

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ КАБИНЕТ

САМАРКАНДСКИЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ  
НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
имени АКАДЕМИКА И. П. ПАВЛОВА

# АКУШЕРСТВО

Учебное пособие

под редакцией профессора И. З. ЗАКИРОВА

Самарканд  
1992 г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

САМАРКАНДСКИЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ  
НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
ИМЕНИ АКАДЕМИКА И. П. ПАВЛОВА

# АКУШЕРСТВО

Учебное пособие для студентов  
Под общей редакцией заслуженного деятеля науки  
Узбекистана, доктора медицинских наук, профессора  
И. З. Закирова.

САМАРКАНД  
1992 г.

Под общей редакцией профессора И. З. Закирова — заслуженного деятеля науки Республики Узбекистан, доктора медицинских наук, заведующего кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета СамМИ.

## А Н Н О Т А Ц И Я

Учебное пособие составлено силами преподавателей кафедры акушерства и гинекологии лечебного факультета Самаркандского медицинского института имени акад. И. П. Павлова. В основу учебного пособия положен опыт коллектива кафедры с учетом учебной программы.

Пособие предназначено для практических занятий по акушерству для студентов IV курса лечебного факультета медицинских институтов республики. Охватывает физиологическое и патологическое акушерство, элементы факультетского курса и отдельные вопросы перинатологии.

## РЕЦЕНЗЕНТЫ:

1. Хамидов М. Х. — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета СамМИ.
2. Джаббарова Ю. К. — доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ТашМИ.

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Кафедрами акушерства и гинекологии многих медицинских институтов страны на основании накопившегося опыта преподавания составлено немало методических пособий, указаний и рекомендаций по преподаванию акушерства и гинекологии на IV—V—VI курсах.

Кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета Самаркандского медицинского института за 60 лет своего существования накопил некоторый опыт проведения занятий с учетом региональных особенностей течения и исхода акушерской патологии, в связи с большим числом многорожавших многодетных и больных с экстрагенитальной патологией беременных. Многократно подвергались пересмотру программа и методы проведения практических занятий с обращением внимания на достижения акушерской науки и системы родовспоможения в республике.

В настоящее время в связи с требованиями учебно-методической комиссии Совета ректоров медицинских и фармацевтических вузов Узбекистана и решения этого Совета (1990 год) предусмотрена необходимость координации деятельности однопрофильных кафедр медицинских вузов республики и унификация преподавания, направленные на повышение качества подготовки врача общей практики и врача акушера-гинеколога.

В связи с приведенным, преподаватели кафедры подготовили данное пособие с учетом программы и типовых учебных планов, внося коррективы в соответствии с региональными особенностями.

Пособие включает структуру и организацию работы женской консультации, акушерского стационара, фантомный курс, течение и ведение физиологической и па-



тологической беременности, родов, послеродового периода и периода новорожденности с учетом влияния на них экстрагенитальной патологии, рационального подхода к операции кесарево сечение по относительным показаниям и другие. Внесены поправки по определению срока декретного отпуска в 30 недель, согласно инструкции Главного Управления охраны материнства и детства МЗ СССР от 21.11.90 года.

Пособие состоит из 30 разделов, в которых приведены цель занятия, план, место проведения, наглядные пособия, технические средства обучения, содержание занятия, ситуационные задачи, контрольные вопросы и рекомендуемая литература.

Данное методическое пособие утверждено республиканской учебно-методической комиссией по акушерству и гинекологии при Совете ректоров МЗ Узбекистана.

Пособие предназначено для студентов медицинских институтов республики.

Составители пособия с благодарностью примут все замечания и в последующих разработках внесут соответствующие поправки.

И. З. ЗАКИРОВ.

## ТЕМА: СТРУКТУРА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ АКУШЕРСКОГО СТАЦИОНАРА

**Цель занятия:** Знакомство с предметом акушерство и гинекология, акушерским стационаром, принципами его работы и основными качественными показателями, обращая внимание на асептику и антисептику, деонтологию в акушерстве.

- Задачи:**
1. Изучить структуру роддома, его подразделений.
  2. Ознакомиться с качественными показателями акушерского отделения.
  3. Ознакомиться с документацией.

**Место занятия:** отделение клиники, акушерский стационар, родильный дом.

**Наглядные пособия:** учетные формы, стенды истории кафедры, качественные показатели.

**Содержание занятия:**

Акушерство (от французского *accouchement*—рожать) древнейшая отрасль медицинской науки, посвященная изучению физиологических и патологических процессов, происходящих в организме женщины в связи с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом, а также профилактике этих патологических процессов. Акушерство — часть гинекологии (*gynecos* женщина, *logos* — учение), т. е. науки, изучающей деятельность женского организма в целом.

Акушерский стационар роддома состоит из четырех основных отделений:

1. Физиологического акушерского отделения;
2. Обсервационного (или второго) акушерского отделения;

3. Отделения патологии беременности;
4. Отделения поворожденных (физиологического и обсервационного отделений). Каждое из этих клинических отделений роддома должно быть достаточно изолированным.

Физиологическое акушерское отделение составляет 50—55% общего количества коек в данном акушерском стационаре. Оно состоит из приемно-смотровой части (санитарно-пропускной блок), родового блока, послеродового отделения и отделения новорожденных.

Санитарно-пропускной блок или приемно-смотровая часть, физиологического отделения начинается комнатой фильтра, где производится отбор рожениц и беременных, подлежащих госпитализации во все отделения роддома (в физиологическое, обсервационное или отделение патологии беременности). В комнате фильтра измеряется температура тела, осматривается зев и кожа, собирается эпидемиологический анамнез. Здоровые в эпидемиологическом отношении роженицы госпитализируются в физиологическое акушерское отделение, женщины подлежащие изоляции, госпитализируются в обсервационное, или второе акушерское отделение. Беременные без родовой деятельности, имеющие акушерскую или экстрагенитальную патологию, госпитализируются в отделение или палатах патологии беременности.

Приемно-смотровую часть физиологического отделения составляет также смотровая комната и помещение для санитарной обработки поступающих рожениц. В смотровой комнате производится первичное акушерское обследование (измерение таза, окружности живота, высота стояния дна матки, определение членорасположения плода, выслушивание сердца плода и др.), а также общесоматическое обследование (измерение массы тела, рост, артериальное давление, зев, зубы, НВ, анализ крови, определение состояния сердца, легких, печени, почек и др.).

Комната санитарной обработки имеет туалет и душ. Во время санитарной обработки сбриваются волосы на лобке и в подмышечных впадинах, подстригаются ногти, ставится очистительная клизма. Женщина купается



под душем, надевает чистое белье, saniрует ротовую полость, зев. Ее переводят в предродовую палату.

В состав родового блока входят следующие помещения: предродовые палаты, родовой зал, операционная, палата для больных эклампсией и подсобные помещения. Число коек в предродовых палатах должно составлять примерно 10—12% общего количества коек физиологического отделения.

При помещении роженицы в предродовую палату у нее собирают анамнез, делают тщательное акушерское и общесоматическое исследование, измеряют АД. На основании полученных данных необходимо установить диагноз и составить план ведения родов. Измерение температуры тела и сосчитывание пульса у роженицы производят не менее 1—2 раза в день, выслушивание сердца плода, наблюдение за характером родовой деятельности (частота, продолжительность и сила схваток), за продвижением предлежащей части, измерение АД и определение общего состояния роженицы необходимо производить в первом периоде родов не реже одного раза в час. Все эти данные записываются в историю родов.

В предродовой палате осуществляется обезболивание родов медикаментозно и психопрофилактическим методом. С началом потуг, на нее надевают стерильную сорочку и косынку, полотняные чулки (бахилы) и переводят в родильный зал.

Родильный зал (родовая) размещается по соседству с предродовыми палатами. В родзале проводится период изгнания и последовый период родов, а также первый туалет новорожденного. В родильном зале родильница находится в течение 2 ч. после родов, затем ее переводят в послеродовую палату, а новорожденно-го в детскую.

Родильный зал должен быть просторным, с хорошим естественным и искусственным освещением, содержится в строжайшей чистоте, оборудование должно ограничиваться только предметами, необходимыми для ведения родов. В родзале помещаются рахмановские родильные кровати, передвижные столики для стерильного материала и инструментов, пеленальный стол для туалета новорожденного, детские весы и ростомер, под-



ставки для биксов со стеклыным материалом, шкафы для медикаментов, стерильные наборы инструментов для акушерских влагалищных операций, маски со шлангами для централизованной подачи кислорода, плоский поднос, накрываемый стерильной салфеткой, на который акушерка принимает родившегося ребенка.

#### Основные правила работы в родильном зале:

1. В учреждениях с круглосуточным дежурством присутствие врача во втором периоде родов во время рождения плода и в послеродовом периоде является обязательным.
2. Первый туалет новорожденного производится акушеркой родильного зала согласно инструкции.
3. Состояние ребенка при рождении оценивается по шкале Апгар.
4. При рождении ребенка акушерка надевает на обе ручки браслетки с обозначениями фамилии, имени матери, номера истории родов матери и пола ребенка.
5. Обязательно учитывается и записывается в историю родов количество потерянной роженицей крови.
6. Врач осматривает послед и делает запись об этом.
7. У родильницы необходимо измерить АД, сосчитать пульс, определить состояние матки и выделения из половых органов и т. д.

**Операционный блок** располагается вблизи родовых комнат, состоит из операционной, предоперационной, стерилизационной и материальной комнат. В случае недостаточности помещений материальную комнату можно совместить с стерилизационной. Операционная должна быть просторной, светлой, теплой (18—22°C) легко вентилируемой комнатой с гладкими моющимися водой с мылом стенами, потолком и полом. Здесь должен находиться: операционный стол с подставками для ног, стол для раскладывания инструментов, передвижной инструментальный стол на подставке, стол для наркоза, стол для переливания крови, подвесная бестеневая лампа, закись азота, подставки для биксов и тазов, наборы белья, инструментов и медикаментов, необходимых во время операции. Рядом с операционной размещается стерилизационная комната, белье и материал. В составе родового блока необходимо наличие

палаты для больных с тяжелыми формами гестозов с соответствующей аппаратурой и необходимыми медикаментами — т. е. палата интенсивной терапии.

Послеродовые палаты должны быть светлыми, теплыми, легко вентилируемыми. Работы в послеродовом отделении следует организовать так, чтобы в течение суток рожавшие женщины заполняли одну «дежурную» палату. В организации работы в данном отделении особо важное значение имеет соблюдение правил асептики и антисептики.

Медицинский персонал должен строго соблюдать все правила личной гигиены. В коридоре послеродового отделения размещаются посты дежурных акушерок. Необходима также комната для процедур, где производится обработка и снятие швов с промежности, влагалищное исследование родильниц, комната для инъекционных процедур.

В данном отделении следует обеспечить полный физический покой и строгое выполнение лечебно-охранительного режима, основой которого является рациональный распорядок дня. В физиологическом послеродовом отделении необходима комната для выписки родильниц с отдельным выходом. Здесь родильница и ребенок переодеваются в собственную одежду. Оборудование выписного зала: кушетка, пеленальный стол, бак для грязного белья, гладильная доска и утюг, трюмо, стол для документации.

Обменные карты на выписавшую родильницу и новорожденного направляются в женскую и детскую консультацию.

Отделение патологии беременности. Дородовое отделение или отделение патологии беременности, в роддоме составляет примерно 30% общего числа коек акушерского стационара. В это отделение госпитализируются беременные без родовой деятельности, имеющие следующую патологию:

1. ранний и особенно поздний гестоз беременных;
2. привычное и угрожающее преждевременное прерывание беременности;
3. многоводие и многоплодие;
4. кровотечение вследствие предлежания плаценты;
5. узкий таз;

6. поперечное положение плода;
7. резус-конфликтная беременность;
8. гипертоническая болезнь; заболевания сердца ревматической этиологии и врожденные пороки сердца в состоянии суб- или декомпенсации;
9. другие заболевания (диабет, заболевания почек, печени, анемия, и др.).

Палаты патологии беременных должны быть уютными, по возможности звукоизолированными. Для больных к преэклампсией и эклампсией выделяются специальные небольшие палаты, которые оборудуются так же, как в физиологическом акушерском отделении.

Каждой беременной назначается строго индивидуальный режим, определяемый тяжестью и характером осложнения беременности или заболевания. Обязательны систематические осмотры терапевта, а при необходимости других специалистов. Необходимо тщательное наблюдение за изменениями массы тела, АД, диуреза и др. Большое значение в отделении патологии беременности имеет строгое соблюдение лечебно-охранительного режима.

В наблюдательном (втором) акушерском отделении родильного дома оказывается медицинская помощь беременным роженицам, родильницам, и новорожденным, которые являются или могут явиться источником инфекции, а потому не подлежат приему в физиологическое отделение. Количество коек в наблюдательном отделении составляет 20% общего числа коек в данном родильном доме.

Специализированные акушерские учреждения обеспечиваются опытными кадрами специалистов и современным оборудованием, где оказывается квалифицированная лечебно-профилактическая помощь женщинам.

**Принцип работы род. дома (отделения):**

1. Изоляция больных женщин от здоровых.
2. Изоляция детей от больных матерей и больных детей от здоровых.
3. Строгое соблюдение санитарного режима роженицы и правил асептики и антисептики.
4. Личная гигиена персонала и студентов.
5. Специализированная помощь беременным и роженицам.



## Качественные показатели акушерского отделения.

1. Выполнение койко-дней.
2. Оборот койки.
3. Среднее пребывание больного на койке.
4. Преэклампсия и эклампсия.
5. Анемия.
6. Другие заболевания внутренних органов.
7. Функционально узкий таз.
8. Акушерские кровотечения.
9. Кесарево сечение и другие акушерские операции.
10. Осложнение беременности и родов.
11. Разрывы матки, разрывы шейки матки, промежности III степени.
12. Послеродовые инфекционные заболевания.
13. Летальность материнская.
14. Перинатальная смертность.

Строгое соблюдение всех правил асептики и антисептики имеет исключительно важное значение в акушерской практике.

После отслойки и изгнания последа внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность; на шейке матки во влагалище и на промежности даже при нормальных родах нередко образуются ссадины и разрывы.

Если на эту раневую поверхность матки заносят микроорганизмы, могут возникнуть септические послеродовые заболевания.

### Задача № 1

Первобеременная 30 лет доношенной беременностью. Сердцебиение плода ясное 130 уд. в мин. Схватки продолжаются 27 часов. Влагалищное исследование: шейка матки тонкая, раскрытие канала 8 см. Плодного пузыря нет. Температура 37,8°. Гнойные выделения из влагалища.

В какое отделение госпитализировать женщину?

### Задача № 2

Повторнобеременная. Срок беременности 30 недель. Внезапно без видимых причин появились кровянистые выделения из влагалища, через час кровотечение прекратилось.

В какое отделение госпитализировать женщину?



### Контрольные вопросы:

1. Что изучает предмет акушерство?
2. Из каких отделений состоит акушерский стационар?
3. Как распределяются койки акушерского отделения в процентном отношении?
4. Показания к госпитализации и переводу из физиологического во II акушерское (обсервационное) отделение.
5. Показания к госпитализации в отделение патологии беременных.

### Практические навыки:

1. Проводить санитарную обработку поступающих беременных и рожениц.
2. Уметь дифференцировать женщин поступающих в I и II акушерские отделения.
3. Знать правила работы родильного дома. Освоить оформления документации.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Практическое акушерство. Под редакцией Я. П. Сольского. Киев, «Здоровье», 1976 г., стр. 28—56.
2. Е. Т. Михайленко, Г. М., Бублик-Дорняк. Физиологическое акушерство. Киев, 1982 г., стр. 5—10.
3. В. Н. Серов, А. Н. Стрижаков, С. А. Маркин. Практическое акушерство. М., «Медицина», 1989 г., стр. 8—22.

## ТЕМА: РОДОВЫЕ ПУТИ И ПЛОД КАК ОБЪЕКТ РОДОВ

**Цель занятия:** — Повторение топографии тазовых органов женщины с клинической точки зрения, изучение строения таза, родовых путей и плода как объекта родов.

- Задачи:**
1. Освоение строения и клинико-анатомических особенностей женского таза.
  2. Отличия женского таза от мужского.
  3. Изучение размеров большого и малого таза: плоскости, проводная линия, угол наклона таза и др.
  4. Плод и его членорасположение, положение, вид, предлежание.
  5. Швы и роднички и их значение.

**Место занятия** — учебная комната, родильный блок, палата патологии беременных.

**Наглядные пособия** — костный таз, муляжи таза и половых органов, тазомер, угломер, сантиметровая лента, кукла, головка, рисунки, таблицы, рентгенограммы, УЗ — методы определения плода и его размеров.

### Содержание занятия

Анатомо-физиологическое строение женских половых органов. К наружным половым органам относятся: лобок, большие и малые половые губы, клитор, девственная плева, к внутренним — влагалище, матка, маточные трубы, яичники.

Влагалище — vagina, colpos, трубчатый, мышечно-элас-

тический орган, имеет складчатость, ее стенки образуют своды — передний, задний, правый, левый.

Матка — *uterus* имеет грушевидную форму, состоит из трех частей (тело, перешеек, шейка), вес 50—100,0 длина 8 см, имеет три слоя: слизистый — *endometrium*, мышечный — *myometrium*, серозный — *perimetrium*. С боков от матки располагаются маточные трубы (*tubae uterinae*). Яичники — *ovaria* парная женская половая железа, размерами  $4 \times 2 \times 2$  см, вес 6—8 г, состоит из коркового (расположены фолликулы) и мозгового слоев.

II. Таз — *pelvis* костный канал, скрепленный сочленениями, внутри которого располагаются половые и соседние в них органы. Таз в акушерстве имеет большое значение, т. к. он является родовым каналом и по нему продвигается плод.

Таз состоит из четырех костей: двух безымянных, крестца и копчика. Безымянная кость состоит из трех костей: повздошной (*os ileum*), седалищной (*os ischii*), лонной (*os pubis*), которые соединяются в области вертлужной впадины (*acetabulum*).

Повздошная кость это верхний отдел безымянной кости — заканчивается гребнем повздошной кости — *crista iliaca*. Она спереди и сзади заканчивается двумя выступами — передневерхняя повздошная ость — *spina iliaca anterior superior*, передненижней — *spina iliaca anterior posterior*, задневерхней повздошной остью — *spina iliaca inferior superior* и задненижней повздошной остью — *spina iliaca posterior inferior*. На внутренней поверхности повздошной кости, в области перехода крыла в тело располагается гребневидный выступ, дугообразная, безымянная линия — *linea innominata*, идущая к крестцу и к верхнему краю лонной дуги.

Седалищная кость имеет тело, образующее вертлужную впадину и две ветви: верхнюю и нижнюю, верхняя ветвь идет от тела книзу и заканчивается седалищным бугром — *tuber ischii*. На задней нижней ветви этой кости имеется выступ — *spina ischii*, нижняя ветвь идет впереди и кверху и соединяется с нижней ветвью лонной кости. Лонная кость имеет треугольную форму и состоит из тела и двух ветвей: верхней и нижней. Тело составляет часть вертлужной впадины, ветви соединяются друг с другом лонным сочленением симфизом (*symphysis*). Крестцовая кость состоит из



5 — 6 позвонков, соединенных в одну. Передняя поверхность вогнута, задняя выпуклая. На месте соединения I крестцового и V поясничного позвонка образуется выступ — крестцовый мыс (*promontorium*). Верхушка крестца соединяется с копчиком посредством подвижного сустава.

Таз женский от мужского имеет отличия: глубина, тонкость, емкость. Таз имеет важное значение в родах и является проводным путем, по которому во время родов продвигается плод. Различают большой и малый таз, границами между ними является спереди — верхний край симфиза, с боков — безымянные линии, сзади — мыс — *promontorium*. Большой таз граничит спереди — брюшная стенка, сзади — позвоночный столб, с боков — крылья позвздошных костей.

Размеры большого таза.

1. *distantio spinarum* 25 — 26 см расстояние между отдаленными точками *spina iliaca anterior superior*.
2. *distantio cristarum* 28 — 29 см, отдаленные точки гребней позвздошных костей.
3. *distantio trochanterica* — 31 — 32 см отдаленные точки *trochanter major*.
4. *Conjugata externa* 20 — 21 см, от верхнего угла поясничного ромба и верхне-наружного края симфиза.
5. *Conjugata lateralis* — боковая конъюгата — от *spina iliaca anterior superior* до *spina iliaca posterior superior* — той же стороны — равен 14 — 15 см.
6. *Conjugata obliqua* — от *spina iliaca anterior superior* до *spina iliaca posterior superior* — противоположной стороны равен 17 — 18 см.

В малом тазу различают 4 плоскости.

1. Плоскость входа в малый таз.  
Границы: спереди — верхний край лонного сочленения, с боков *linea innominata*, сзади — мыс — *promontorium*.  
Размеры: прямой называется истинной конъюгатой — *conjugata vera* — расстояние от верхне-внутреннего края лонной дуги до мыса = 11 см, поперечный — отдаленные точки *linea innominata* 13 см, косые правый и левый равны 12 см, расстояние от крестцово-подвздошного сочленения до позвздошно-лонного бугра.



2. Плоскость широкой части.

Границы: спереди — середина лонного сочленения, сзади сочленение 2-го и 3-го крестцовых позвонков, с боков внутренняя пластинка — *fossa acetabulum*

Размеры: прямой от середины лонного сочленения до сочленения 2-го и 3-го крестцового позвонка = 12,5 см, поперечный отдаленные центры вертлужных впадин = 12,5 см.

3. Плоскость узкой части.

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

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

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

4. Плоскость выхода из малого таза.

Границы: спереди — нижний край лонного сочленения, сзади — копчик, с боков — седалищные бугры.

Размеры: прямой от нижнего края симфиза до верхушки копчика — 9,5 см

поперечный — отдаленные точки седалищных бугров — 11 см

При проведении линии через центры всех прямых размеров образуется проводная ось таза, имеющая форму рыболовного крючка.

При обследовании женщин следует производить следующие измерения:

1. Размеров большого таза.
2. Размеров выхода малого таза.
3. Окружность лучезапястного сустава — индекс Соловьева — 14 — 16 см.
4. Высота лона = 4 — 5 см.
5. Диагональной конъюгаты = 13 см.
6. Наружной конъюгаты = 20 — 21 см.
7. Ромба Михаэлиса — продольный размер = 11 см, поперечный — 10,5 — 11 см.
8. Лонного угла — равен 90 — 100°.
9. Окружность таза = 80 — 90 см.

10. Угол наклона таза — отношение плоскости входа в малый таз к горизонтальной плоскости. Кроме этого для уточнения размеров полости таза используется рентгенопельвиометрия, ультразвуковое исследование и измерение.

### III. Тазовое дно

Выход из костного таза закрыт плотной мышечно-фасциальной пластинкой, которая называется тазовым дном. Система этих мышц и фасций называется *diaphragma pelvis*. Передние отделы диафрагмы фиксированы к лонным костям, задние к копчику при помощи *lig. sacrotuberosita*, по бокам — к *fascia obturatoria*. Тазовое дно состоит из трех слоев.

1. Наружный слой из следующих мышц.
  - а) *m. sphincter ani externus*
  - б) *m. bulbocavernosus (constrictor cunni)*
  - в) *m. transversus perinei superficialis*
  - г) *m. ischio-cavernosus*
2. Слой, образующий тазовую диафрагму, состоит в основном из фасциальной ткани, в толще которой заключены *m. transversus perinei profundus*
3. Глубокий мышечный слой, который закрывает снизу таз. Это *m. levator ani*, состоящий из *m. pubococcygeus*, *m. iliococcygeus*, *m. ischiococcygeus*. Края *m. pubococcygeus* с обеих сторон обхватывают *rectum* и образуют *hiatus genitalia*, через который кроме *rectum* проходит спереди влагалище и мочеиспускательный канал. Во время родов тазовое дно претерпевает большие изменения, участвует в изгнании плода, образуя канал, иногда повреждается.

### IV. Плод.

При изучении плода, как объекта родов, в первую очередь следует обратить внимание на его головку, как наиболее крупную часть, на швы и роднички, на их значение в родах. Следует знать основные акушерские понятия: членорасположение, позиция, вид, предлежащая часть, проводная точка, вставление. Головка зрелого плода состоит из 2-х неравных частей — черепной и лицевой. Череп образован из лобных — *os frontalis*, теменных — *os parietalis*, височных — *os temporalis* и затылочных — *os occipitalis* костей, ко-

торые соединены между собой при помощи швов и родничков.

