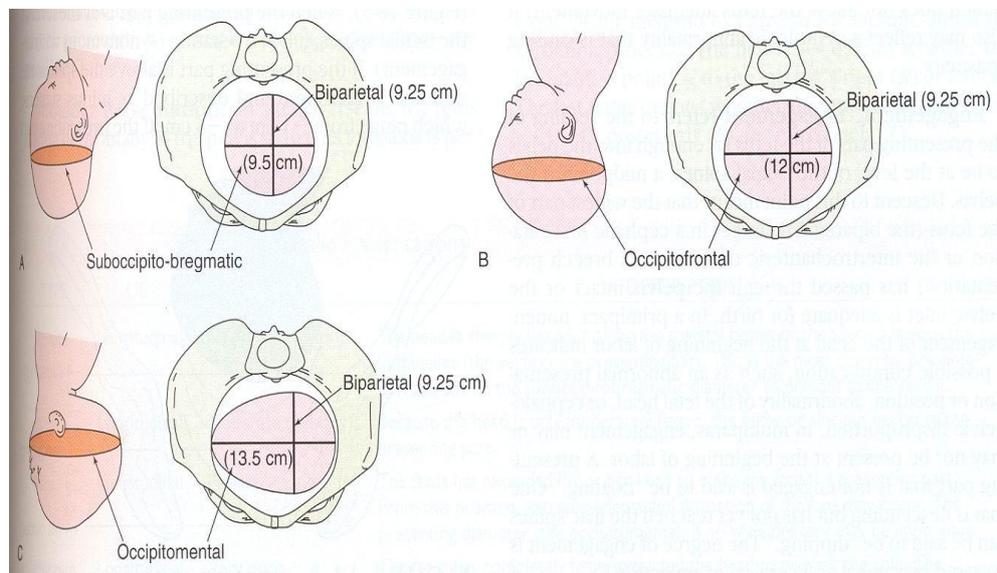
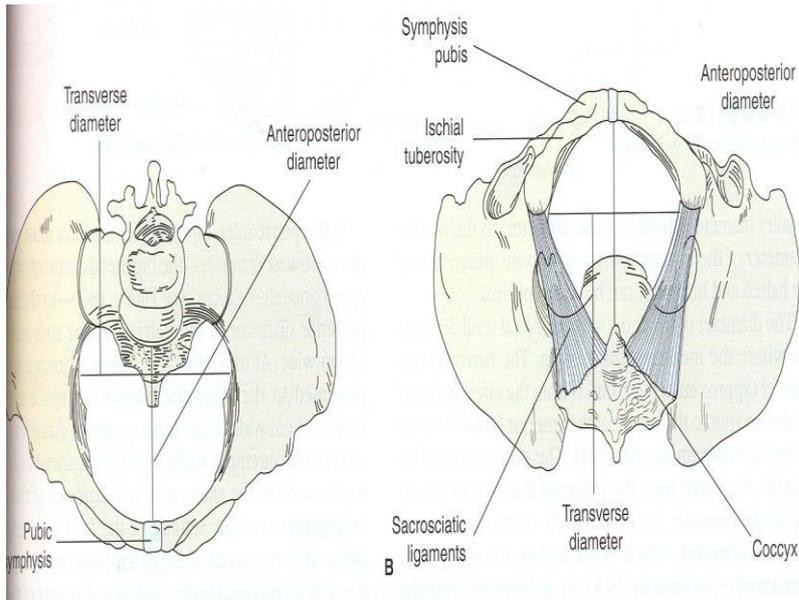


Рисунок 29. Виды узких тазов.

Более часто встречаются и поэтому имеют практическое значение в основном следующие немногие формы:

- общеравномерносуженный таз;
- плоский таз;
- а) простой
- б) плоскорихитический
- общесуженный плоский таз

По данным мировой литературы, чаще всего бывает плоский таз (50,8 – 62 %). На втором месте общесуженный таз (38 – 49,2 %).

Определение степени сужения таза по величине истинной конъюгаты.

II. Следует различать 4 степени сужений таза по величине истинной конъюгаты:

I ст. – 10 – 9 см

II ст. – 9 – 75 см.

III ст. – 75 – 55 см.

IV ст. – 5,5 и меньше см.

При первой степени сужения таза в подавляющем большинстве случаев роды заканчиваются самопроизвольно и течение их мало отличается от такого при нормальном тазе.

При второй степени самопроизвольные роды возможны, но все же не является правилом.

При третьей степени плод через естественные родовые пути живым родиться не сможет, его извлекают только после краниотомии.

IV степени сужения – абсолютное показание к кесареву сечению.

ОБЩЕРАВНОМЕРНОСУЖЕННЫЙ ТАЗ

Общесуженный плоский таз встречается редко. Размеры этого таза: дистанция спинарум – 23 см, дистанция кристарум – 24 см, дистанция трохонтерика – 28 см, конъюгата экстерна – 15 см, конъюгата диагоналис – 9 см, конъюгата вера – 7 см. Одной из особенностей такого таза является возникновение препятствия рождающейся головке и механизм родов отличается от нормального положения головки, головка сгибается, малый родничок головки приближается к проводной оси таза.

Плоский таз – характеризуется сужением прямых размеров плоскостей таза.

При родах отмечается следующие особенности:

- Головка вступает во вход в таз стреловидным швом в поперечном размере.
- Происходит умеренное разгибание головки.
- Наблюдается асинклитическое вставление головки.
- Через все плоскости малого таза головка проходит стреловидным швом в поперечном размере.

ДИАГНОСТИКА.

При решении вопроса о том, имеется ли у беременной или роженицы сужение таза, прежде всего надо тщательно и подробно собрать анамнестические данные. После того как будут собраны необходимые анамнестические данные, переходят к наружному исследованию. В первую очередь следует обратить внимание на рост беременной женщины или роженицы. Малый рост должен натолкнуть на мысль о перенесенном рахите. Затем последовательно приступают к осмотру всего тела: нет ли искривлений позвоночника (кифоз, сколиоз,

лордоз) или укорочения нижней конечности, не хромот ли женщина, узкость или широкость бедра (рахит), нет ли неподвижности в суставах, какая форма ромба Михаэлиса, не отвислый ли живот (остроконечный у первобеременных) и пр.

После тщательного и полного осмотра скелета приступают к обследованию живота беременной и роженицы. Остроконечный и отвислый живот у беременных свидетельствует о наличии узкого таза.

О способах наружного измерения таза было сказано выше. Здесь мы отметим важное значение, которое имеет определение так называемого наклона таза, а также некоторые дополнительные наружные измерения применительно к узкому тазу.

Еще лучше при установлении емкости таза пользоваться приемом Вастена. Прием состоит в следующем. Акушер плашмя кладет руку на область симфиза и скользит кверху в направлении головки. Прием может быть использован во время родов, когда головка стоит уже плотно во входе в таз. При нормальных отношениях (нормальный таз и средних размеров) головка будет стоять ниже (глубже) лона (признак Вастена отрицательный). При узком тазе отношения другие. Головка может стоять на одном уровне с лонным сочленением (признак Вастена – вровень) – это относительное, непреодолимое несоответствие (должны быть хорошие схватки, хорошая способность головки к конфигурации). Если головка резко выступает над лоном – несоответствие непреодолимо (признак Вастена положительный).

ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ УЗКИЙ ТАЗ

При анатомическом сужении нормальных размеров и крупном плоде или неправильных предлежаниях головки может быть функционально узкий таз. Течение родов при функционально узком тазе зависит от степени несоответствия между его размером и размером головки плода. При нем может быть наблюдаться ряд осложнений:

- Преждевременное и раннее излитие вод, которое иногда сопровождается выпадением пуповины или мелких частей плода.
- Слабость родовой деятельности чаще вторичная
- Эндометрит в родах
- Гипоксия и в/ч травма плода
- Разрыв матки при перерастяжении нижнего сегмента
- Сдавление мягких тканей предлежащей частью и образование в дальнейшем мочеполовых свищей.

По Колгановой разделяют IV степени клинического узкого таза.

I степени - роды удлиняются. Признак Вастена отрицателен. Размер Цангемайстера в пользу конъюгата экстерна. Отмечается долгое стояние головки в одной плоскости.

II степени – признак Вастена вровень. Размер Цангеймстера в пользу конъюгата экстерна. Долгое стояние головки свыше 20/30 мин. Задержка мочи. Болезненные схватки, угроза в/у гипоксии плода.

III степени – Вастена положителен. Размер Цангеймстера в пользу конъюгата экстерна, схватки редко болезненны. Головка свыше 30 – 40 минут в одной плоскости. Период раскрытия удлиняется до 4 часов. Начавшийся в/у гипоксии плода.

IV степени – клиника угрожающего разрыва матки.

Своевременная диагностика функционально узкого таза если беременную с анатомическим сужением таза или с крупным плодом за благовременно (за 1,5 – 2 недели до родов) госпитализируют в родильный дом, где кроме тщательного клинического обследования, производят пельвиметрию.

При I – II степени клинического узкого таза роды через естественные родовые пути возможны, но удлиняется, его периоды и возникает риск травматизма плода.

При III – IV степени родоразрешается операцией кесарево сечение в плановом или же в родах экстренном порядке.

ДИАГНОСТИКА узкого таза обычно не представляет трудностей:

- общее физиологическое недоразвитие
- малый рост (меньше 150 см)
- резкий лордоз
- признаки перенесенного рахита
- вывихи тазобедренных суставов
- ромб Михаэlesa.

При общеравномерносуженном таза поперечный размер ромба уменьшен 1 – 1,5 см = 8 – 7,5 (вместо 9 см). Продольный вертикальный размер увеличен по сравнению с нормой 11 см. При плоском таза наоборот, продольный размер ромба уменьшен на 3-4 см, в то время как поперечный остается неизменным. Не симметричная форма ромба обычно свидетельствует о косом таза. При подозрении на наличие узкого таза наряду с обычным изменением наружных размеров его определяют и следующие размеры:

- окружность таза 85 если снижается к 75 см, это свидетельствует о значительным сужении таза;
- боковые конъюгаты. Измерение производят тазомером между передней и задней осью подвздошно кости. С каждой стороны в 14,5 – 15 см. Укорочение до 13 см свидетельствует о значительном сужении таза.

- Косые размеры таза – расстояние по тазомеру от переднее – верхней ости подвздошной кости одной стороны до задней – верхней ости другой = 22,5 см.

Симметричное уменьшение этих размеров наблюдается при общеравномерносуженном тазе. Разница правого и левого косых размеров свидетельствует об асимметрии таза.

1. Определение высоты лонного сочленения.
2. Индекс Соловьёва свидетельствует о толщине костей таза – величина окружности в норме 14,5 – 15 см.
3. Величина головки плода
4. Признак Вастена бывает положительным, отрицательным вровень.
5. Прием Цангейместера вровень, больше или меньше от размера наружной конъюгаты.

При узком тазе в процессе родов повторное влагалищное исследование обязательны. При этом определяют соотношение головки плода со входом в таз, асинклитизм и его виды, степень конфигурации головки, место нахождения и состояние родничков, вставление головки, наличие и место расположение родовой, опухоли, особенности таза, определение истинной конъюгаты, степень подвижности копчика, наличие экзостозов, характера промотория, емкости и формы крестцовой впадины. Без знания всех этих данных правильное ведение родов невозможно.

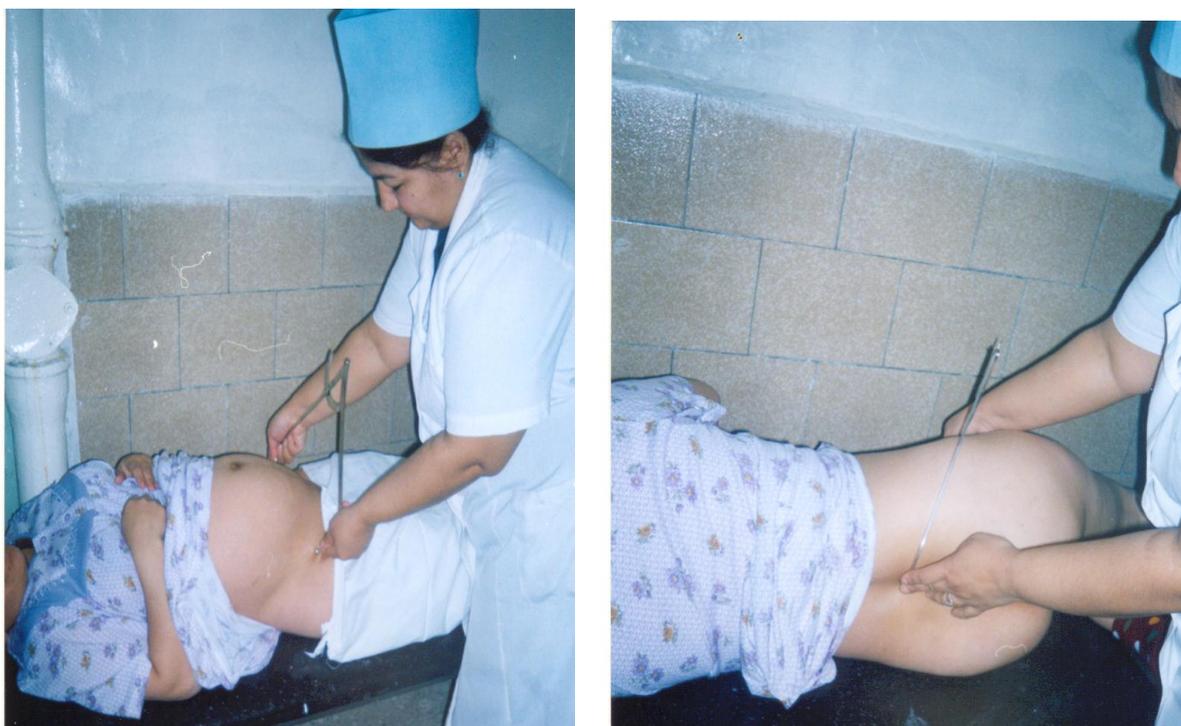


Рисунок 30. Измерение наружных размеров таза.

Роль медицинской сестры с высшей квалификацией при ведении беременности и родов у женщин с узким тазом.

При поступлении беременной женщины в стационар медицинской сестры с высшей квалификацией должна собрать полный анамнез, должна обратить внимание на рост и вес, телосложение. Она должна выслушивать сердцебиение плода, измерять окружность живота, высоту стояния головки и наружные размеры таза. До прихода врача медицинская сестра должна ставить свой диагноз и сопоставить с врачебным диагнозом.

Когда начались роды, предполагаемый вес плода, степень сужения таза, отхождение околоплодных вод и состояние плода – вот на какие вопросы должна искать ответ медицинская сестра при осмотре и должна знать возможные осложнения при этих случаях. Учитывая возможность наступления описанных выше осложнений и необходимости в ряде случаев оказания оперативной помощи, акушерка не должна брать на себя самостоятельное ведение родов у женщин с неправильным тазом; как правило необходимо проводить в род.зале с врачом. В род.зале наблюдение за роженицей с узким тазом ведет акушерка вместе с врачом. Чтобы своевременно сигнализировать о всех отклонениях, мед. сестра должна уметь правильно оценить характер течения родов, состояние роженицы и плода, заполнять партограмму.

Роды при узком тазе – это трудный экзамен для акушерки.

Своевременное выявление беременных с узким тазом, непременно заблаговременное направление их для родов в родильный дом – это основное в работе акушерки по профилактике родового травматизма.

АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ. РАЗРЫВ МАТКИ.

Родовые пути матери во время родов подвергаются значительному растяжению, вследствие чего могут быть повреждены. В основном эти повреждения могут носить поверхностный характер в виде трещин и ссадин, которые не дают никаких симптомов и самостоятельно заживают в первые дни послеродового периода, оставаясь нераспознанными. Иногда повреждения мягких родовых путей матери, возникающие при растяжении тканей или в результате оперативных вмешательств, бывают настолько значительными, что являются причиной серьезных осложнений, последствия которых обнаруживают во время родов и в послеродовом периоде, которые опасны для жизни женщины и приводят в некоторых случаях к длительной потере трудоспособности и инвалидности.

Различают разрывы тела матки, шейки матки, влагалища, наружных половых органов, промежности, гематомы наружных половых органов и влагалища, острый выворот матки, растяжение и разрывы сочленений малого таза, мочеполовые и кишечно-половые свищи.

РАЗРЫВЫ МАТКИ

Разрывом матки называют нарушение целостности ее стенок. Разрыв матки может произойти во время беременности и в родах и является тяжелейшим проявлением акушерского травматизма. Частота его, по данным различных авторов, колеблется от 0,015% до 0,1% от общего числа родов.

Судя по данным литературы, в последние десятилетия значительно изменилась структура разрывов матки. Уменьшилась частота разрывов в силу механических причин (неправильные положения плода, клинически узкий таз и т.п.), насильственных разрывов, как следствия грубых и неосторожных акушерских вмешательств. Чаще разрывы матки возникают на фоне отягощенного акушерского анамнеза, упорной первичной слабости родовой деятельности или после перенесенной операции на матке, что составляет от 17 до 60% всех разрывов матки. К росту числа женщин с рубцом на матке приводит не только увеличение частоты кесарева сечения, но и не уменьшающееся количество аборт, при которых нередко возникает полная или неполная перфорация матки, иногда нераспознанная, воспалительные процессы. Кроме того, увеличилось количество консервативно-пластических операций на матке при миомах матки у женщин молодого возраста и количество других внутриматочных

вмешательств и операций. По данным литературы рубец на матке имеют 4-8% беременных и рожениц, и каждое 5-3 кесарево сечение является повторным. В связи с неполноценностью рубца на матке оперируют в плановом порядке 40-50% беременных, а всего повторно оперируют 55-85% женщин с рубцом на матке.