На головке имеются следующие швы: лобный шов — *sutura frontalis* между лобными костями; стреловидный или сагитальный — *sutura sagitalis* — между теменными костями; венечный — *sutura coronaria* между теменными и лобными костями; лямбдовидный (*sutura lambdoidea*) — между теменными и затылочными костями. Роднички на головке следующие:

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

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

в) Боковые роднички — *fonticulus lateralia*: передний — *anterior* — между лобной, височной, клиновидной костями, задний — *posterior* между височной, теменной и затылочной костями.

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

1. Прямой — *d. frontooccipitalis*: от переносицы до наиболее выступающей точки затылка — 12 см, окружность — *circumferentia frontooccipitalis* = 34 см.
2. Большой косой — *d. mentooccipitalis* — от подбородка до затылка = 13 см, окружность — *circ. mentooccipitalis* = 42 см
3. Малый косой — *d. suboccipito-bregmaticus* от подзатылочной ямки до середины большого родничка = 9,5 см, окружность — *circ. suboccipito-bregmaticus* = 32 см.
4. Вертикальный — *d. sublingva bregmaticus* от середины большого родничка до подзатылочной кости = 9,5 см, окружность *circ. sublingva-bregmaticus* 32 — 33 см.



5. Большой поперечный — *d. biparietalis* отдаленные точки теменных бугров = 9,5 см.
6. Малый поперечный — *d. bitemporalis* между висками = 8 см.

На плоде определяют поперечный размер плечевого пояса = 12 см, окружность 35 — 36 см, поперечный размер ягодичек = 9 — 9,5 см, окружность 27 — 28 см, измеряют рост новорожденного, в среднем 50 — 53 см, массу — в среднем 3500,0.

Кроме этого следует знать следующие определения:

1. Членорасположение — *habitus foetus* отношение мелких частей плода к туловищу и отношению друг к другу. Нормальное — это сгибательный тип — головка согнута, подбородок приближен к груди, ручки согнуты, перекрещены, ножки согнуты в тазобедренных суставах, разогнуты в коленных.
2. Положение — *situs foetus* — отношение продольной оси плода длиннику матки. Различают продольное, поперечное, косое.
3. Позиция — *visus foetus* — отношение спинки плода к передней или задней стенке матки. Различают переднюю, заднюю.
4. Предлежание — *praesentatio* отношение крупной и мелкой части плода ко входу в малый таз, различают головное, тазовое.
5. Вставление — *inclinatio* отношение стреловидного шва ко входу в малый таз.

## ВОПРОСЫ

1. Расскажите анатомию костного таза.
2. Какие отличия женского таза от мужского?
3. Какие размеры большого таза?
4. Особенности малого таза, его границы.
5. Какие плоскости малого таза знаете, назовите их размеры.
6. Что мы называем проводной осью таза?
7. Строение тазового дна, его значение в родовом акте.
8. Дайте характеристику черепу плода, его размеры.
9. Понятие о конфигурации головки и ее значение в родовом акте.
10. Что означает поперечное положение плода, как его определить.



## ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

1. Научиться определить на костном тазе и беременной опознавательные точки таза.
2. Умение измерять наружные размеры большого таза.
3. Уметь измерять диагональную конъюгату и размеры таза.
4. Измерить и оценить поясничный ромб.
5. Умение определить на фантоме опознавательные точки, швы и роднички на головке.
6. Определение у беременной положения, позиции, вида, предлежащей части плода.

### ЗАДАЧА № 1

В женскую консультацию обратилась женщина 32 лет с беременностью 31 — 32 нед, беременность 2, роды 2. Размеры большого таза: *dist. tio spinarum* — 25, *distantio cristarum* — 28, *distantio trochanterica* — 31, *conjugata externa* — 20 см, размеры выхода малого таза: прямой — 9,5 см, поперечный — 11 см. Положение плода продольное, спинка справа, спереди, предлежит головка, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное 138 уд. в мин. справа ниже пупка.

1. Диагноз.
2. Дайте оценку таза.
3. Определить вид и позицию плода.

### ЗАДАЧА № 2

В женскую консультацию впервые обратилась беременная. Произведено наружное и влагалищные методы исследования. Размеры большого таза: *distantio spinarum* — 25, *dist. cristarum* — 28, *distantio trochanterica* — 31 см, *conjugata externa* — 20 см.

При влагалищном исследовании диагональная конъюгата — 13 см.

1. Какой таз и чему равна истинная конъюгата?

#### Литература

1. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенко *Акушерство М., Медицина, 1986, с. 37 — 50, 111 — 119.*
2. М. С. Малиновский *Оперативное акушерство М., 1974 г, с. 5 — 20.*
3. *Акушерство Под редакцией В. И. Ельцов — Стрелкова и Е. И. Мареева уч. пособие М., 1984 г, с. 17 — 19, 20 — 30, 37 — 40.*
4. Е. Т. Михайленко, П. М. Бублик-Дорняк *Физиологическое акушерство Киев, 1982 г, с. 5 — 13, 22 — 27.*
5. А. А. Иванов и А. В. Ланковиц, М., 1952. *Акушерский фантом. 5 — 18.*

## ТЕМА: МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ

**Цель занятия:** Освоение основных и дополнительных методов обследования беременных и рожениц.

- Задачи:**
1. Ознакомление с системой опроса с учетом акушерского анамнеза.
  2. Освоение техники наружного акушерского исследования.
  3. Изучение методики внутреннего акушерского исследования.
  4. Ознакомление с дополнительными методами исследования беременных, рожениц и плода.

**Место занятия:** Учебная комната, приемное отделение, палата патологии беременных, родильный блок.

**Наглядные пособия:** Тазомер, сантиметровая лента, акушерский стетоскоп, тазоугломер, фантом, таз, кукла, головка, таблицы, муляжи, слайды, УЗ аппарат, «Малыш»; кардиомонитор; амниоскоп; ЭКГ; и другие.

**Содержание занятия:**

Методы обследования беременных женщин, кроме общеклинического, охватывают опрос, объективные, специальные акушерские методы исследования.

Широкое применение получили также дополнительные методы исследования.

I. **Опрос беременной** производится по определенному плану. Тщательно и правильно собранный анамнез

играет важную роль в выявлении состояний угрожающих здоровью женщины и ее ребенка, заболеваний и так называемых факторов риска. Для этого необходимо уточнить социальные, бытовые, производственные условия, генетические факторы (родственный брак и его последствия, мертворождения), профессиональные вредности и привычки и т. д.

1. Следует обратить внимание на возраст женщины.

У юных первобеременных моложе 18 лет и старше 30 лет, а также у пожилых женщин часто возникают осложнения беременности и родов по сравнению с женщинами среднего репродуктивного возраста.

2. Перенесенные заболевания как рахит, туберкулез костей, остеомиелит, детские инфекционные заболевания, гинекологические заболевания, заболевания внутренних органов и систем, а также наследственные заболевания (психические, болезни крови), венерические заболевания, как гонорея, сифилис, СПИД и др., вредные привычки (курение), тяжелый физический труд и вредные факторы производства (вибрация, шум, химикаты, лучи, могут иметь влияние на течение и исход беременности и родов.

3. Менструальная функция во многом определяет состояние здоровья женщины. Следует выяснить время установления менархе, длительность, тип менструации, нарушение ее цикличности в связи с половой жизнью. Важно уточнить дату последней менструации.

4. Половая жизнь: с какого возраста, применение противозачаточных средств.

5. Акушерский анамнез включает данные о детородной функции. Надо выяснить количество беременностей и родов, течение и исход предыдущих беременностей, родов, гемотрансфузии, оперативные вмешательства при родах, течение послеродового периода, судьбу рожденных детей (живые, мертворожденные, умершие).

6. Следует обратить внимание на течение настоящей беременности, наличие отеков, рвоты, головных болей, болей в животе, одышку, слюнотечение и т. д., обращение к врачу, посещение женской консультации, методы лечения этих состояний.



## II. Объективные методы обследования.

1. Осмотр: кожные покровы, видимые слизистые, телосложение, рост, вес, мышцы, особенности брюшного пресса, подкожно-жировой слой, рубцы беременности, отеки, варикозно расширенные вены и др.

2. Исследование состояний сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, мочевыделительной и других систем по общепринятой методике, включая исследования крови, мочи, и других биохимических, аппаратных методов исследования по показаниям.

III. Специальное акушерское обследование состоит из наружного и внутреннего акушерского исследования.

Наружные акушерские методы обследования беременных следующие:

1. Осмотр
2. Измерение таза
3. Акушерские наружные приемы
4. Выслушивание сердцебиения плода.

Осмотр дает врачу возможность получить данные, которые могут повлиять на дальнейшее ведение беременности и родов. Так, маленький рост или слишком крупные размеры женщины, отвислый или остроконечный живот дают основание предполагать у нее наличие узкого таза. На изменение формы таза указывает строение скелета, симметричность, искривления позвоночника, кифоз, сколиоз и др. Изменение формы поясничного ромба указывает на деформацию таза. При осмотре обращают внимание на цвет кожных покровов, отеки, форму живота, молочные железы, степень развития, пигментация ареол, формы сосков, чувствительность их, выделение молозива. После осмотра производится измерение окружности живота и высоты стояния дна матки сантиметровой лентой для определения срока беременности. Затем приступают к определению размеров большого таза, размеры выхода, угол наклона таза, индекс Соловьева.

Пальпация — это основной метод наружного акушерского обследования. Оно производится в положении беременной на спине с ногами согнутыми в тазо-

бедренных и коленных суставах, тем самым снижается напряжение мышц брюшной стенки. Начинают пальпацию живота с определения состояния эластичности брюшной стенки. (расхождение мышц, грыжи). Затем определяют величину матки, функциональное ее состояние (тонус).

При пальпации матки используют наружные приемы акушерского исследования по Леопольду-Лазаревичу. Беременная лежит на твердой кушетке. Врач сидит лицом к лицу беременной.

I — прием — ладони обеих рук располагают на дне матки и определяют высоту стояния дна матки, часть плода, располагающейся у дна матки.

II — прием — обе руки перемещают со дна матки на боковые ее поверхности и определяют вид, позицию и положение плода.

III — прием — правую руку располагают над лоном так, что большой палец отогнут влево, а остальные вправо, надавливают на нижний сегмент матки, находят предлежащую часть плода и определяют ее характер. Если плотная, круглая, баллотирует — головка, если мягкая неровная, не баллотирует — тазовый конец.

IV — прием — имеет своей целью установление уровня стояния предлежащей части ко входу в малый таз. Врач сидит лицом к ногам беременной. Ладони обеих рук устанавливают над лоном, проникают вглубь и определяют отношение предлежащей части к тазу.

Если руки сходятся под предлежащей частью — предлежащая часть фиксирована большим сегментом, если расходятся — малым сегментом. Если руки сходятся над шейной бороздой плода, то предлежащая часть в полости малого таза.

Выслушивание (аускультация) производится акушерским стетоскопом, имеющим широкий растроб. Его плотно прижимают к брюшной стенке. Одновременно с выслушиванием сосчитывают пульс беременной на лучевой артерии. К звукам исходящим от материнского организма, относятся:

1. Перистальтика кишечника.
2. Аортальные тоны, синхронные с пульсом беременной.
3. Маточные шумы, имеющие дующий характер.

К звукам, исходящим от плода, относятся.

1. Сердечные тоны плода, двойные, 130—140 уд. в мин. не совпадающие с пульсом беременной.
2. Шум пуповины и плацентарных сосудов.
3. Толчки, сообщаемые матке при движениях конечностей плода.

Сердечные тоны лучше выслушиваются ниже пупка — при головном предлежании, выше или на уровне пупка — при тазовых предлежаниях. Сердечные тоны плода выслушиваются с 18 — 20 недель беременности.

Внутренние акушерские исследования беременных следующие:

1. Осмотр наружных половых органов.
2. Осмотр шейки матки в зеркалах.
3. Влагалищное исследование.
4. Двуручное исследование.

Исследование производят на гинекологическом кресле или на кушетке, родильной кровати.

Женщина лежит на спине, ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах и разведены. Строго соблюдаются правила асептики. Производят осмотр наружных половых органов, в зеркалах осматривают и устанавливают состояние влагалища, шейки матки, внутренних поверхностей костей таза.

Осмотр в ранних сроках беременности применяется для диагностики наличия беременности, определения состояния влагалища, шейки матки.

При исследовании рожениц определяют степень сглаживания шейки матки (сохранена, укорочена, сглажена) ее зрелость (зрелая, незрелая), исследуют состояние наружного зева канала шейки матки (открыт, закрыт, форма), у рожениц — состояние краев и степень открытия канала шейки матки. При раскрытии шейки в родах определяют наличие плодного пузыря, определяют предлежащую часть, где находится, опознавательные пункты. В конце исследования измеряют диагональную конъюгату, вычитают 1,5—2 см и определяют истинную конъюгату. Влагалищное исследование обычно производится при поступлении женщины в родовспомогательное учреждение, после отхождения околоплодных вод, а также по показаниям если имеет место патологические роды.



#### IV. Современные методы исследования состояния внутриутробного плода

В связи с тесной взаимосвязью и взаимозависимостью маточно-плацентарного кровотока и плода широкое распространение получил термин — фетоплацентарная система, или система мать—плацента—плод. При ряде патологических процессов у матери во время беременности маточно-плацентарное кровообращение нарушается, что может привести к ухудшению состояния плода. И поэтому очень важна функциональная диагностика фетоплацентарной системы.

Исследование состояния плода можно разделить на 2 группы:

1. Определение функционального состояния плаценты.
2. Определение функционального состояния плода.

К первой группе диагностических методов относится определение содержания плацентарного лактогена и величины маточного кровотока в межворсинчатом пространстве плаценты.

Ко второй группе — оценка роста плода на основании ультразвука, характеристика сердечной деятельности плода, определение экстрогенов, биохимическое исследование околоплодных вод.

##### 1. Гормональное исследование.

Важным при исследовании состояния внутриутробного плода является определение количества эстриола и плацентарного лактогена (ПЛ). Количество каждого из этих гормонов колеблется в зависимости от срока беременности. В процессе развития беременности происходит увеличение содержания эстрогенов, особенно эстриола, начиная с 8-ой недели беременности. В последние 3—4 недели нормальной беременности выделение с мочой эстриола и эстриона увеличивается в 100 раз и в 1000 раз по сравнению с небеременными женщинами. Что касается плацентарного лактогена, то в крови обнаруживают его уже с 34—38 дня после овуляторного пика. Снижение ПЛ в крови свидетельствует о плацентарной недостаточности. Гормональный статус беременной отражает клеточный состав содержимого влагалища.

ща, который применяется для диагностики плацентарной недостаточности. В первые 2—3 недели нормально развивающейся беременности картина носит характер «предменструального». Затем, появляются ладьевидные клетки, характерные для беременности.

## 2. Радионуклидные методы:

Определение объемного кровотока (ОК) в межворсинчатом пространстве плаценты у беременных группы высокого риска имеет большое диагностическое значение.

## 3. Регистрация сердечной деятельности плода.

Для регистрации сердечной деятельности плода применяют электрокардиографию, фонокардиографию, кардиомониторное наблюдение. ЭКГ плода можно получить с 11 — 12-й недели беременности. Кардиомониторное наблюдение применяют для раннего выявления гипоксических состояний плода, оно позволяет осуществить непрерывное наблюдение за частотой сердечных сокращений плода.

## 4. Исследование околоплодных вод.

Амниоцентез—прокол околоплодных оболочек с целью забора для биохимического исследования околоплодных вод. Метод применяют для определения зрелости плода, диагностики гемолитической болезни, выявления хронической гипоксии и др.

Фетоскопия применяется с целью выявления врожденных аномалий развития плода. Анализ крови плода, взятый при фетоскопии, дает возможность диагностировать заболевания новорожденных. Изображение получают с помощью самофокусирующих линз. Сущность заключается во введении прибора в полость матки. Способ разработан в 1979 году.

Амниоскопия — трансцервикальный осмотр нижнего полюса плодного пузыря, позволяет выявить предлежащие и низко прикрепленные плаценты.

5. Ультразвуковое исследование имеет большое значение, т. к. позволяет визуально наблюдать за развитием эмбриона и плода. Плодное яйцо можно видеть начиная с 4—5 недель беременности. С 6—7 недель возможно выявление многоплодной беременности, позволяет выявить двигательную активность конечностей, сокраще-

ние сердца, устанавливает размеры плода, срок беременности, а также исследует внутренние органы плода, выявляет аномалии развития плода, место расположения плаценты и её характеристику, определяет угрозу прерывания беременности и др.

### Задача

Пациентка 22 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации в течение 3 месяцев, тошноту. Замужем в течение 6 месяцев А/Д 110/70. На лице, сосках молочных желез выражена пигментация кожи. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, имеется цианоз слизистой шейки и влагалища. Шейки матки конической формы, наружный зев округлый, плотно закрыт. Матка в антефлексии, увеличена до размеров мужского кулака, дно ее доходит до уровня верхнего края лобкового симфиза. Трубы и яичники не увеличены.

Результаты бимануального исследования: 1) форма матки слегка асимметричная за счет вытягивания в области левого угла; 2) консистенция матки мягковатая, но во время исследования матка уплотняется и сокращается в размере; 3) шейка матки легко смещается, значительно размягчен перешеек; 4) пальцы внутренней и наружной руки соединяются в области перешейка; 5) матка сильно перегнута кпереди.

### Вопросы;

1. Диагноз.
2. Вероятные признаки, указывающие на наличие беременности у этой женщины.
3. Перечень диагностикумов и гормональных проб на беременность, принцип их использования.

### КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

В чем заключается особенности обследования беременных женщин?

2. Как определить истинную ёмкость малого таза?

3. Для чего и как применяются приемы Леопольда-Лазаревича?



4. Какую информацию дают влагалищные методы исследования?

5. Как определить место наилучшего выслушивания сердцебиения плода?

6. Какие знаете методы исследования состояния внутриутробного плода?

7. Какие преимущества УЗИ в акушерстве?

### ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ:

1. Уметь собирать анамнез и внести их в историю родов.

2. Измерение размеров большого таза.

3. Наружные акушерские приемы обследования (Лепольда-Лазаревича).

4. Определение индекса Соловьёва.

5. Измерение размеров поясничного ромба.

6. Измерение размеров выхода таза.

7. Влагалищное исследование беременных и рожениц, измерение диагональной конъюгаты, определение состояния шейки матки, плодного пузыря, предлежащей части плода и другие.

### ЛИТЕРАТУРА

1. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин Акушерство. М., «Медицина», 1986 г., стр. 58—90.

2. В. И. Бодяжина «Акушерская помощь в женской консультации». М., Медгиз, 1987 г., стр. 62—87.

3. Справочник врача женской консультации, под редакцией Г. И. Герасимовича: «Беларусь», Минск, 1988 г. стр. 74—77.

## **ТЕМА: ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ. ПРИЗНАКИ БЕРЕМЕННОСТИ. ОПРЕДЕЛЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ В РАННЕМ СРОКЕ.**

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Ознакомление с организацией и принципами работы женской консультации. Диагности-ка ранних сроков беременности.

**ЗАДАЧИ:** Ознакомление со структурой и принципа-ми работы женской консультации.

2. Роль женской консультации в раннем охвате бе-ременных.

3. Диспансеризация: здоровые, группы риска и боль-ные беременные.

4. Освоение признаков беременности.

5. Изучение методов диагностики ранних сроков бе-ременности.

**МЕСТО ЗАНЯТИЯ:** Женская консультация.

**НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ:** Рисунки с изображением признаков беременности, влагалищные зеркала и другие инструменты. Лабораторные животные (лягушки-сам-цы), гравимун-тест, микроскоп, физ. раствор, предмет-ные стекла, пипетка, шприц, моча беременной женщи-ны.

**СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ:** Женская консультация — это учреждение, призванное оказывать всестороннюю медицинскую помощь женщинам во все периоды её жизни. Женские консультации работают в объединении с акушерскими стационарами, поликлиниками, или как самостоятельные лечебно-профилактические учреждения. Перспективным является объединение женских кон-сультаций с поликлиническими учреждениями общей сети, т. к. при этом существенно расширяются возмож-

ности углубленного обследования беременных и гинекологических больных.

### ЗАДАЧИ ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

1. Оказание лечебно-профилактической квалифицированной помощи во время беременности, после родов и при гинекологической заболеваемости.

Диспансеризация беременных женщин, профилактика материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

2. Осуществление постоянного наблюдения за беременными и больными гинекологическими заболеваниями и оказание им специализированной помощи, внедрение новых методов диагностики и лечения.

3. Проведение физио-психопрофилактической подготовки беременных к родам.

4. Изучение условий труда работниц для осуществления охраны здоровья беременных, антенатальной охраны плода, а также проведение мер по предупреждению гинекологической заболеваемости.

5. Осуществление мероприятий по планированию семьи и профилактике абортот.

6. Работа по профилактике и раннему выявлению онкогинекологических заболеваний.

7. Санитарно-просветительная работа по пропаганде здорового образа жизни.

### СТРУКТУРА ЖЕНСКОЙ КОНСУЛЬТАЦИИ

1. Регистратура.

2. Кабинеты для приема беременных и больных гинекологическими заболеваниями.

3. Манипуляционная.

4. Комната для проведения физиопсихопрофилактической подготовки беременных к родам.

5. Кабинеты для врачей-стоматолога, терапевта.

6. Кабинеты для специализированных приемов по гинекологии детского возраста, патологии климакса, лечения бесплодия, «Семья и брак».

7. Лаборатория, физиотерапевтический кабинет.

8. Зал для ожидания.

9. Гардеробная.

10. Туалет.



## ПРИНЦИП РАБОТЫ

Врач участка (на 3500 населения) проводит прием в женской консультации, патронаж, профилактические осмотры населения два раза в год.

В процессе диспансерного наблюдения беременная женщина посещает женскую консультацию в I-половине беременности 1 раз в месяц, во II — 1 раз в две недели и 1 — 2 раза после родов, беременные же группы повышенного риска на патологию — чаще, по показаниям. При этом необходимо обратить внимание на важность ранней первичной явки беременных в женскую консультацию для своевременного определения противопоказаний к продолжению беременности и профилактике осложнений беременности. При приеме беременных и сборе анамнеза необходимо особое внимание уделить менструации, детородной функции, подробно остановиться на течение и исходе предыдущих беременностей. Во время осмотра обращается внимание на форму и размеры большого таза, ромб Михаэлиса. Беременным производят анализ крови, мочи, кала, определяют группу крови и резус принадлежность, токсоплазмоз, RW, СПИД, осмотр тералевта, стоматолога. Другие исследования производят по показаниям.

За время беременности врачом или акушеркой каждую женщину следует посетить 4—5 раз и 2 раза — в первые 6 недель после родов (активный патронаж).

Согласно приказу МЗ СССР № 430 от 22/IV—1981 года «Об утверждении инструктивно-методических указаний по организации работы женской консультации» выделены 5 групп факторов риска перинатальной патологии:

- 1) Социально-биологические
- 2) - Акушерско-гинекологические
- 3) Экстрагенитальная патология
- 4) Осложнения данной беременности
- 5) Состояние внутриутробного плода.

Беременная у которой имеется до 4 баллов факторы относятся к группе низкого риска, от 4-х до 9 баллов—среднего и 10 и более—высокого риска на перинатальную патологию. В зависимости от степени риска обеспечивается маркировка индивидуальных карт бе-

ременных (форма III-у). При оценке в 10 баллов и выше решается вопрос о целесообразности сохранения беременности. В «Индивидуальной карте беременной и роженицы» составляется план наблюдения за беременной женщиной с использованием современных методов исследования состояния матери и плода.

Различают три диспансерных групп беременных:

1. Здоровые беременные — подлежат наблюдению, обучению правилам гигиены, режиму отдыха и питания.

2. Беременные группы риска — подлежат особо тщательному наблюдению с участием специалистов соответствующего профиля, нуждаются в оздоровительных мероприятиях.

3. Больным беременным (с акушерской и экстрагенитальной патологией) оказывают специализированную помощь в женской консультации и в стационаре.

По степени риска родов беременные распределяются на 3 группы:

К I степени риска относятся здоровые первобеременные, повторно-беременные, имеющие в анамнезе неосложненные 2 — 3 родов, первородящие с неосложненными абортми в анамнезе.

Ко II степени риска — беременные с экстрагенитальными заболеваниями в стадии компенсации; с анатомически узким тазом, крупным плодом, неправильным положением плода, предлежанием плаценты, поздним токсикозом, признаками инфекции, мертвым плодом и неразвивающейся беременностью, повторными и осложненными абортми, после операции на матке, кровотечением в предыдущих родах, привычными и угрожающим невынашиванием беременности, старше 30 лет, беременные у которых ранее наблюдались перинатальная смертность или травматизм, беременные с повышенной опасностью перинатального травматизма и смертности.