Обширность травмы, шок, массивные кровотечения, присоединение инфекции требуют оказания не только квалифицированной хирургической помощи, но и целенаправленных реанимационных мероприятий и длительной, интенсивной терапии. В связи с этим спасение беременной или роженицы не всегда является возможным. Летальность при разрывах матки в настоящее время достигает 3-4%. Вовлечение в разрыв смежных с маткой органов отягощает судьбу больных. На исход заболевания влияют задержка оказания хирургической помощи, противошоковых мероприятий, включая переливание крови и ее заменителей. Особенно опасны разрывы матки, происшедшие дома. Причиной смерти женщин в 66-90% являются шок и анемия, реже - септические осложнения. Среди выживших женщин некоторые страдают гипоксической энцефалопатией. Разрывы матки являются губительными для плода, так как некоторые их формы приводят к его гибели в 100% случаев.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Классификация причин разрывов беременной матки по J. PRITCHARD и P. McDONALD (1980)

- Повреждения матки до настоящей беременности.

Хирургия с вовлечением миометрия: кесарево сечение или гистеротомия, восстановленный в прошлом разрыв матки, миомэктомия с рассечением матки вплоть до эндометрия или со вскрытием эндометрия, глубокая резекция маточного угла с целью удаления интерстициального отдела трубы, эксцизия маточной перегородки (метропластика).

Случайная травма матки: инструментальный аборт (зондирование, кюретаж или использование других инструментов), острая или тупая травма (несчастный случай, ранение), немой разрыв при прошлой беременности.

- Повреждение матки в течение настоящей беременности, перед родами: постоянные, сильные маточные сокращения, введение окситоцина или простагландинов, интраамниальное введение гипертонического раствора, перфорация мониторным катетером, наружная травма, острая или тупая, перерастяжение матки (многоводие, многоплодие).

- Во время родов: внутренний поворот плода, щипцы, извлечение за тазовый конец, аномалии плода, сопровождающиеся сильным

растяжением нижнего сегмента, сильное давление на дно матки, трудная операция ручного отделения плаценты.

- Маточные дефекты, не обязательно связанные с травмой.
- Врожденные: беременность в не полностью развившейся матке или маточном роге.
- Приобретенные: плацента *increta* or *percreta*, инвазивный пузырный занос и хорионэпителиома, аденомиоз, истончение прочно ретровертированной матки.

Классификация разрывов матки по Л.С. Персианинову (1964)

I. По времени происхождения:

- Разрыв во время беременности.
- Разрыв во время родов.

II. По патогенетическому признаку:

- Самопроизвольные:

Типичные:

- механические (механическое препятствие для родоразрешения и здоровая матка);

Атипичные:

- гистопатические (при патологических изменениях стенки матки);
- механическо-гистопатические (при сочетании механического препятствия для родоразрешения и патологических изменений маточной стенки).

Насильственные разрывы матки:

Травматические - грубое вмешательство во время беременности или родов при отсутствии перерастяжения нижнего сегмента или во время беременности и родов от случайной травмы.

Смешанные - внешнее воздействие при перерастяжении нижнего сегмента.

III. По клиническому течению:

- Угрожающий разрыв.
- Начавшийся разрыв.
- Совершившийся разрыв.

IV. По характеру повреждения:

- Трещина (надрыв).
- Неполный разрыв (не проникающий в брюшную полость).
- Полный разрыв (проникающий в брюшную полость).

V. По локализации:

- Разрыв в дне матки.
- Разрыв в теле матки.
- Разрыв в нижнем сегменте.
- Отрыв матки от сводов влагалища.

Классификация Л.С. Персианинова является до настоящего времени наиболее распространенной.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ РАЗРЫВОВ МАТКИ

Существуют две теории, объясняющие развитие данной акушерской патологии: механическая и гистопатическая. В настоящее время доказано, что оба эти фактора имеют существенное значение в патогенезе разрыва. Структурные изменения в мышце матки можно рассматривать как причины, предрасполагающие к травме матки, а механические препятствия - как выявляющий разрыв фактор.

В 1875 г. **Бандль** выдвинул механическую теорию разрывов матки. Согласно этой теории разрыв матки является следствием сильного растяжения нижнего маточного сегмента в связи с несоответствием размеров предлежащей части плода с размерами таза матери. Головка плода ущемляет шейку матки, мешает ее смещению кверху. После излития вод при нарастающей родовой деятельности плод перемещается в растянутый нижний сегмент матки. При переходе за пределы растяжимости тканей или при незначительном вмешательстве происходит разрыв перерастянутой стенки матки. Клиническая картина несоответствия размеров плода и таза матери, может возникнуть при анатомическом сужении таза, поперечном положении плода, разгибательных предлежаниях головки плода, особенно при переднем виде, асинклитических выставлениях головки плода, высоком прямом стоянии стреловидного шва, гидроцефалии, крупном плоде, переношенной беременности, когда головка плода не способна к конфигурации, опухолях в области малого таза, рубцовых сужениях различных отделов мягких родовых путей, неправильных положений матки после операций, фиксирующих ее положение, экзостозах, дистонии шейки матки. Клиническая картина разрыва матки по Бандлю - это бурная родовая деятельность, которая проявляется как угрожающий, начавшийся и совершившийся разрыв.

В начале нашего столетия Н.З. Иванов, а затем и **Я.В. Вербов**, изучая структуру матки после ее разрыва, выдвинули другую теорию. Согласно этой теории причиной разрывов являются глубокие патологические изменения в мускулатуре матки воспалительного и дегенеративного характера, приводящие к функциональной неполноценности органа, которая проявляется в виде слабости и дискоординации родовой деятельности в одних случаях и приводит к разрыву матки в других случаях. Следовательно, основным клиническим проявлением этих разрывов будет не бурная, а слабая или дискоординированная родовая деятельность. Чаще такие разрывы происходят у повторнородящих или многорожавших женщин.

Причинами патоморфологических изменений в миометрии могут быть рубцы на матке после операций (консервативная миомэктомия, кесарево сечение, иссечение трубного угла при внематочной беременности, повреждения матки при искусственных абортах), инфантилизм и аномалии развития половых органов, воспалительные заболевания матки и придатков, аденомиоз, тяжелые, затяжные роды, паритет родов (более 5 родов), многоводие, многоплодие, приращение и предлежания плаценты, разрушающий пузырьный занос и хорионэпителиома.

Возможность разрывов матки возрастает при применении на этом фоне оперативных методов родоразрешения. Однако здоровая матка может стать неполноценной, если недостаточно внимательно вести роды, упорно стимулировать родовую деятельность.

В настоящее время считают, что в этиопатогенезе разрывов матки присутствуют оба механизма, т.е. разрывы возникают при одновременном существовании гистопатических изменений в ее стенке и каких-либо препятствий для изгнания плода. При более выраженном изменении структуры маточной стенки даже незначительное механическое воздействие может привести к разрыву последней. Согласно М.А. Репиной, сейчас имеют место в основном гистопатические самопроизвольные разрывы матки, чистая травма встречается редко, трещины матки не бывают. Однозначно решить, что является причиной разрыва матки не всегда возможно, так как всегда имеет место комплекс неблагоприятных факторов.

КЛИНИКА РАЗРЫВОВ МАТКИ

Клиническая картина разрывов матки очень разнообразна, что объясняется множеством факторов, влияющих на нее. Клиническая картина зависит от преобладания механических или гистопатических причин разрывов матки в случае их сочетания, стадии развития процесса (угрожающий, начавшийся, совершившийся), локализации разрыва (тело, нижний сегмент, дно), характера повреждения (полный, неполный). При совершившемся разрыве клиника зависит от того, проникает ли разрыв матки в брюшную полость или нет, от полного или частичного выхода плода в параметральное пространство или брюшную полость, от калибра поврежденных сосудов, от величины и скорости кровотечения. Скорость развития и тяжесть геморрагического шока значительно зависят от фона, на котором наступила катастрофа. Сопутствующие заболевания сердечно-сосудистой системы, паренхиматозных органов, преэклампсии, физическое и психическое истощение беременной и роженицы, присоединение инфекции способствуют быстрому развитию необратимых изменений в организме.

Большое разнообразие симптомов разрыва матки в родах трудно систематизировать. Наиболее типичную клиническую картину наблюдают при так называемом бандлевском разрыве матки, т. е. при наличии препятствий для рождающегося плода (угрожающий, начавшийся и совершившийся разрыв).

Угрожающий разрыв матки - это такое состояние, когда нет еще ни разрыва, ни надрыва стенки матки. Клиническая картина такого состояния наиболее выражена при механическом препятствии к изгнанию плода и несколько меньше при патологических изменениях стенки матки. Клиническая картина угрожающего разрыва матки характеризуется появлением следующих симптомов:

- Бурная родовая деятельность, сильные, болезненные схватки, не судорожные.

- Матка вытянута в длину, дно ее отклонено в сторону от средней линии, круглые связки напряжены, болезненны, могут быть асимметричны при косом расположении контракционного кольца.

- Контракционное кольцо расположено высоко над лоном, чаще - на уровне пупка, и косо, вследствие чего матка приобретает форму песочных часов.

- Нижний сегмент матки истончен, перерастян, при пальпации вне схваток - резко болезненный, в результате чего определить подлежащую часть невозможно.

- Появляется отек шейки матки вследствие прижатия ее к стенкам малого таза, открытие шейки матки кажется полным, но ее края в виде "бахромы" свободно свисают во влагалище, отек с шейки матки может распространиться на влагалище и наружные половые органы.

- Вследствие прижатия уретры или мочевого пузыря головкой плода происходит отек околопузырной клетчатки, самостоятельное мочеотделение затруднено.

- Часто появляются произвольные потуги при высоко стоящей головке плода, полном открытии шейки матки и отсутствии плодного пузыря.

- Беспокойное поведение роженицы. Если своевременно не оказать помощь, то угрожающий разрыв перейдет в начавшийся разрыв матки.

Для **начавшегося разрыва** характерно присоединение к симптомам угрожающего разрыва матки новых симптомов, вызванных начинающимся надрывом эндометрия. В связи с появлением кровоизлияния в мышце матки схватки приобретают судорожный характер, вне схваток матка не расслабляется, появляются сукровичные или кровяные выделения из влагалища, в моче - примесь крови. Вследствие бурных, судорожных схваток начинает страдать плод (учащение или урежение сердцебиения плода, повышение двигательной

активности, при головных предлежаниях - появление мекония в водах, иногда гибель плода). Роженица – возбуждена, кричит, из-за сильных, непрекращающихся болей. Жалуется на слабость, головокружение, чувство страха, боязнь смерти.

В тех случаях, когда на матке имеется рубец, диагностику угрозы разрыва матки облегчает информация о самом факте операции, послеоперационного течения. Сведения об этом и дополнительные исследования, проведенные вне беременности (УЗИ, гистеросальпингография) и во время беременности (УЗИ) позволяют заранее определить состояние рубца на матке.

О неполноценности рубца можно думать, если предыдущее кесарево сечение было произведено менее чем 2 года тому назад, в послеоперационном периоде была лихорадка, нагноение передней брюшной стенки, если был корпоральный разрез на матке, если в течение данной беременности имели место боли в животе или скудные кровяные выделения задолго до родов. Во время родов признаками несостоятельности рубца на матке являются боли в его области или внизу живота, непрекращающиеся вне схваток, болезненность рубца при пальпации, определение его истончения и/или ниш.

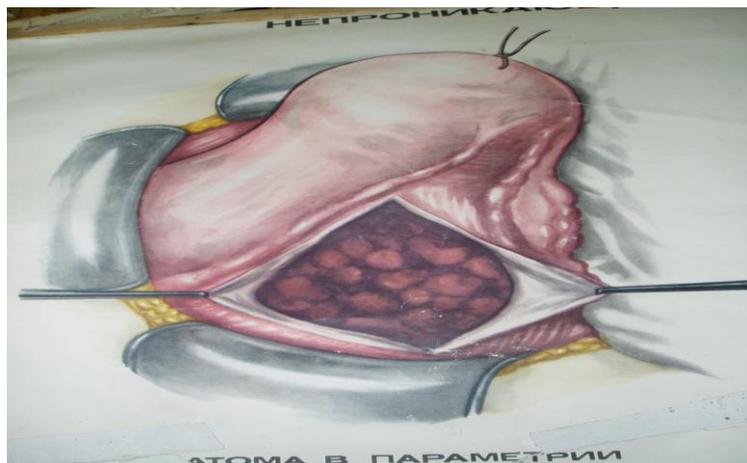


Рисунок 31. Гематомы параметрии.

При отсутствии немедленной помощи происходит **разрыв матки**. По определению Г. Гентера, совершившийся разрыв матки "характеризуется наступлением зловещей тишины в родильном зале после многочасовых криков и беспокойного поведения роженицы". В момент разрыва роженица ощущает резкую боль в животе, жжение, как будто что-то лопнуло, разорвалось. Сразу прекращается родовая деятельность. Роженица прекращает кричать, становится апатичной, угнетенной. Кожные покровы бледнеют, появляется холодный пот, учащается пульс, т.е. развивается картина болевого и геморрагического шока. При происшедшем разрыве матки изменяются форма матки и

живота, исчезает напряжение брюшной стенки, контракционное кольцо, напряжение круглых маточных связок, появляется вздутие кишечника, болезненность при пальпации, особенно в нижних отделах брюшной полости. Плод частично или полностью выходит в брюшную полость, его части можно пальпировать под передней брюшной стенкой. Сам плод становится подвижным, и фиксированная ранее головка отодвигается от входа в малый таз. Рядом с плодом можно определить сократившуюся матку. Сердцебиение плода, как правило, исчезает. Наружное кровотечение может быть скудным, так как при полном разрыве кровь свободно изливается в брюшную полость, а при неполном разрыве образуются забрюшинные гематомы, которые располагаются сбоку от матки, смещая ее кверху, могут распространяться до стенок таза и на околопочечную клетчатку. При изгнании плода в брюшную полость или в параметральное пространство происходят разрывы маточных сосудов, и кровотечение может быть значительным. Редко сосуды остаются целыми, и кровотечение будет небольшим. Описанная картина зависит от локализации, размеров и характера повреждения стенки матки. В патогенезе шока, помимо кровотечения, основную роль отводят болевому и травматическому компонентам.

В настоящее время преобладают стертые клинические картины разрывов матки, когда описанный симптомокомплекс выражен неотчетливо, что часто связано с применением обезболивания в родах, с введением спазмолитических препаратов. Поэтому, наличие какого-либо одного или двух признаков, более выраженных на фоне других неотчетливых признаков, может помочь распознать эту тяжелую патологию.

К признакам разрыва матки относят: симптомы раздражения брюшины или самостоятельные боли в животе, особенно в нижних отделах, вздутие живота, тошноту, рвоту, ощущение "хруста" при пальпации передней брюшной стенки, нарастающую гематому рядом с маткой и распространяющуюся вверх по боковой стенке таза, внезапное ухудшение состояния роженицы или родильницы, сопровождающееся учащением пульса, падением АД, бледностью кожных покровов, слабостью при сохраненном сознании, подвижность, до того фиксированной ко входу в малый таз, головки плода, внезапное появление кровяных выделений после прекращения родовой деятельности, отсутствие сердцебиения плода, пальпацию его частей под передней брюшной стенкой.

В неясных случаях при подозрении на разрыв матки, после полостных акушерских щипцов, плодоразрушающих операций показано контрольное ручное обследование стенок полости матки и осмотр шейки матки при помощи зеркал.

Из выше изложенного следует, что полностью бессимптомных разрывов матки не бывает. Только внимательное изучение анамнеза, внимательное отношение к жалобам беременных и рожениц, правильная оценка особенностей течения родов позволит в некоторых случаях избежать этой тяжелейшей акушерской патологии.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ ПРИ РАЗРЫВАХ МАТКИ

Врачебная тактика зависит от того, наступил ли разрыв матки или имеет место его угроза.

При появлении симптомов угрожающего разрыва матки необходимо немедленно прекратить родовую деятельность и закончить роды оперативным путем. Для снятия родовой деятельности применяют ингаляционный наркоз фторотаном. Наркоз должен быть глубоким, чтобы дальнейшие акушерские манипуляции и операции не привели к прогрессированию разрыва. В то же время надо помнить, что наркоз фторотаном способствует расслаблению матки в послеродовом периоде. Родоразрешение должны производить бережно, в зависимости от акушерской ситуации. Если нет противопоказаний (эндометрит в родах и др.), то при головке плода, находящейся во входе в малый таз показано кесарево сечение. При мертвом плоде и при головке плода, находящейся в полости малого таза - плодоразрушающая операция. Поворот плода на ножку, извлечение плода за тазовый конец, щипцы, вакуум-экстракция всегда противопоказаны, так как могут привести к насильственному разрыву матки.

При начавшемся и совершившемся разрывах матки всегда показано чревосечение, целью которого является устранение источника кровотечения, восстановление анатомии органов малого таза, предупреждение распространения инфекции. Одновременно с хирургической помощью до начала операции, во время операции и после нее проводят борьбу с шоком и кровотечением по общепринятым методам.

Таким образом, лечение начавшегося и совершившегося разрыва матки включает срочное и одновременное выполнение:

- Оперативного вмешательства.
- Адекватного анестезиологического пособия.
- Адекватной кровопотери и шоку инфузионно-трансфузионной терапии.
- Коррекции гемокоагуляции.

На исход операции влияют: обширность поражения органа, массивность кровопотери, тяжесть геморрагического шока, сопутствующая патология, своевременность диагноза, время начала операции. Запоздалое оперативное лечение, обычно, связано с

ожиданием консультантов, с сомнением в диагнозе, зашиванием разрывов мягких родовых путей, транспортировкой больной.

При начавшемся или совершившемся разрыве матки чревосечение производят только нижнесрединным разрезом. Из брюшной полости удаляют плод, послед, кровь, околоплодные воды, определяют источник кровотечения и производят возможный гемостаз. Ввиду частого сочетания совершившегося разрыва матки с атонией, инфекцией и др. патологией объем оперативного вмешательства - это экстирпация или надвлагалищная ампутация матки. По окончании операции показана тщательная ревизия органов брюшной полости. Ушивание разрывов возможно лишь у молодых женщин при отсутствии признаков инфекции, недавно произошедших, небольших линейных разрывах после иссечения краев раны на матке.

При начавшемся разрыве матки производят кесарево сечение с последующей ревизией матки. Если разрыв матки не диагностировали во время родов, то родильница либо погибает от кровотечения, либо в течение ближайших суток у нее развиваются симптомы разлитого перитонита. В последнем случае показана экстренная операция - чревосечение, экстирпация матки с трубами, с последующим дренированием брюшной полости, массивной антибактериальной терапией.

Профилактика разрывов матки заключается в тщательном изучении специального анамнеза, обследования в условиях женской консультации и своевременной госпитализации в роддом беременных, угрожаемых по родовому травматизму. Задачей врачей дородового отделения является правильная оценка совокупности анамнестических и объективных данных для выработки рационального плана ведения родов. При ведении родов у женщин с отягощенным акушерским анамнезом на фоне перерастяжения матки и аномалий родовых сил форсированное родоразрешение противопоказано.

РАЗРЫВЫ ШЕЙКИ МАТКИ

Разрывы шейки матки происходят по данным разных авторов у 3-60% родивших, причем при первых родах в 4 раза чаще, чем при повторных родах. Причины разрывов шейки матки разные, в большинстве случаев имеет место сочетание нескольких причин.

- Изменения шейки матки воспалительного характера, рубцовые изменения.
- Ригидность шейки матки у пожилых первородящих.
- Чрезмерное растяжение шейки матки при крупном плоде и разгибательном предлежании головки плода.
- Быстрые и стремительные роды.

- Длительные роды при преждевременном излитии околоплодных вод

- Длительное ущемление шейки матки между головкой плода и костями таза.

- Оперативные роды - щипцы, вакуум-экстракция плода, извлечение плода за тазовый конец, ручное отделение и выделение последа.

- Плодоразрушающие операции.

- Нерациональное ведение II периода родов - ранняя потужная деятельность.

Разрывы шейки матки могут быть самопроизвольными и насильственными. Самопроизвольные разрывы шейки матки возникают без оперативных вмешательств, насильственные - при операциях вследствие осложненного течения родов.

Разрывы шейки матки в зависимости от глубины делят на три степени:

I степень - разрывы шейки матки с одной или с обеих сторон не более 2 см.

II степень - разрывы длиной более 2 см, но не достигающие до сводов влагалища.

III степень - разрывы, достигающие до сводов влагалища и переходящие на них.

Единственным симптомом разрыва шейки матки является кровотечение из влагалища при хорошо сократившейся матке, в основном после рождения плода и последа. Вытекающая кровь имеет алый цвет. Кровотечение может быть незначительным или вообще отсутствовать. При повреждении веточек маточных артерий кровотечение может быть массивным, приводить к образованию гематом в парацервикальной и параметральной клетчатке, геморрагическому шоку.

Для диагностики разрывов шейки матки всем роженицам независимо от паритета родов необходимо проводить осмотр шейки матки с помощью зеркал сразу после родов.

Обнаруженный разрыв шейки матки зашивают сразу. Это необходимо для остановки кровотечения, профилактики развития послеродового параметрита, часто возникающего при незащитом разрыве шейки матки. Незащитые разрывы могут проявить себя и в дальнейшей жизни женщины, приводя к истмико-цервикальной недостаточности и недонашиванию беременности, развитию воспалительных и предраковых заболеваний шейки матки.

Однако, из-за отека, обильных кровяных выделений, растяжения тканей шейки во время родов диагностика разрывов бывает затруднена. Поэтому некоторые авторы предлагают проводить осмотр шейки матки

с иссечением некротизированных тканей и зашиванием разрывов через 6-24-48 часов после родов (отсроченные швы).

Обычно, на разрыв шейки накладывают отдельные узловые швы кетгутом через все слои ее стенки со стороны влагалища, начиная от верхнего угла разрыва по направлению к наружному зеву. При этом первый шов с целью гемостаза накладывают несколько выше начала разрыва.

В связи с плохими условиями для заживления (лохии, инфекция, отек и разможнение тканей) швы на шейке матки довольно часто заживают вторичным натяжением. Поэтому предлагают различные модификации швов на шейку матки (однорядные, непрерывные кетгутовые швы, двухрядные, отдельные кетгутовые швы), различный шовный материал (хромированный кетгут, викрил).

Ведение послеродового периода обычное. Специальный уход за шейкой матки не требуется.

РАЗРЫВЫ ПРОМЕЖНОСТИ

Разрывы промежности являются одним из самых частых осложнений родов, происходят у 7-15% родивших, причем у первородящих в 2-3 раза чаще, чем у повторнородящих.



***Рисунок 32. Ушивание
промежности***

ЭТИОЛОГИЯ

Этиология разрывов промежности разнообразна. Причинами разрывов могут быть: ригидность тканей у первородящих старше 30 лет, рубцы, оставшиеся после предшествующих родов, а также высокая промежность, крупный плод, прорезывание головки большим размером при разгибательных предлежаниях, заднем виде затылочного предлежания, оперативное родоразрешение (акушерские щипцы, вакуум-экстракция, извлечение плода за тазовый конец), анатомически узкий таз, быстрые и стремительные роды, неправильное оказание акушерского пособия (преждевременное разгибание и прорезывание головки плода).

Разрыв промежности может начинаться с задней или боковых стенок влагалища или с задней спайки с переходом на промежность и заднюю стенку влагалища. Травме промежности предшествуют

признаки, свидетельствующие об угрозе ее разрыва - значительное выпячивание промежности, ее цианоз вследствие венозного застоя, а затем - отек и блеск тканей и, при нарушении артериального кровотока, бледность кожных покровов. На коже промежности сначала могут появиться трещины, а затем произойдет разрыв. При наличии признаков угрозы разрыва промежности, чтобы избежать травмы, производят или ее срединный разрез - перинеотомию, или ее боковой разрез – эпизиотомию (срединную или латеральную), так как известно, что резаные раны заживают лучше рваных.

КЛИНИКА

По клинической картине разрывы промежности можно разделить на самопроизвольные и насильственные, которые возникают вследствие технических погрешностей при оказании акушерского пособия и родоразрешающих операций.

По глубине повреждения травмы промежности делят на три степени:

I степени - это нарушение целостности кожи и подкожной жировой клетчатки задней спайки.

II степени - нарушены кожа промежности, подкожная жировая клетчатка, мышцы тазового дна, в том числе m.levator ani, задняя или боковые стенки влагалища.



Рисунок 32. Разрыв промежности II степени

III степени - кроме вышеперечисленных повреждений происходит разрыв наружного сфинктера прямой кишки, а иногда и передней стенки прямой кишки.

Редко происходит центральный разрыв промежности, в результате чего плод рождается через образовавшееся отверстие, а не через половую щель.



Рисунок 33. Разрыв промежности III степени

Основным симптомом разрыва промежности является кровотечение. Диагностируют разрывы при осмотре промежности и влагалища сразу после рождения плода.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение разрывов промежности - это восстановление ее целостности путем наложения швов. Зашивание разрывов производят сразу после осмотра шейки матки и стенок влагалища при помощи зеркал в малой операционной. Разрывы I и II степени можно зашивать под местной инфильтрационной или ишиоректальной анестезией 0,5-0,25% раствором новокаина, при разрывах III степени показано общее обезболивание.

Зашивание разрывов промежности I и II степени начинают наложением отдельного кетгутового шва на верхний угол раны стенки влагалища, затем отдельными кетгутовыми швами соединяют разорванные мышцы тазового дна, потом накладывают отдельные узловые или непрерывный кетгутовый шов на разрыв влагалища, отдельные узловые кетгутовые швы на подкожную жировую клетчатку промежности и отдельные узловые шелковые швы или косметический шов кетгутом на кожу промежности.

В послеоперационном периоде поверхность швов должна содержаться в чистоте. Область швов обтирают стерильными тампонами и обрабатывают раствором перманганата калия или настойкой йода. Туалет промежности проводят после каждого акта мочеиспускания или дефекации. На 5 день после операции родильнице дают выпить солевое слабительное и на 6 день после стула снимают шелковые швы с кожи промежности.

При разрывах промежности III степени сначала зашивают стенку прямой кишки отдельными узловыми швами (тонкий шелк, кетгут, викрил), после смены инструментов и перевязочного материала, перчаток, накладывают погружные отдельные кетгутовые швы на сфинктер прямой кишки, а затем восстанавливают целостность промежности в том же порядке, что и при разрывах I-II степени.

При разрывах промежности III степени в послеоперационном периоде роженица в течение 5 дней получает жидкую пищу (бульон, сырое яйцо, чай, соки) и вазелиновое масло. На 6 день после родов ей дают выпить слабительное и на 7 день снимают швы.

Вместе с промежностью нередко происходят разрывы малых и больших половых губ, тканей преддверья влагалища, которые могут сопровождаться кровотечением, особенно в области клитора. Все эти разрывы должны быть защищены отдельными узловыми кетгутовыми швами. При наложении швов в области клитора возможно сильное кровотечение. Если разрыв расположен в области наружного отверстия уретры, то его зашивание надо производить после введения металлического катетера в мочевого пузырь.

РАЗРЫВЫ ВЛАГАЛИЩА

Разрывы влагалища часто бывают продолжением разрывов промежности, но могут возникать самостоятельно. Разрывы влагалища могут быть самопроизвольными и насильственными. Первые возникают у женщин с недоразвитым коротким или узким влагалищем при быстрых родах или при клинически узком тазе и, обычно, являются продолжением разрывов других отделов родового канала. Большинство тяжелых повреждений влагалища являются насильственными. Насильственные повреждения влагалища возникают вследствие акушерских операций (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода и др.).

Разрывы влагалища могут располагаться в нижней, средней и верхней его трети. Повреждения могут быть поверхностными или проникать в клетчатку малого таза и даже в брюшную полость, вызывая образование гематом, массивное кровотечение, геморрагический шок.

Каждый разрыв влагалищной стенки сопровождается кровотечением. Поэтому стенки влагалища должны быть осмотрены при помощи зеркал даже при незначительном кровотечении.

Зашивание разрывов производят отдельными кетгутовыми швами. Глубокие разрывы влагалища, проникающие в околовлагалищную клетчатку, зашивать технически очень сложно, требуется хорошее знание анатомии, общее обезболивание.

При глубоких или множественных разрывах в послеоперационном периоде необходимо назначить антибактериальную терапию и влагалищные ванночки с дезинфицирующими растворами.

Нераспознанные повреждения влагалища заживают самостоятельно, но иногда они также могут инфицироваться, осложняя течение послеродового периода. При глубоких разрывах в будущем может возникнуть обезображивающее сужение влагалища, требующее сложного оперативного лечения.

ГЕМАТОМЫ НАРУЖНЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ И ВЛАГАЛИЩА

Гематомы наружных половых органов и влагалища могут возникать во время беременности при падении, ударе. Однако чаще они возникают во время родов вследствие длительного или быстрого периода изгнания плода или при извлечении головки плода с помощью акушерских щипцов. Под воздействием травмы происходит растяжение и разрыв сосудов в глубине мягких тканей, поверхность которых остается неповрежденной. Изливающаяся из поврежденных сосудов кровь скапливается в тканях и рыхлой клетчатке, образуется гематома, размеры которой могут превышать головку новорожденного и более.

Клиническая картина характеризуется появлением сине-багровой опухоли в области наружных половых органов или влагалища, вход во влагалище расположен эксцентрично. Даже небольшие гематомы могут вызывать ощущение дискомфорта (чувство давления, распираия) и резкую боль. При больших или прогрессирующих гематомах развивается картина геморрагического шока. Гематомы могут распространяться вверх на клетчатку малого таза. Мелкие гематомы чаще рассасываются самостоятельно. Возможно нагноение гематом. При прогрессировании гематом иногда нельзя избежать чревосечения. Распознают гематомы при осмотре наружных половых органов и влагалища, а также при влагалищном исследовании. Мелкие гематомы не вскрывают. Прогрессирующие гематомы и гематомы более 4-5 см в диаметре подлежат вскрытию с целью найти кровоточащий сосуд, чтобы наложить на него лигатуру, удалить сгустки крови, зашить рану наглухо. При признаках инфекции зашивание раны противопоказано.

ОСТРЫЙ ВЫВОРОТ МАТКИ

Острый выворот матки возникает при неправильном ведении последового периода, вследствие слабости связочного аппарата матки, в случае ее атонии. Выворот матки может быть полным или частичным. Всегда сопровождается развитием болевого шока. Диагностика не представляет трудностей.

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

РАСТЯЖЕНИЯ И РАЗРЫВЫ СОЧЛЕНЕНИЙ ТАЗА

У отдельных беременных имеет место чрезмерное размягчение сочленений таза (симфизит, симфизиопатия). При родах крупным или переношенным плодом, родоразрешающих операциях размягченные сочленения начинают растягиваться, лонные кости отходят друг от друга на значительное расстояние (более 0,5 см). При разрыве лонного сочленения может быть смещение лонных костей, повреждение

мочеиспускательного канала, клитора, мочевого пузыря. При этом растягиваются и крестцово-подвздошные сочленения. В суставах образуются кровоизлияния, в последующем может быть воспалительный процесс.

Клинически эти осложнения вызывают появление болей в области лонного сочленения, крестца, копчика на 2-3 день после родов, которая усиливается при разведении ног и ходьбе, нарушается походка. Могут появиться признаки воспаления в области травмы - гиперемия кожи, отек окружающих тканей.

Распознают повреждения сочленений таза при осмотре и пальпации области лонного сочленения и с помощью рентгенографии.

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

МОЧЕПОЛОВЫЕ И КИШЕЧНО-ПОЛОВЫЕ СВИЩИ

Образование мочеполовых и кишечно-половых свищей после родов связано с неправильным ведением последних, особенно, при узком тазе. Свищи не опасны для жизни женщины, но являются тяжелым увечьем и делают ее инвалидом. Свищи образуются вследствие длительного стояния головки плода в одной плоскости (более 2 часов), в результате чего происходит нарушение кровообращения в окружающих тканях с последующим их некрозом. Образование свищей происходит на 6-7 день после родов, т.е. после выписки из родильного дома. Кроме того, свищи могут образоваться при заживлении зашитых травм промежности вторичным натяжением, при ранении мочевого пузыря и кишечника во время чревосечения.

Основное клиническое проявление свищей - это либо выделение мочи через влагалище вне акта мочеиспускания, либо выделение газов и жидкого кала, сопровождающиеся всегда местной воспалительной реакцией во влагалище.

Диагностируют мочеполовые свищи путем осмотра влагалища и шейки матки с помощью зеркал и цистоскопии, кишечно-половые - также при осмотре влагалища с помощью зеркал, пальцевого ректального исследования и при ректоскопии и ирригоскопии.

Мелкие влагалищно-прямокишечные свищи могут закрыться сами, при соблюдении соответствующей диеты и гигиены. При не закрывшихся мочеполовых и кишечно-половых свищах необходимы пластические операции, которые являются довольно сложными и могут быть выполнены не ранее чем через 4-6 месяцев после родов.

Роль медицинской сестры с высшей квалификацией при профилактике акушерских травматизмов.

Для профилактики разрыва матки мед. сестра с высшей квалификацией должна выявить женщин с узким тазом, повторнородящие, у которых предыдущие роды были трудные, беременные с неправильным положением плода, беременные, у которых, согласно анамнезу, имеется недоразвитая матка, беременные, перенесшие воспаления половых органов, перенесшие кесарево сечение, - все эти женщины должны быть под особым наблюдением и заблаговременно направлены в родильный дом. При поступлении беременной женщины в стационар мед. сестра с высшей квалификацией должна собрать полный анамнез, должна обратить внимание на рост и вес, телосложение. Она должна выслушивать сердцебиение плода, измерять окружность живота, высоту стояния головки и наружные размеры таза. До прихода врача мед. сестра должна ставить свой диагноз и сопоставить с врачебным диагнозом.