К III степени риска относятся беременные с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями (сердечная недостаточность, ревматический и септический эндокардит, легочная гипертензия, гипертоническая болезнь II — III стадии), с тяжелыми сочетанными токсикозами, системными заболеваниями соединительной ткани

и крови в состоянии обострения, отслойкой плаценты, бактериальным и болевым шоком, эмболией околоплодными водами.

Беременные I группы риска родов госпитализируются в родильные отделения участковой больницы и сельской ЦРБ, II группы — в родильный дом, городские ЦРБ, акушерско-гинекологическую больницу, III группы — в акушерские отделения областной больницы, родильные отделения медицинских и НИ институтов.

Комплекс профилактических мероприятий в женской консультации по антенатальной охране плода заключается в следующем:

1. Профилактика невынашивания беременности.

2. Профилактика пороков развития плода путем генетического консультирования, УЗИ.

3. Оказание специализированной помощи больным беременным.

4. Предупреждение неблагоприятного влияния вредных производственных факторов на здоровье беременной женщины.

5. Выявление и лечение позднего токсикоза беременных.

6. Выявление задержки развития плода и лечение гипотрофии плода.

7. Лечение экстрагенитальной патологии, гипоксии плода.

Основные показатели работы женской консультации.

1. Ранняя обращаемость и посещаемость.

2. Частота посещаемости и своевременная выдача декретного отпуска.

3. Охват беременных физиопсихопрофилактической подготовкой к родам.

4. Своевременное выявление экстрагенитальной патологии и предупреждение осложнений беременности.

Документация женской консультации

1. Индивидуальная карта беременной и родильницы учетная форма № III.

2. Обменная карта —«— —«— № 113

3. Карта диспансерного наблюдения —«— № 30

4. Патронажный лист —«— —«— № 116

5. Амбулаторная карта гинекологических больных.

6. Карта экстренного извещения.



7. Статистический талон для регистрации заключительных диагнозов (уч. ф. № 256) и др.

Признаки беременности делятся на три группы.

1. Сомнительные — субъективные: тошнота, рвота, потеря аппетита, вкусовые прихоти; объективные: увеличение живота, пигментация кожи, рубцы беременности и другие.

2. Вероятные признаки беременности: прекращение менструации, увеличение молочных желез и выделение молозива, разрыхление и цианоз внутренних половых органов, увеличение и размягчение матки, положительные биологические реакции на беременность.

Из вероятных признаков, указывающих на беременность, важнейшими являются: 1) размягчение матки в области перешейка, вследствие чего при бимануальном исследовании перешеек не определяется и кажется, что шейка и тело матки не имеют между собой связи (признак Гегара I).

2) тело матки легко переводится в гиперантефлексию (признак Гегара II).

3) признак Пискачака: несимметричная шаровидная форма матки с выпуклостью на одной стороне.

3) признак Пискачака: несимметричная шаровидная строго по средней линии, находят гребневидный выступ, не распространяющийся на дно и заднюю стенку, а также шейку матки.

5) признак Снегирева: при двуручном исследовании размягченная матка уплотняется, по прекращению воздействия вновь размягчается.

**Биологические методы диагностики беременности.**

1) Гормональная реакция Ашгейма-Цондека — моча женщины в количестве 0,2—0,3 мл вводится неполовозрелым самкам мышам (весом 6—8 г), т. е. в возрасте от 3 до 4 недель под кожу двухкратно: 0,2 в первые сутки, 0,3 во вторые сутки и 0,4 на третьи сутки и через 100 часов мышей убивают и осматривают половой аппарат мышей. В положительных случаях наблюдается гиперемия, увеличение, бугристость яичников с кровоизлиянием в фолликулы в виде черных точек, матка в большинстве случаев бывает увеличенной, синюшной, отечной.

2. Реакция Фридмана — моча беременной женщины вводится в ушную вену крольчихи по 4 мл. 3 раза в день в течении 2 суток. Через 48 часов крольчиха забивается и осматриваются половые органы и при этом обнаруживаются изменения, указанные выше.

3. Реакция Галли-Майнини — сперматозонная реакция на лягушках самцах. Берут 2 лягушки и предварительно исследуют жидкость взятую из клоаки на сперматозониды. Убедившись в отсутствии сперматозонидов, в спинной лимфатической мешок лягушки вводят 3 — 5 мл мочи беременной женщины. Через 1 — 2 — 3 часа содержимое клоаки, взятой пипеткой исследуют под микроскопом на присутствие сперматозонидов.

4. Иммунологические. Метод основан на реакции между хориальным гонадотропином мочи беременных и антисывороткой. Из них наиболее применим метод Вида, основанный на подавлении реакции гемагглютинации зараженных хориальным гонадотропином эритроцитов соответствующей антисыворотки в присутствии хориального гонадотропина, содержащегося в моче беременных.

**Достоверные признаки беременности.**

Непосредственно исходят от самого плода. К ним относятся:

1. Движение плода.
2. Прощупывание частей плода.
3. Выслушивание сердцебиения плода.
4. Рентгенологически обнаруживаемый скелет плода.
5. Ультразвуковое сканирование.
6. ФКГ, ЭКГ, фетоскопия.

#### Задача № 1

Первобеременная, 32 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку месячных в течении 2 месяцев, беспокоит тошнота, рвота по утрам, тяга к острой пище.

При осмотре в зеркалах обнаружено: слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшные, шейка чистая.

Бимануально: матка в гиперантефлексию, увеличена до размеров гусиного яйца, мягковатой консистенции, придатки не прощупываются. Матка изменяет свою консистенцию, уплотняется, сокращается, в обла-

ти левого угла матки выпячивание (асимметрия) повышена смещаемость и подвижность шейки матки; перешеек матки очень размягчен, пальцы внутренней и наружной руки соединяются в области перешейка.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Сомнительные и вероятные признаки, указывающие на наличие беременности у женщины.
3. Диспансерная группа риска родов, к которой относится женщина.
4. Ведение данной беременной. (особенности ведения беременности и госпитализации данной женщины).

### З а д а ч а № 2

Повторнобеременная, 25 лет, ростом 160 см, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. АД 120/180 мм рт. ст. Выражена сглаженность пупка. Окружность живота — 90 см, высота стояния дна матки 28 см, длина плода в матке, измеренная тазомером — 22,5 см, лобно-затылочный размер головы 9,5 см.

Справа прощупывается гладкая широкая поверхность плода, слева — мелкие подвижные бугорки, высоко над входом в малый таз крупная, плотная, шаровидная часть, способная к баллотированию. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 140 уд. мин., справа ниже пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности.
2. Дополнительные дифференциальные признаки беременности, подтверждающие данный срок беременности.
3. Средняя дата предполагаемых родов.

### КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Задачи женской консультации.
2. Принципы работы женской консультации.
3. Качественные показатели женской консультации.



4. Объем обязательных исследований у беременных в женской консультации.
5. Что такое патронаж.
6. Значение анализов крови, мочи, взвешивания женщин во II половине беременности.
7. Факторы риска перинатальной патологии.

### ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ:

1. Измерение размеров таза.
2. Пальпация живота по Леопольду-Лазаревичу.
3. Осмотр в зеркалах.
4. Влагалищное и двуручное исследования.
5. Диагностика ранних сроков беременности при помощи биологических и иммунологических реакций.
6. Взятие мазков из влагалища на флору, трихомонады.

### Литература:

1. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенко — Акушерство М., 1986 г., стр. 9 — 13.
2. В. И. Бодяжина — Акушерская помощь в женской консультации. М., 1983 г., стр. 3 — 251.
3. Под ред. Г. И. Герасимовича — Справочник врача женской консультации, Минск «Беларусь», 1988 г., стр. 387.
5. В. Н. Серов, А. Н. Стрижаков, С. А. Маркин — Практическое акушерство. М., 1989 г., «Медицина», стр. 5 — 8.

**Т Е М А:**  
**ДИАГНОСТИКА СРОКА БЕРЕМЕННОСТИ И**  
**ДЕКРЕТНОГО ОТПУСКА. ГИГИЕНА**  
**БЕРЕМЕННЫХ.**  
**И ФИЗИОПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ**  
**ПОДГОТОВКА К РОДАМ**

**ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:** Научиться методам определения ранних и поздних сроков беременности и срока декретного отпуска.

**ЗАДАЧИ:** 1. Критерии определения срока беременности. 2. Диагностика 30 недельного срока беременности. 3. Освоение методики физиопсихопрофилактической подготовки беременных к родам. 4. Ознакомление с законодательством по охране здоровья матери.

**МЕСТО ЗАНЯТИЙ:** Женская консультация.

**НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ:** тазомер, сантиметровая лента, стетоскоп, влагалищные зеркала, календарь обычный и календарь беременных, рисунки, таблицы, формулы используемые для установления срока беременности, аппарат УЗИ.

**СОДЕРЖАНИЕ ЗАНЯТИЯ:** В связи с большой вариабельностью продолжительности беременности, у женщины уточнение срока беременности и родов трудно. В среднем продолжительность беременности длится 280 дней — 40 недель или 10 лунных месяцев.

Для установления срока беременности необходимы сведения о времени последней менструации, дата первого шевеления плода и данные объективного исследования беременной.

Основными объективными диагностическими критериями в определении беременности являются размеры

матки, плода, и другие, формулы, предложенные Скульским, Даниахий, Жордана, показатели УЗИ.

В первые три месяца срок беременности определяется при бимануальном исследовании.

К концу 4 недели матка увеличивается до размеров куриного яйца;

8 недели — средний женский кулак

12 недели — с мужской кулак

16 недели — дно матки на 8 см выше лона

20 недели — дно матки на 11—12 см выше

лона или на 4 см ниже пупка

24 — на уровне пупка или на 25—28 см

выше лона

28 недель 25—28 см выше лона

32 недели 30—32 см выше лона, пупок начинает сглаживаться, окружность живота на уровне пупка достигает 80—85 см, диаметр головки плода 9—10 см.

36 — у мечевидного отростка, окружность живота в среднем 90 см, пупок сглажен, диаметр головки плода 11 см.

40 — дно матки опускается до уровня се при 32 недель беременности, окружность живота 95—100 см, у первородящих головка фиксирована во входе в малый таз, у повторнородящих остается подвижной.

Дополнительные более достоверные данные можно получить, измеряя длину плода тазомером, после опорожнения мочевого пузыря.

Скульский предложил формулу для определения сроков беременности.

$$X = \frac{(L \times 2) - 5}{5} \quad (\text{в акушерских месяцах}), \text{ где}$$

X — предполагаемый срок родов

L — длина плода

5 — в числителе толщина стенок матки и передней брюшной стенки

5 — в знаменателе — коэффициент Гаазе

1. По овуляции: от срока ожидаемой менструации отсчитывают назад 14—16 дней и прибавляют число дней с момента определения срока беременности.

2. По менструации к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней или от даты последней менструации высчитывают 3 месяца и прибавляют 7 дней и устанавливают дату родов.



3. По шевелению плода к первому дню шевеления плода первобеременным прибавляется 140, повторнобеременным — 154 дня и устанавливается срок родов и отсюда по календарю — срок беременности.

По формуле Жордания:

$$X = L + C$$

X — искомый срок беременности (в неделях)

L — длина плода

C — лобно-затылочный размер

По формуле Даниахий:

$$X = L + 4$$

X — искомый срок беременности (в неделях)

L — высота стояния дна матки (см. лентой)

4 — коэффициент

В связи с увеличением срока декретного отпуска до 70 дней согласно инструкциям МЗ СССР (1990) критериями определения беременности 30 недель являются следующие.

1. Данные анамнеза

— дата последней менструации

— возможный предполагаемый день зачатия

— дата первого шевеления плода

— определение срока беременности при первом об-

ращении к акушеру-гинекологу

— сведения о предшествующих родах (срок родов и масса родившихся детей).

2. Совокупность объективных данных

— высота стояния дна матки над лоном

— окружность живота

— рост и масса тела беременной женщины.

Высота стояния дна матки над лоном является одним из основных критериев для определения срока беременности, при этом важно учитывать конституционные особенности беременной женщины: ее рост, массу тела и степень развития жировой ткани.

Высота стояния дна матки над лоном у большинства беременных женщин в сроке 30 недель колеблется в пределах 29—31 см. У беременных женщин ростом до 160 см правильного телосложения, умеренным развитием подкожного жира (масса тела до 58 кг) высота стояния дна матки в 30 недель составляет 27—

30 см. У беременных женщин с выраженным развитием подкожного жира высота дна матки колеблется в пределах 30—32 см.

Измерения высоты стояния дна матки над лоном проводятся после опорожнения мочевого пузыря, а если возможно, то и кишечника. Измерение окружности живота у беременной женщины проводится на уровне пупка (Приложение № 1), лобно-затылочный размер головки плода, измеренный тазомером в сроке 30 недель, равен 9,8 см.

Предлежащая часть плода при указанном сроке беременности располагается, как правило, высоко над входом в малый таз и свободно баллотируется.

Если данные анамнеза и результаты наружного исследования не являются убедительными для определения срока беременности, для уточнения гестационного возраста плода необходимо произвести ультразвуковое исследование, которое является наиболее достоверным методом для определения срока беременности. По данным ВНИЦ ОЗМР МЗ СССР при определении срока беременности следует пользоваться следующими показателями: длина бедренной кости и стопы, средний диаметр головки плода. Для исключения внутриутробной гипотрофии плода рекомендуется также измерение среднего диаметра живота. В приложении представлены средние величины УЗ фетометрических показателей при сроке беременности 30 недель (Приложение № 2).

В сомнительных случаях срок беременности 30 недель устанавливается комиссией в составе 3-х врачей акушеров-гинекологов.

Приложение № 1.

Критерии	рост 160 см			рост до 165 см	рост до 170 см	
	масса 55 кг	масса 65 кг	масса 80 кг	масса 55 кг	масса 75 кг	масса 90 кг
Высота дна матки (см)						
средняя	28	29	30	29	29	30
интервал	27—29	28—30	29—31	28—30	28—31	29—32
Окружность живота (см)						
средняя	87	91	99	88	98	102
интервал	83—90	88—94	95—103	85—91	94—102	98—106

Срок бер-ти	БПР Бипари- ет размер гол. (см)	ЛЗР Лобно- заг. размер (см)	БПР+ ЛЗР средн. размер головки	средний диаметр живота	длина бедр кости (см)	длина стопы
средняя интервал	7,5 8,3—6,7	9,8 10,8—8,8	8 6 9,5—8,1	8,0 9,1—6,8	5,6 6,3—4,7	5,6 6,4—4,8

Отпуск по беременности предоставляется участковым врачом женской консультации, который должен объяснить женщине необходимость частого посещения жен. консультации, психопрофилактической подготовки к родам. Результаты осмотров и обследований заносятся в обменную карту. При предоставлении дородового отпуска или при осложнении беременности в сроки до 30 недель, участковым врачом выдается женщине «Листок временной нетрудоспособности» (учетная форма № 306). Учащимся для освобождения от занятий выдаются справки с сохранением корешка (учетная форма № 095).

Гигиена беременных должна включать в себя мероприятия по сохранению и укреплению здоровья женщины, организму которой предъявляется повышенная нагрузка, по антенатальной охране плода, подготовка организма женщины к нормальному течению родов и послеродового периода и грудному вскармливанию.

Говоря о личной гигиене беременной указывается на необходимость 1—2 раза в неделю принимать душ, ежедневно обтирать тело полотенцем, смоченным в воде комнатной температуры, 2 раза в день подмывать наружные половые органы теплой водой с мылом.

Необходимо готовить соски молочных желез к будущему кормлению для профилактики мастита и трещин, для чего необходим массаж сосков, воздушные ванны.

Одежда беременных женщин должна быть удобной и свободной, не стеснять грудную клетку, живот, не сдавливать нижние конечности.

Режим работы при нормальном течении беременности является обычным, с чередованием физического, умственного труда и отдыха. Перед сном обязательны прогулки на свежем воздухе, проветривание комнаты, воздушные и солнечные ванны.



Половая жизнь запрещается в первые 3—4 и последние 2 месяца беременности, чтобы предупредить инфекции, выкидыши и преждевременные роды. Категорически запрещается курение и потребление алкоголя. Питание беременных. Рациональное питание способствует нормальному развитию беременности, развитию плода, а также является профилактикой рождения крупных плодов, значительно осложняющих течение родов, послеродового периода, неонатального и постнатального развития плода и новорожденного.

Пища должна содержать большое количество витаминов и минеральных солей, элементы железа. Энергетический запас продуктов питания должен быть достаточным. При недостатке витаминов, связанных с плохим всасыванием в кишечнике, необходимо их введение парентеральным путем.

В первой половине беременности особой диеты не требуется: разрешается обычная пища, содержащая все основные питательные вещества. В пищевом рационе должно содержаться белков 100—120 г, жиров около 75 г, углеводов 350—400 г, энергетическая ценность продуктов питания 10450—11286 кДж (2500—2700 ккал).

Во второй половине беременности происходит быстрый рост плода, усиливается функциональная нагрузка на органы беременной, поэтому к диете требуется более строгий подход. Питание должно быть рациональным. Беременная должна получать 110—120 г белков, 85—100 г жиров, 400—500 г углеводов в сутки (2800—3000 ккал). Из продуктов содержащих полноценные белки, следует предпочитать молочнокислые (кефир, простокваша), молоко (всего около 1 л), творог, рекомендуются также яйца, сыр. Нежирные сорта мяса (100—120 г в день), рыба (150—250 г в день). Во второй половине беременности часть мяса заменяют творогом; мясо разрешается 3—4 раза в неделю. В этот период ограничивают мясные супы и бульоны, яйца, сыр.

Рекомендуются фрукты, ягоды, овощи, а также хлеб (лучше грубого помола как источник клетчатки и витаминов группы В).

Жиры должны входить в рацион преимущественно в виде сливочного масла, сметаны и растительных масел (подсолнечное, соевое, кукурузное).

Количество жидкости ограничивают до 1—1,2 л в сутки (сюда входят чай, кисели, компоты, молоко): всего жидкости (вместе с овощами и другими продуктами) разрешается до 2 л в сутки. В последние недели беременности количество жидкости уменьшают до 0,7—0,8 л в сутки. Поваренную соль также ограничивают, особенно во второй половине беременности (до 8—5 г в сутки).

Во время беременности возрастает потребность в витаминах, которые необходимы для организма матери и растущего плода. Недостаточное содержание витаминов в рационе во время беременности может вызвать нарушение развития плода, выкидыши, преждевременные роды, поэтому рекомендуется включать в рацион продукты, содержащие важнейшие для жизнедеятельности организма витамины, в связи с чем необходимы овощи и фрукты.

Нередко у беременных наблюдается склонность к запорам. В таких случаях употребление свежих овощей, фруктов, черного хлеба, кислого молока устраняют запоры. К клизмам прибегают только в том случае, если запоры не устраняются, несмотря на правильную диету.

#### Физиопсихопрофилактическая подготовка к родам.

Сущность метода — путем словесного воздействия создать более правильные функциональные взаимоотношения между корой головного мозга и подкорковыми образованиями, снизить возбуждение в подкорковых центрах и уравновесить процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга.

Цель метода — устранить страх перед родами и другие отрицательные эмоции, возникающие во время беременности, выработка и закрепление представлений о родовом акте, как о физиологическом и неболезненном процессе, воспитание нового положительного чувства, связанного с предстоящим материнством.

Беременных обучают в специальной комнате, или спортзале, который оборудован всем необходимым для проведения занятий. Врач, который проводит занятия, должен обладать искусством психотерапевта. Занятия проводятся по схеме: в начале изучают строение половых органов, их функции и физиологию беременности, течение первого и второго периода родов, поведение женщины при схватках, потугах, методы самообезболи-

вания, надавливанием точек на теле (ромб Михаэлиса, передние верхние ости подвздошных костей).

Физические упражнения укрепляют мышцы брюшной стенки, тазового дна, устраняют застойные явления в малом тазу и нижних конечностях, способствуют правильному расположению плода в полости малого таза, нормальному течению родов.

Все беременные ознакамливаются с законодательством об охране здоровья труда женщины в СССР.

#### Задача № 1

Повторнобеременная 26 лет, обратилась к врачу женской консультации. Дату последней менструации и первого шевеления плода не помнит. А/Д 120/80 мм рт. ст., отеков нет. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Данные наружного акушерского исследования: дно матки на уровне мочевидного отростка, слева прощупывается гладкая, широкая поверхность плода, справа — мелкие выступы, часто изменяющие положение. Над входом в малый таз прощупывается крупная, округлая с отчетливыми контурами баллотирующая часть. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка 136 уд/мин. Высота стояния матки — 32 см, окружность живота 90 см. Длина плода измеренная тазомером — 22,5 см, лобнозатылочный размер головы 11 см.

Вопросы:

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки.
2. Срок беременности по Даниахний, Скульскому, Жордания.

#### Задача № 2

Первобеременная 20 лет, последняя менструация началась 10 мая, первое шевеление плода почувствовала 2 октября. При первом обращении в женскую консультацию 5 июля, была обнаружена беременность сроком 7 недель.

Вопросы:

1. Предполагаемый срок родов по менструации.
2. Предполагаемый срок родов по первому шевелению плода.
3. Предполагаемый срок родов по первому обращению в женскую консультацию.
4. Средняя предполагаемая дата родов.



### Контрольные вопросы:

1. Как и какими основными и дополнительными методами определяется 30-недельный срок беременности?

2. Что отмечается в обменной карте беременной?

3. Сущность физиопсихопрофилактической подготовки беременной к родам.

4. С какого срока беременности ощущается движение плода?

5. Какие существуют методы определения срока беременности?

6. Что усиливает ощущение боли в родах?

7. Диететика беременных

8. Гигиена беременных

9. Советское законодательство по охране здоровья матери

10. Дополнительные методы определения срока беременности

### Практические навыки:

1. Оформление обменной карты.

2. Наружные акушерские исследования, измерение высоты стояния дна матки, размеров живота, окружности живота, длины и головки плода.

3. Формулы, используемые для установления срока беременности.

4. УЗИ в диагностике срока декретного отпуска.

### Литература:

1. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенко — Акушерство, М., Медицина, 1986 г., стр. 58—95.

2. Справочник врача женской консультации. Под редакцией Г. И. Герасимовича. «Беларусь», Минск, 1988, стр. 77—93.

3. В. И. Бодяжина — Акушерская помощь в женской консультации М., Медгиз, 1987, стр. 47—159.

## **Тема: БИОМЕХАНИЗМ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ**

**Цель занятия:** Освоение механизма родов при затылочном предлежании: переднем и заднем виде.

**Задачи:** 1. Упражнения на фантоме с разбором всех моментов биомеханизма родов при переднем и заднем видах затылочного предлежания. 2. Изучение и освоение сегментов головки, расположение ее в плоскостях таза и определение механизма родов путем влагалитичного исследования.

**Место занятия:** 1. Учебная комната, 2. Родовой блок.

**Наглядные пособия:** Кукла, головка, таз, фантом, таблицы, рисунки, диапозитивы.

**Содержание занятия:** 1. Биомеханизм родов.

Совокупность движений совершаемых плодом при прохождении через малый таз и мягкие отделы родовых путей, называется биомеханизмом родов.

К началу родов плод в 99,5% случаев в полости матки расположен продольно, предлежащей частью преимущественно — в 96% — является головка, в 95% из них встречаются затылочные предлежания. Наиболее типичный вид.

**Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.** Состоит из 4 моментов.

**Первый момент** — сгибание головки (*flexio capitis*) В конце периода раскрытия головка сгибается, сагиттальный шов располагается в поперечном или слегка косом размере. В периоде изгнания давление матки передается на тазовый конец, а через него на позвоночник и головку плода. Позвоночник соединен с головкой не в центре, а ближе к затылку, в связи с этим образуется как бы рычаг, на конце короткого плеча находится затылок, длинного — лицевой отдел черепа. Сила внутриматочного давления передается через позвоночник на затылок (короткое плечо). Затылок опускается, подбородок приближается к грудной клетке, малый родничок

чок, который является проводной точкой, опускается и располагается ниже большого.

Проводной точкой называется та, которая находится на подлежащей части плода, первой опускается в полость малого таза, идет впереди остальных точек, первой показывается из половой щели и рождается первой.

В результате сгибания головка входит в малый таз малым косым размером — 9,5 см, окружностью — 32 см.