Когда начались роды, предполагаемый вес плода, степень сужения таза, отхождение околоплодных вод и состояние плода – вот на какие вопросы должна искать ответ мед. сестра при осмотре и должна знать возможные осложнения при этих случаях. Учитывая возможность наступления описанных выше осложнений и необходимости в ряде случаев оказания оперативной помощи, акушерка не должна брать на себя самостоятельное ведение родов у женщин с неправильным тазом; как правило необходимо проводить в род. зале с врачом. В род. зале наблюдение за роженицей с узким тазом ведет акушерка вместе с врачом. Чтобы своевременно сигнализировать о всех отклонениях, мед. сестра должна уметь правильно оценить характер течения родов, состояние роженицы и плода, составлять партограмму, уметь интерпретировать её данные.

ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА. ЭТИОЛОГИЯ, ПУТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ. КЛАССИФИКАЦИЯ. ГРУППЫ ПОВЫШЕННОГО РИСКА, ПРОФИЛАКТИКА В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ.

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 послеродовой 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 брюшно-стеночные 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.

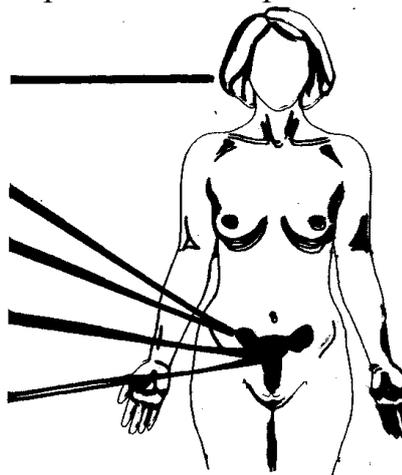
После широкого внедрения антибиотиков – занял стафилококки, его высевали в 64,5%. Другим возбудителем, часто вызывающим послеродовых заболеваний, является кишечная палочка. Нередко из полости матки высевают ассоциации двух и более микроорганизмов, которые представлены различными видами энтеробактерий 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 стафилококк 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 возросла 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 послеродовых гнойно-септических заболеваний, как эндометрит, особенно после кесарева сечения, гнойные инфекции послеоперационных ран, не снижается.

Изложенные выше данные свидетельствуют о значительной мозаичности этиологической структуры послеродовых гнойно-септических заболеваний, что предъявляет особые требования к бактериологическому обследованию родильниц с отягощенным течением послеродового периода.



ПОСЛЕРОДОВЫЙ МАСТИТ.

Воспалительное заболевание молочной железы, обусловленное инфекцией, развивающейся 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. Послеродовой мастит является одним из относительно частых проявлений гнойно-септической инфекции в акушерстве.

2. В последнее десятилетие отмечается повышение частоты послеродового мастита.

3. Послеродовой 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.Гуртовой 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) флегмонозный:
 - гнойно-некротический
- г) гангренозный.

Клиника мастита начинается остро. При серозном мастите температура тела повышается до 38-39 °С, 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.

К л и н и ч е с к а я к а р т и н а острого эндометрита проявляется, как правило, на 3-4 –й день после родов занесения инфекции. Отмечаются повышение температуры, учащение пульса, познобливание; 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 метронидазол. 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, гормональной функций яичников.

ПОСЛЕРОДОВЫЙ САЛЬПИНГОФАРИТ

Сальпингофарит (СО) относится к числу наиболее частых локализаций ВЗОТ. Развитие не гонорейных СО обусловлено патогенными и условно – патогенными микроорганизмами: стафилококками (чаще золотистыми), стрептококками (В – гемолитическим, группы В), эшерихиями, энтерококками, эпидермальными стафилококками, хламидиями.

Острый сальпингофарит (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:

- осложнениями 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 абортот 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 неразрушающего 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 развивающейся интоксикации. Он не обусловлен деструктивным процессом кишечника. Нарушение функции кишечника обусловлено 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 сопровождается 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 наблюдении в течение 12-24 часов отмечается ухудшение общего состояния, парез кишечника принимает стойкий характер, перестают 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 глубоких нарушениях 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, которое 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.**

Таблица 9

Патологический процесс	Клинико-лабораторные признаки.
ССВО (ССВР)	Характеризуется 2 или более признаками: - температура > 38 ⁰ С или < 36 ⁰ 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 - увеличу СОЭ - 40 – 65 мм/час лейкоцита > 12 тыс./мл - 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 ⁰ 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.



*Рисунок 34. 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, протеинурию. 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 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, 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.

С одновременным воздействием на очаг инфекции необходимо приступать к комплексной терапии: антибактериальной, инфузионно-трансфузионной, общеукрепляющей, десенсибилизирующей, иммунокорректирующей, симптоматической и гормональной.

Особого внимания и совершенствования требует терапия антибиотиками. Чувствительность микробов к антибиотикам является важным лабораторным тестом, на которой строится терапия. и её продолжительность значительно дольше. При сепсисе оправдано, назначение сочетания антибиотиков в соответствии с особенностями их спектра и механизма действия.

При сепсисе антибиотикотерапию, как и при других тяжелых проявлений бактериальной инфекции, приходится учитывать возрастание частоты выделения устойчивых штаммов возбудителей.

ОСНОВНЫЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕПСИСА.

Таблица 10

<i>№</i>	<i>Название препарата</i>	<i>Однократная доза</i>	<i>Суточная доза</i>
1.	Мегацеф	750 мг	4,5 г
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

Мегацеф – цефалоспориновый антибиотик 2-го поколения действуют бактерицидно, нарушают синтез клеточной стенки бактерий. Обладает широким спектром действия. Устойчив к действию большинства бета – лактозам. Период полувыведения цефураксима как при внутримышечном (в/м), так и при внутривенном (в/в) введении составляют приблизительно 70 мин. Степень связывания с белками плазмы составляет до 50%. Цефураксим вводится в неизменном виде с мочой.

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

На фоне антибактериальной терапии с целью профилактики развития кандидозной инфекции широко применяется **Флунол-150** по одной капсуле однократно перорально.

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

волемиических 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 (дипиридамо́л, 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 гистерэктомию с придатками.



*Рисунок 35.
Предоперационная
подготовка*

Роль медицинской сестры с высшей квалификацией при профилактике послеродовых гнойно-септических осложнений.

Для профилактики послеродовых гнойно-септических осложнений надо, прежде всего, оградить занесения инфекции в половые органы и молочные железы, через руки самой родильницы, инструменты, белье, судно, через все предметы, с которыми она соприкасается. К работе в послеродовом отделении необходимо относиться очень серьезно: нельзя забывать о возможности распространения инфекции, надо помнить о том, что любая, даже такая будто простая процедура, как подмывание, если она выполняется без строжайшего соблюдения правил асептики и антисептики, может стоить человеческой жизни.

Хорошее сокращение матки впервые два дня после родов является одним из необходимых условий для дальнейшего нормального течения послеродового периода. 2 раза в день в 7-8 часов утра и в 5-6 часов дня – производится туалет наружных половых органов. Чисто вымытые, как для приема родов руки, чистый материал, уборка не непосредственно руками, а с помощью простерилизованных корнцангов или длинных пинцетов, кипяченая вода с дезинфицирующим раствором, чистое белье – все это необходимо для правильного проведения уборки. Если обнаруживаются глубокие трещины, их поливают перекисью водорода. При швах на промежности после подмывания обрабатывают йодом. Особые заметные изменения после родов отмечаются в молочных железах. Нередко при кормлении грудью образование трещин на сосках связывают с пониженной возбудимостью нервно-мышечного аппарата ареолярно – сосковой области. Трещины сосков представляют входные ворота, через которые проникает инфекция в молочную железу, что нередко ведет к тяжелому осложнению в послеродовом периоде, к воспалению молочной железы – маститу. Для этого надо наблюдать за состоянием молочных желез.

В женской консультации у беременных необходимо выявлять и санировать очаги инфекции и ликвидировать стафилококконосительство. Не утратили своего значения прививки стафилококкового анатоксина.

В акушерском стационаре обязательно тщательное соблюдение санитарно – гигиенических норм и строгое осуществление мероприятий по предупреждению госпитальной инфекции. Большое значение имеет рациональная тактика ведения родов: не допускать затяжного течения родового акта и длительного безводного периода. Среди рожениц и родильниц необходимо выявлять группу повышенного риска по возможному развитию послеродовых инфекций. В группу риска включаются женщины со следующей патологией.

1. С очагами хронической инфекции (тонзиллит, отит, холецистит, пиелонефрит и т.д.).
2. С большим числом абортс с осложненным течением в анамнезе.
3. С воспалительными гинекологическими заболеваниями в анамнезе.
4. Те, у кого беременность наступила вскоре после удаления внутриматочного контрацептива;
5. С III – IV степенью чистоты влагалища.
6. С заболеваниями ССС, диабетом и другой эндокринной патологией;
7. Получавшие кортикостероидную терапию;

8. Страдающих преэклампсией и анемией беременных;
9. Перенесшие во время беременности грипп и другие, острые респираторно – вирусные инфекции;
10. Те, у кого беременность или родовой акт осложненный кровотечением;
11. Продолжительность родов, у которых превышала 16ч, а длительность безводного периода 12ч;
12. Те, у кого имели место оперативные вмешательства в родах;
13. Те, у кого за время родового акта влагалищные исследования производились более 3 раз.

Родильницам этой группы целесообразно применять превентивные меры, направленные на повышение неспецифического иммунитета и на ускорение инволюции полового аппарата.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Тема № 1: Особенности организации сестринского процесса в акушерстве и гинекологии.

- 1. Каково цель организации сестринского процесса?**
 - А. сохранение репродуктивного здоровья
 - В. профилактика аборта
 - С. рождение здоровых детей
 - Д. укрепление здоровья женщины
 - Е. все выше указанное
- 2. Каково роль СВП?**
 - А. амбулаторная помощь беременным
 - В. лечение гинекологических больных
 - С. оказание экстренной гинекологической помощи
 - Д. прием родов
 - Е. реанимация новорожденных
- 3. К основным учетным документам женской консультации относится:**
 - А. индивидуальная карта больных
 - В. обменная карта беременных
 - С. медицинская карта амбулаторного больного
 - Д. контрольная карта
 - Е. все выше указанное
- 4. До какого срока беременности считается ранняя явка?**
 - А. до 12 недель
 - В. до 20 недель
 - С. до 30 недель
 - Д. до 6 недель
 - Е. 4 недели

- 5. При каком сроке беременности необходимо дать сведения в детскую поликлинику?**
- A. 8-9 недель
 - B. 14-20 недель
 - C. 36 недель
 - D. 40 недель
- 6. В детскую поликлинику, когда сообщается о дне выписке новорожденного?**
- A. в течение 3 суток
 - B. тот же день
 - C. на 7 сутки
 - D. через 1 суток
 - E. на 14 сутки
- 7. Детские учреждения сообщает ли в органы здравоохранения о случаях заболеваемости новорожденных?**
- A. да
 - B. нет
- 8. Что не входит в сестринский процесс?**
- A. лечебно-профилактическая помощь женщинам семьи
 - B. осуществление наблюдения
 - C. обследование, реабилитация и уход
 - D. оказание экстренной хирургической помощи
- 9. Какую роль выполняет медицинская сестра?**
- A. советчика
 - B. наставника
 - C. помощника
 - D. все выше указанное
- 10. Сколько раз в сутки проводится текущая уборка послеродовых палат?**
- A. 3 раза в сутки
 - B. 1 раз
 - C. 4 раза в сутки
 - D. через каждый 6 часов
 - E. через каждый 12 часов

ОТВЕТЫ:

- | | |
|------|-------|
| 1. E | 6. A |
| 2. A | 7. A |
| 3. E | 8. D |
| 4. A | 9. D |
| 5. B | 10. A |

Тема № 2:

**ОРГАНИЗАЦИЯ АКУШЕРСКОЙ ПОМОЩИ В
РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН. ОРГАНИЗАЦИЯ
СТРУКТУРЫ РОДИЛЬНОГО ДОМА, САНИТАРНО
ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ РЕЖИМ, ПРИКАЗЫ.**

- 1. Сколько обязательных отделений должно быть в составе родильного комплекса?**
 - A. 5 отделений
 - B. 3 отделений
 - C. только родильное отделение
- 2. Через сколько времени после разведения вакцина БЦЖ подлежит уничтожению?**
 - A. через 6 часов
 - B. через сутки
 - C. через 2 суток
 - D. через 1 час
 - E. через 30 мин.
- 3. Работа в родильных домах республики организовано по приказу:**
 - A. № 420
 - B. № 500
 - C. № 85
 - D. № 61
- 4. «О реорганизации работы родильных комплексов по повышению эффективности перинатальной помощи и профилактики внутрибольничных инфекций». Это какой приказ № ?**
 - A. № 420
 - B. № 500
 - C. № 85
 - D. № 61
 - E. № 81
- 5. Какой из ниже указанных приказов информирует о преимуществах и методах грудного вскармливания?**
 - A. № 420
 - B. № 500
 - C. № 85
 - D. № 61
 - E. № 81
- 6. Сколько принципов должны соблюдаться для успешного грудного вскармливания в каждом родильном комплексе?**
 - A. 9 принципов
 - B. 8 принципов

- С. 10 принципов
 D. 11 принципов
 E. 5 принципов
- 7. Какие прививки проводятся в родильном доме впервые 3-4 сутки новорожденным?**
 A. вакцинация против вирусного гепатита – В
 B. вакцинация против туберкулеза (БЦЖ)
 C. вакцинация против полиомиелита (ОПВ)
 D. все выше указанное
- 8. Противопоказания к вакцинации:**
 A. вес ребенка менее 1800 г
 B. тяжелые черепно-мозговые травмы
 C. ВИЧ-инфекция
 D. все выше указанное
- 9. Скажите, какие годы охватывает I этап реформы здравоохранения Республики Узбекистан?**
 A. 2000 – 2005
 B. 1998 – 2003
 C. 2000 – 2002
 D. 1995 – 2000
 E. 2001 – 2005
- 10. Какие годы охватывал II этап реформирование здравоохранения Республики Узбекистан?**
 A. 2003 – 2007
 B. 2006 – 2007
 C. 1996 – 2000
 D. 1999 – 2002
 E. 2004 – 2008
- 11. На какие годы планирован III этап реформирования здравоохранение Республики Узбекистан?**
 A. 2008 – 2012
 B. 2000 – 2005
 C. 2006 – 2011
 D. 2009 – 2010
 E. 2010 – 2015

ОТВЕТЫ:

- | | |
|------|------|
| 1. A | 7. D |
| 2. A | 8. D |
| 3. B | 9. B |
| 4. B | 10.A |
| 5. E | 11.A |
| 6. D | |

Тема № 3:

**СИНДРОМ ОТЁКОВ, ГИПЕРТОНИЯ, ПРОТЕИНУРИЯ.
ПРЕЭКЛАМПСИЯ. РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ ВЫСШЕЙ
КВАЛИФИКАЦИИ В ПОСТАНОВКЕ СЕСТРИНСКОГО
ДИАГНОЗА, ПРОВЕДЕНИЕ ЛЕЧЕБНЫХ И
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОЦЕДУР. УРГЕНТНАЯ
ПОМОЩЬ.**

1. Функция медицинской сестры с высшей квалификацией при поступлении беременных с преэклампсией?

- A. Наблюдение за физическим состоянием
- B. Ежедневное взвешивание беременной
- C. Определение протеинурии через каждые 4 часа
- D. Все выше указанное

2. Какие симптомы свидетельствуют о нарастающей внутричерепной гипертензии у беременных с преэклампсией?

- A. Головная боль
- B. Тошнота
- C. Рвота
- D. Двигательное, психическое возбуждение или угнетение
- E. Все выше указанное

3. Сколько составляет суточная доза магния-сульфата при лечении преэклампсии?

- A. 24 гр.
- B. 5 гр.
- C. 10 гр.
- D. 0,2 гр.
- E. 50 гр.

4. К какой патологии относится рвота беременных?

- A. ранний токсикоз беременности
- B. преэклампсия легкой степени
- C. самостоятельное заболевание
- D. осложнение хронического гепатита
- E. симптомы язвенного колита

5. Какие параметры протеинурии характерно для легкой формы преэклампсии?

- A. 0,33 – до 1 г/л
- B. 1 – 3 г/л
- C. 3 и более г/л
- D. следы

6. Что является причиной развития судорожного синдрома?

- A. появление белка в моче
- B. постгипоксический отек мозга
- C. появление отека на нижней конечности
- D. повышение АД

7. Какие цифры ДАД характерны для преэклампсии тяжелой степени?

- A. 90 мм рт. ст.
- B. 120-130 мм рт. ст.
- C. 110 мм рт. ст. и выше
- D. 100 мм рт. ст.
- E. 70 мм рт. ст.

8. Что является пусковым моментом в этиопатогенезе преэклампсии?

- A. генерализованный спазм сосудов в организме беременных
- B. повышение АД
- C. появление белка в моче
- D. головные боли
- E. судорожный синдром

9. При какой форме преэклампсии решается вопрос исключения II- периода родов?

- A. преэклампсия легкой степени
- B. нарастание симптомов в родах
- C. преэклампсия в родах при всех формах
- D. рвота беременных
- E. отек беременных

10. Критерии выписки из отделения патологии беременных при преэклампсии.