Второй момент — внутренний поворот головки (*rotatio capitis interna*). При этом затылок и малый родничок поворачиваются кпереди, а лоб кзади. В полости таза сагиттальный шов переходит в косой размер и продолжается поворот. В выходе таза устанавливается в прямом размере. Этим внутренний поворот головки заканчивается. Малый родничок при этом обращен к симфизу.

Третий момент — разгибание головки (*extensio capitis*). Когда согнутая головка достигает выхода таза, она встречает сопротивление мышц тазового дна, а брюшной пресс и мышцы матки направляют плод книзу. Под влиянием этих двух сил головка разгибается. Разгибание головки происходит тогда, когда подзатылочная ямка вплотную подойдет под лобковую дугу. Вокруг этой точки головки разгибается. Эта точка называется точкой опоры, вокруг которой при прорезывании головки происходит ее вращение. При переднем виде затылочного предлежания точкой фиксации является область подзатылочной ямки.

Четвертый момент — внутренний поворот туловища и наружный поворот головки (*rotatio capitis externa et t runci interna*). Наружный поворот головки зависит от внутреннего поворота туловища. На дне таза внутренний поворот плечиков заканчивается, они устанавливаются в прямом размере выхода таза. Поворот плечиков передается головке, лицо поворачивается к бедру матери в зависимости от позиции. При второй — к левому, при первой — к правому.

#### Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания

Задний вид затылочного предлежания является вариантом основного механизма родов при затылочных предлежаниях. Роды протекают с затылком и спинкой



обращенной кзади. Такие роды встречаются примерно в 1% всех черепных предлежаний.

Причиной возникновения этого варианта является изменение формы, размеров таза и головки плода, а также эластичности мягких тканей, родовых путей.

Механизм родов состоит из пяти моментов.

I момент — умеренное сгибание головки;

II момент — внутренний (неправильный) поворот головки;

III момент — дополнительное сгибание головки;

IV момент — разгибание головки;

V момент — внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.

При данном механизме родов проводной линией является стерильный шов, а проводной точкой — середина стреловидного шва.

Головка имеет две точки фиксации:

I — край волосистой части лба;

II — подзатылочная ямка.

Прорезывающаяся окружность головки — 33 см, соответствует среднему косому размеру с диаметром — 10,5 см. Конфигурация головки долихоцефалическая, с резким вдавлением в области большого родничка. Родовая опухоль при этом механизме располагается на предлежащей теменной кости, ближе к большому родничку.

Диагноз заднего вида затылочного предлежания устанавливается тогда, когда головка находится в полости таза. При влагалищном исследовании удается прощупать оба родничка, но большой родничок или совсем не достигается, или достигается с большим трудом.

Ведение родов. Надо придерживаться выжидательной тактики с учетом состояния плода, состояния родовой деятельности и др. При патологии родов используют те или иные оперативные вмешательства.

### Задача № 1

Беременная 24 лет, 1 беременность, 1 роды. Началась регулярная родовая деятельность. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытые маточного зева 4 см, плодный пузырь цел, головка плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов в поперечном размере, родничок треугольной формы в центре таза, обращен влево.

Диагноз: Какой момент биомеханизма родов?

## З а д а ч а № 2

Повторнородящая 30 лет, второй период родов. При влагалитициом исследовании: раскрытие шейки матки полное, головка плода в плоскости выхода из малого таза, стреловидный шов в прямом размере, родничок треугольной формы обращен кзади.

Диагноз: Какой момент какого биомеханизма родов?

### Контрольные вопросы:

1. Что такое биомеханизм родов?
2. Как называется и осуществляется первый момент биомеханизма родов?
3. Как называется и осуществляется второй и третий моменты биомеханизмов родов?
4. Как называется и осуществляется четвертый момент биомеханизма родов?
5. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.
6. Какие факторы способствуют образованию заднего вида затылочного предлежания?
7. Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания.
8. Какие осложнения наблюдаются при родах в заднем виде затылочного предлежания?

### Практические навыки:

1. Освоить основные моменты механизма родов в переднем виде затылочного предлежания и уметь изобразить каждый момент родов на фантоме.

2. Освоить основные моменты механизма родов в заднем виде затылочного предлежания и уметь изобразить каждый момент родов на фантоме.

### Л и т е р а т у р а:

1. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кириушенков — Акушерство, 1936 г., М., Медицина, стр. 121—127.
2. М. С. Малиновский — Оперативное акушерство, 1967 г., М., Медицина, стр. 37—49.
3. Руководство по акушерству и гинекологии. М., Медицина, 1964 г., т. II, кн. 2. Стр. 385—400.
4. Акушерство: Учеб. пособие. Под ред. В. И. Ельцова-Стрелкова, Е. В. Мареева — М., 1987, стр. 50—55.

## Тема: КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ .

**Цель занятия:** Изучение причин наступления и особенностей течения родов, ознакомление с родовыми изгоняющими силами, предвестниками родов, периодами родов.

**Задачи:**

1) Изучение причин наступления родов, предвестников родов, начало родов.

2) Определение подготовленности организма к родам (оценка тонуса, возбудимости матки), 3) Общие сведения о родовом акте, компоненты родового акта. 4) Течение родов.

**Место занятия:** 1. Учебная комната. 2. Родовой блок.

**Наглядные пособия:** Кукла, таз, фантом, таблицы, рисунки, слайды.

**Содержание занятий:**

**Роды** — физиологический процесс, во время которого происходит изгнание из полости матки через родовые пути плода, околоплодных вод и последа. Роды обычно наступают через 10 акушерских месяцев. (280 дней или 40 недель), когда плод становится зрелым и вполне способным к внеутробному существованию.

Для объяснения причин наступления родов было выдвинуто много теорий. Роды наступают потому, что в организме беременной из плаценты поступают синцитиотоксины, и в ответ вырабатываются антитела — синцитиолизины, в конце беременности увеличиваются соли ионов Са и К, наступают изменения в соотношениях стероидных гормонов — уменьшается количество гонадотропинов, прогестерона, одновременно возрастает синтез эстрогенов (эстрадиола), простагландина, возрастает активность передатчика нервного возбуждения — ацетилхолина, который усиливает действия ок-



ситоцина. Усилению сократительной деятельности матки способствуют также серотинин, кининны, адреналин. Современные исследования позволяют считать, что причины наступления родов множественны; они возникают в результате физиологических изменений, возникающих в нервной, эндокринной, половой и других системах организма беременной. Процессы подготовки организма к родам усиливаются в последние дни беременности. Это время выделяется как подготовительный (преламинарный) период. В этом периоде значительно возрастает содержание в организме эстрогенов, окситоцина, ацетилхолина, увеличиваются признаки «зрелости» шейки матки и появляются другие признаки предвестников родов.

### Предвестники родов.

1. В конце беременности за 2—3 недели до родов дно матки несколько опускается; в связи с этим прекращается стеснение диафрагмы и женщина отмечает, что стало ей легче дышать.
2. Предлежащая часть плода опускается.
3. Накануне родов хорошо выражен признак «зрелости» шейки матки.
4. Отходит слизистая пробка из канала шейки матки.
5. Появляются ложные схватки.

### Компоненты родового акта

Роды состоят из 3-х компонентов.

1. Родовые пути — костный родовой канал, мягкие части родового канала, тазовое дно, промежность.
2. Изгоняющие силы — схватки и потуги.
3. Объект родов — плод и послед.

Схватки — ритмичное сокращение гладкой мускулатуры матки. Промежутки между схватками называются паузами. В начале родов каждая схватка продолжается 10—15 минут, в конце 60—80 секунд. Пауза между схватками в начале родов длится 10—15 мин., затем укорачивается, к концу периода изгнания схватки наступают через 2—3 мин.

Потуги — присоединение к сокращениям матки сокращений мышц диафрагмы, брюшного пресса и мышц тазового дна. Повторяются через 1—2 мин., длятся 60—80 сек.

## Периоды родов

Различают три периода родов.

I период — период раскрытия шейки матки;

II период — период изгнания плода;

III период — последовый период.

Период раскрытия начинается с первых регулярных схваток и заканчивается полным раскрытием маточного зева и излитием околоплодных вод.

Во время схваток в мускулатуре матки происходит:

- а) сокращение мышечных волокон — **контракция**;
- б) смещение сокращающихся мышечных волокон — **ретракция**;
- в) сокращающиеся мышечные волокна тела матки оттягивают циркулярную мускулатуру шейки матки в сторону и вверх — **дистракция** шейки матки, при этом отмечаются укорочение и расширение канала шейки матки.

Раскрытие шейки матки способствует перемещению околоплодных вод в сторону канала шейки матки. Во время схватки повышается внутриматочное давление, со стороны дна и стенок матки, околоплодные воды согласно законам гидравлики устремляются в сторону наименьшего сопротивления, в сторону нижнего сегмента матки. Та часть оболочек нижнего полюса яйца, внедряющаяся вместе с околоплодными водами в канал шейки матки называется **плодным пузырем**. Во время схватки в матке различают два отдела — активный верхний и пассивный нижний сегменты. Активный отдел сокращается, пассивный отдел расслабляется. Граница между ними называется **контракционным кольцом**.

У первородящих вначале раскрывается внутренний зев, полностью сглаживается канал шейки матки, в дальнейшем начинает раскрываться наружный зев. Длительность первого периода 14—16 часов.

У повторнородящих — раскрытие наружного и внутреннего зева идет одновременно, канал шейки матки при этом укорачивается. Длительность — 6—8 часов. Место схвата головки стенками нижнего сегмента называется **поясом соприкосновения**. Пояс соприкосновения делит околоплодные воды на передние и задние воды. Количество передних вод 60—100 мл, задних около 1,5 л.

Образование пояса соприкосновения совпадает с началом вступления головки в таз, определяются предле-

жание головки, характер вставления (синклитическое, асинклитическое). После полного раскрытия маточного зева отходят околоплодные воды.

### Период изгнания

Начинается после полного открытия маточного зева, отхождения околоплодных вод и заканчивается рождением плода. Развернутый нижний сегмент и сглаженная шейка с раскрытым зевом образуют вместе с влагалищем родовой канал. К схваткам вскоре присоединяются потуги. Во время потуг дыхание роженицы задерживается, диафрагма опускается, мышцы живота сильно напрягаются, внутрибрюшное давление возрастает, совершаются поступательные движения плода через родовой канал и его рождение. Длительность периода изгнания у первородящих — до 2 часов, у повторнородящих — до 1 часа.

### Послеродовый период

Начинается после рождения плода и заканчивается рождением последа. В течение этого периода благодаря продолжающимся маточным сокращениям происходит отделение последа от стенки матки и его рождение. Существует две формы отделения: а) центральное, с образованием ретроплацентарной гематомы (по Шульцу); б) по периферии, с края (по Дункану): по мере отделения отмечается наружное кровотечение, плацента выделяется своей материнской поверхностью.

Послеродовый период продолжается от 20 до 40 минут. Количество теряемой крови в норме от 100 мл до 250 мл.

### Задача № 1

Произошли первые роды доношенным плодом мужского пола, массой 3200, длиной 50 см. Через 20 минут после рождения плода началось кровотечение. Кровопотеря 200 мл. Поставьте диагноз и определите дальнейшие действия врача.

### Задача № 2

Перворожавшая 23 лет, схватки начались 10 ч. тому назад, воды отошли 12 ч. тому назад. Размеры таза: 26—29—30—21. Схватки по 30 сек. каждые 5—6 мин. Высота стояния матки — 36 см, окружность живота —



102 см. При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, края тонкие, податливые. Раскрытие шейки на 5 см, предлежит головка, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок слева и сзади. Поставьте диагноз, определите предполагаемую массу плода, положение, вид и позицию.

Обоснуйте прогноз родов.

### Контрольные вопросы:

1. Что такое роды?
2. Что такое предвестники родов?
3. Какие периоды родов Вы знаете?
4. Что называется схватками?
5. Что такое плодный пузырь, как образуется контракционное кольцо?
6. Что называем поясом соприкосновения?
7. Как принято называть женщину во время родов?
8. В чем заключается механизм отделения последа?
9. Продолжительность родов?
10. Какова нормальная кровопотеря в родах?

### Практические навыки:

1. Освоить критерии готовности организма к родам (тонус матки, возбудимость, состояние шейки матки, кольпоцитограмма).
2. Уметь определить начало родов, длительность и интенсивность схватки.
3. Исследовать акушерские приемы исследования.
4. Определить отношение предлежащей части ко входу в малый таз.
5. Оценить показатели при вагинальном исследовании.
6. Ультразвуковым аппаратом определить состояние внутриутробного плода и месторасположение плаценты.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бодяжина, К. И. Жмакин, А. П. Кирюшенков. Акушерство, М., 1986 г., стр. 107—135.
2. Руководство по акушерству и гинекологии. М., Медицина, 1964 г., Т. II, кн. 2, с. 385—400.
3. Акушерство: Учеб. пособие. Под ред. В. И. Ельцова—Стрелкова, Е. В. Мареева — М., 1987, стр. 55—70.

## Тема: ВЕДЕНИЕ РОДОВ

Цель занятия: Изучить ведение нормальных родов, методы обследования рожениц.

Задачи: 1. Освоить ведение первого и второго периодов родов, прием родов, рациональную защиту промежности, оценку плода по шкале Апгар. 2. Ведение третьего периода родов. 3. Признаки отделения и способы выделения отделившейся плаценты. 4. Определение объема кровотечения по отношению к массе тела, определение целостности последа, его величины, веса. 5. Первый туалет новорожденного.

Место занятия: 1. Предродовая палата. 2. Родильный зал. 3. Учебная комната.

Наглядные пособия: Кукла, таз, фантом, таблицы, диапозитивы и др.

### Содержание занятия:

Роженицы обычно поступают в родильный дом в начале периода раскрытия с обменной картой. В предродовой комнате уточняют анамнестические данные, производят осмотр роженицы, определяют группы крови, резус фактор, исследуют мочу. Все данные анамнеза, общего и акушерского исследования заносят в историю родов.

В первом периоде родов наблюдают за состоянием роженицы за пульсом, А/Д,  $t^{\circ}$  тела измеряют 2—3 раза в сутки, следят за характером родовой деятельности — за силой, продолжительностью, частотой и болезненностью схваток.

Наружное акушерское исследование применяется многократно, обращают внимание на отношение предлежащей части ко входу в таз, производят пальпацию нижнего сегмента, чтобы выяснить нет ли его истончения. Выслушивание сердцебиения плода при целом плодном пузыре производится каждые 15—20 минут,

а после отхождения вод через 5—10 минут. В норме число сердечных ударов колеблется в пределах 120—140 (во время схваток до 160) в минуту. В крупных родильных стационарах производят мониторинговое наблюдение, ФКГ, ЭКГ, УЗИ и др. исследования.

Разрыв плодного пузыря и излитие околоплодных вод обычно наблюдается при полном раскрытии шейки матки. Воды представляют собой светлую или слегка мутноватую жидкость (примесь сыровидной смазки, пушковых волос и эпидермиса плода).

Примесь мекония к околоплодным водам указывает на начинающуюся асфиксию плода, примесь крови — на надрывы краев зева, отслоение плаценты.

Влагалищное исследование — производят при поступлении роженицы и после излития околоплодных вод, затем по показаниям, чтобы выяснить, не возникло ли осложнений опасных для плода и течения родов. При влагалищном исследовании выясняют состояние мышц тазового дна, влагалища (широкое, узкое, наличие рубцов, перегородок), шейки матки. Отмечают степень сглаживания шейки (укорочена, сглажена), степень раскрытия, состояние краев зева, нет ли в зеве участка плацентарной ткани, петли пуповины, мелкой части плода. Выясняют, цел ли плодный пузырь, устанавливают степень его напряжения во время схватки и паузе. Определяют предлежащую часть, опознавательные пункты на ней — швы и роднички и их отношение к плоскостям таза. Исследуют поверхность стенок малого таза (нет ли деформации, экзостозов). В конце исследования измеряют диагональную конъюгату, обращают внимание на характер выделений из половых путей (воды, кровь, гной). Необходимо следить за функцией мочевого пузыря и кишечника. Чтобы не допустить переполнения мочевого пузыря роженице надо предлагать мочиться каждые 2—3 ч. В периоде раскрытия применяются обезболивание родов.

Период изгнания плода начинается после полного раскрытия зева, излития передних околоплодных вод и заканчивается рождением плода. У первородящих длится 1—2 ч., у повторнородящих от 15 мин. до 1 часа. Наблюдение за состоянием роженицы во втором периоде должно быть усилено.

В периоде изгнания проводят повторное наружное



акушерское исследование, чтобы выяснить отношение предлежащей части плода к малому тазу. Эти отношения принято формулировать следующим образом.

1) Головка над входом в малый таз: она подвижна, свободно перемещается при толчках (баллотирует). При влагалищном исследовании, таз свободен, мыс достижим, сагиттальный шов находится в поперечном размере.

2) Головка во входе в малый таз малым сегментом. Головка неподвижна, большая часть ее находится над входом в таз, малая часть головки — ниже плоскости входа в таз. При влагалищном исследовании — крестцовая впадина свободна, к мысу можно подойти согнутым пальцем, сагиттальный шов в поперечном размере.

3) Головка во входе в малый таз большим сегментом. Головка наибольшей своей окружностью находится ниже плоскости входа в таз. Меньший сегмент головки прощупывается сверху. При вагинальном исследовании головка находится во II плоскости малого таза, сагиттальный шов находится в одном из косых размеров.

4) Головка в полости малого таза. При наружном исследовании прощупывается лишь незначительная часть головки, при влагалищном исследовании головка находится в III плоскости малого таза. Сагиттальный шов стоит в одном из косых размеров.

5) Головка в выходе таза. При наружном исследовании головка не прощупывается совсем. Крестцовая впадина полностью заполнена головкой, седалищные ости не определяются, сагиттальный шов стоит в прямом размере выхода таза. Во втором периоде родов следует выслушивать сердечные тоны после каждой потуги.

В периоде изгнания роженица лежит на родильной кровати. Наружные половые органы дезинфицируются Т-гае Jodi 2%. С момента врезывания головки все должно быть готово к приему родов.

Акушерка защищает промежность от повреждений следующим образом:

- 1) прорезывающаяся головка продвигается медленно и постепенно;
- 2) головка прорезывается наименьшим размером;
- 3) предупреждается преждевременное разгибание головки;

4) головку выводят из половой щели вне потуг.

Прием родов при головном предлежании состоит из следующих моментов.

1. Регулирование продвижения прорезывающейся головки;
2. Выведение головки;
3. Освобождение плечевого пояса;
4. Рождение туловища.

### Ведение III (последового) периода

В третьем периоде родов происходит отслойка плаценты и изгнание ее из половых путей. Физиологически протекающий последовый период вмешательства не требует, ведется выжидательно. Следует следить за общим состоянием роженицы и кровотечением, за признаками отделения последа.

### Признаки отделения последа

1. Признак Шредера — изменение формы матки, удлинение и отклонение её в правую сторону.

2. Признак Альфельда — пуповина после отделения последа опускается на 10—12 см ниже.

3. Признак Чукалова-Кюстнера — ребром руки надавливают над лоном, при отделении плаценты пуповина не втягивается.

4. Признак Довженко — при вдохе пуповина не втягивается.

5. Признак Клейна — при натуживании, при отслоившейся плаценте пуповина остается на месте; если не отделилась, то после потуг пуповина втягивается во влагалище.

6. Признак Штрассмана — покалачивание по дну матки — при отделившейся плаценте не передается на пуповину.

При отделившейся плаценте обычно после потуживания плацента выделяется. Если плацента самостоятельно не рождается, то для ее выделения применяют один из следующих методов:

1. Метод Абуладзе — брюшная стенка берется в складку.

2. Метод Гентера — кулаками надавливается на углы матки.

3. Метод Креде-Лазаревича состоит из:

а) освобождения мочевого пузыря;

- б) вывести матку на середину;
- в) легкий массаж матки;
- д) выжимание последа.

4. Если не помогает этот метод, то повторяют Креде под наркозом.

При безуспешности указанных методов производят ручное отделение плаценты. После выделения последа нужно тщательно осмотреть послед, шейку матки в зеркалах и промежность, для решения вопроса об их целостности.

В раннем послеродовом периоде следить за кровопотерей.

#### Первичная обработка новорожденного.

Стерильным баллончиком отсасывают слизь из носа, рта, ребенка. Перед первичной обработкой новорожденного тщательно моют руки. Для предупреждения офтальмооблепленности пользуются 2% раствором нитрата серебра. В настоящее время используется 30% раствор натриевой соли альбуцида. Пуповина обрабатывается спиртом, перевязка пуповины шелковой лигатурой, пуповину рассекают, поверхность сразу обрабатывают 5% спиртовым раствором йода.

Производят первичную обработку кожных покровов новорожденного вазелиновым маслом, удаляют сыровидную смазку.

#### Задача № 1

Вес роженицы 49 кг. Роды срочные. Первый период длился 16 ч., второй 30 мин., в третьем периоде началось кровотечение. Кровопотеря составила 150 мл.

#### Практические навыки:

1. Освоить критерии готовности организма к родам.
2. Уметь определить длительность и интенсивность схватки.
3. Наружными приемами установить отношение предлежащей части ко входу в таз.
4. Выслушивать сердцебиение плода с помощью акушерского стетоскопа или ультразвукового аппарата.
5. Знать приемы защиты промежности, признаки отделения последа.
6. Осмотр и оценка целостности последа, измерение кровопотери в родах.



Поставьте диагноз и обоснуйте дальнейшую тактику врача.

### Задача № 2

Первородящая 26 лет, схватки начались 12 ч. тому назад, через час после поступления отошли околоплодные воды, начались потуги. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 132 уд. в мин. При влагалищном исследовании раскрытие шейки матки полное. Головка в полости малого таза. Стреловидный шов в прямом размере плоскости выхода.

Поставьте диагноз. Составьте план ведения родов.

#### Контрольные вопросы:

1. Какова роль врача и акушерки при ведении первого и второго периода родов.
2. Что такое сегменты головки?
3. Какое положение занимает головка по отношению к плоскости входа.
4. Показания для влагалищного исследования.
5. Какие существуют приемы по защите промежности.
6. Какие существуют признаки отделения плаценты.
7. Какие существуют способы выделения плаценты.
8. Определение физиологической кровопотери.
9. Определение целостности плаценты и оболочек, мягких родовых путей.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. Г. Кирюшенков — Акушерство, М., 1986 г., стр. 135—155.
2. Малиновский — Оперативное акушерство, М., 1974 г. с. 5 — 63.
3. Акушерство: Учеб. пособие. Под ред. Ельцова—Стрелкова, Е. В. Мареева — М., 1987, стр. 55—70.

## Тема: ФИЗИОЛОГИЯ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

**Цель занятия:** Изучить особенности клинического течения и ведения физиологического послеродового периода.

**Задачи:** 1. Изучить изменения, происходящие в организме роженицы, включая половую сферу. 2. Инволюция матки. 3. Ведение послеродового периода. 4. Гигиена рожениц и лечебная гимнастика.

**Место занятия:** Палаты физиологического послеродового отделения.

**Наглядные пособия:** Сантиметровые ленты, салфетки с дезраствором, таблицы, рисунки, слайды и данные лабораторных исследований.

**Содержание занятия:** Послеродовый период (puerperium) начинается с момента рождения последа и продолжается в среднем 6—8 недель. С этого момента женщины называют роженицами. В послеродовом периоде в организме рожениц происходят ряд изменений.

**1. Половая система.** Инволюция матки (обратное развитие). Сразу после рождения последа матка находится на 14—15 см. выше лобка. Через два часа, когда снова повышается тонус матки, мышцы влагалища и промежности, дно матки несколько поднимается. Если матка до беременности весит 50—60 г., тут же после родов 1,0—1,5 кг. Толщина стенки матки у дна равняется 3—4 см., в области шейки — 0,5 см. Основа инволюции матки — это уменьшение её в весе и в объеме. Так, в первый день в послеродовом периоде вес матки составляет 1000 гр., на седьмой день — 500 гр., на 14—15 день 350—300 гр., на 6—8 неделе 100—60 гр. Особенно сильно идет уменьшение матки в первые недели. Уменьшение длины матки: длина сразу от 10—17 см. На

7 день 8—9 см. К концу послеродового периода 4—5 см. Обратное развитие матки зависит от возраста, количества родов, объема матки при беременности и т. д. У кормящих сокращение матки идет быстрее, что зависит от гормонального воздействия, от состояния здоровья женщины. Обратное развитие шейки матки совершается изнутри кнаружи. Сразу после родов шейка матки свободно пропускает руку, на второй и третий день 2—4 пальца, на 7 день 1 палец. Быстрее сокращается внутренний зев, он закрывается на 10 день. Наружный зев долго остается открытым, закрывается после 20—30 дней у большинства к концу послеродового периода. Это все в результате исчезновения гипертрофии и гиперплазии мышц матки.

Полость матки сразу после родов представляет сплошную раневую поверхность, особенно плацентарная площадка, на которой можно обнаружить островки эпителиальной ткани, за счет которых происходит восстановление функционального слоя слизистой. Эпителизация внутренних поверхностей матки происходит к 7—8 дню, за исключением плацентарной площадки, эпителизация которой завершается к концу послеродового периода. На границе базального слоя и слизистой на 5 день образуется грануляционный вал, который имеет защитную функцию. Он представляет лейкоцитарный, грануляционный вал, который препятствует проникновению инфекции. К третьей неделе в полости матки уже не бывает микробов.

2. Лохии — выделения из матки, вообще означают раневую секрет. Первые три дня выделения называются 1. rubra — имеют кровянистый характер, с 4 по 9 день 1. serosa серозных, с 10 дня — 1. alba слизистое, белого цвета выделения. Лохии прекращаются на 5—6 неделе.

3. Трубы — быстро возвращаются в исходное положение (исчезает отечность, гиперемия и др.); по мере инволюции трубы вместе с маткой опускается в полость малого таза и принимают обычное горизонтальное положение.

Связочный аппарат, бывший в первые дни послеродового периода в расслабленном состоянии, постепенно в течении 3—4 недель приобретает обычный тонус,



4. Яичники — происходит регресс желтого тела и начинается созревание фолликулов.

5. Восстанавливается тонус стенок влагалища, уменьшается его объем, исчезают отеки и гиперемия, заживают ссадины, трещины и разрывы, возникающие во время родов на шейке матки, стенки влагалища и на мышцах тазового дна. Брюшная стенка постепенно приходит к норме, рубцы беременности уменьшаются и становятся белесоватыми.

6. Молочные железы. Под действием пролактина и лютеотропного гормона возникает секреция желез, а гипертрофия её происходит под действием прогестерона и фолликулина. Стимуляция происходит под действием гормона щитовидной железы. Рефлекторное раздражение соска при кормлении вызывает сокращение матки.

2. Изменение во внутренних органах. При нормальном течении послеродового периода общее состояние роженицы хорошее. Тотчас после родов бывает ощущение усталости и склонность ко сну, температура тела нормальная, возможно однократное повышение до 37,5—37,7 на почве перенесенного нервного и физического напряжения. Уменьшается объем циркулирующей крови, артериальное давление нормальное, пульс имеет склонность к брадикардии, обмен веществ приходит к норме, нормализуется РОЭ, уменьшается количество лейкоцитов, эритроциты остаются без изменений. Почки функционируют нормально, диурез обычно повышен, органы пищеварения функционируют нормально.

3. Ведение послеродового периода. При нормальном течении послеродового периода роженицу следует считать здоровой женщиной. Состояние здоровья роженицы, её устойчивость к возможной инфекции, нормальное течение процессов обратного развития матки и новой важной функции — лактации — в большей мере зависят от правильного гигиенического режима в послеродовом периоде.

При организации ухода за роженицей исключительно важное значение имеет соблюдение всех правил асептики и антисептики. Занесение инфекции в половые пути роженицы представляет реальную угрозу в отношении развития послеродовой септической инфекции, опасно попадание и проникновение инфекции через

трещины сосков, воспаление (мастит). Поэтому в послеродовом периоде приобретает особое значение строжайшая чистота палаты, постели и всех предметов ухода, инструментов. Должны строго соблюдаться все правила личной гигиены медицинского персонала. Правильному течению послеродового периода способствует покой родильницы, нормального сна, оградить её от тревог, волнений, правильное питание, регулировать функции мочевого пузыря, кишечника, активных движений и т. д.

Палаты для рожениц должны быть светлыми и просторными. На каждую родильную койку полагается не менее 7—7,5 м<sup>2</sup> площади.

Палаты подвергаются влажной уборке не реже 2 раз и многократно проветриваются. После уборки и проветривания палаты облучают специальными бактерицидными лампами.

Кровати и клеенки после выписки каждой родильницы моют водой и дезинфицирующим раствором, матрацы, подушки и одеяла проветривают не менее суток. Лихорадящие родильницы обязательно переводятся во II акушерское отделение. За родильницей устанавливается тщательное наблюдение: выясняют общее состояние и самочувствие (сон, аппетит, настроение), сосчитывают пульс, не менее 2 раз в день измеряют температуру тела, выясняют степень набухания молочных желез, нет ли трещин на сосках, болезненности, определяют высоту стояния, консистенцию матки. Осматривают наружные половые органы, определяют характер и количество лохий, функции мочевого пузыря и кишечника. Все эти данные записывают в историю родов. При болезненных послеродовых схватках назначают внутрь антипирин или амидопирин или фенацетин, пирамидон, аспирин, болеутоляющую свечу с пантопоном, белладонну и др. При замедленной инволюции матки (субинволюции) назначают нитроглицерин, стиптицин, маммафизин, окситоцин и т. д. Не должно быть задержки мочеиспускания. При затруднении мочеиспускания под таз родильницы подкладывают подогретое судно. Хорошее действие оказывают инъекции нитроглицерина (по 1 мл 1—2 раза в день), 0,05% раствора прозерина (1 мл внутримышечно). К катетеризации следует прибегать в исключительных случаях. Действие кишечника у родильниц

цы необходимо вызвать на 3-й день после родов с помощью обычной клизмы из кипяченой воды комнатной температуры.

При разрыве промежности 2 раза в день швы обрабатываются раствором  $F^{rae}$  Jodi 5%, швы снимаются на 6 день.

Питание: в первые 2 суток после родов должно быть ограничено, предлагаются легко усвояемые и достаточно питательные блюда, сладкий чай, кофе, варенье, белый хлеб или сухари, творог, сливочное масло, сметана, простокваша, компот, кисель, молочные каши, творожки и т. д. Со 2 дня можно добавить мясные паровые котлеты и другие. В уходе за родильницей весьма существенное значение имеет ежедневный — двухкратный туалет наружных половых органов: так называемая уборка. Для этого применяют антисептические растворы: марганцовокислый калий (1:400), фурацилин (1:500) и другие.

Уход за молочными железами: обмывать молочные железы 0,5% раствором нашатырного спирта или теплой водой с мылом утром и вечером после кормления. При значительном нагрубании ограничивают питье, назначают слабительное.

В большей мере процессу инволюции способствует послеродовая гимнастика, которая проводится со 2-го дня после нормальных родов. Гимнастические упражнения, улучшают кровообращение, дыхание, обмен веществ, функции кишечника, мочевого пузыря, ускоряют процессы заживания, способствуют укреплению мышц брюшного пресса. Гимнастика назначается врачом и проводится обученной медсестрой.

### Задача № 1

Родильница А. на вторые сутки после родов. Общее состояние удовлетворительное, температуры тела  $36,6^{\circ}C$ , пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота 80 уд. в 1 мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Молочные железы несколько увеличились, гиперемии нет, соски в хорошем состоянии. Матка сокращена, безболезненна, дно определяется на уровне пупка. Лохии имеют кровянистый (красные) характер, их количество небольшое. Моченспускание свободное, диурез положительный. Стула не было.



### Вопросы:

1. Диагноз;
2. Изменения массы матки в послеродовом периоде.
3. Что выделяют молочные железы женщины в первые сутки после родов? Состав молозива.
4. Высота стояния дна матки в первые двое суток послеродового периода. Соответствует ли высота стояния дна матки у этой роженицы 2-м суткам послеродового периода?

### Задача № 2

Роженица С. на 5-е сутки после родов. Общее состояние удовлетворительное, температура тела  $36,8^{\circ}\text{C}$ , пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота 72 в 1 мин. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Молочные железы увеличены в размерах, плотноватые, не гиперемированы, соски в хорошем состоянии. Матка сокращена, безболезненна, дно её определяется посредине расстояния между пупком и верхним краем лобка. Лохии кровянисто-серозные (желтые), в небольшом количестве. Моченеспускание свободное, диурез положительный. Стул самостоятельный 1 раз в сутки.

### Вопросы:

1. Диагноз.
2. Изменение характера лохий в послеродовом периоде.
3. Что выделяют молочные железы на 5-е сутки после родов? Состав женского молока.
4. Причины, вызывающие нарушение моченеспускания в послеродовом периоде.
5. Соответствует ли состав лохий и высота стояния дна матки у этой роженицы 5-м суткам послеродового периода?

### Контрольные вопросы:

1. Дайте определение послеродовому периоду.
2. В чем сущность инволюции матки.
3. Когда образуется грануляционный вал и когда закрывается шейка матки.
4. Состав и характер лохий.

5. Какие изменения происходят во внутренних органах и молочных железах.

6. Особенности ведения и ухода за половыми органами роженицы. Уход при разрывах промежности.

#### Практические навыки:

1. Умение определить сокращение функции матки.

2. Освоить методы выделения послеродового периода.

3. Научиться определению характера лохий, уборке половых органов.

4. Уход за швами промежности и умения подготовить соски к кормлению.

5. Рекомендации необходимо дать роженице перед выпиской.

#### Л и т е р а т у р а

1. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, Акушерство. Москва, «Медицина», 1970 г. стр. 188—198.

2. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирюшенков. Акушерство. Москва, «Медицина», 1986 г., стр. 161—170.

3. Е. Т. Михайленко, Г. М. Бублик-Дорняк. Физиологическое акушерство. Киев, 1982 г., стр. 234—237.

## **Тема: ФИЗИОЛОГИЯ ДЕТЕЙ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ**

**Цель занятий:** Разобрать основные сведения по физиологии детей периода новорожденности.

**Задачи:** Определение периода новорожденности. Освоить анатомо-физиологические особенности новорожденных, знать особые состояния новорожденных, пограничные с нормой.

**Место занятий:** Учебная комната, родильный зал, физиологическая палата новорожденных.

**Наглядные пособия и технические средства обучения:** Таблица «Классификация новорожденных», все необходимое для проведения первичного туалета новорожденного, схема истории развития новорожденного, таблица «Шкала Апгар», вакцина БЦЖ, тематические слайды «Уход за новорожденным».

**Содержание занятий:** Периодом новорожденности считается первый месяц с момента рождения. Доношенным новорожденным называется ребенок, родившийся на 38—42 неделе беременности, недоношенным — на 28—37 неделе беременности и переношенным — после 42-й недели беременности. Родившимся живым считается новорожденный, сделавший хотя бы один самостоятельный внеутробный вдох. Критериями ЖИЗНЕСОБНОСТИ, принятыми в СССР, являются, по рекомендации ВОЗ 1968 года, срок беременности не менее 28 недель, масса тела не менее 1000 граммов и длина тела не менее 35 см, НЕЗРЕЛЫМ считается новорожденный, морфологические и физиологические признаки которого не соответствуют показателям данного срока гестации. Первая неделя жизни — ранний неонатальный период или период адаптации, характеризуется первичным приспособлением новорожденного к условиям внешней среды, установлением легочного газообмена, изме-



нением кровообращения, началом функционирования пищеварительных желез, изменением основного обмена, совершенствованием терморегуляции под контролем ЦНС. Масса тела доношенных составляет в среднем 3200—3300 г., но возможны колебания. Новорожденные с массой тела 4000 г и более, при рождении называются крупными плодами, 5000 г и более — плодами-гигантами. Длина тела составляет в среднем 48—52 см. Отношение массы тела в граммах к длине в см (МРК) = = массо-ростовой коэффициент у доношенных новорожденных равен 60 и более.

Особенности периода новорожденности следующие. Новорожденные подвержены переохлаждению и перегреванию вследствие несовершенной кожной терморегуляции, выраженной кожной респирации. Незначительна выделительная функция кожи из-за слабости развитости потовых желез. Подкожно-жировая клетчатка богата плотными жирными кислотами, что предрасполагает новорожденных к олеогранулемам. МЫШЕЧНАЯ СИСТЕМА находится в тесной зависимости от состояния ЦНС. Вследствие незавершенной дифференцировки клеток коры головного мозга и преобладания подкорковых структур, новорожденный обычно находится во флексорном положении. КОСТНАЯ СИСТЕМА новорожденного содержит относительно мало солей, поэтому кости мягкие и эластичные. Позвоночный столб почти целиком состоит из хряща, не имеет изгибов. Грудная клетка имеет форму усеченного конуса, ребра расположены горизонтально, межреберья узкие. ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ. Механизмами первого вдоха являются комплексные воздействия на дыхательный центр гипоксии, физиологического ацидоза, механическое сдавление головки при прохождении через родовые пути, перепад давления и температуры, световое раздражение, переход из водной среды в воздушную, тактильные раздражения кожи и другие. В течение первой минуты после рождения у новорожденных обычно появляется громкий крик и частота дыхания устанавливается 40—60 в минуту. Ритм, частота, глубина дыхания лабильны и находятся под регулирующим влиянием ретикулярной формации, как и другие вегетативные функции. Объем дыхания доходит до 30—40 см<sup>3</sup>. Высокая потребность в кислороде компенсируется более частым дыханием и

другими приспособительными реакциями. Верхние дыхательные пути относительно узки, их слизистые оболочки подвержены отеку и набуханию. **СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.** С первым криком новорожденного начинается легочный газообмен, в последующем постепенно закрываются венозный (аранциев) и артериальный (боталлов) протоки, овальное окно, остатки пупочных сосудов. Сердце расположено в грудной клетке срединно. Частота пульса равна 120—140 в минуту. Артериальное давление при рождении равно в среднем 66/36 мм рт. ст. ЭКГ новорожденного характеризуется низким зубцом Р в первом отведении, хорошо выражен зубец, интервал РО колеблется от 0,9 до 0,12 с. **КРОВЬ** новорожденного содержит повышенное количество гемоглобина (183—233 г/л), который на 4/5 состоит из фетального гемоглобина, эритроцитов более  $5,0 \cdot 10^{12}/л$ , цветной показатель выше 1. Количество лейкоцитов в первые сутки после рождения 25—35  $10^9/л$  и 10—12  $10^9/л$  к 7—10-му дню. Количество тромбоцитов у доношенных новорожденных равно в среднем 200,0  $10^9/л$ . Время свертывания крови от 4 до 6—10 минут, продолжительность кровотечения 2—4 минуты. В сыворотке крови меньше гамма-глобулинов. Ниже уровень сахара.

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА** испытывает большую, по сравнению со взрослыми, нагрузку при меньшей морфологической и функциональной зрелости. Слюноотделение начинается с момента рождения. Строение полости рта приспособлено к акту сосания. Длина пищевода составляет 10 см и мышечный слой развит слабее. Желудок расположен горизонтально и его емкость равна 20—50 и 80 мл на 1-й, 5—6-й и 10—14-й дни соответственно. Слизистая желудка нежная, мышечный слой слабо выражен, особенно в области кардии. Железами желудка выделяются пеплин, пепсин, соляная кислота, сычужный фермент. Панкреатический сок содержит липазу, амилазу, трипсин. Обильная васкуляризация кишечника способствует быстрому всасыванию пищи.

**ОБМЕН ВЕЩЕСТВ И ЭНЕРГИИ.** Преобладают процессы ассимиляции. Интенсивен гликолиз. Выше толерантность к углеводам и потребность в них. При вскармливании молоком в крови появляется алиментар-

ная липемия. Жир легко депонируется. Потребность в воде велика и составляет 165—150 мл/сутки. Относительно большое содержание воды в органах и тканях, склонность к задержке ионов натрия и хлора предрасполагают к отечности. Водно-солевой обмен лабилен, зависит от ухода. Интенсивным обменом веществ обусловлена физиологическая поллакиурия (до 25—35 раз в в сутки).

**ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА** лабильна и измененная в прямой кишке, она равна 36—37°C, с третьих суток имеет суточные колебания.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА** новорожденного формируется под влиянием эндокринной системы матери. Щитовидной железой вырабатывается тироксин. Паращитовидные железы участвуют в регуляции КОС и участвуют в кальциевом обмене. Относительно велики надпочечники (13 г.) и их роль в адаптации новорожденного значительна. Гипофиз хорошо развит (0,1 г.), доли его дифференцированы, экстрагируют специфические гормоны.

**НЕРВНАЯ СИСТЕМА:** не завершена дифференцировка коры и пирамидных путей, выражены функции подкорковых структур. Параллельно с дифференцировкой головного мозга значительно изменяется кровоснабжение мозга. Продолговатый мозг и ретикулярная формация ствола мозга более зрелые, чем полушария мозга. Вызываются поисковый, сосательный, хоботковый, хватательный, ладонно-рото-головной рефлекс, рефлекс Моро, опоры — отталкивания и автоматической ходьбы, подошвенный.

**ИММУННАЯ СИСТЕМА** недостаточна, компенсируется получением специфических иммунных факторов от матери, трансплацентарно и с молоком, молозивом.

### III. Особые состояния новорожденных .

**ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ПАДЕНИЕ МАССЫ ТЕЛА** происходит в первые дни жизни и составляет 3—7% от массы тела при рождении. Раннее прикладывание к груди способствует уменьшению потери массы тела.

**РОДОВАЯ ОПУХОЛЬ**, образованная на предлежащей части плода, обычно исчезает в течение 1—2—3 дней по мере рассасывания отека. При большой родовой опухоли к головке прикладывают пузырь со льдом на расстоянии в первые 2 часа после рождения, поить 5%-ным



раствором хлорида кальция по 5 мл внутрь 4 раза в сутки, викасол по 0,002 2 раза в день в течении трех дней.

**ТРАНЗИТОРНАЯ ЛИХОРАДКА** может быть обусловлена обезвоживанием организма, проявляется сухость кожи и слизистых оболочек, симптомами возбуждения ЦНС, повышением температуры тела до 38—40°C. В появлении транзиторной лихорадки имеет значение распад белков организма, нарушение терморегуляции при легких нарушениях мозгового кровообращения. Диагноз транзиторной лихорадки ставится после исключения всех других причин повышения температуры тела. Лечение транзиторной лихорадки заключается в обеспечении организма жидкостью из расчета до 150 мл/кг в сутки и в введении достаточного количества грудного молока.

**ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА** развивается на 2—3-й день после рождения у 60—70% новорожденных, характеризуется появлением иктеричности кожи и склер. При этом полной корреляции между содержанием билирубина в сыворотке крови и степенью иктеричности нет. Продолжительность физиологической желтухи 1—2 недели. При сильно выраженной желтухе может нарушиться общее состояние детей: плохо сосут, теряют в массе тела, снижается двигательная активность. Причиной физиологической желтухи является функциональная незрелость глюкуронилтрансферазной системы печени, отвечающей за конъюгацию свободного билирубина. Ведение физиологической желтухи состоит в питье 5%-ного раствора глюкозы, люминала из расчета 0,001 г/кг в сутки, фототерапии, иногда внутривенное вливание раствора глюкозы, плазмы. Быстрая, проявившаяся в первые сутки желтуха требует дифференциальной диагностики для исключения гемолитической болезни новорожденных. Затяжное течение желтухи требует исключения аномалий развития желчевыводящих путей, врожденного гепатита и «синдрома сгущения желчи».

**ПОЛОВЫЕ КРИЗЫ НОВОРОЖДЕННЫХ** обусловлены гормональными влияниями со стороны матери. Чаще проявляются набуханием молочных желез в первые 3—4 дня после рождения независимо от пола ребенка с выделением секрета. При сильном набухании молочных желез применяются компрессы с камфорным

маслом и очистительная клизма в качестве отвлекающей терапии. У девочек на 3—7-й день жизни возможно появление кровянистых выделений из половых путей, продолжающееся в течение 1—2 дней.

**ТОКСИЧЕСКАЯ ЭРИТЕМА** наблюдается в первые 4—5 дней, состоит из мелких полиморфных пятен и везикул на плотном основании, исчезает спустя 2—3 дня, не отражается на общем состоянии новорожденного. Расценивается как проявление аллергической реакции на элементарные, бактериальные, температурные факторы внешней среды. Можно назначить димедрол по 0,002 г. внутрь.

**IV. ПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА** у новорожденных заключается в вакцинации БЦЖ, проводимой на 4—5-й день жизни внутрикожно. Вакцина вводится внутрикожно на границе верхней и средней трети левого плеча в дозе 0,05 мг, а при недоношенности и синдроме задержки развития плода в дозе 0,25 мг.

Противопоказания к вакцинации БЦЖ: гнойно-воспалительные заболевания кожи, внутриутробное инфицирование, сепсис, гемолитическая болезнь новорожденных, перинатальные поражения головного мозга, врожденные ферментопатии, иммунодефицитные состояния, контакт при токсико-септической вспышке, генерализованная инфекция БЦЖ у других детей в семье.

## V. ВЕДЕНИЕ.

**ОЦЕНКУ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО** производят на 1-й и 5-й минутах по шкале, предложенной в 1953 году Вирджинией Апгар. Частота сердцебиения, дыхание, тонус мышц, рефлекторная возбудимость и окраска кожи при нормальных значениях оцениваются по 2 балла, при отсутствии признака по 0 балла, при промежуточных значениях — по 1 баллу. Сумма баллов 8—10 свидетельствует об удовлетворительном состоянии новорожденного, 6—7 баллов асфиксия легкой степени, 4—5 баллов — асфиксия средней тяжести и 1—3 балла тяжелая асфиксия.

### З а д а ч а.

Ребенок родился на 38-й неделе беременности с массой тела 2300 граммов, длиной 48 см.

Он доношенный или нет?

### Контрольные вопросы:

1. Определение периода новорожденности.
2. Какой новорожденный считается доношенным, недоношенным, переношенным, жизнеспособным, живорожденным?
3. Перечислите анатомо-физиологические особенности органов и систем новорожденного.
4. Какие состояния включают в особые состояния новорожденных?
5. Как проводится профилактика туберкулеза у новорожденных?

### Рекомендуемая литература:

1. Бодякина В. И., Жмакин К. Н., Кирюшенков А. П. Акушерство, М., «Медицина», 1986 г., стр. 390—395.
2. Шабалов Н. П. — Неонатология. Учебное пособие. М., «Медицина», 1988 г. стр. 5—31. ,
3. Тур А. Ф. — Физиология и патология детей периода новорожденности. Л., 1955 г., стр. 9—97.
4. Таболин В. А. — Справочник неонатолога. Л., 1984 г., стр. 60—71.
5. Закиров И. З., Абдусалямов А. А. В кн.: Клинические лекции по перинатологии. Тарту, 1989 г., стр. 5—31.



## ТАЗОВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА

**Цель занятия:** Освоить частоту, диагностику, особенности течения и исхода беременности и родов при тазовом предлежании плода, осложнения для матери и плода. Изучить биомеханизм и ведение родов при них.

**Задачи:** 1. Изучить методы диагностики тазового предлежания плода. 2. Освоить механизм родов при тазовых предлежаниях. 3. Освоить особенности ведения родов при тазовых предлежаниях. 4. Изучить осложнения тазовых предлежаний.

**Место проведения:** Учебная комната, отделение или палата патологии беременных, кабинет пренатальной диагностики, родильный блок.

**Наглядные пособия:** таз, кукла, фантом, таблицы, диапозитивы.

**Содержание занятия:** Тазовое предлежание плода встречается от 2 до 5,3%, в среднем — у 3,5% рожениц и чревато опасностью развития ряда осложнений, особенно для плода и новорожденного.

Перинатальная смертность при тазовом предлежании колеблется в пределах от 4 до 12,5%, это, примерно, в 3—5 и даже в 10 раз выше, чем при головном предлежании. На этом основании большинство современных акушеров склонны относить эти роды к патологическим, а беременных женщин с тазовым предлежанием плода — в группу повышенного риска.

**Классификация.** Тазовые предлежания делятся на: 1) Ягодичные: чисто ягодичное и смешанное ягодичное предлежание. 2) Ножные предлежания: неполное, полное и коленное предлежание. Ягодичные предлежания встречаются чаще ножных предлежаний и больше у первородящих.

**Диагностика** основывается на данных акушерского и дополнительного методов исследования. Наружные акушерские методы исследования дают возможность

на основании пальпации головки у дна матки и тазового конца над входом в малый таз установить тазовое предлежание плода. Лучше всего пальпацию производить одновременно двумя руками: одной рукой пальпируется часть плода располагающаяся над входом в малый таз, другой — крупная часть у дна матки. По сравнению с головкой ягодичцы не баллотируют, объем их меньше, они менее плотны, менее округлы. При влагалитном исследовании, особенно при достаточном раскрытии шейки матки легко определяются ягодички плода, при смешанном ягодичном предлежании наряду с ягодичками пальпируются и ножки плода, при ножном предлежании пальпируется одна или обе ножки, при коленном — колено плода.