- A. окончание курса лечение
- B. нормализация АД
- C. нормальный диурез
- D. отсутствие белка
- E. все выше указанные

11. Сколько дней можно лечить преэклампсию легкой степени?

- A. 20 дней
- B. 7 – 10 дней
- C. 12 – 24 часа
- D. 3 суток
- E. 40 дней

12. Сколько дней можно лечить преэклампсию тяжелой степени?

- A. 10 дней
- B. 14 дней
- C. 3 дня
- D. 24 часа
- E. 2 – 3 часа

13. Какую патологию можно лечить в условиях женской консультации?

- A. преэклампсия
- B. анемия легкой степени
- C. угроза прерывания беременности
- D. ПОНРП (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты)
- E. острый пиелонефрит

ОТВЕТЫ:

- 1. D
- 2. E
- 3. A
- 4. A
- 5. A
- 6. B
- 7. C

- 8. A
- 9. B
- 10. E
- 11. B
- 12. D
- 13. B

ЗАДАЧА

Беременная 30 лет. Поступила в родильное отделение в связи с отеками, не поддающиеся терапии в условиях женской консультации.

Из анамнеза: были две беременности: первая закончилась самопроизвольными родами без осложнений, вторая самопроизвольным абортom при сроке беременности 7 недель. После абортный период сопровождался эндометритом и правосторонним сальпингоофаритом.

Течение данной беременности в I половине отмечались признаки раннего токсикоза легкой степени, которые самостоятельно прекратились при сроке беременности 11 недель. Шевеление плода впервые ощутила в 5,5 месяца. В 37 недель беременности появились выше указанные жалобы.

1. Ваш диагноз.
2. Тактика медицинской сестры с высшим образованием при данной ситуации.
3. Чем данная патология опасно для матери и плода?
4. Какова терапия?

Тема № 4:

**ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ ПРИ
ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ. САХАРНЫЙ
ДИАБЕТ И БЕРЕМЕННОСТЬ. СИНДРОМ АНЕМИИ.
СИНДРОМ НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ.**

1. Какие осложнения вирусного гепатита во время родов и послеродового периода?

- A. слабость родовых сил
- B. коагулопатические кровотечения
- C. клинический узкий таз
- D. интимное приращение плаценты
- E. многоплодие

2. В каком случае производится срочное прерывание беременности в интересах матери?

- A. недостаточность двухстворчатого клапана без НК
- B. недостаточность двухстворчатого клапана с НК II «Б» стадии
- C. стеноз митрального отверстия без НК
- D. сочетанный порок митрального клапана с преобладанием стеноза НК I «А» стадии
- E. сочетанный порок митрального клапана с преобладанием недостаточности НК I «А» стадии

3. Какие исследования должна проводить медицинская сестра у беременных с пороками сердца?

- A. R – графия органов брюшной полости
- B. ретроградная пиелография
- C. определение А/Д
- D. исследование экскреции ХГ
- E. R – графия органов грудной клетки

4. Какие осложнения наблюдаются для плода при пиелонефрите?

- A. гемолитическая болезнь
- B. поперечное положение плода
- C. многоплодие
- D. внутриутробное инфицирование плода
- E. внутриутробное уродство плода

5. При какой патологии почек отмечается снижение относительной плотности мочи?

- A. при всех патологиях
- B. гломерулонефрит
- C. пиелонефрит
- D. мочекаменная болезнь
- E. цистит

6. Как провести профилактику септического шока при лечении острого пиелонефрита?

- A. антибиотики назначаются в половинной дозе
- B. антибиотики назначаются в максимальных дозах
- C. назначаются после восстановления пассажа мочи
- D. антибиотики назначаются per os
- E. антибиотики не назначаются

7. Какую патологию можно лечить в условиях женской консультации?

- A. преэклампсия
- B. анемия легкой степени
- C. угроза прерывания беременности
- D. ПОНРП (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты)
- E. острый пиелонефрит

8. Что такое анемия?

- A. понижение количества тромбоцитов
- B. понижение количества эритроцитов
- C. снижение содержания гемоглобина
- D. снижение гематокрита
- E. снижение лейкоцитов

9. Какие существенные показания имеются для прерывания беременности при заболеваниях почек?

- A. гломерулонефрит нефротическая форма
- B. пиелонефрит беременных
- C. пиелостит
- D. пиелонефрит единственной почки
- E. мочекаменная болезнь

10. Какая форма анемии чаще встречается у беременных?

- A. гипохромная
- B. гемолитическая
- C. В-12 дефицитная
- D. железодефицитная анемия
- E. гипопластическая анемия

11. При железодефицитной анемии характерно:

- A. брадикардия
- B. тахикардия
- C. систолический шум на верхушке и тахикардия
- D. увеличение печени и селезенки
- E. диастолический шум на верхушке

12. Какие тяжелые осложнения у беременных при ЖДА?

- A. преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- B. острая почечная недостаточность

- С. дородовое излитие околоплодных вод
 - Д. косое положение плода
 - Е. предлежания плаценты
-

ОТВЕТЫ:

- | | |
|------|------|
| 1. А | 7. В |
| 2. В | 8. С |
| 3. С | 9. А |
| 4. D | 10.D |
| 5. В | 11.С |
| 6. В | 12.А |

ЗАДАЧА

Больная Г. 25 лет, поступила в родильное отделение в 28 февраля 2004 г. в 16 ч, в связи с повышением температуры тела и боли в пояснице, частое мочеиспускание.

Из анамнеза: В детстве болела гриппом, циститом. Гинекологическими заболеваниями не страдала. Менструация с 16 лет, по 2 – 3 дня, через 30 – 32 дня, необильная, болезненная. Последняя менструация – 25.05.03 г. Замужем с 24 лет, мужу 30 лет, здоров. Беременность III; I беременность выкидыш в сроке 7 недель (в после абортном периоде в связи с кровотечением было произведена повторное выскабливание полости матки). II беременность завершилась выкидышем, в сроке 8 недель. Данная беременность – III.

Течение данной беременности в сроке 7 недель и 32-33 недель была госпитализирована в ОПБ по поводу угрожающих преждевременных родов.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледно – розовой окраски. Рост – 160 см, масса тела – 82 кг, отеков нет, температура 38,7 градусов, артериальное давление – 115/70, 110/70 мм. рт. ст. Ps-106 уд. в 1 мин. ритм. Сог и pulmon в норме. Живот увеличен за счет беременной матки. ОЖ – 102 см. ВДМ – 36 см. ПВП – 3600,0 ± 200 гр. Р. таза – 26-29-32-20 см. ИС – 15 см. Симптом Пастернацкого положительный, справа.

1. Ваш диагноз?
2. Какие осложнения могут быть со стороны матери и плода?
3. Тактика ведения беременности.

Тема № 5:

ИММУНОКОНФЛИКТНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ.

- 1. Укажите, сколько форм гемолитической болезни существует?**
 - A. 5
 - B. 10
 - C. 3
 - D. 1
 - E. 2
- 2. Как подтверждается гемолитическая болезнь?**
 - A. содержание билирубина в крови
 - B. анемия
 - C. реакция Кумбса
 - D. отечность
 - E. гидроцефалия
 - F. все указанные
- 3. Что наблюдается у плода резус конфликтной беременности?**
 - A. гемолитическая болезнь
 - B. крупный плод
 - C. антенатальная гибель плода
 - D. инфицирование плода
 - E. микроцефалия
- 4. Сколько количество гемоглобина у новорожденных?**
 - A. 110-90 г/л
 - B. 90-70 г/л
 - C. 180-230г/л
 - D. 110-170 г/л
 - E. 200 г/л
- 5. Сколько количество крови осуществляется из расчета на массу тела новорожденного на одну операцию для заменного переливания?**
 - A. 550-600 мл
 - B. 20 мл
 - C. 40-30 мл
 - D. 10-15 мл
 - E. 100-120

ОТВЕТЫ:

- | | |
|------|------|
| 1. C | 4. D |
| 2. F | 5. B |
| 3. C | |

ЗАДАЧА

Беременная В. 26 лет, поступила в родильное отделение в сроке беременности 38 недели, по поводу начавшейся родовой деятельности.

Жалобы на схваткообразные боли в животе.

Из анамнеза: данная беременность II, желанная. В женской консультации наблюдается регулярно, течение беременности без особенностей. Первая беременность закончилась родами в 42 недели, без осложнений, три года назад. Группа крови – II резус – отрицательная.

St. obstetricus. ОЖ – 108 см., ВДМ – 37 см. Размеры таза: 25-27-30-21 см. Схватки регулярные, интенсивные по 20 – 30 секунд через 4-5 минут. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата к выходу в малый таз, спинка обращена вправо, сердцебиение плода ясное ритмичное 136 уд. в 1 минуту.

При осмотре излились светлые околоплодные воды в количестве 100 мл. Мыс не достижим. Родоразрешилось живым ребенком мужского пола, массой 3900 г длиной 50 см, отечный, вялый.

1. Ваш диагноз?
2. Какие осложнения могут быть со стороны плода?
3. Каково в данном случае тактика медицинской сестры с высшей квалификацией?

Тема № 6:

**СИНДРОМ КРОВОТЕЧЕНИЯ В АКУШЕРСТВЕ.
ПАТОЛОГИЯ ПОСЛЕДОВОГО И РАННЕГО
ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА.**

- 1. Причины кровотечения в раннем послеродовом периоде?**
 - A. травма родовых путей
 - B. поперечное положение плода
 - C. заболевание сердца
 - D. отёк легких
- 2. Какова тактика акушера при отделившемся, но не выделившемся последе и возникновении кровотечения?**
 - A. ручное выделение последа
 - B. операции кесарево сечение
 - C. ампутация матки
 - D. выскабливание полости матки
 - E. ИВЛ
- 3. Какой процент физиологической кровопотери по отношению к весу тела?**
 - A. 1,0 %
 - B. 5 %
 - C. 0,5 %
 - D. 2,5 %
 - E. 0,8 %
- 4. Что является пусковым моментом для образования тромба?**
 - A. образование тромбина
 - B. образование тканевого тромбопластина
 - C. образование фибрина
 - D. повышение фибринолиза
 - E. появление продуктов деградации фибрина
- 5. Какие параметры диагностики ДВС – синдрома в фазе гемокоагуляции?**
 - A. увеличение фибриногена
 - B. увеличение ВСК
 - C. повышение тромбина
 - D. повышение Hb, Htt, эритроцитов
 - E. положительная этаноловая проба
- 6. Укажите причину предлежания плаценты.**
 - A. хронический метроэндометрит
 - B. многоводие
 - C. поперечное положение плода
 - D. экстрагенитальные заболевания

- 7. Характерные особенности кровотечения при предлежания плаценты.**
- А. боль в животе, кровотечение внутреннее
 - В. кровотечение без болей, всегда наружное
 - С. быстро ухудшается внутриутробное состояние плода
 - Д. кровотечение с признаками гемоперитонита
 - Е. высокий базальный тонус матки, кровотечение наружное
- 8. Укажите группы риска на кровотечение.**
- А. первородящая 22 лет
 - В. анемия тяжелой степени
 - С. ранние токсикозы беременных
 - Д. в анамнезе мертвый плод
 - Е. при тазовом предлежании плода
- 9. Что лежит в основе развития ДВС синдрома?**
- А. уменьшение ОЦК
 - В. потребление факторов свертывания
 - С. появление в крови ПДФ
 - Д. увеличение количества тромбоцитов
 - Е. увеличение количества фибриногена
- 10. Хирургическая тактика при матке Кювеллера.**
- А. кесарево сечение
 - В. экстирпация матки
 - С. ампутация матки
 - Д. акушерские щипцы
 - Е. ручное обследование полости матки
- 11. Каково тактика при отделившемся, но не выделившемся последе и возникновения кровотечения?**
- А. ручное отделение и выделение последа
 - В. применять способы выделения последа
 - С. операция кесарева сечения
 - Д. выскабливание полости матки
 - Е. ампутация матки
- 12. Какой препарат крови содержит все факторы свертывания крови?**
- А. тромбоцитарная масса
 - В. теплая свежая кровь
 - С. свежзамороженная плазма
 - Д. сухая плазма
 - Е. криоприципитат
- 13. Причина, приводящая гипотонию матки.**
- А. упорная слабость родовых сил
 - В. поперечное положение плода
 - С. разгибательные вставления головки

- D. узкий таз
 - E. при тазовом предлежании плода
-

ОТВЕТЫ:

- | | |
|------|---------|
| 1. A | 8. B, D |
| 2. A | 9. B |
| 3. C | 10. B |
| 4. B | 11. A |
| 5. B | 12. C |
| 6. A | 13. A |
| 7. B | |

ЗАДАЧА

Больная А. 25 лет, находится на кресле в раннем послеродовом периоде. Через 20 минут после родов больная начала подкровливать. Из анамнеза: Беременность III; I беременность выкидыш в сроке 7 недель (в после абортном периоде в связи с кровотечением было произведено повторное выскабливание полости матки). II беременность выкидыш в сроке 8 недель. III беременность - настоящая. Поступила в родильное отделение в связи с начавшейся родовой деятельностью и подтеканием вод. Роды осложнились неудовлетворительным прогрессом и стимуляцией.

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести. Кожа и видимые слизистые бледно – розовой окраски. Артериальное давление – 90/70 мм. рт. ст. Ps 96 уд. в минуту ритм. Cor et pulmon в норме. Живот мягкий, матка временами расслабляется. Общая кровопотеря – 300 мл.

1. Ваш диагноз?
2. Какие осложнения могут быть со стороны матери?
3. В данной ситуации, какая тактика медицинской сестры с высшим образованием.

Тема №7:

АНАТОМИЧЕСКИЙ УЗКИЙ ТАЗ.

- 1. Сколько степени сужение таза различают?**
 - A. 2
 - B. 4
 - C. 3
 - D. 5
 - E. 6
- 2. Чему равна истинная конъюгата при анатомическом узком тазе 1-степени?**
 - A. 11 см
 - B. 10 см
 - C. 9-7 см
 - D. 10-9см
 - E. 8 см
- 3. Чему равна истинная конъюгата при анатомическом узком тазе 2-степени?**
 - A. 11 см
 - B. 10 см
 - C. 9-7 см
 - D. 10-9см
 - E. 8 см
- 4. Чему равна истинная конъюгата при анатомическом узком тазе 3-степени?**
 - A. 11см
 - B. 10см
 - C. 7см
 - D. 8см
 - E. 5-6см
- 5. Чему равна истинная конъюгата при анатомическом узком тазе 4-степени?**
 - A. 10-11см
 - B. 9-8см
 - C. 7 см
 - D. 5см и ниже
 - E. 10см
- 6. Какие осложнения наблюдаются при клиническом узком тазе для плода?**
 - A. врожденное уродство
 - B. черепно-мозговая травма
 - C. синдром дыхательных расстройств

- D. внутриутробная гипотрофия плода
 - E. гемолитическая болезнь новорожденного
- 7. Какое осложнение встречается при клиническом узком тазе во время родов для матери?**
- A. угрожающий разрыв матки
 - B. хроническая почечная недостаточность
 - C. поздние отхождения около плодных вод
 - D. нарушение кровообращения II степени
 - E. амовроз
- 8. Основная причина клинического узкого таза.**
- A. выпадение ручки плода
 - B. многоплодная беременность
 - C. аномалия половых органов
 - D. разгибательные предлежания головки
 - E. поперечное положение плода
- 9. Тактика ведение родов при клиническом узком тазе III степени.**
- A. способ по Цовьянову
 - B. кесарево – сечение
 - C. наложение щипцов
 - D. родостимуляция
 - E. вакуум – экстракции
- 10. Когда ставится диагноз клинический узкий таз?**
- A. в III периоде родов
 - B. во время беременности
 - C. до беременности
 - D. в I периоде родов
 - E. во II периоде родов
- 11. Основной признак клинического узкого таза в родах.**
- A. повышение А/Д
 - B. длительное стояние головки в плоскостях малого таза
 - C. кровотечение
 - D. предлежания плаценты
 - E. травма мягких тканей
- 12. Какой таз называется общеравномерносуженным тазом?**
- A. таз, который все наружные размеры уменьшены на 1,5 – 2,0 см
 - B. таз, который все размеры уменьшены на 0,5 см
 - C. таз, который сужен только прямой размер входа в таз
 - D. все размеры таза нормальные
- 13. Какая акушерская тактика при I степени сужение таза?**
- A. кесарево – сечение
 - B. акушерские щипцы
 - C. роды вести консервативно через естественные родовые пути
 - D. плодоразрушающая операция

ОТВЕТЫ:

- | | |
|------|-------|
| 1. В | 8. А |
| 2. В | 9. В |
| 3. С | 10. D |
| 4. Е | 11. В |
| 5. D | 12. А |
| 6. В | 13. С |
| 7. А | |

ЗАДАЧА

Беременная женщине 23 лет. Поступила в роддом 2 февраля 2006 года в 17-00 часов, в связи с началом родовой деятельности и подтеканием околоплодных вод.

АНАМНЕЗ: Болела в детстве вирусным гепатитом, гриппом, краснухой и корью. Менструация с 13 лет по 4-5 дней, безболезненно. Замужем с 22 лет, беременность первая, брак тоже первый, П.М. – 30.04.03 г. Периоды беременности протекали гладко.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, А/Д – 120/70, 120/75 мм. рт.ст. Ps 78 уд. в 1 минуту ритмичный, cor et pulmon в норме. Живот увеличен за счет беременной матки, правильно овоидной формы, ОЖ - 98 см, ВДМ – 34 см. Размеры таза 23-25-27-18 см. ИС – 15 см.

Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, сердцебиение плода 140 уд. в 1 минуту ритмичное, ниже пупка слева, I позиция, головное предлежания.

PV – Наружные половые органы развиты нормально, оволосение по женскому типу. Влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена, края тонкие, зев пропускает 2 п/п (4 см). Плодного пузыря нет. Предлежит головка, слегка прижата к входу в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Мыс достижим. Размер диагональной конъюгаты – 11 см. Костных деформаций таза нет, выделения светлые – околоплодные воды.

1. Ваш диагноз.
2. Какие осложнения могут возникнуть в процессе родов со стороны матери и плода.
3. Роль медицинской сестры в ведении родов.

Тема № 8:

СИНДРОМ ГИПЕРТЕРМИИ В ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.

- 1. На какой день после родов развивается ранний метроэндометрит?**
 - A. на 6-7 день
 - B. на 1 день
 - C. на 10 день
 - D. на 3-4 день
 - E. на 12-13 день
- 2. Сколько фаз имеется в течение перитонита?**
 - A. 2
 - B. 3
 - C. 5
 - D. 7
 - E. 1
- 3. На какой день после операции кесарева сечения развивается перитонит на фоне пареза кишечника?**
 - A. на 1-2 день
 - B. на 3-4 день
 - C. на 10-11 день
 - D. на 7-8 день
 - E. на 15-16 день
- 4. Сколько форм послеродового мастита вы знаете?**
 - A. 7
 - B. 4
 - C. 10
 - D. 3
 - E. 1
- 5. Какой метод является эффективным лечения при метроэндометрита?**
 - A. физиотерапия
 - B. ампутация матки
 - C. выскабливание полости матки
 - D. ручное обследование полости матки
 - E. антибактериальная терапия
- 6. Укажите основные принципы лечения мастита в инфильтративной стадии**
 - A. антибиотикотерапия
 - B. ограничение жидкости

- C. оперативное лечение
 - D. инфузионная терапия до 3 литров
 - E. физиотерапия
- 7. Что является профилактикой гнойно-септических заболеваний при кесаревом сечении произведенного по поводу длительного безводного периода?**
- A. гормонотерапия
 - B. интраоперационное введение антибиотиков
 - C. ранняя активизация родильницы после операции
 - D. дренирование полости матки
 - E. физиотерапия
- 8. Среди возбудителей послеродового перитонита большое распространение получила:**
- A. кишечная палочка
 - B. стрептококк
 - C. грибковая инфекция
 - D. стафилококк
 - E. синегнойная палочка
- 9. Причинами субъинволюции матки являются:**
- A. возраст женщины
 - B. эндометрит
 - C. преждевременные роды
 - D. дефект последа
- 10. При нагрубании молочных желез не следует делать:**
- A. сцеживание молочных желез
 - B. ограничение жидкости
 - C. хирургического лечения
 - D. кормление ребенка
 - E. массаж молочных желез
- 11. Укажите основные симптомы сепсиса:**
- A. гектическая температура 39-40⁰ град С
 - B. тахикардия
 - C. повышение А/Д
 - D. полиурия
 - E. отсутствие микрофлоры в крови
- 12. Перечислите изменения в крови при гнойно-септических заболеваниях:**
- A. увеличение тромбоцитов
 - B. увеличение Hb и Ht
 - C. лейкоцитоз, ускорение СОЭ
 - D. снижение СОЭ
- 13. Кормление грудью не прекращают:**
- A. при серозном мастите

- В. при лактостазе
- С. при инфильтративном мастите
- Д. при абсцедирующем мастите
- Е. все выше указанные

14. На какой день чаще развивается гнойный мастит у рожениц?

- А. на 2-3 неделе
- В. на 1-2 сутки
- С. через 40 дней
- Д. мастит не развивается
- Е. на 5-6 сутки

ОТВЕТЫ:

- | | |
|------|----------|
| 1. D | 8. D |
| 2. A | 9. D |
| 3. D | 10. C |
| 4. D | 11. A, B |
| 5. E | 12. C |
| 6. C | 13. E |
| 7. B | 14. A |

ЗАДАЧА

Беременная В. 26 лет, поступила в гинекологическое отделение после родов на 12е сутки с повышением температуры до 39 градусов.

Из анамнеза: Роды произошли с осложнением преждевременным излитием околоплодных вод. Послеродовый период протекал гладко и была выписана на 4 сутки после родов.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное, А/Д – 120/70, 120/75 мм. рт.ст. Ps 98 уд. в 1 минуту ритмичный, cor et pulmon в норме. Живот мягкий безболезненный, матка находится на 2 п/п выше лона.

PV – наружные половые органы развиты нормально, оволосение по женскому типу. Влагалище рожавшей, шейка матки сглажена, края шейки тонкие, зев пропускает 1 п/п. Матка увеличена до 8-9 недель, болезненно. Выделение сукровичное, с запахом.

1. Ваш диагноз.
2. В данной ситуации, какова тактика медицинской сестры с высшей квалификацией.

Тема №9:

СИНДРОМ БОЛИ.

- 1. Характер схваток при угрожающем разрыве матки:**
 - A. судорожные
 - B. слабые
 - C. частые
 - D. редкие
 - E. интенсивные
- 2. Состояние плода при угрожающем разрыве матки:**
 - A. сердцебиение ясное
 - B. приглушено
 - C. не выслушивается
 - D. тахикардия с последующей брадикардией
 - E. брадикардия
- 3. Характер выделений при совершившемся разрыве матки:**
 - A. светлые
 - B. сукровичные
 - C. кровянистые
 - D. околоплодные воды
 - E. сгустки крови
- 4. Клиника совершившегося разрыва матки характеризуется:**
 - A. перитонеальный шок
 - B. судорожные припадки
 - C. сердечно-сосудистая недостаточность
 - D. нарушение функции почек
 - E. дыхательная недостаточность
- 5. Тактика при угрозе разрыва матки и мертвом плоде:**
 - A. родостимуляция
 - B. кесарево сечение
 - C. консервативное ведение родов
 - D. наложение щипцов
 - E. эмбриотомия
- 6. При угрожающем разрыве матки женщина транспортируется в другое лечебное учреждение:**
 - A. на каталке
 - B. на машине скорой помощи
 - C. своим ходом
 - D. недопустима
 - E. в сопровождение мед. персонала

- 7. Укажите основные симптомы угрожающего разрыва матки по рубцу:**
- A. сильные боли в области рубца или внизу живота, сохраняющиеся вне схваток
 - B. беспокойство женщины
 - C. при интенсивных схватках, раскрытия шейки матки не наступает
 - D. предлежащая часть долго остается подвижной
 - E. не своевременное излитие околоплодных вод
 - F. все выше указанные
- 8. Разрыв промежности можно предупредить защитой промежности:**
- A. во время вырезывания головки
 - B. во время прорезывания головки
 - C. в 1 периоде родов
 - D. во 2 периоде родов
 - E. во всех периодах родов
- 9. Причиной разрыва промежности является:**
- A. нерациональная защита промежности
 - B. наложение акушерских щипцов без предварительной эпизиотомии
 - C. средние размеры плода
 - D. растяжимость промежности
 - E. предварительная перинеотомия
- 10. Разрыв промежности 3 степени характеризуется разрывом мышц:**
- A. m. bulbo cavernosus
 - B. m. transversus superficialis
 - C. m. sfincter ani externus
 - D. m. transversus profundus
 - E. m. ischio-cavernosus
- 11. Причинами разрыва вульвы и влагалища часто являются:**
- A. инфекция влагалища
 - B. нормальное течение родов
 - C. сдавливание тканей головкой
 - D. дородовое излитие вод
 - E. частое влагалищное обследование
- 12. Причинами разрыва шейки матки являются:**
- A. оперативные роды
 - B. разгибательные предлежания головки
 - C. стремительные роды
 - D. ригидность шейки матки
 - E. все выше указанные

13. Симптомом разрыва шейки матки является:

- A. отхождение вод
- B. судорожные схватки
- C. кровотечение непрерывной струей
- D. инфекция родовых путей
- E. кровотечение порциями

14. Каким методом обследования диагностируется разрыв шейки матки?

- A. осмотр шейки матки в зеркалах
 - B. ручное обследование полости матки
 - C. УЗИ обследование
 - D. наружный массаж матки
 - E. водно-воздушная проба
-

ОТВЕТЫ:

- 1. A
- 2. D
- 3. C
- 4. A
- 5. B
- 6. B
- 7. F

- 8. B
- 9. A, B
- 10. A, C, E
- 11. A
- 12. E
- 13. E
- 14. A

ЗАДАЧА

Беременная В. 26 лет, поступила в роддом в сроке беременности 42 неделя, по поводу начавшейся родовой деятельности.

Жалобы на схватки через каждые 2-3 минуты по 35 секунд.

Из анамнеза: беременность II, желанная. В женской консультации наблюдалась регулярно, течение беременности без особенностей. Первая беременность закончилась родами 42 недели, без осложнений, три года назад.

St. obstetrics. Общее состояние удовлетворительное, А/Д – 120/70, 120/75 мм. рт.ст. Ps - 78 уд. в 1 минуту ритмичный, cor et pulmon в норме. ОЖ-108 см, ВДМ-37см. Размеры таза: 25-27-30-21 см. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко выходу в малый таз, спинка обращена в право, сердцебиение плода ясное ритмичное 136 уд. в минут.

При осмотре излились светлые околоплодные воды в количестве 100 мл. Мыс не достижим. Родоразрешено живым ребенком, мужского пола, массой 3900 г длиной 50 см, без признаков переносимости. После отделения последа больная стала кровить, произведен осмотр родовых путей, отмечается разрыв шейки матки.

1. Ваш диагноз.
2. В данной ситуации, каково тактика медицинской сестры с высшей квалификацией.

Тема №10:

ОБЩЕЕ ПОНЯТИЕ ОБ АКУШЕРСКИХ ОПЕРАЦИЯХ.

- 1. Перечислите показания к перинео - и эпизиотомии. Укажите неправильный ответ:**
 - A. роды у женщин с высокой промежностью или резко ригидными тканями
 - B. угроза центрального разрыва промежности
 - C. дистресс плода
 - D. угроза разрыва матки
- 2. Показание для разрыва плодного пузыря:**
 - A. при полном раскрытии зева матки
 - B. при анемии
 - C. при преэклампсии
 - D. после рождение последа
- 3. Акушерские повороты бывают (укажите неправильный ответ):**
 - A. наружной
 - B. комбинированный наружно – внутренний
 - C. смешанный
- 4. Какие хирургические вмешательства производятся при перитоните после кесарева сечения?**
 - A. Эпизиотомия
 - B. Акушерские щипцы
 - C. Релапаратомия, экстирпация матки, дренирование брюшной полости
 - D. Перинеотомия
 - E. Ручное обследование полости матки
- 5. Кто впервые изобрел акушерские щипцы?**
 - A. Чемберлен
 - B. Пальвин
 - C. Снегирев
 - D. Лазаревич
 - E. Феноменов
- 6. Абсолютным показанием на кесарево сечение является (неправильный ответ):**
 - A. Анатомический узкий таз III – IV степени
 - B. Центральное предлежания плаценты
 - C. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с выраженным кровотечением
 - D. Клинический узкий таз при наличии мертвого плода

- 7. Относительные показания на кесарево сечение является (неправильный ответ):**
- A. Рубцовые изменения шейки матки
 - B. Запущенное поперечное положение при мертвом плоде
 - C. Анатомический узкий таз I – II степени с крупным плодом, неправильное вставление
 - D. Преэклампсия тяжелой степени, не поддающейся терапии
- 8. Какое осложнение не характерно после операции кесарево – сечения в раннем послеоперационном периоде.**
- A. Перитонит
 - B. Метроэндометрит
 - C. Кровотечение
 - D. Спаечная болезнь
-

ОТВЕТЫ:

- | | |
|---------|------|
| 1. C | 5. A |
| 2. A, C | 6. D |
| 3. C | 7. D |
| 4. C | 8. D |

ЗАДАЧА

Первородящая женщина поступила в родильное отделение с жалобами на схватки через 5-6 минут по 25 секунд.

АНАМНЕЗ: Наследственность не отягощена. Женщине сейчас 24 лет, в детстве болела гриппом, корью, будучи взрослой часто страдает простудными заболеваниями. Гинекологических заболеваний не отмечает. Менструация с 15 лет по 3-4 дня регулярная, умеренная, безболезненная. Половая жизнь с 23 года. Брак I, мужу 25 лет, по словам женщины, здоров. Последняя менструация 20 января 2003 . Беременность I, роды I.

Течение данной беременности: В половине беременности беспокоило тошнота, женщина не лечилась, постепенно исчезли в сроке 12 недель, II - III половина беременности протекала гладко. За период беременности прибавила в массе около 10 кг.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 78 кг, температура 36⁰ С градусов. А/Д – 120/80. Живот увеличен за счет беременности матки. ОЖ – 110 см. ВДМ – 34 см. ПВП 3700,0. Размеры таза 24-27-29-19 см. ИС – 14 см.

Отсутствует предлежащая часть над входом малого таза. Справа и сбоку четко определяется округлая, плотная часть плода, слева вторая крупная часть плода, но более мягкой консистенции. Сердцебиение плода 136-138 ударов в 1 минуту, ясное, ритмичное, на уровне пупка.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей, шейка матки сглажена. Открытие шейки матки на 4 см. Плодный пузырь цел. Предлежащая часть не определяется. Мыс достижим с трудом. Диагональная конъюгата – 12 см, костное – кольцо без деформации, выделения светлые.

- A. Ваш диагноз?
- B. Какие осложнения могут быть со стороны матери и плода.
- C. Как следует вести роды у роженицы.
- D. В данной ситуации, тактика медицинской сестры с высшей квалификацией.

Тема №11:

ПАТОЛОГИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА.

- 1. Каким баллом оценивается здоровый новорожденный по шкале Апгара?**
 - A. 0-2 бала
 - B. 3-5бала
 - C. 5-7бала
 - D. 6-7 бала
 - E. 8-10 бала
- 2. Первая помощь при асфиксии 1 степени:**
 - A. санация верхних дыхательных путей и контакт «кожа к коже»
 - B. в/в глюкоза 40% - 20,0
 - C. ИВЛ
 - D. нейролептики
- 3. Каким методом определяется функциональная зрелость легких плода?**
 - A. определением количества сурфактанта в околоплодных водах
 - B. при помощи УЗИ легких плода
 - C. определение количества альфа-фетопротеина в крови
 - D. путем проведения функциональных проб
 - E. определяем количество гормонов в крови
- 4. Укажите признаки паралича Эрба – Дюшена.**
 - A. пальцы рук неподвижные
 - B. плечо свисает
 - C. неподвижность нижних конечностей
 - D. ригидность затылка
 - E. общая неподвижность тела ребенка
- 5. Укажите, симптомы внутричерепного кровоизлияния у новорожденного при рождении.**
 - A. громкий непрерывный крик
 - B. судороги
 - C. тахикардия
 - D. вздутие живота
 - E. увеличение печени
- 6. Продолжительность неонатального периода.**
 - A. с 28 нед. беременности до 6 суток после рождения
 - B. с 37 нед. беременности до 4 недель после родов
 - C. после рождения до 6 суток
 - D. после рождения до 4 недель
 - E. во время родов и после 1 сутки после родов

- 7. Укажите признаки зрелого плода.**
- A. вес 2400,0 рост 43 см
 - B. вес 2900,0 рост 48 см
 - C. вес 2500,0 рост 40 см
 - D. вес 2350 см рост 42 см
 - E. вес 2450 см рост 44 см
- 8. Частота дыхательных движений у плода в норме:**
- A. 40-30 раз в минуту
 - B. 20-60 раз в минуту
 - C. 36-40 раз в минуту
 - D. 25-39 раз в минуту
 - E. 16-17 раз в минуту
- 9. В норме частота сердечных сокращений новорожденного:**
- A. 80-100
 - B. 120-140
 - C. 120-160
 - D. 160-180
 - E. 200
- 10. Причины, способствующие перелому ключицы во время родов:**
- A. при затруднении рождение головки плода
 - B. во время ущемления плечиков плода
 - C. при классическом внутреннем повороте плода
 - D. при поперечном положении плода
 - E. ягодичное предлежания плода
- 11. Укажите основную причину антенатальной смертности**
- A. черепно-мозговая травма
 - B. мелена
 - C. аномалия развития костной системы
 - D. Дистресс – синдром
- 12. Какая основная причина интранатальной смерти плода?**
- A. черепно-мозговая травма
 - B. внутриутробная инфекция плода
 - C. анемия плода
 - D. мелена
 - E. обвитие пуповины вокруг шеи
- 13. По какой шкале оценивается состояние недоношенных новорожденных?**
- A. Апгар 10 бальная
 - B. Сильвермана 10 бальная
 - C. Апгар 5 бальная
 - D. Апгар 6 бальная
 - E. Сильвермана 5 бальная

- 14. Как часто производится кормление новорожденного?**
А. через 3 часа
В. через 3,5 часа
С. через 2 часа
D. через 2,5 часа
Е. при желании ребенка есть
- 15. Когда производится первое прикладывание новорожденного к груди матери?**
А. через 12 часов
В. через 8 часов
С. через 6 часов
D. через 2 часа
Е. сразу после рождения
- 16. Укажите характерные признаки переносенного новорожденного.**
А. «руки прачки»
В. гидроцефалия
С. обвитие пуповины вокруг шеи.
D. обильная родовая смазка
Е. гемолитическая болезнь новорожденного
- 17. Методы диагностики переносенной беременности.**
А. наружный акушерский осмотр
В. кардиомониторное исследование
С. исследование мазка на флору
D. амниоскопия
Е. цитология влагалищных мазков
- 18. Сроки истинной переносенной беременности.**
А. 39-40 недель
В. 41-42 недель
С. 42 и больше недель
D. 40-41 неделя
Е. 37-38 недель
-

ОТВЕТЫ:

- | | | |
|---------|------|------|
| 1. Е | 7. В | 13.В |
| 2. А | 8. В | 14.Е |
| 3. А | 9. С | 15.Е |
| 4. С | 10.В | 16.А |
| 5. А, В | 11.Д | 17.Д |
| 6. С | 12.А | 18.С |

ЗАДАЧА

Беременная В. 26 лет, поступила в родильный дом в сроке беременности 43 неделя с жалобами на потуги интенсивные по 55-60 секунд через 1-2 минуты. При осмотре излились мутные околоплодные воды в количестве 100 мл.