Кроме того, тазовое предлежание плода диагностируется по уровню выслушивания сердцебиения плода (на уровне или выше пупка), а также по высокому стоянию дна матки.

В настоящее время для диагностики тазового предлежания плода применяются такие дополнительные методы исследования, как амниоскопия, фоноэлектрокардиография, электрокардиография плода, ультразвуковое сканирование в реальном масштабе времени, в отдельных случаях рентгенография, которые позволяют практически в 100% случаев распознать этот вид предлежания плода.

Биомеханизм родов при тазовом предлежании условно делится на шесть моментов: 1) внутренний поворот ягодич или ножек, 2) боковое сгибание позвоночника плода, 3) внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища, 4) боковое сгибание грудной части позвоночника, 5) внутренний поворот головки, 6) сгибание головки.

Родовая опухоль располагается на предлежащей части плода — ягодичах — при ягодичном, или ножках — при ножных предлежаниях.

### Особенности течения беременности и родов.

Беременность не имеет характерных особенностей течения, но может осложниться недонашиванием, дородовым излитием околоплодных вод, выпадением петель пуповины и др.

Очень часто роды осложняются слабостью родовой деятельности, несколько реже — дискоординированной

родовой деятельностью, что обычно приводит к удлинению продолжительности родов и, в свою очередь, к хориоамниониту в родах. При тазовом предлежании нет пояса соприкосновения между тазом женщины и лежащей частью плода, следствием этого является то, что не происходит разделения вод на передние и задние. Последнее обстоятельство приводит к несвоевременному излитию вод и, примерно, в 5 раз чаще, чем при головном предлежании, к выпадению петель пуповины.

Опасным осложнением родов является вторичная слабость родовой деятельности, особенно во втором периоде родов. При тазовом предлежании неблагоприятным моментом в течении родов является появление потуг при неполном раскрытии маточного зева, и, в результате может возникнуть ущемление головки плода в шейке матки. Наступает гипоксия плода, а при попытке быстро извлечь плод — тяжелая травма, асфиксия и даже его гибель, у матери — разрыв шейки матки, тела матки, стенок влагалища, промежности.

Роды нередко заканчиваются оперативными вмешательствами, высокой детской смертностью.

В послеродовом периоде чаще встречаются септические заболевания, обусловленные повреждением мягких тканей родовых путей, преждевременным и ранним излитием околоплодных вод, частым применением оперативных вмешательств и пособий.

Следовательно, тазовое предлежание сопровождается большим количеством осложнений, быстрой сменой акушерской ситуации и, поэтому, роды должен вести врач.

**Ведение родов.** Беременная с тазовым предлежанием плода должна быть заблаговременно госпитализирована в родильный дом, так как при этом создается возможность более четкой оценки акушерской ситуации и выработки плана ведения родов. Госпитализируют беременных обычно за 7—10 дней до предполагаемого срока родов. В стационаре беременные должны получать гормональную и медикаментозную подготовку к родам, так как при тазовом предлежании плода чаще, чем при головном, имеет место неподготовленность организма беременной к родам. Таким образом, за 7—10 дней до предполагаемого срока родов необходимо соз-



давать витаминно-гормонально-кальциевый фон (ВГКФ). При дородовом излитии околоплодных вод ВГКФ создается сразу же, повторяя введение всех его компонентов через 12 часов, а через каждые 4 часа в/м вводятся спазмолитические препараты.

**Ведение первого периода родов.** Для предотвращения осложнений рекомендуется соблюдение постельного режима, наблюдение за состоянием роженицы, силой родовой деятельности и состоянием внутриутробного плода, профилактика гипоксии плода, назначение спазмолитиков (папаверин, апрофен, но-шпа, атропин, баралгин и др.).

**Ведение второго периода родов:** наблюдение за силой родовой деятельности, сердцебиением плода, проведение профилактики гипоксии плода, повторное введение спазмолитиков и оказание ручных пособий (по Цовьянову и классическое ручное).

Обычно до прорезывания ягодиц при чисто ягодичном предлежании не вмешиваются в течение родов. С момента прорезывания ягодиц приступают к оказанию пособия по Цовьянову: ягодицы захватывают в момент их прорезывания. Поддерживая рождающуюся ягодицы и не прозводя при этом никаких попыток к извлечению плода, ослабляют пружинящее действие вытянутых ножек. Направляя ягодицы кпереди, способствуют самостоятельному рождению плода до пупка. Главнейшая же цель при поддержании рождающихся ягодиц — препятствовать ножкам преждевременно родиться (выпасть) из влагалища. Захватывать ягодицы нужно так, чтобы большие пальцы располагались не на крестце, а на задней поверхности бедер плода, остальные четыре пальца — на крестце. Во избежание выпадения ножек плода большие пальцы рук акушер по мере рождения плода передвигает по ножкам по направлению к задней спайке промежности, постоянно ее касаясь. С появлением нижнего угла передней лопатки ягодицы следует направить на себя и к левому бедру роженицы, чтобы облегчить самостоятельное рождение из-под лонной дуги передней ручки. Для рождения задней ручки плод снова приподнимают кпереди; при этом задняя ручка выпадает из крестцовой впадины. При энергичной родовой деятельности головка рождается самостоятельно, без всякой помощи со стороны акушера.

Классическое ручное пособие заключается в освобождении плечевого пояса и головки плода. К нему прибегают в тех случаях, когда имеется смешанное ягодичное предлежание, при ножных предлежаниях после применения метода Цовьянова, при неудавшемся пособии по Цовьянову (запрокидывание ручек, затруднение в рождении головки, нарастающей гипоксии плода), а также при извлечении плода за тазовый конец. Рождение плода до пупка в нормальных условиях должно происходить самостоятельно, медленно и спокойно. В большинстве случаев этот этап особых мероприятий со стороны врача не требует.

Пособие начинается с освобождения ручек тогда, когда в вульварном кольце оказался нижний угол лопаток. В этот момент ручки доступны извлечению. Первый этап ручного пособия — подготовительный: туловище плода захватывают обеими руками в области бедер, большие пальцы вдоль позвоночника, а остальные на гребешках подвздошной кости и переводят в прямой размер выхода. Второй этап пособия — освобождение ручек. При этом необходимо руководствоваться следующими тремя правилами: 1) каждая ручка освобождается соответствующей рукой акушера: правая ручка — правой рукой, левая — левой; 2) первой всегда освобождается «задняя» ручка, расположенная у промежности; 3) вторая ручка освобождается также у промежности, для чего туловище плода поворачивается акушером на  $180^\circ$ .

После освобождения ручек и плечевого пояса приступают к освобождению головки по способу Морисо-Левре: плод сажают «верхом» на предплечье акушера, одноименное с позицией плода, ногтевую фалангу указательного пальца той же руки вводят в рот и устанавливают на нижней челюсти плода. Указательный и средний пальцы правой руки акушер, захватив сверху плечевой пояс плода, располагает вилообразно по боковым сторонам шеи. При выведении головки тракции производят исключительно правой рукой по направлению оси родового канала косо кпереди (кверху). Первым рождается подбородок, затем лицо, лоб и, в последнюю очередь, из-под лонной дуги выкатывается затылок.

Ю. И. Новиков, В. В. Абрамченко, М. Я. Мартышин (1982) рекомендуют использовать метод освобождения

дения плечиков и ручек по Мюллеру-Мартышину: он применяется с момента рождения нижнего угла передней лопатки, когда акушер, не изменяя положения рук, оттягивает туловище ребенка сильно книзу, вследствие чего переднее плечико плода подходит под симфиз. Передняя ручка рождается самопроизвольно или ее можно легко вывести. Затем туловище плода отклоняется кверху (кпереди), благодаря чему освобождается заднее плечико с задней ручкой. Второй вариант метода: туловище плода отклоняется кпереди (кверху) и II и III пальцами правой руки (при первой позиции плода) или левой руки (при II-й позиции плода), которые проводятся последовательно по плечу, локтевому сгибу и предплечью задней ручки. Последняя освобождается обычным «умывательным» движением и выводится. Как только задняя ручка выведена, туловище плода отводится книзу (кзади) той же наружной рукой; умывательным движением той же внутренней рукой из-под лона выводится передняя ручка.

Применяя этот метод освобождения и выведения ручек плода при тазовом предлежании исключается наружный поворот плода вокруг продольной оси на 180°, также нет необходимости поочередно вводить руки во влагалище.

При ведении родов следует учитывать многие обстоятельства: состояние роженицы, размеры таза, силу родовой деятельности, предполагаемую массу плода, состояние последнего и другие.

Чрезвычайно важным является вопрос о месте кесарева сечения при тазовом предлежании плода.

В следующих случаях предпочтение следует отдавать амдоминальному родоразрешению: при массе плода более 4000 г., анатомически суженом тазе при доношенной беременности, при функционально узком тазе, при переношенной беременности, при отягощенном акушерском анамнезе, упорной слабости родовой деятельности неподдающейся медикаментозной коррекции, при предлежании плаценты, разгибании головки плода.

При ведении родов через естественные родовые пути у первородящих женщин в момент прорезывания тазового конца необходимо произвести перинео- или эпизиотомию.

Правильное ведение беременности и родов при тазовом предлежании поможет снизить перинатальную за-



болеваемость и смертность, тяжелые осложнения для матери.

В родовом блоке ознакамливаются с течением и ведением родов.

Контрольные вопросы:

1) Как установить диагноз тазового предлежания плода?

2) В чем заключаются особенности ведения родов при тазовом предлежании плода?

3) Каковы осложнения родов при тазовых предлежаниях плода?

4) Механизм родов при тазовых предлежаниях плода?

5) Отличия пособия по Цовьянову от классического.

### Задача № 1

Повторнобеременная поступила в акушерское отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и излитие околоплодных вод. Родовая деятельность в течение 8 часов. В анамнезе двое нормальных срочных родов. Размеры таза: 25—29—32—21 см. Окружность живота 94 см., высота дна матки над лоном 33 см. Положение плода продольное, в дне матки прощупывается плотная, ballotирующая крупная часть плода, над входом в малый таз ягодички. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд. в мин. Родовая деятельность схватки хорошей силы через 4—3 мин. по 45—50 секунд. Влагалищное исследование: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет, предлежат ягодички — на II плоскости малого таза, деформаций таза нет.

Диагноз? План ведения родов?

### Задача № 2

Первородящая в возрасте 34 лет поступила в акушерское отделение с жалобами на излитие околоплодных вод и небольшие схваткообразные боли внизу живота. В анамнезе бесплодие в течение 7 лет. Беременность протекала без осложнений, доношенная. Размеры таза: 22—26—27—18 см. Предполагаемая масса плода 4200 г. Положение плода продольное, первая позиция, тазовое предлежание. Сердцебиение плода 132 уд. в минуту, приглушенное, ритмичное на уровне пупка. Родовая деятельность схватки слабой силы через 13—12 мин.

по 20—25 секунд. Влагалищное исследование: влагалище узкое, открытие шейки матки на 2 см., края шейки толстые, плодного пузыря нет, ягодицы над входом в малый таз. Мыс достижим, диагональная конъюгата 11 см.

Диагноз? Как вести роды?

### Практические навыки.

1. Уметь диагностировать и отличать тазовое предлежание плода от головного.

2. Уметь на фантоме оказать пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании плода.

3. Научиться методике пособия по Мюллеру-Мартышину.

4. Уметь освобождать плечевой пояс и головку плода при тазовом предлежании.

### ЛИТЕРАТУРА

1) В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирюшенков. Акушерство, М., Медицина, 1986 г. с. 170—181.

2) М. С. Малиновский «Оперативное акушерство». М., 1974 г. с. 83—91, 189—218.

3). Акушерство. Под ред. В. И. Ельцова-Стрелкова и Е. И. Мареева. Учебное пособие. М., 1984 г. с. 127—135.

4) Е. Т. Михайленко, П. М. Бублик-Дорняк. Физиологическое акушерство. с. 127—135.

## Тема: РАННИЕ ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

**Цель занятия:** Изучение теорий возникновения, клиники, диагностики, терапии и профилактики наиболее часто встречающихся форм ранних токсикозов (гестозов) беременных.

**Задачи:** 1. Знать частоту и причины ранних гестозов. 2. Освоить клинику рвоты беременных, принципы его лечения. 3. Клиника и принципы лечения птаализма, дерматоза и других редких форм токсикозов.

**Место занятия:** Женская консультация.

**Наглядные пособия:** Слайды, таблицы.

**Содержание занятия:** Гестозами беременных называются заболевания женщины, возникающие в связи с развитием всего плодного яйца или отдельных его элементов, характеризующиеся множественностью симптомов, из которых наиболее постоянными и выраженными являются нарушения функции ЦНС, сосудистые расстройства и нарушение обмена веществ. При удалении плодного яйца или его элементов заболевание, как правило, прекращается.

Общепринятой классификацией ранних гестозов являются: 1. Часто встречающиеся формы — рвота беременных, птаализм и дерматозы.

2. Редко встречающиеся формы — желтуха, бронхиальная астма, тетания, остеомалация беременных.

В настоящее время более приемлемыми считаются следующие теории развития ранних токсикозов беременных. Согласно первой — рвоту беременных следует рассматривать как полиэтиологическое заболевание, в развитии которого имеют значение: психогенные факторы и изменения функционального состояния ЦНС, эндокринных органов, иммунологического статуса беременной, явления сенсibilизации, наличие экстрагенитальной патологии. Не исключена роль наследственной предрасположенности, конституциональных особенностей, пере-



несенных инфекций и интоксикаций, исходной патологии половой сферы.

Согласно второй — основным звеном следует считать нарушение нейрогуморальной регуляции всех видов обмена веществ, жизнедеятельности внутренних органов. Изменения нормального соотношения процессов возбуждения и торможения в головном мозге (понижение тормозящего влияния коры и возбуждение подкорковых образований) способствуют развитию дискоординации функций вегетативной нервной системы и эндокринного аппарата.

**Рвота беременных** (*emesis gravidarum*) — является одной из наиболее частых форм ранних гестозов. Её следует рассматривать как особую патологическую реакцию материнского организма на развивающееся плодное яйцо. Рвота в ранние сроки беременности может являться одним из предположительных признаков беременности, но выраженный клинический синдром рвоты наблюдается у 15%, а в тяжелой форме — у 0,5% беременных.

Рвоту беременных как самостоятельную нозологическую форму следует распознавать в тех случаях, когда возникновение рвоты (3—5 раз в сутки и чаще) сопровождается и другими тягостными симптомами: повышение или снижение эмоциональной возбудимости, тошнота, слюнотечение, отсутствие аппетита, уменьшение массы тела, а главное — нарушение общего самочувствия — слабость, головокружение, снижение трудоспособности. При прогрессировании токсикоза выявляются нарастающие изменения в деятельности внутренних органов, появляются отклонения лабораторных показателей.

**Клиника.** Рвота наблюдается чаще у женщины молодого возраста (от 20 до 30 лет), преимущественно у первобеременных. Общепринятым является выделение 3 степеней тяжести заболевания: легкой, средней и тяжелой. Для легкой степени раннего токсикоза характерна рвота от 3 до 5 раз в сутки, которая, как правило, связана с приемом пищи; отмечается умеренная тошнота, сниженный аппетит, слабость. Общее состояние больных изменяется незначительно. Снижение массы тела не превышает 5%. При объективном обследовании больных: кожа и видимые слизистые обычной окраски. Тургор

кожи не изменен. Пульс и АД в пределах нормы. Стул один раз в два— три дня, суточный диурез снижен незначительно (до 800 мл). Данные лабораторных исследований крови и мочи без отклонений от нормы.

При рвоте средней степени тяжести клиническая картина складывается из более выраженных симптомов. Больные жалуются на рвоту до 6—10 раз в сутки без связи с приемом пищи, сопровождаются значительной тошнотой, часто слюнотечением. Появление рвоты может быть спровоцировано видом пищи. Частая рвота приводит к появлению чувства боли в эпигастральной области. Аппетит значительно снижен. Появляется чувство жажды. Больные жалуются на головокружение (30—40%), головную боль, выраженную слабость.

Объективно: кожные покровы бледные. Отмечается сухость кожи, снижается ее тургор. Потеря массы тела более значительна (на 6—10% от исходной массы тела). Больные возбужденные или находятся в состоянии легкой депрессии. Со стороны сердечно-сосудистой системы отмечается тахикардия, гипотония. Язык сухой, с легким, беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастральной области, печень не увеличена. Отмечаются задержка стула, диурез снижен до 700—800 мл. У ряда больных выявляется угроза прерывания беременности.

Общий анализ крови в пределах нормы, гематокрит повышается до 45%. В моче периодически появляется ацетон, иногда альбуминурия. Электролитный обмен имеет значительные отклонения — гипокалиемию в эритроцитах и плазме, относительная гипернатриемия. Уровень билирубина имеет тенденцию к увеличению. Отмечается повышение вязкости крови, предела текучести крови, которое сопровождается увеличением концентрации фибриногена и интенсивности агрегации эритроцитов. В крови увеличивается концентрация медиаторов (серотонина и гистамина). Суточная экстремия эстрогенов снижается, отмечается нарушение баланса отдельных фракций гормонов, которые особо выражены при явлениях угрожающего выкидыша.

Больные **тяжелой формой** рвоты беременных жалуются на многократную рвоту (до 20 раз в сутки). Рвота появляется вне связи с приемом пищи и даже ночью. Больные отмечают постоянную, мучительную жажду,

к любой пище, многим запахам. Аппетит отсутствует, тошнота, слабость, обильное слюноотечение, отвращение, нарушается сон, появляется апатия. Потеря массы тела достигает 16%. Кожные покровы бледные. Кожа лица гиперемирована. Тургор тканей и мышечный тонус снижены. Отмечается выраженная сухость кожных покровов, шелушение. Появляется иктеричность склер. Для больных характерна тахикардия (более 100 уд. в мин), неустойчивость тонуса сосудов с преобладанием гипотонии. Субфебрильная температура. Язык сухой, слизистые губ покрыты корочками и трещинами, отмечается мацерация кожи вокруг рта. Живот при пальпации мягкий, чувствительный в области эпигастрия. Обычно наблюдается длительная задержка стула. Моченспускание редкое. Суточный диурез снижен значительно (500 мл). У каждой из 5 женщин имеются симптомы угрожающего выкидыша.

В анализах крови отмечается относительное повышение количества гемоглобина в связи с обезвоживанием организма. Показатель гематокрита может быть как высоким (43—53%), так и низким (33—36%). У 60—70% больных выявляется повышенный уровень билирубина в сыворотке крови. Повышается содержание общего белка: количество глобулина возрастает, а альбуминов падает. Может наблюдаться умеренное нарастание остаточного азота в крови. Содержание калия в сыворотке и эритроцитах значительно снижено. В моче появляются форменные элементы, уробилин, желчные пигменты, ацетон, альбуминурия.

**Лечение.** С целью нормализации взаимодействия процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга и в подкорковых центрах предложена бром-кофеиновая терапия, широко применявшаяся в акушерской практике. Нормализация нарушенной функции коры и нейродинамики может быть достигнута в результате лечения сном, медикаментозным или с помощью аппаратов «Электросон», «Электронаркон».

В общем комплексе лечения рвоты беременных рекомендуются и различные виды физиотерапии — электрофорез кальция, индуктотермия на область солнечного сплетения или «воротника», эндоназальная гальванизация и др.

**Медикаментозная терапия.** Общепризнанным компонентом лечения рвоты беременных является витамино-



терапия: аскорбиновая кислота, витамины группы В (тиамин, рибофлавин, пиридоксин). Определенный эффект дают инъекции спленина, безбелкового, биологически активного препарата, нормализующего азотистый обмен и повышающий обезвреживающую функцию печени.

При отсутствии возможности применения безмедикаментозных методов лечения, лекарственная терапия может иметь самостоятельное значение. Лекарственные средства следует вводить парентерально, до появления устойчивой способности удерживать пищу. В основу медикаментозной терапии положено введение следующих поликомпонентных лекарственных смесей. Раствор Рингера-Локка (хлорид натрия — 9 г, бикарбонат натрия, хлорид калия и хлорид кальция по 0,02 г, глюкозы 1 г, бидистиллированной воды до 1000 мл), способствует ликвидации интоксикации, явления обезвоживания и нарушений электролитного обмена.

Растворы глюкозы, представляющие собой источник легко усвояемого организмом ценного питательного материала, также оказывает благоприятное влияние, способствуя нормализации углеводного обмена, улучшению функции печени, обладают дезинтоксикационным действием, уменьшают дегидратацию.

Исходным фоном для проведения вышеуказанной терапии раннего токсикоза может служить введение противорвотных средств (дроперидол, церукал, реглан). При тяжелой форме к лечению добавляют введение гемодеза, альбумина, нативной или сухой плазмы. При ацидозе показано применение лактосола или введение 4% раствора бикарбоната натрия.

Критериями достаточной инфузионной терапии являются уменьшение обезвоживания и увеличение тургора кожи, нормализация величины гематокрита, увеличение диуреза, улучшение самочувствия, постепенное нарастание массы тела. Описанное лечение можно дополнить другими лекарственными средствами в зависимости от течения заболевания.

Рекомендуемая пища должна быть легко усвояемой, обогащенной витаминами, достаточно калорийной, ее следует принимать в начале лежа, в охлажденном виде, небольшими порциями, каждые 2—3 часа. Показана щелочная вода в небольших объемах 5—6 раз в день.

Рекомендуется комплекс упражнений лечебной физкультуры, который проводится женщиной самостоятельно 2—3 раза в день, что способствует отвлечению внимания, уменьшает психондрическую настроенность, и ведет к улучшению самочувствия больной. ЛФК при раннем токсикозе оказывают благоприятное действие на динамику подкорковых процессов, поддерживает мышечный тонус, улучшает кровообращение, течение физиологических процессов.

При неэффективности проводимой терапии, неукротимой рвоте, ухудшении показателей гемодинамики и крови рекомендуется прерывание беременности.

**Профилактика.** В женской консультации среди обследуемых женщин следует выделить группу риска развития раннего токсикоза: перенесенные детские инфекции, другие экстрагенитальные заболевания, наличие невротических реакций и другая патология со стороны ЦНС, эндокринопатии, отставание в половом развитии и нарушение менструальной функции, первобеременные в возрасте до 18 лет и старше 30, астеническое телосложение или наоборот избыточная масса тела, ранний токсикоз при предыдущей беременности, аборт в анамнезе и наличие гинекологических заболеваний и др.

У таких женщин развитие раннего токсикоза можно предупредить психотерапевтическими методами воздействия, советами по режиму питания, мерами по преодолению тошноты и рвоты. У части беременных может понадобиться профилактическое применение в амбулаторных условиях сеансов гипноза, электроанальгезии и физиопроцедур.

В случае прохождения курса лечения гестоза по её окончании, необходимо тщательное диспансерное наблюдение женщин, перенесших рвоту беременных, и проведение профилактических мероприятий с учетом повышенного риска у них, акушерской и перинатальной патологии.

**Слюнотечение (ptialismus)** начинается с симптома избытка слюны в полости рта беременной. Женщина заглатывает её, что приводит к переполнению желудка слюной. Это в свою очередь, вызывает рвоту и утяжеляет состояние больной. В отдельных случаях пتيالлизм может проявляться как самостоятельное заболевание и при умеренном слюнотечении переносится легко. При

тяжелой форме птаализма суточное отделение слюны может достигать и 1,5 л. Это приводит к потере белков, углеводов, витаминов, солей и обезвоживанию организма. Общее состояние больной становится тяжелым.

При птаализме проводится такая же терапия, как при рвоте беременных. Дополнительно для уменьшения слюноотечения применяют внутримышечное введение атропина — 0,1% раствор в количестве 1 мл 2 раза в день, средства для повышения общего тонуса организма и физиотерапевтические методы воздействия на ЦНС: гальванизация и диатермия на область шейных симпатических узлов.

**Дерматоз (dermatosis)** — беременных проявляется зудом кожных покровов всего тела и нередко наиболее выраженным зудом в области наружных половых органов. В результате расчесов на коже появляются очаги воспаления с яркими покраснениями кожи и локальным отеком. Зуд может быть настолько нестерпимым, что приходится прерывать беременность.

При меньшей выраженности токсикоза необходимо проводить следующую терапию: местно применяют кварцевое облучение в субэритемных дозах, мазь с преднизолоном или гидрокортизоном, с целью десенсибилизации — витаминотерапию препаратом группы В и С, антигистаминовые препараты и др. Для снижения реактивности ЦНС назначают транквилизаторы (мепробамат) по обычной схеме.