Из анамнеза: беременность II, желанная. В женской консультации наблюдается регулярно, течение беременности без особенностей. Первая беременность закончилась родами в 42 недель, без осложнений, три года назад.

St. obstetrics. ОЖ- 108 см., ВДМ- 40 см. Размеры таза: 25-27-30-21 см. Пальпаторно: Положение плода продольное, предлежит головка, прижата к выходу в малый таз, спинка обращена вправо, сердцебиение плода ясное ритмичное 136 ударов в одну минуту.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей, открытие шейки матки полное. Плодного пузыря нет. Предлежащая часть головка, находится на тазовом дне. Выделение мутные околоплодные воды.

Родоразрешилось живым ребенком мужского пола, массой 3900 г длиной 50 см, с признаками переносимости.

1. Ваш диагноз?
2. Какие осложнения могут быть со стороны матери и плода.
3. Перечислите признаки переносимости новорожденного.

ЗАДАЧА

Беременная Л. 32 лет. Поступила в родильное отделение с жалобами на тянущие боли внизу живота и пояснице.

Из анамнеза: менструации с 16 лет, установились через 2 года по 3-5 дней, через 25-28 дней, скудные, безболезненные. Последняя менструация с 4 по 8 ноября. В женской консультации наблюдается регулярно с 6 недельного срока. Беременность осложнилась угрожающим выкидышем в 8 – 9 недель, получала лечение: дюфастон, спазмолитики, витамины, эффект от лечения положительный.

При УЗИ матки выявлена истмико – цервикальная недостаточность (внутренний зев расширен до 1 го см). В сроке беременности 16 недель в отделении патологии беременности наложен кисетный шов лавсаном на шейку матки.

В 22 недели обследовано, на ВПГ, ЦМВ, токсоплазмоз, хламидиоз. Обнаружен титр антител класса LgG на ВПГ 1:800, на ЦМВ 1:800, на хламидиоз IgG 1:400, токсоплазмоз отрицательный.

Беременность вторая, первая беременность закончилась внутриутробной гибелью плода в 9 недель, произведено obrasio cavi uteri. При обследовании гормонального статуса, вне беременности обнаружено понижение уровня эстрадиола, прогестерона, повышение тестостерона и дегидроэпиандростерона. St. obstetricus. ОЖ 84 см. ВДМ – 25 см. Матка при пальпации в повышенном тоне. Предлежащая часть плотная, округлой формы. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в 1 минуту.

1. Ваш диагноз.
2. Какие осложнения могут возникнуть в процессе родов со стороны матери и плода.
3. Роль медицинской сестры при ведении беременности и родов.

ВАРИАНТЫ ПО ОСКЕ

Вариант №1

Порядок проведения мероприятий по ушиванию промежности I степени.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. положение больной 2. необходимые инструменты 3. медикаменты необходимые для обезболивания 4. техника ушивания 5. роль медицинской сестры в проведении данной процедуры			
Итого:	10 балл		

Вариант №2

Порядок проведения мероприятий по ушиванию промежности II степени.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. положение больной 2. необходимые инструменты 3. медикаменты необходимые для обезболивания 4. техника ушивания 5. роль медицинской сестры в проведении данных мероприятий			
Итого:	10 балл		

Вариант №3

Порядок проведения мероприятий по ушиванию промежности III степени.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. положение больной 2. необходимые инструменты 3. медикаменты необходимые для обезболивания 4. техника ушивания 5. роль медицинской сестры в проведении данных мероприятий			
Итого:	10 балл		

Вариант №4

Порядок проведения мероприятий по восстановлению целостности шейки матки после разрыва.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. положение больной 2. необходимые инструменты 3. техника ушивания 4. роль медицинской сестры в проведении данных мероприятий			
Итого:	8 балл		

Вариант №5
Диагностика разрывов шейки матки.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. положение родильницы. 2. необходимые инструменты. 3. интерпретация по степеням. 4. техника ушивания 5. роль медицинской сестры			
Итого:	10 балл		

Вариант №6
Как проводится ушивание разрыва шейки матки I степени?

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. положение родильницы. 2. необходимые инструменты. 3. техника ушивания разрыва шейки матки 4. уход за родильницей 5. роль медицинской сестры в проведении данных мероприятий			
Итого:	10 балл		

Вариант №7

Угрожающий разрыв матки.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. причины возникновения угрожающего разрыва матки 2. клинические проявления. 3. критерии диагностики 4. акушерская тактика 5. роль медицинской сестры в диагностике угрожающего разрыва матки			
Итого:	10 балл		

Вариант №8

Диагностика угрожающего разрыва матки.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. положение родильницы. 2. характер родовой деятельности 3. данные объективного осмотра 4. специальные методы исследования 5. критерии диагностики 6. роль медицинской сестры в диагностике угрожающего разрыва матки			
Итого:	12 балл		

Вариант №9
Клиника совершившегося разрыва матки.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. положение родильницы. 2. характер родовой деятельности 3. критерии диагностики 4. осложнения со стороны матери и плода. 5. тактика медицинской сестры высшей квалификации при совершившейся разрыва матки			
Итого:	10 балл		

Вариант №10
Охарактеризуйте восстановление матки в послеродовом периоде.

Вопросы.	2 балл	1 балл	0 балл
1. охарактеризуйте этапы восстановления послеродовой матки 2. понятие об инволюции матки 3. понятие о субинволюции матки 4. роль медицинской сестры в диагностике субинволюции матки			
Итого:	8 балл		

Вариант №11
Укажите причины, приводящие к повышению температуры тела в послеродовом периоде?

Вопросы.	2 балл	1 балл	0 балл
1. послеродовой период 2. причины. 3. клиника. 4. роль медицинской сестры при гипертермии			
Итого:	8 балл		

Вариант №12
Охарактеризуйте послеродовой эндометрит.

Вопросы.	2 балл	1 балл	0 балл
1. понятие 2. этиология 3. клиника 4. роль медицинской сестры в диагностике послеродового эндометрита			
Итого:	8 балл		

Вариант №13
Опишите Сепсис - синдром.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. понятие 2. клиника 3. нужные инструменты 4. роль медицинской сестры в диагностики сепсис – синдрома			
Итого:	8 балл		

Вариант №14
Опишите Септический шок.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. понятие. 2. клиника. 3. нужные инструменты. 4. лечение. 5. роль медицинской сестры в диагностике септического шока			
Итого:	10 балл		

Вариант №15
Опишите ССВР.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. понятие. 2. причины. 3. клиника. 4. лечение 5. роль медицинской сестры в диагностике ССВР.			
Итого:	10 балл		

Вариант №16
Диагностика анатомического узкого таза

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. Положение женщины 2. Необходимые инструменты 3. Простые диагностические методы. 4. Функциональные диагностические методы 5. Значение в акушерстве. 6. Роль медицинской сестры в диагностике АУТ			
Итого:	12 балл		

Вариант №17**Значение индекса Соловьева в диагностике анатомического узкого таза.**

Вопросы.	2 балл	1 балл	0 балл
1. Положение женщины.			
2. Необходимые инструменты.			
3. Нормальный индекс			
4. Интерпретация			
5. Значение.			
Итого:	10 балл		

Вариант №18**Акушерская тактика при первой степени клинического узкого таза.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. Критерии диагностики			
2. Необходимые инструменты.			
3. Признак Вастена			
4. Признак Цонгимейстра			
5. Роль медицинской сестры в диагностике клинического узкого таза I степени			
Итого:	10 балл		

Вариант №19**Акушерская тактика при второй степени клинического узкого таза.**

Вопросы.	2 балл	1 балл	0 балл
1. Критерии диагностики			
2. Необходимые инструменты.			
3. Признак Вастена			
4. Признак Цонгимейстра			
5. Роль медицинской сестры в диагностике клинического узкого таза II степени			
Итого:	10 балл		

Вариант №20**Простой плоский таз, диагностика и акушерская тактика.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. Виды плоского узкого таза.			
2. Необходимые инструменты для диагностики			
3. Положение женщины			
4. Какой размер таза меняется			
5. Особенности биомеханизма родов и осложнения.			
6. Роль медицинской сестры в диагностике простого плоского АУТ			
Итого:	12 балл		

Вариант № 21**Общеравномерносуженный таз, диагностика и акушерская тактика.**

Вопросы.	2 балл	1 балл	0 балл
1. Укажите виды общеравномерносуженного АУТ. 2. Необходимые инструменты для диагностики 3. Положение женщины. 4. Особенности биомеханизма родов и его осложнения. 5. Роль медицинской сестры в диагностике общеравномерносуженного таза			
Итого:	10 балл		

Вариант № 22**Перечислите клинические признаки преэклампсии.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. Изменение артериального давления крови. 2. Степени отеков. 3. Анализ мочи. 4. Роль медицинской сестры в диагностике преэклампсии			
Итого:	8 балл		

Вариант № 23**Определите скрытые отеки.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. Изменение массы женщин. 2. Проба кольца. 3. Проба Мак – Кюллер – Олдрича 4. Измерить окружность стопы. 5. Цель 6. Роль медицинской сестры в определении скрытых отеков			
Итого:	12 балл		

Вариант № 24**Диагностика преэклампсии легкой степени.**

Вопросы.	2 балл	1 балл	0 балл
1. Перечислите клинические признаки 2. Изменения А/Д 3. Изменение анализа мочи 4. Степень отеков 5. Изменение в крови. 6. Роль медицинской сестры в диагностике преэклампсии легкой степени			
Итого:	12 балл		

Вариант № 25**Диагностика преэклампсии тяжелой степени.**

Вопросы.	2 балл	1 балл	0 балл
1. Субъективные признаки 2. Изменение А/Д и САД 3. Характер отеков. 4. Изменение в моче 5. Роль медицинской сестры в диагностике преэклампсии тяжелой степени			
Итого:	10 балл		

Вариант № 26**Принципы лечения преэклампсии.**

Вопросы.	2 балл	1 балл	0 балл
1. В каком режиме женщина лечится? 2. В каком отделение лечится? 3. Сколько дней лечится? 4. Гипотензивная терапия. 5. Показание к операции. 6. Роль медицинской сестры			
Итого:	12 балл		

Вариант № 27**Измерение наружных размеров таза.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. Цель 2. Необходимые инструменты 3. Положение женщине 4. Размеры таза и оцените 5. Характеристика наружных размеров таза 6. Роль медицинской сестры при измерении наружных размеров таза			
Итого:	12 балл		

Вариант №28**Расскажите и покажите плоскости малого таза.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. Цель 2. Нужные инструменты 3. Расскажите и покажите границы плоскости малого таза 4. Значение таза в акушерстве			
Всего:	8 балл		

Вариант №29**Выслушивание сердцебиения плода.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. Цель 2. Нужные инструменты 3. Положение беременной женщины 4. Техника выслушивания сердцебиение плода Роль медицинской сестры при выслушивании с/б плода			
Итого:	10 балл		

Вариант №30**Применение приема Леопольда – Левицкого.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. Цель 2. Положение беременной женщины 3. Сколько имеется приёмов 4. Техника приема Леопольда – Левицкого 5. Значение в акушерстве			
Итого:	10 балл		

Вариант №31**Измерение окружности живота и высоты стояния дна матки.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. Цель 2. Необходимые инструменты 3. Положение беременной женщины 4. Техника измерения 5. Особенности			
Итого:	10 балл		

Вариант №32**Укажите признаки отделения последа.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. Цель 2. Нужные инструменты 3. Положение родильницы 4. Укажите признаки отделения последа по авторам 5. Роль медицинской сестры при отделении последа			
Итого:	10 балл		

Вариант №33**Какие вероятные признаки беременности вы знаете?**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. цель 2. необходимые инструменты 3. какие вероятные признаки вы знаете? 4. роль медицинской сестры			
Итого:	8 балл		

Вариант №34**Скажите признаки предвестников родов.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. цель 2. необходимые инструменты 3. положение беременной женщины 4. объясните признаки предвестников родов 5. роль медицинской сестры в диагностике предвестников родов			
Итого:	10 балл		

Вариант №35**Критерии оценки состояния новорожденного по шкале Апгар.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. цель 2. оцените ребенка по шкале Апгар 3. перечислите степени асфиксии 4. роль медицинской сестры в диагностике асфиксии			
Итого:	8 балл		

Вариант №36**Укажите признаки переносимости ребенка.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. цель 2. необходимые инструменты 3. признаки переносимости у плода 5. роль медицинской сестры в диагностике переносимости			
Итого:	10 балл		

Вариант №37**Что такое ПОНРП?**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. понятие. 2. классификация 3. причины, приводящие к данной патологии 4. роль медицинской сестры в диагностике ПОНРП			
Итого:	8 балл		

Вариант №38**Клинические проявления ПОНРП легкой степени.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. характер кровотечения. 2. данные объективного осмотра 3. акушерская тактика			

4. осложнения со стороны плода и матери 5. роль медицинской сестры в диагностике ПОНРП легкой степени			
Итого:	10 балл		

Вариант №39

Клинические проявления ПОНРП тяжелой степени.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. характер кровотечения. 2. данные объективного осмотра 3. акушерская тактика 4. осложнения со стороны плода и матери 5. роль медицинской сестры в диагностике ПОНРП тяжелой степени			
Итого:	10 балл		

Вариант №40

Методы исследования беременных с пиелонефритом.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. Цель. 2. Клиническая симптоматика 3. Лабораторные тесты. 4. Роль медицинской сестры в диагностике пиелонефрита беременных			
Итого:	8 баллов		

Вариант №41

Опишите последовательность проведения пробы Зимницкого.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. Цель. 2. Необходимые тесты 3. Показатели пробы. 4. Интерпретация данных 5. Роль медицинской сестры в проведении пробы			
Итого:	10 баллов		

Вариант №42

Опишите последовательность выполнения пробы по нечипоренко.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. Цель. 2. Когда проводится проба? 3. Опишите пробу. 4. Интерпретация данных 5. Роль медицинской сестры в проведении пробы			
Итого:	10 баллов		

Вариант № 43

Какие методы исследования проводятся у беременных женщин с анемией?

Вопросы	2 балл	1балл	0 балл
1. Цель. 2. Клинические данные. 3. Лабораторные данные. 4. Интерпретация. 5. Роль медицинской сестры в диагностике анемии беременных			
Итого:	10 баллов		

Вариант № 44

Опишите и расскажите о степенях тяжести анемии.

Вопросы	2 балл	1балл	0 балл
1. Цель. 2. Что означает термин анемия? 3. Опишите степени тяжести анемии. 4. Профилактика. 5. Роль медицинской сестры в диагностике степени тяжести анемии			
Итого:	10 баллов		

Вариант № 45

Диагностические параметры анемии.