**Острая желтая дистрофия печени** — это тяжелое проявление токсикоза. В результате интоксикации наступает жировое и белковое перерождение печеночных клеток — дистрофия печени. Печень уменьшается в размере, у больной развивается желтуха, а затем острая печеночная недостаточность, которая проявляется судорожными припадками, коматозным состоянием. Желтуху беременных следует уметь дифференцировать от проявлений вирусного гепатита. Острая желтая дистрофия печени служит абсолютным показанием к прерыванию беременности.

#### З а д а ч а

Первобеременная О., 32 лет, поступила в клинику с жалобами на тошноту, рвоту и слюноотечение.

В детстве болела корью, в 15 летнем возрасте перенесла аппендэктомию, 3 месяца назад перенесла грипп. Менструации с 13 лет, протекают нормально. Последняя



менструация — 2 месяца тому назад. Замужем 6 месяцев.

У больной 2 недели назад появились тошнота и рвота по утрам, изредка — слюнотечение. Вскоре рвота участилась, около 8—10 раз в сутки, до и после приема пищи, появились слабость, головокружение, отсутствие аппетита, плохой сон, понизилась работоспособность. Усилилось слюноотделение — до 150—200 мл/сут. С момента появления рвоты и слюнотечения больная похудела на 3 кг.

Объективно: общее состояние средней тяжести, обильное слюнотечение, частая рвота небольшими кусочками пищи и мутной слизью с примесью желчи. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные. Температура — 37,2°C, пульс 86/1 мин., АД 110/60 мм рт. ст. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. При влагалищном исследовании установлено увеличение матки до 6—7 недель беременности.

1. Ваш диагноз? 2. Можно ли лечить эту беременность в амбулаторных условиях? 3. План лечения.

**Контрольные вопросы:**

1. Что представляют собой ранние гестозы?
2. Теории возникновения ранних гестозов.
3. Классификация ранних гестозов.
4. Клиника рвоты и ее отличие от слюнотечения.
5. Современные методы лечения ранних гестозов.
6. Профилактика ранних гестозов.

**Практические навыки:**

1. Умение сбора анамнеза и проведение объективного обследования беременной с целью определения степени тяжести раннего токсикоза.
2. Определение биохимических и лабораторных исследований для уточнения диагноза.
3. Оценка состояния больных с учетом показателей гемодинамики, потери массы тела.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирюшенков. Акушерство, М., Медицина, 1986 г., с. 192—200.
2. Акушерство: Учеб. пособие под ред. В. И. Ельцова-Стрелкова, Е. В. Марсева. — М.: Изд-во УДН, 1988, с. 94—99.
3. И. М. Мирон, В. М. Уткин, Б. П. Чалых, Ю. К. Гусак. Рвота беременных. Рязань, 1990, 40 с.

## Т е м а: ПОЗДНИЕ ТОКСИКОЗЫ (ЕРН—ГЕСТОЗЫ) БЕРЕМЕННЫХ

**Цель занятия:** Изучение клиники, диагностики, терапии и профилактики поздних гестозов беременных.

**Задачи:** 1. Частота и классификация поздних гестозов. 2. Клиника и диагностика форм гестозов. 3. Общие принципы лечения гестозов и интенсивная терапия их тяжелых форм (преэклампсия и эклампсия). 4. Ведение беременности и родов при гестозах. 5. Профилактика поздних гестозов и понятие о претоксикозе.

**Место занятия:** Отделение или палата патологии беременных, палата интенсивной терапии, родильный блок.

**Наглядные пособия:** Слайды, таблицы, аппаратура, инструменты для интенсивной терапии, лекарственные препараты.

**Содержание занятия:** Под поздним токсикозом (гестозом) беременных понимают сложный нейрогуморальный патологический процесс, проявляющийся различными расстройствами функций центральной и вегетативной нервной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, а также нарушением ряда обменных процессов, иммуногенеза и других функций организма беременной, включая адаптацию организма женщины к беременности.

Поздний токсикоз возникает преимущественно в середине второго и в начале третьего триместра беременности. Частота его составляет в среднем 6—8%. Гестозы наблюдаются нередко у первобеременных и многорожавших. Гестозы являются одной из ведущих причин материнской и перинатальной заболеваемости и смертности.

В целях унификации терминологии в настоящее время термин «токсикоз» заменен на «гестоз», а поздний

гестоз беременных на ЕРН-гестозы (E-edema, P-proteinuria, H-hypertensia.)

**Классификация.** В нашей стране общепринятым считается выделение отдельных клинических форм поздних гестозов, которые в зависимости от ряда причин способны переходить из одной в другую и поэтому могут рассматриваться как своего рода стадии развития одного и того же заболевания.

Следует иметь в виду, что, наряду с «чистым» или «первичным» гестозом, принято различать «сочетанный» ЕРН-гестоз, который развивается на фоне какого-либо экстрагенитального заболевания: гипертоническая болезнь, заболевания почек, сахарный диабет, ревматизм и т. д. Среди «чистых» форм гестоза различают моносимптомный (отеки и гипертония беременных) и полисимптомный (нефропатия, преэклампсия и эклампсия).

**Водянка беременных** характеризуется наличием отеков и имеет следующие формы: I степень — локализация отеков только на нижних конечностях, II — распространение их на брюшную стенку, III — генерализация отеков вплоть до анасарки. Водянка беременных у каждой 3—4 больной переходит в нефропатию.

**Нефропатия** — характеризуется триадой симптомов: отеки, гипертензия и протеннурия. Различают три степени: I степень обусловлена наличием небольших отеков только на нижних конечностях, появление белка в моче до 1 г/л, повышение АД до 150/90 мм рт. ст., неравномерностью калибра сосудов сетчатки глазного дна. При II степени обнаруживаются распространение отеков на верхние конечности и переднюю брюшную стенку, содержание белка в моче от 1 до 3 г/л, повышение АД до 170/100 мм рт. ст., появляется отек сетчатки глаз. При нефропатии III степени обнаруживаются: универсальные отеки с выраженной одутловатостью лица, содержание белка в моче более 3 г/л, АД выше 170/100 мм рт. ст., на глазном дне могут появиться кровоизлияния и дистрофические изменения. Следует отметить, что при нефропатии беременных выявляемые изменения не всегда бывают одинаковыми, поэтому особое внимание следует уделять наиболее важным симптомам заболевания.

**Преэклампсия** развивается на фоне симптоматики, характерной для тяжелой нефропатии, но с присоеди-



нием признаков нарушения мозгового кровообращения: головная боль, расстройство зрения, тошнота, боли в подложечной области и др.

Эклампсия характеризуется сложным симптомокомплексом, в котором основным признаком является судороги (начальный период, период тонических, период клонических судорог, коматозный период).

Деление ЕРН-гестоза на клинические формы не всегда оправдывает себя на практике, т. к. иногда при нефропатии I степени могут развиваться симптомы преэклампсии и приступы эклампсии. Классическая триада симптомов ЕРН-гестоза, описанная в 1913 году немецким акушером Цангемейстером, обусловлена рядом патогенетических факторов, которые, по современным данным, тесно связаны друг с другом. Они представляют собой следующие весьма серьезные нарушения и расстройства жизненно важных функций организма: 1) сосудистые расстройства в виде генерализованного спазма артериол, повышения внутрисосудистого давления, стаза крови в капиллярах, повышения проницаемости мелких сосудов с образованием мелких и крупных кровоизлияний в жизненно важных органах (головном мозге, печени, почках и др.); 2) развитие синдрома ДВС (диссеминированного внутрисосудистого свертывания); 3) снижение дезинтоксикационной и белковообразовательной функции печени; 4) спазм почечных сосудов, гипоксия почек приводит к избыточному выбросу ренина и ангиотензина, а также усилению активности альдостерона. Все это приводит к повышению АД и ангиоспазму; 5) спазм сосудов матки, в свою очередь, ведет к нарушению маточно-плацентарного кровообращения, гипоксии плода, развитию СЗРП, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, а также так называемой готовности к шоку в последовом и раннем послеродовом периодах и др.

Клинические проявления позднего токсикоза не отличаются разнообразием. В практическом отношении наиболее важно систематическое и тщательное наблюдение за беременной. При каждом посещении беременной консультации необходимо: 1) взвешивать ее; 2) измерять АД на обеих руках; 3) проводить исследование мочи; 4) осуществлять тщательное акушерское обследование и при необходимости направлять на консульта-

цию к терапевту, окулисту, невропатологу, ЛОР-специалисту, стоматологу и к другим специалистам с целью правильной оценки состояния беременной.

Выявление преэклинической формы гестоза — претоксикоза — создает реальную возможность профилактики тяжелых форм заболевания. При этой форме можно выявить скрытые отеки по патологической прибавке массы тела (еженедельная прибавка массы не должна превышать 22 г на каждые 10 см роста беременной). Для выявления скрытых отеков применяется проба Мак-Клюра-Олдрича: «волдырь» после внутрикожного введения изотонического натрия хлорида рассасывается менее чем за 35 мин. Отмечается повышение относительной плотности крови до 1060—1062.

Важным в диагностике претоксикоза является определение лабильности артериального давления (измерение АД с интервалом в 5 мин, в положении беременной на боку, на спине и опять на боку). Тест считается положительным при измерении диастолического давления более чем на 20 мм рт. ст.

Важнейшее значение для распознавания позднего токсикоза и уточнения степени тяжести его имеет исследование функции почек: определение количества суточной мочи, ее плотности, обнаружения в ней форменных элементов крови, цилиндров, бактерий и т. д. Здесь необходимо отметить, что проба Зимницкого не утратила своей информативности. Снижение выделения натрия, ее задержка в организме, так же говорит о состоянии претоксикоза.

Большое значение необходимо придавать определению белкового состава сыворотки крови. Для ЕРН-гестозов характерны гипоальбуминемия и гиперглобулинемия. Превышение суточной протенурии на 0,5 г, свидетельствует о серьезном поражении почек. ЛЕЧЕНИЕ ПОЗДНИХ ГЕСТОЗОВ должно быть направлено на ликвидацию основных проявлений заболевания — устранение гипертензивного синдрома, нормализацию водно-солевого обмена, усиление и улучшение окислительно-восстановительных процессов материнского организма и плода. Необходимо: воздействие на ЦНС препаратами седативного и наркотического действия; снятие спазма сосудов, снижение АД; борьба с гиповолемией путем назначения инфузионной терапии с введением кровезаме-

щающих растворов, в том числе белковых препаратов; улучшение кровотока в почках и стимулирование их мочевыделительной функции. Кроме этого применяются средства и соответствующая диета, стимулирующие дезинтоксикационную и белковообразовательную функцию печени, коррекция водно-солевого обмена, белкового и углеводного баланса и кислотно-основного состояния, борьба с гипоксией плода проводится путем улучшения маточно-плацентарного кровообращения. В родах целесообразно проведение профилактических мероприятий с целью предупреждения массивных кровопотерь и коагуляционных расстройств, бережное родоразрешение, максимально через естественные родовые пути.

Лечение проводится в условиях стационара и должно быть комплексным.

Разработка его схемы должна быть индивидуальной, динамической, строго регламентированной во времени в течение каждых суток. Необходимо систематически контролировать общее состояние, АД, лабораторные анализы (крови и мочи), гематокрит, КОС, ОЦК, ЦВД, электролиты (калий, натрий, хлор, кальций) крови и мочи, остаточный азот, мочевины, белковые фракции, билирубин, гемостазиограмму. Рекомендуется диета (стол № 7), при выраженных отеках постельный режим, ограничение жидкости до 1000 мл, соли — до 3—5 г. В рацион включается достаточное количество белков, углеводов, витаминов.

Лечение отека беременных, как указывалось выше, заключается в ограничении жидкости и солей. При значительных отеках применяют диуретики (фуросемид, гипотиазид). Седативные препараты (триоксазин, мепробамат).

Лечение нефропатии проводится в стационаре. Назначается лечебно-охранительный режим. Диета с ограничением соли и жидкости. Большое количество белков, углеводов, витаминов. Для улучшения белкового обмена назначают метионин. Седативные препараты (триоксазин, элениум). При наличии выраженных отеков применяют фуросемид и гипотиазид.

В первые сутки рекомендуется внутривенное капельное введение магния сульфата на растворе реополиглюкина. Сульфат магния оказывает гипотензивное, диуретическое действие, обладает седативным эффектом. Назначают и аминазин. Применение аминазина может выз-



вать значительное падение АД, поэтому необходимо внимательное наблюдение за больной. Можно рекомендовать и другие препараты, способствующие снижению АД (эуфиллин, дибазол, и др.), а также бромид натрия. Витаминотерапия (рутин, аскорбиновая кислота и другие витамины, кокарбоксилаза). При выраженных клинических признаках нефропатии рекомендуется комплексная терапия инфузионная, по схеме: глюкозо-новокаиновая смесь, реополиглюкин с магнием сульфата, альбумин, концентрированные растворы глюкозы.

При высоких цифрах и угрозе возникновения преэклампсии и эклампсии применяется метод управляемой гипотонии ганглиоблокаторами (арфонад, бензогексоний, пентамин).

Лечение преэклампсии основано на принципах лечения нефропатии. Больную необходимо поместить в палату интенсивной терапии, устраняют все раздражители, проводят инфузионную терапию.

Лечение эклампсии начинается с дачи эфирного наркоза с углублением гексеналом или тиопенталом натрия. Инфузионной терапией отдается предпочтение, т. к. любые раздражители могут стимулировать приступ экламптического припадка.

Имеется положительный опыт лечения эклампсии препаратами фенотиазидового ряда, особенно амназином. С целью обеспечения лечебно-охранительного режима применяют дроперидол. Важным принципом лечения является устранение сосудистого спазма, ведущего к артериальной гипертензии (магния сульфат, эуфиллин, арфонад, дибазол, обзидан).

Дегидратационные средства способствуют усилению диуреза, предупреждает отек мозга и гипертензию. С этой целью используют маннитол, фуросемид, гипотиазид. Для коррекции гипопротейнемии и гиповолемии назначают белковые препараты (альбумин, протеин, сухая плазма). В комплексе лечебных мероприятий особое место занимает оксигенотерапия, способствующая профилактике гипоксии у матери и плода, а также борьба с ацидозом (бикарбонат натрия, лактосол и др.).

При отсутствии эффекта от проводимой терапии по показаниям проводится бережное родоразрешение через естественные родовые пути с помощью медикаментоз-

ных и гормональных средств (фолликулин, синестрол, окситоцин, простагландины), используя амниотомию при открытии шейки матки на 5—6 см, акушерские щипцы, выключая потуги. Кесарево сечение производится при отсутствии эффекта от консервативной терапии и наличия акушерской ситуации.

Профилактика поздних гестозов неразрывно связана с их ранней диагностикой и четкой работой женской консультации. В связи с этим в женских консультациях необходимо: 1) правильное ведение всех беременных, находящихся под ее наблюдением; 2) взятие на особый учет женщин, составляющих группу повышенного риска по возможности развития у них позднего гестоза; 3) выявление и взятие на особый учет женщин с преморбидным (претоксикоз) состоянием и превращение у них развития истинного токсикоза путем назначения соответствующего режима и своевременной терапевтической коррекции; 4) ранняя диагностика клинически выраженных форм токсикоза с обязательной госпитализацией больных для проведения у них соответствующего обследования и лечения и соответственно—предупреждения перехода одной формы в другую, более тяжелую.

### Задачи

1. Больная А., 22 лет. Беременность I, в сроке 36—37 недель. При очередном посещении женконсультации отмечена прибавка в массе около 3 кг. Видимых отеков нет. АД в пределах нормы. Общее состояние вполне удовлетворительное.

Ваш диагноз? Определите тактику врача?

2. Больная Г., 30 лет. Беременность в сроке 37—38 недель. Доставлена каретой скорой мед. помощи без родовой деятельности. Таз нормальный, предполагаемая масса плода 2500 г., АД 160/100 мм рт. ст. на обеих руках. Выраженные отеки ног, пастозность рук и лица. В моче при постановке пробы с сульфасалициловой кислотой обнаружен белок.

Ваш диагноз? Назначить лечение.

3. Первобеременная, 21 год. Женконсультацию не посещала. Беременность при сроке 38—39 недель. Родовой деятельности нет. Таз нормальный. Имеются значительные отеки ног, передней брюшной стенки. Жалуется на головную боль, плохое зрение, боли в эпига-

стральной области. Дома был кратковременный приступ с потерей сознания и судорогами.

Ваш диагноз? Какая интенсивная терапия должна проводиться?

**Контрольные вопросы:**

1. Что такое ЕРН-гестозы?
2. Дайте характеристику «чистым» и «сочетанным» гестозам?
3. Клиника и лечение водянки беременных.
4. Клинические формы нефропатии беременных.
5. Основные признаки нефропатии.
6. Дополнительные методы обследования беременных гестозами.
7. Принципы лечения нефропатии беременных.
8. Осложнения поздних гестозов.
9. Клиника и лечение преэклампсии.
10. Что такое эклампсия?
11. Неотложные меры по лечению преэклампсии и эклампсии?
12. Принципы ведения беременности и родов, осложненных поздним токсикозом?
13. Профилактика ЕРН-гестозов. Роль женской консультации в этом.

**Практические навыки:**

1. Роль и диагностика поздних гестозов.
2. Измерение АД, исследование мочи и др.
3. Определение степени тяжести гестоза.
4. Амниоцентез и обезболивание родов.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирюшенков. Акушерство. М., Медицина, 1986, с. 192—212.
2. Акушерство. Учеб. пособие. Под ред. В. И. Ельцова-Стрелкова, Е. В. Мареева. — М.: Изд-во УДН, 1988, — сс. 95—106.
3. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. Руководство. Под редакцией Э. К. Айламазяна. Ленинград, Медицина, 1985, сс. 6—26.
4. В. Н. Серов, А. Н. Стрижаков, С. А. Маркин. Практическое акушерство. Руководство. М., Медицина, 1989, сс. 145—190.
5. М. М. Шехтман, И. З. Закиров, Г. А. Глезер. Артериальная гипертензия у беременных. Ташкент. 1982.



## **Тема: ВАРИАНТЫ СГИБАТЕЛЬНОГО И РАЗГИБАТЕЛЬНОГО ТИПА МЕХАНИЗМА РОДОВ**

**Цель занятия:** Освоить механизм отклонения, т. е. вариантов сгибательного и разгибательного типа механизма родов.

**Задачи:** Изучение методов диагностики, особенности биомеханизма и клиническое течение и ведение родов при сгибательном и разгибательном предлежании головки плода.

**Место занятия:** Учебная комната, родильный блок.

**Наглядные пособия:** Кукла, головка, таз, фантом, таблица, рисунки, диапозитивы, слайды.

**Содержание занятия. I. Варианты сгибательного типа механизмов родов.**

### **1. Высокое прямое стояние головки**

Высокое прямое стояние стреловидного шва — такое положение, при котором головка находится во входе в малый таз стреловидным швом в прямом размере.

Основными причинами данной патологии являются изменения формы таза (особенно, поперечно суженный таз), функциональная недостаточность матки, особенно ее нижнего сегмента, расслабление брюшной стенки, аномалии родовой деятельности, а также форма и величина головки. Различают передний вид — затылок обращен к лону, задний вид — затылок обращен кзади к крестцу.

Диагностика высокого прямого стояния головки основывается на показателях наружного и влагалищного исследования. При наружном исследовании определяются небольшие размеры головки, так над входом в малый таз прощупывается ее поперечный размер.

При влагалищном исследовании сагиттальный шов головки находится в прямом размере входа в таз, ма-

лый родничок обращен к лону или крестцу в зависимости от вида.

**Течение родов.** Роды иногда совершаются самопроизвольно. В прямом размере головка проходит через весь таз и рождается в затылочном предлежании. В других случаях головка переходит сначала в одном из косых размеров, а на дне таза в прямой размер. Это все наблюдается тогда, когда затылок обращен кпереди (к лону).

При прямом стоянии головки роды часто осложняются, затягиваются II период родов, нередко возникает слабость родовых сил и прекращается продвижение головки. Кроме того, сдавливаются мягкие ткани родовых путей, наступает гипоксия плода, внутричерепная травма плода и другие осложнения, и только при нормальном тазе, хорошей родовой деятельности и небольшом плоде роды могут закончиться самостоятельно. При сочетании суженного таза, а также клинического узкого таза и при заднем виде роды заканчиваются операцией кесарево сечение.

## 2. Асинклитизм (внеосовое вставление)

При этом предусматривается неправильное вставление головки во входе в таз.

Различают передний и задний асинклитизм. Передне-теменное вставление — стреловидный шов стоит ближе к крестцовой кости, во входе в таз вставляется передняя теменная кость. Отсюда и название — передний асинклитизм.

Задний асинклитизм, или задне-теменное вставление или литцмановское вставление. При этом стреловидный шов отклоняется к лону и ко входу в малый таз устанавливается задняя теменная кость. Задний асинклитизм встречается вдвое реже переднего.

Различают три степени заднего асинклитизма:

1. Задне-теменное наклонение — стреловидный шов проходит на 1—1,5 см впереди от поперечного размера входа в таз;

2. Задне-теменное вставление — стреловидный шов находится у края лонного сочленения;

3. Задне-ушное вставление — стреловидный шов проходит выше симфиза.

**Течение родов** — При переднем асинклитизме роды

заканчиваются самостоятельно, по типу переднего или заднего вида затылочного предлежания в зависимости от того, куда повернется головка затылком. При заднем асинклитизме роды самостоятельно невозможны по чисто механическим причинам. При этом прибегают к кесареву сечению, или перфорации головки.

### 3. Среднее и низкое, глубокое, поперечное стояние головки (стреловидного шва)

Головка по тем или иным причинам не делает внутреннего поворота и располагается своим стреловидным швом в поперечном размере II—III — плоскости малого таза — это называется среднее поперечное стояние головки, а если она и в выходе стоит стреловидным швом в поперечном размере — называется низкое глубокое поперечное стояние головки. Чаще этот вариант встречается при узких тазах (простой плоский нерахитический таз и воронкообразный).

Диагноз ставится на основании внутреннего исследования, когда в полости или на дне таза стреловидный шов определяется в поперечном размере. При этом приходится представить роды естественному течению, тогда как при отсутствии продвижения головки прибегают к наложению вакуум-экстрактора. В родах рекомендуется роженице лежать на том боку, куда направлен затылок, малый родничок, так как он должен быть проводной точкой.

## ВАРИАНТЫ РАЗГИБАТЕЛЬНОГО ТИПА МЕХАНИЗМОВ РОДОВ

К ним относятся: передне-головное предлежание, лобное предлежание и лицевое.

1. **Передне-головное предлежание** — предлежание головки находится в легкой степени разгибания, т. е. подбородок несколько отходит к груди.

Причины возникновения передне-головного предлежания.

1. Снижение тонуса и некоординированное сокращение матки.

2. Узкий таз, особенно плоский.

3. Снижение тонуса мускулатуры тазового дна.

4. Малая или большая головка плода.



5. Дряблый отвислый живот, особенно у многожавшей женщины.

Во входе в малый таз головка вступает стреловидным швом в поперечном размере таза, большой и малый роднички находятся в одной горизонтальной плоскости. В полости малого таза происходит ротация головки, спинка и затылок поворачиваются кзади, стреловидный шов головки совпадает с косыми размерами, проводной точкой является большой родничок. На дне таза стреловидный шов головки совпадает с прямым размером выхода таза. Имеет две точки фиксации: первая, которая опирается на нижний край симфиза и происходит третий момент — сгибание головки и рождение теменных бугров, затем точка фиксации переходит на затылочный бугор, который опирается о промежность и происходит четвертый момент — разгибание головки и рождение личика из-под лона, затем совершается пятый момент — внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.

**Прорезывающаяся окружность** соответствует размеру головки — 12 см. Конфигурация головки брахицефалическая, напоминает форму башни.

Диагноз переднеголового предлежания ставится на основании данных влагалищного исследования: одновременно прощупываются большой и малый роднички головки, они располагаются в одной горизонтальной плоскости или большой родничок ниже, а малый несколько выше, сагитальный шов во входе в таз стоит обычно в поперечном, иногда в косом размере.

Прогноз — роды заканчиваются самостоятельно, но период изгнания удлинен. Могут быть разрывы промежности и вторичная родовая слабость. Ведение родов выжидательное, только при признаках асфиксии, наличие слабости родовых сил, ригидности мягких тканей и др., накладываются акушерские щипцы и вакуум-экстрактор.