Вопросы	2 балл	1балл	0 балл
1. Цель. 2. Параметры диагностики. 3. Необходимые анализы 4. Интерпретация 5. Принципы лечения.			
Итого	10 баллов		

Вариант № 46

Методика проведения водно-воздушной пробы.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. Цель. 2. Необходимые инструменты 3. Время проведения 4. Оценка результатов 5. Роль медицинской сестры в проведении данной пробы			
Итого:	10 балл		

Вариант № 47**Методика активного ведения III периода родов (по Кохрейну).**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. цель 2. момент проведения 3. необходимые инструменты и медикаменты их дозировка 4. путь введения препарата 5. эффективность 6. противопоказания			
Итого:	12 балл		

Вариант №48**Что такое первичное послеродовое кровотечение и ее причины.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. время возникновения 2. причины 3. объем кровопотери 4. осложнения 5. роль медицинской сестры при первичном послеродовом кровотечении			
Итого:	10 балл		

Вариант №49**Методика ручного обследования полости матки.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. показание 2. вид обезболивания 3. необходимые инструменты 4. этапы операции 5. осложнения 6. роль медицинской сестры при ручном обследовании матки.			
Итого:	12 балл		

Вариант №50**Укажите признаки недоношенного плода.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. ЦЕЛЬ 2. необходимые инструменты 3. признаки недоношенность плода 5. роль медицинской сестры в диагностике недоношенности плода.			
Итого:	10 балл		

Вариант №51**Гемолитическая болезнь новорожденного критерии диагностики.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. положение новорожденного 2. клинические проявления 3. критерии диагностики 4. осложнения 5. роль медицинской сестры в постановке диагноза и в лечении ГБН.			
Итого:	10 балл		

Вариант №52**Понятия гипотермии новорожденного.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. показание новорожденного после рождения 2. какая температура тела у новорожденного в норме? 3. как изменяется в теле новорожденного при гипотермии? 4. роль медицинской сестры в профилактике гипотермии новорожденного			
Итого:	8 балл		

Вариант №53**Что такое гипотоническое кровотечения?**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. понятие 2. причины 3. критерии диагностики 4. роль медицинской сестры в профилактике оказания первичной помощи при гипотоническом кровотечении.			
Итого:	8 балл		

Вариант №54**Понятие атонии матки.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. этиологические факторы 2. клинические проявления 3. диагностика 4. роль медицинской сестры в диагностике атонического кровотечения			
Итого:	8 балл		

Вариант №55**Какие методы исследования проводятся у беременных с заболеваниями почек.**

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. цель 2. положение больной 3. лабораторные данные 4. интерпретация			

5. роль медицинской сестры в диагностике и профилактике заболеваний почек у беременных.			
Итого:	10 балл		

Вариант №56

Первая помощь при асфиксии лёгкой степени.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. положение новорожденного 2. необходимые инструменты 3. оценка по шкале Апгар 4. осложнения 6. роль медицинской сестры в проведении первичной реанимации новорожденных с асфиксией лёгкой степени.			
Итого:	12 балл		

Вариант №57

Проводимые реанимационные мероприятия при асфиксии новорожденных тяжелой степени.

Вопросы	2 балл	1 балл	0 балл
1. положения новорожденного 2. необходимые инструменты 4. оценка по шкале Апгар 5. осложнения 6. роль медицинской сестры в проведении первичной реанимации новорожденных с асфиксией лёгкой степени			
Итого:	12 балл		

**ВЕДЕНИЕ 3-ГО ПЕРИОДА РОДОВ ПО КОХРЕЙНУ
КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ВЫПОЛНЕНИЯ
ПРАКТИЧЕСКОГО НАВЫКА**

86-100 отлично	Показания ведению 3-го периода родов по Кохрейну, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень творчества: 4
71-85 хорошо	Показания ведению 3-го периода родов по Кохрейну, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 удовлетвори тельно	Показания ведению 3-го периода родов по Кохрейну, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2
0-54 Не удовлетвори тельно	Ведение 3-го периода родов по Кохрейну, сбор необходимых инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает.

МЕТОДИКА ВЕДЕНИЯ 3-ГО ПЕРИОДА РОДОВ ПО КОХРЕЙНУ

Цель: сокращение 3-го периода родов и уменьшение кровотечения в этом периоде.

Инструменты: перчатки, шприц, физиологический раствор, спирт, вата, жгут.

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре и ответить на интересующие ее вопросы.
2. эмоциональная поддержка роженицы.
3. женщина во 2-ом периоде родов (на кресле или на кровати, или вертикальном положении).
4. вымыть руки, высушить, надеть стерильные перчатки.
5. обработка локтевой области правой или левой руки антисептиком.
6. в шприц набрать 1,0 окситоцина с физиологическим раствором (глюкоза или смешать венозной кровью роженицы) ввести внутривенно.
7. наблюдают за родами и при появлении плечиков плода внутривенно вводят смесь.
8. Шприц выводят из вены и сжимают место инъекции.
9. снимают перчатки и помещают в герметический контейнер.
10. моют руки.

Объяснение: ведение 3-го периодов родов по Кохрейну, ранее или позднее ведение окситоцина приводит к развитию осложнений.

**НАРУЖНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПО МЕТОДУ
ЛЕОПОЛЬДА – ЛЕВИЦКОГО**

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО НАВЫКА

86-100 Отлично	Показания к наружному акушерскому исследованию по методу Леопольда-Левицкого, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень творчества: 4
71-85 Хорошо	Показания наружному акушерскому исследованию по методу Леопольда-Левицкого, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 Удовлетворительно	Показания наружному акушерскому исследованию по методу Леопольда-Левицкого, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2
0-54 Не удовлетворительно	Метод Леопольда-Левицкого, сбор необходимый инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

Метод наружного акушерского исследования по Леопольду – Левицкому

Цель: определение расположения и позиции плода.

Инструменты: кушетка.

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщина лежит в вытянутыми ногами. Врач находится с правой стороны.
3. 1-прием ладонные поверхности обеих рук располагают плотно на дно матки таким образом, что ногтевые, фаланги обращены к друг другу. Этим приемом определяют высоту стояния дна матки и часть плода находящейся у дна матки.
4. 2-прием руку спускают со дна матки 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 и мелкие части, т.е. позицию плода. При 1-ой позиции спинка плода обращена в левую сторону, при 2-ой позиции спинка обращена в правую сторону
5. 3-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.
6. 4-прием исследователь становится лицом к ногам беременной и кладет руки плашмя по обе стороны нижнего отдела матки. Пальцами обеих рук, обращенными к 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.

Объяснение: при этой методике определяют расположение, позицию и предлежащую части плода. Одновременно с этим определяют метод родоразрешения.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ВЕСА ПЛОДА

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО НАВЫКА

86-100 Отлично	Показания к определению предполагаемого веса плода, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень творчества: 4
71-85 Хорошо	Показания к определению предполагаемого веса плода, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 Удовлетворительно	Показания к определению предполагаемого веса плода, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2
0-54 Не удовлетворительно	Определение предполагаемого веса плода, сбор необходимых инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРЕДПОЛАГАЕМОГО ВЕСА ПЛОДА

Цель: составление плана родоразрешения от предполагаемого веса плода.

Инструменты: кушетка, сантиметровая лента.

1. объяснить женщине о проводимой процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. при обследовании беременной женщины определяют окружность живота и высота стояния дна матки с помощью сантиметровой ленты.
3. женщину укладывают на кушетку в положении лежа на спине, врач стоит сбоку лицом к ее животу.
4. Сантиметровой лентой опоясываются туловище женщины спереди на уровне пупка, а сзади - на середине поясничной области и определяют длину окружности живота, которая в конце беременности достигает 100 см.
5. 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 она равна 32 см.
6. длину окружности живота умножают на высоту стояния матки, и определяется предполагаемый вес плода $100 \times 32 = 3200$ гр.

Объяснение: если во время измерения имеется ожирение женщины, то предполагаемый вес может быть меньше или больше на 200 гр.

АУСКУЛЬТАЦИЯ ПЛОДА

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО НАВЫКА

86-100 Отлично	Показания к аускультации плода, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень творчества: 4
71-85 Хорошо	Показания к аускультации плода, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 Удовлетворительно	Показания к аускультации плода, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2.
0-54 Не удовлетворительно	Аускультацию плода, сбор необходимых инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

АУСКУЛЬТАЦИЯ ПЛОДА

Цель: аускультация плода производится с помощью стетоскопа приложенного на живот женщины, при этом определяем внутриутробное состояние плода.

Инструменты: кушетка, стетоскоп, секундомер.

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. выслушивается сердцебиение: при затылочном предлежании – ниже пупка, при тазовом – выше пупка, при поперечном положении – на уровне пупка ближе к головке.
3. при 1-ой позиции сердцебиение выслушивается слева, при 2-ой справа, при потугах над лобком.
4. 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.
5. в норме сердцебиение 120-160 ударов в минуту, ритмичное, ясное

Объяснение: если сердцебиение плода меньше 120 или больше 160 ударов в минуту это свидетельствует о внутриутробной гипоксии плода, развивающемся дистресс-синдроме и требует срочной акушерской тактики.

ИЗМЕРЕНИЕ РАЗМЕРОВ ТАЗА

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО НАВЫКА

86-100 Отлично	Показания к измерению наружных размеров таза, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень творчества: 4
71-85 Хорошо	Показания к измерению наружных размеров таза, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 Удовлетворительно	Показания к измерению наружных размеров таза, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2
0-54 Не удовлетворительно	Измерение наружных размеров таза, сбор необходимых инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

ИЗМЕРЕНИЕ ЖЕНСКОГО ТАЗА

Цель: составление тактики родоразрешения от размеров таза.

Инструменты: кушетка, сантиметровая лента, тазомер.

1. объяснить женщине о предстоящей процедуре, ответить на интересующие ее вопросы.
2. женщину укладывают на кушетку, на спину с обнаженным животом, ноги вытянуты и сдвинуты вместе.
3. измерение таза производят – тазомером.
4. *Distantia spinarum* – расстояние между переднее-верхними остями подвздошных костей и оно равно-25-26см. пуговицы тазомера прижимают к наружным краям переднее-верхних остей.
5. *Distantia cristarum*- расстояние между наиболее отдаленными точками наружных поверхностей гребешков подвздошных костей, оно равняется-28-29см. пуговицы тазомера прижимают к гребням подвздошных костей.
6. *Distantia trohanterica*-пуговицы тазомера накладывают на наиболее выступающую часть вертела обеих бедренных костей, оно равняется 31-32 см.
7. *Conjugata externa* – наружная конъюгата, измерение производится в положении на боку, нижележащая нога должна быть согнута в тазобедренных и коленных суставах под прямым углом, а верхняя вытянута. Одну пуговицу тазомера прижимают в верхней угле ромба Михаэляса, другую – прикладывают к середине верхнее – наружное края симфиза, равняется 20-21 см.
8. по наружной конъюгате можно судить о размере истинной конъюгаты – *C.vera*. для этого от размера наружной конъюгаты отнимают 9 см (разница между конъюгатами зависит от толщины костей и мягких тканей) $C. externa 20\text{см}-9\text{ см}=11\text{см}$

Объяснение: по размерам таза составляют тактику родоразрешения. Если размеры таза меньше на 1,5-2,0 см говорят об узком тазе, и это может привести к осложнениям в родах.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ВЫПОЛНЕНИЯ ПРАКТИЧЕСКОГО НАВЫКА

86-100 Отлично	Показания к оцениванию состояния новорожденного по шкале Апгар, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность практического навыка, показывает технику выполнения. Дает необходимые рекомендации. Интерпретирует данные, может объяснить, применить. Степень творчества: 4
71-85 Хорошо	Показания оценки состояния новорожденного по шкале Апгар, собирает необходимые инструменты, правильно выполняет последовательность техники практического навыка, допускает ошибку в выполнении. Дает правильные рекомендации. Применяет, понимает, знает. Степень знаний и навыка: 3
55-70 Удовлетворительно	Показания оцениванию состояния новорожденного по шкале Апгар, собирает необходимые инструменты, при выполнении последовательности практического навыка допускает множество ошибок, не может применить. Понимает. Степень знаний и навыка: 2.
0-54 Не удовлетворительно	Оценивание состояния новорожденного по шкале Апгар, сбор необходимых инструментов, выполнение техники последовательности навыка не знает или плохо знает. Степень знаний и навыков: 1.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО ПО ШКАЛЕ АПГАР

Цель: определение состояния новорожденного в первые минуты жизни и оказание первой помощи при асфиксии.

Инструменты: фонендоскоп, мешок Амбу, секундомер, интубационная трубка, спирт, адреналин.

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. все 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 баллов.

Объяснение: при этой методике определяется состояние новорожденного в первые минуты жизни. При асфиксии своевременно оказанная реанимационная помощь помогает выжить этим детям.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Абрамченко В.В. Послеоперационная интенсивная терапия в акушерстве. – СПб: Спец. лит; 2000 год.
2. Айламазян Э.К. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: Руководство. – Нижний Новгород: НГМА. 1995 год.
3. Акунс К.Б., Оганесян Н.С. Акушерства. Атестационные вопросы для акушеров – гинекологов, семейных врачей, студентов и акушеры. Москва, 2002 год. «Триада – Х». С. 176.
4. Ахмедов Р.Н., Шарипова Н.Д. «Современные подходы в подготовке врача общей практики». «Янги аср авлоди». Н.М.М., 2007. – 302 с.
5. Вайман М.А., Аваков В.Е. Критические и неотложные состояния в медицине. Москва (Вече). 2003. – 453 с.
6. Василенко Л.В., Кондрашова Н.Ю., Рузмыкина Т.И. Доклиническая диагностика и лечение гестоза // Проблемы беременности. – 2000. - №1. – С. 26-29.
7. Верткин А.Л., Мурашко Л.Е., Ткачева О.Н., Тумбаев И.В. Артериальная гипертония беременных: механизмы формирования, профилактика, подходы к лечению // Росс. карт. журн. – 2003. - №6 – С. 59 – 65.
8. Вудли М., Уэлан А. Терапевтический справочник. Вашингтонского университета.: Пер. с англ. – М.: Практика, 1995. – 832 с., ил. ISBN. – 831 с.
9. Денисов И.Н., Шевченко Ю.Л., Назыров Ф.Г. Клинические рекомендации и фармакологический справочник. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2005. – 1184 с. – (Серия «Доказательная медицина»).
10. Дуда И.В., Дуда В.И. Клиническое акушерство. – Мн: Выш. шк., 1997. – 604 с.
11. Каримова Д.Ф. Беременность и роды при приобретенных пороках сердца. – Ташкент. 1999. – 62 с.
12. Краснов А.Ф. Семейная медицина. – Самара.: Издательство Дом печати, 1994. – 384 с.
13. Кулаков В.И., Прошина И.В. Экстренное родоразрешение. – Н. Новгород 1996. С. 25 – 26.
14. Кулаков В.И. Акушерско-гинекологическая помощь. М.: МЕД. пресс, 2000. – 512 с.
15. Нисвандер К., Эванс А. Акушерство: Справочник Калифорнийского университета. – М.: Практика, 1999. – С. 378 – 393.
16. Прокопцева Н.А., Старых Э.Ф, Авдеева Р.А., Нейман Е.Г. Патологии недоношенных детей. Учебное пособие. Ростов – на – Дону. Феникс. Красноярск. Издательские проекты, 2007. – 128 с.

17. Репина М.А. Неотложные акушерско-гинекологические состояния // Стандарты оказания неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе / Под. ред. А.Г. Мирошниченко, В.А. Михайловича. – СПб: СПбМАПО, 1998 год.
18. Савельева Г.М., Сичинава Л.Г. Акушерство и гинекология / Под. ред. Г.М. Савельевой, Л.Г. Сичинавы. Пер. с англ., доп. – М.: ГЭОТАР Медицина, 1997. – С. 198 – 202.
19. Седельникова В.М. «Привычная потеря беременности» - М.: Триада – Х, 2000. – 304 с.
20. Цвелев Ю.В., Дивин С.В. Травматизм у беременных // Журнал акушерства и женских болезней. – 2000. – Вып. 1. – Т. XLIX. – С. 63-69
21. Bader E. Working with families. Aust. Fam. Physicion, 1990, 19^ 552 – 558/
22. Fabb W.E., Hefferan M.W., Phillips W.A., Stone P. «Focus on learning in family practice». Royal Australian College of General Practicioners. Melbourne, 1996.
23. Grey P.H., O' Galleghan M.J., Mohay H.A. et al. Material hypertension and neurodevelopmental outcome in very preterm infants // Arch. Dis. Child. – 1998. – Vol. – 79, №2. – P. 88 – 93.
24. Salvay S., Narani S. Postpartum contraceptive use in Bangladesh: understanding user's perspectives // Studies in family planning – 1998. – Vol. 29. – №1. – P. 41 – 57.
25. Wee L., Sinha P., Lewis M. The management of eclampsia by obstetric anesthetists in UK: a postal study // International Journal of Obstetric Anesthesia. – 2001. – V. 10. – P. 108 – 112.
26. Witlin A.G., Friedman S.A., Sibai B.M. The effect of magnesium sulfate therapy on the duration of labor in women with mild preeclampsia at term: a randomized, double – blind, placebo – controlled trial // Am. J. Obstet. Gynecol. – 1997. – V.176. – №3Ю – 3Ю 623 – 627.
27. Zdravkovic M., Knudsen H.J., Lui X. – High interferon alfa levels in placenta, maternal and cord blood suggest a protective effect against intrauterine herpes virus infection – J. Med. Viral., 1997, 51, 3, 210.
28. Zusterzeel P.L., Visser W., Peters W.H., Merkus H.W., Nelen W.L., Steegers E.A. Polymorphism in the glutathione S – transferast PI gene and risk for pre-eclampsia // Obstet-Gynecol 2000; 96 (1): 50-4.

Разрешено к печати: 29.03.2011. Формат: 60/84 ¹/₁₆. Усл.печ.лист:
13,75. Заказ № . Тираж 50. Цена договорная.

Издательство “Дурдона”. г.Бухара, ул. И.Муминова, 27.

Отпечатано в типографии ООО “Шарк-Бухоро”.
г.Бухара, ул.Узбекистон Мустакиллиги, 70/2.
Тел. 222-46-46

БОСМАХОНА



Манзил:
"Тўқимачилик" бозори рўпарасида
Телефон: 222-46-46

КИТОБЛАР

КАНЦЕЛЯРИЯ МОЛЛАРИ



Манзил:
Бухоро Давлат
Университетининг бош биноси
Телефон: 223-75-96