**2. Лобное предлежание** встречается редко. О лобном предлежании можно говорить в том случае, если при влагалищном исследовании прощупывается лобный шов, стоящий над входом в малый таз. При вступлении головки в таз разгибание усиливается и в это время лобное предлежание может перейти в лицевое.

Механизм родов — во входе в таз лобный шов устанавливается в поперечном размере, в таком положении доходит до дна таза, ротация головки происходит на дне таза затылком кзади, подбородком кпереди. Проводная точка — корень носа. Первая точка фиксации — *taxilla*, которая опирается о нижний край лона и происходит сгибание головки, рождение теменных бугров. Затем точка опоры переходит на затылочный бугор, который опирается о промежность, происходит разгибание головки и рождение личика из-под лона.

Прорезывающая окружность равна большому косо-му размеру—13 см, окружность—35 см. Конфигурация головки: в профиль головка имеет вид треугольника с верхушкой у лба.

Прогноз серьезный. Возможны такие осложнения как длительное стояние головки, образование свищей, угроза или разрыв матки, или черепно-мозговая травма, лобное предлежание при живом плоде является показанием к операции кесарево сечение, а при мертвом плоде — краниотомия.

### 3. Лицевое предлежание

Лицевым предлежанием называется такое предлежание головки, при котором вместе затылка вперед идет личико плода. Различают первичное и вторичное лицевое предлежание.

Первичное лицевое предлежание, это которое устанавливается еще во время беременности в результате наличия врожденного зоба или опухоли шеи плода (подбородок отходит от грудки). Встречается редко. Чаще всего встречается вторичное лицевое предлежание, когда оно развивается только в процессе родового акта.

Вид и позиция при лицевом предлежании различают не по спинке, а по подбородку. Если подбородок обращен кпереди, к лону — это передний вид (спинка сзади), если подбородок смотрит кзади в сторону крестца (спинка кпереди) — это задний вид. Причиной вторичного лицевого предлежания плода является узкий таз, патология мускулатуры матки, пороки развития матки и другие.

**Механизм родов.** Головка, проходя через таз делает следующие движения: 1. разгибание головки, 2. правильный внутренний поворот головки подбородком кпереди, 3. сгибание головки, 4. внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Головка рождается прорезывающей окружностью 33 см, соответствующей вертикальному размеру 9,5 см. Головка при лицевом предлежании имеет обезображенную форму, родовая опухоль располагается на лице и первое время ребенок лежит с разогнутой головкой.

Диагноз ставится на основании наружного и внутреннего акушерского исследования, УЗИ. При наружном исследовании обнаруживается резкий угол между разогнутой головкой и спинкой плода, сердечные тоны лучше выслушиваются со стороны груди.

При влагалищном исследовании определяются части лица, ротик и подбородок.

Ведение родов: выжидательное, проводится наблюдение за механизмом родового процесса. В большинстве (90—95%) роды заканчиваются самопроизвольно. Потужной период протекает длительнее, чем при затылочном предлежании, кровопотеря превышает физиологическую. Поэтому надо принимать меры предупреждения кровотечения. Часто наблюдается раннее отхождение вод. Особого внимания требует защита промежности, при угрозе разрыва прибегают к перинеотомии или эпизиотомии.

При заднем виде механизма родов сущность заключается в том, что вращение головки на дне таза производится в обратном направлении, т. е. подбородок поворачивается кзади. В таком положении головки роды невозможны по чисто механическим препятствиям. Поэтому если головка еще во входе в таз — показана операция кесарево сечение. Если головка находится в полости, на дне таза — перфорация головки.

### Ситуационные задачи

#### Задача № 1

Первородящая: таз нормальный. Роды срочные. Длятся 22 часа. Начался второй период родов. Потуги хорошей силы. Головка большим сегментом во входе в



малый таз. При влагалищном исследовании раскрытие шейки матки полное, нижний полюс костей черепа ниже интраспинальной линии. Стреловидный шов в правом косом размере. Пальпируется малый родничок (справа) и большой (слева), находящиеся на одном уровне.

Диагноз.

Тактика врача.

## Задача № 2

Повторнородящая. Таз нормальный. Роды длятся 8 часов с хорошей силой. Предлежит головка малым сегментом во входе в малый таз. При влагалищном исследовании раскрытие шейки матки на 3 см, плодный пузырь цел, через плодный пузырь определяются надбровные дуги, корень носа и глазница, которые находятся ближе к лонному сочленению (передний вид по спинке).

Диагноз.

Тактика врача.

## Контрольные вопросы

1. Что называем вариантами механизма родов?
2. Какие механизмы родов относятся к сгибательным и разгибательным механизмам родов?
3. Механизм родов при передне-головном и лицевых предлежаниях плода.
4. Каковы особенности течения и исхода родов при асинклитизме и лобном предлежании плода?
5. Диагностика вариантов механизмов родов при помощи вагинального исследования.
6. Осложнение для матери и плода при разгибательных типах механизма родов.

## Практические навыки

1. Знать причину возникновения вариантов сгибательного и разгибательного типа механизма родов.
2. Освоить основные моменты механизма родов при сгибательном и разгибательном механизме родов.
3. Уметь диагностировать различные варианты сгибательного и разгибательного типа механизма родов.
4. Уметь составить план ведения родов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирющенко А. П. Акушерство. М., 1986, с. 330—334.
2. Многотомное руководство по акушерству и гинекологии. М., 1963, т. 3, с. 142—155.
3. Малиновский М. С. Оперативное акушерство. М., 1967, с. 74—93.
4. Михайленко Е. Т., Бублик-Дорняк Г. М. Патологическое акушерство. Киев, 1976, с. 87—91.
6. Иванов А. А., Ланковиц А. В. Акушерский фантом. М., 1952, с. 48—60.
7. Акушерство. Учебное пособие. Под ред. В. И. Ельцова-Стрелкова, Е. В. Мареева. М., 1987, с. 114—124.

## Т е м а: АНАТОМИЧЕСКИ СУЖЕННЫЙ ТАЗ

**Цель занятия:** Освоение студентами понятия об анатомическом суженном тазе, его форм, диагностики и особенностей биомеханизма и исхода родов.

**Задачи:** 1. Понятие о суженном тазе. 2. Знание частоты и классификации суженных тазов. 3. Диагностика форм суженных тазов. 4. Освоение механизма и прогноза родов в зависимости от формы сужения.

**Место занятия:** учебная комната, палата патологии беременных, родильный блок.

**Наглядные пособия:** муляжи таза, кукла, фантом, головка с различными конфигурациями, таблицы, истории родов.

**Содержание занятия.** Анатомически суженным тазом называется такой таз, у которого все, несколько или даже один размер уменьшены на 1,5—2 см. Частота анатомически суженных тазов 2—6,0%, в среднем составляет 2,5—4,0.%

Знание форм и особенностей анатомически суженных тазов имеет большое значение в определении исхода родов, возможности развития в родах так называемого клинически узкого таза, т. е. несоответствия головки с тазом. Последняя представляет опасность для матери и плода.

Классификация суженных тазов следующая:

I. По форме сужения:

1. Часто встречающиеся:

- 1) общеравномерносуженный таз;
- 2) поперечно-суженный таз;
- 3) плоский таз: простой, плоскоррахитический.

2. Редко встречающиеся:

- 1) общесуженно-плоский;
- 2) кососмещенный;



- 3) воронкообразный;
- 4) инфантильный;
- 5) кифотический;
- 6) спондилолистический;
- 7) таз с экзостазами и опухолями и др.

II. По степени сужения различают 3 степени по показателям истинной конъюгаты.

I степень — когда истинная конъюгата равна 8—10 см.

II степень — когда истинная конъюгата от 6 до 8 см.

III степень — когда истинная конъюгата менее 6 см.

В настоящее время в основном встречается I степень сужения таза, что касается III степени — почти ее нет. С клинической точки зрения для определения формы и степени сужения таза, для прогноза родов через естественные родовые пути нужно также измерить следующие дополнительные размеры:

1. Размеры большого таза.
2. Окружность таза.
3. Диагональная конъюгата.
4. Вычисление истинной конъюгаты.
5. Размеры выхода малого таза.
6. Размеры поясничного ромба (Михаэлиса).
7. Индекс Соловьева.
8. Косые размеры таза.
9. Измерение латеральной конъюгаты (N 14—15 см).
10. Высота лонного сочленения (N 4—5 см) и лонно-угола.
11. Лонно-крестцовый размер. Расстояние от середины симфиза до сочленения 2—3 крестцовых позвонков (N 22 см).

Большое значение в определении форм и степени сужения таза придают R — пельвиометрии и УЗИ.

Путем рентгенопельвиометрии выделены 4 основные формы таза:

1. гинекоидный (женский таз) — форма входа круглая или поперечно-овальная, большая седлащная выемка.
2. андроидный (мужской таз) — форма треугольная, лонный угол узкий, узкая лонная дуга.
3. андропонидный (поперечно-суженный таз) — фор-

ма входа продольно-овальная, прямые диаметры удлинены, поперечные укорочены.

4. платипелондный (плоский таз) — форма поперечно-овальная, укорочены прямые, длинные поперечные размеры.

Причинами узкого таза могут быть *нарушения* обмена веществ между матерью и плодом, т. е. недостаточность фетоплацентарного комплекса, заболевания в детстве и в периоде полового созревания; неудовлетворительные материально-бытовые условия в жизни ребенка, перенесенные тяжелые инфекции и другая экстрагенитальная патология, включая эндокринной системы, травмы костей и др.

Для диагностики узкого таза большое значение имеют анамнестические, объективные, а также акушерские методы исследования, состояние ромба, измерение таза, определение истинной конъюгаты путем влагалитического исследования и другие.

Механизм родов при суженом тазе имеет свои особенности, в зависимости от его формы.

**Механизм родов при общеравномерносуженном тазе.**

Общеравномерносуженным тазом называется такой таз, в котором равномерно сужены все его размеры. Механизм родов при таком тазе такой же, как и при нормальных размерах таза. Однако здесь каждый момент механизма имеет свои особенности.

1. Сгибание головки при входе в малый таз, происходит после вставления ее в малый таз. Это дает возможность тому, что стреловидный шов располагается в одном из косых размеров.

2. Сгибание головки возникает при переходе головки из широкой части в узкую часть. Головка встречает еще большее сопротивление и поэтому максимально сгибается, малый родничок опускается вниз, занимает центральное положение и соответствует проводной оси таза. Такое сгибание головки называется редереровским асинклитизмом, благодаря чему она проходит узкую часть малого таза своим наименьшим размером.

3. В результате максимального сгибания головка сильно вытягивается в длину, что называется долихоцефалической конфигурацией головки.

Эти три особенности имеют место в I и II моментах механизма родов.

В плоскости выхода таза, головка стреловидным швом устанавливается в прямом размере и происходит разгибание ее.

Таким образом продолжительность родов при данном механизме удлиняется.

### МЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ПОПЕРЕЧНО-СУЖЕННОМ ТАЗЕ

Поперечно суженным тазом называется такой таз, при котором уменьшены поперечные размеры его на 1 см и более, при нормальном или увеличенном размере истинной конъюгаты. В результате наблюдается высокое прямое стояние головки. При этом головка сильно сгибается, проходит в согнутом положении, сагитальным швом в прямом размере через все плоскости таза. Если передний вид, головка рождается как при биомеханизме родов передним видом затылочного предлежания. Если задний вид, то поворот происходит в полости или возникают осложнения в родах.

### МЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ПЛОСКОМ ТАЗЕ

Плоскорихитический таз отличается тем, что в нем сужен лишь прямой размер плоскости входа в таз. Механизм родов имеет следующие особенности.

I. Головка плода стреловидным швом располагаясь в поперечном размере таза, во входе незначительно разгибается.

II. Отмечаются асинклитические вставления головки (передний или задний).

III. Наблюдается сильная брахецефалическая конфигурация головки.

Эти три особенности характерны для I момента механизма родов. II—III—IV моменты механизма родов происходят как обычно, т. е. также как при нормальном тазе.

У женщин с анатомически суженным тазом при беременности и родах могут быть следующие осложнения:

1. несвоевременное излитие околоплодных вод;
2. слабость родовой деятельности;
3. возникновение функционально узкого таза, несоответствие головки с тазом;



4. травмы мягких тканей матери и головки плода;
5. преждевременные роды, тазовое предлежание, поперечное положение плода.

Течение и исход родов при узком тазе и его последствия зависят от степени сужения таза, размеров и массы плода, правильного вставления предлежащей части и его конфигурации, силы родовой деятельности и общего состояния женщины.

Ведение родов при узком тазе является одной из сложных задач врача, зависит от его квалификации.

В задачи женской консультации по ведению беременных с суженным тазом входит:

1. Ранний охват беременных и выявление женщин с суженным тазом, проведение диспансерного наблюдения за течением беременности.

2. Направление беременных с суженным тазом в стационар за 2—3 нед. до родов для составления плана ведения беременности и метода родоразрешения.

Профилактикой суженного таза является рациональная антенатальная охрана плода, предупреждение инфантилизма и заболеваний в детском возрасте, своевременная диагностика и лечение патологии эндокринной и репродуктивной систем.

### Задача № 1

Первородящая, размеры таза 23—26—29—18.

Родовая деятельность активная. Раскрытие шейки матки на 6 см. Плодный пузырь цел. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Мыс достигим. Диагональная коньюгата 10 см. Масса плода 3000,0.

Поставить диагноз. Определить тактику врача.

### Задача № 2

Роды третьи. Беременность 38 нед. Размеры таза 24—26—29—18. Индекс Соловьева — 16 см. Роды начались 10 час назад, 2 часа назад отошли околоплодные воды. Положение плода продольное. Сердцебиение плода ясное 136 уд. в мин. над лоном. Влагалищное исследование: шейка матки не определяется, плодного пузыря нет. На уровне межспинальной линии определяется носик, подбородок плода, располагающиеся справа у лона. Достигнуть промониторнум не удастся.

Поставить диагноз. Определить тактику врача.

## Вопросы

1. Что называется суженным тазом?
2. Какие причины суженных тазов знаете?
3. Классификация тазов по форме и степени сужения.
4. Биомеханизм родов при общеравномерном суженном тазе.
5. Особенности биомеханизма родов при поперечно-суженном тазе.
6. Отличительные особенности механизма родов при плоскорахитическом тазе.
7. Особенности течения родов при суженном тазе.
8. Роль женской консультации в выявлении суженных тазов.

## ЛИТЕРАТУРА:

1. В. М. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирюшенок — Акушерство. М., 1986 г., с. 296—317.
2. Р. И. Калганова — Узкий таз в современном акушерстве. М., 1965.
3. М. С. Малинозский — Оперативное акушерство. М., 1967, с. 125—145.
4. Е. Т. Михайленко, П. М. Бублик-Дорняк. Патологическое акушерство. Киев, «Здоровье», 1968.
5. Л. С. Персианинов Акушерский семинар, Ташкент, Медицина, 1973.
6. Акушерство. Уч. пособие под редакцией В. И. Ельцова-Стрелкова, Е. В. Мареева. М., 1987, с. 101—112.
7. В. Н. Серов, А. Н. Стрижанов, С. А. Маркин. Практическое акушерство. М., Медицина 1989, с. 304—306.

## Тема: ФУНКЦИОНАЛЬНО УЗКИЙ ТАЗ

**Цель занятия:** Освоение клиники, течения и ведения родов при функционально узком тазе.

**Задачи:** 1. Знание частоты и причин функционально узкого таза. 2. Освоение особенностей течения родов и диагностики степеней функционально узкого таза. 3. Тактика ведения родов при функционально узком тазе.

**Место проведения:** Учебная комната, отделение или палата патологий беременных, кабинет пренатальной диагностики, родовой блок.

**Наглядные пособия:** Таз, кукла, фантом, таблицы, диапозитивы.

**Содержание занятия:** Функционально (клинически) узкий таз — это несоответствие размеров плода к размерам таза женщины.

К функционально узкому тазу относятся все случаи родов, при которых возникает диспропорция между размерами плода и тазом роженицы независимо от того, закончились роды оперативным путем или самопроизвольно.

**Частота.** Функционально узкий таз встречается в 1,5—2,5% случаев по отношению ко всем родам.

**Клиника.** Течение родов при функционально узком тазе целиком зависит от степени несоответствия между тазом роженицы и головкой плода. Чаще всего роды бывают затяжными, вследствие часто возникающей слабости родовой деятельности, другим осложнением родового акта является несвоевременное излитие околоплодных вод, которое в свою очередь часто приводит к выпадению пуповины. Реже встречается преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, эндометрит в родах, асфиксия и внутричерепные травмы плода.

К клиническим признакам достоверно указывающим на функционально узкий таз являются: отсутствие или



замедленное продвижение плода по родовым путям при полном раскрытии шейки матки и хорошей родовой деятельности, особенности механизма вставления головки, особенности конфигурации головки, наличие признака Вастена, размер Цангемейстера больше наружной конъюгаты, симптом прижатия мочевого пузыря, симптомы угрожающего разрыва матки.

Отсутствие или замедление поступательных движений плода по родовым путям при полном раскрытии маточного зева и хорошей родовой деятельности практически всегда свидетельствует о значительном или абсолютном несоответствии. Механизм вставления головки может соответствовать или не соответствовать данной форме таза. В первом случае его рассматривают как приспособительный механизм для преодоления головкой таза, во втором — как неблагоприятный признак.

Хорошая конфигурация головки плода является одним из важных факторов предопределяющих благоприятный исход родов. Признак Вастена представляет собой нависание головки над лоном. Он может иметь три варианта: 1) положительный — головка нависает над симфизом, 2) вровень — головка на одном уровне с передней поверхностью симфиза, 3) отрицательный — головка ниже плоскости симфиза. Достоверным признаком является больший размер Цангемейстера, чем размер наружной конъюгаты. Симптом прижатия мочевого пузыря тоже указывает на наличие функционально узкого таза и проявляется в виде отсутствия самостоятельного мочеиспускания, или, иногда, мочеиспускания малыми порциями.

**Классификация.** Функционально узкий таз делится на 3 степени несоответствия (по Р. И. Калгановой):

I степень несоответствия: 1) особенности вставления головки и механизма родов, свойственные имеющейся форме сужения таза; 2) хорошая конфигурация головки; 3) признак Вастена отрицательный; 4) размер Цангемейстера меньше наружной конъюгаты; 5) отсутствуют признаки прижатия мочевого пузыря и угрожающего разрыва матки;

Длительность родов несколько больше обычной.

II степень несоответствия: (значительное несоответствие): 1) особенности вставления головки и механизма родов, свойственные данной форме сужения

таза; 2) резко выраженная конфигурация головки; 3) длительное стояние головки в одной плоскости малого таза; 4) признак прижатия мочевого пузыря; 5) признак Вастена «вровень»; 6) размер Цангемейстера равен наружной конъюгате.

III степень несоответствия: (абсолютное несоответствие): 1) особенности вставления головки иногда несвойственные для данной формы анатомически узкого таза; 2) выраженная конфигурация головки или отсутствие конфигурабельной способности головки; 3) положительный признак Вастена; 4) размер Цангемейстера больше наружной конъюгаты; 5) выраженные симптомы прижатия мочевого пузыря; 6) преждевременное появление непроизвольных безрезультатных потуг; 7) отсутствие поступательных движений головки при полном открытии маточного зева и энергичной родовой деятельности; 8) симптомы угрожающего разрыва матки.

**Диагностика.** Диагностика функционально узкого таза должна начинаться с изучения акушерского анамнеза беременной женщины. Прогноз родов значительно ухудшается, если предыдущие роды были затяжными, крупным плодом, закончились оперативным вмешательством (кесарево сечение, акушерские щипцы, вакуум-экстракция, краниотомия и др.), рождением плода в состоянии асфиксии, с внутричерепной родовой травмой или мертворождением. В обязательном порядке всем беременным и роженицам нужно измерять размеры таза, так как анатомически суженный таз является самой частой причиной возникновения функционально узкого таза в родах. Помимо этого нужно внимательно осмотреть беременную, так как даже при наружном осмотре можно заподозрить наличие узкого таза: общий инфантилизм, рост меньше 150 см, признаки перенесенного в детстве рахита, сколиоз, кифоз, врожденный вывих тазобедренных суставов.

При подозрении на анатомическое сужение таза можно применить рентгенопельвиметрию, величину истинной конъюгаты можно определить также при помощи ультразвукового исследования в реальном масштабе времени.

**Ведение родов.** Роды необходимо проводить с тщательной функциональной оценкой таза. Исход родов при

функционально узком тазе всецело зависит от своевременной диагностики степени несоответствия.

При выборе тактики ведения родов необходимо учитывать следующие факторы: акушерский анамнез, течение беременности, предлежание плода, срок беременности, форма таза и его размеры, предполагаемая масса плода, характер родовой деятельности и другие.

В подавляющем большинстве родов функциональная оценка таза проводится в периоде изгнания плода. Лишь в некоторых случаях (высоком прямом вставлении головки, лобном предлежании, заднем виде лицевого предлежания) — ограничиваются периодом раскрытия шейки матки.

При I степени функционально узкого таза тактика должна быть выжидательной, так как роды обычно заканчиваются благоприятно через естественные родовые пути.

При II степени функционально узкого таза в интересах плода следует чаще прибегать к операции кесарева сечения, т. к. при этой степени узкого таза довольно высока перинатальная смертность, родовой травматизм. Нужно помнить о том, что при функционально узком тазе II и III степени применение акушерских щипцов категорически противопоказано. При мертвом плоде допустима краниотомия. При III степени функционально узкого таза единственно рациональным методом ведения родов является абдоминальное родоразрешение.

Своевременная диагностика функционально узкого таза, выбор наиболее рациональной тактики ведения родов в зависимости от степени несоответствия позволяют значительно уменьшить травматизм в родах, перинатальную смертность, а также другие осложнения.

**Профилактика.** Важная роль в профилактике осложнений, возникающих при функционально узком тазе принадлежит женской консультации, так как в последней должна даваться анатомическая оценка таза, оценка состояния плода и акушерского анамнеза. При выявлении анатомически суженого таза, других причин, которые могут привести к функционально узкому тазу, беременную относят в группу высокого риска и заблаговременно госпитализируют в акушерский стационар, где проводится обследование беременной и определяется тактика ведения родов.



### Задача № 1

Повторнородящая 34 лет поступила в клинику с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота и в пояснице. Из анамнеза выяснено: в детстве росла болезненным ребенком, брак первый, 7 лет страдала бесплодием. Первые роды в 26 лет были затяжными и закончились краниотомией. Рост женщины 148 см. Ромб Михаэлиса уплощен, размеры таза: 23—26—28—17 см. Индекс Соловьева 14,5 см. Положение плода продольное, предлежит головка над входом в малый таз, баллотирует. Схватки через 10—11 мин. по 30—35 сек. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное, 136 в мин.

При влагалищном исследовании: открытие шейки матки на 4 см, плодный пузырь сохранен, головка над входом в малый таз, отталкивается. Диагональная конъюгата 10,5 см.

Диагноз? План ведения родов?

### Задача № 2

Первородящая 29 лет поступила в клинику с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота. Родовая деятельность началась за 17 часов до поступления.

Пульс 80 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. А/Д 130/90. Живот овоидной формы, окружность 107 см, высота дна матки 38 см. Размеры таза 25—27—29—18 см. Положение плода продольное, предлежит головка прижата ко входу в малый таз. Родовая деятельность потуги в течение 50 минут хорошей силы через 3—4 минуты по 50—55 сек. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 144 уд/мин. слева ниже пупка. Моченспускание затрудненное. Признак Вастена вровень. При влагалищном исследовании: влагалище нерожавшей, сглажена, раскрытие полное. Плодного пузыря нет, головка на 11 плоскости малого таза, имеется небольшая родовая опухоль, швы и роднички не определяются.

Диагноз? План ведения родов?

#### Контрольные вопросы.

1) Отличие анатомически суженого таза от функционально узкого.

- 2) Какова частота клинически узкого таза?
- 3) Какие клинические признаки указывают на функционально узкий таз?
- 4) Чем опасен функционально узкий таз?
- 5) Какова тактика ведения родов при функционально узком тазе?
- 6) Профилактика осложнений при функционально узком тазе.

**Практические навыки.**

- 1) Уметь определить признак Вастена.
- 2) Измерить размер Цангемейстера.
- 3) При вагинальном исследовании определить выраженность конфигурации головки плода и родовой опухоли.
- 4) Уметь правильно оценить степень функционально узкого таза.

### ЛИТЕРАТУРА

1. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенко, «Акушерство». М., Медицина, 1986, с. 296—317.
2. М. С. Малиновский, «Оперативное акушерство». М., 1974 г., с. 137—152.
3. Р. И. Калганова, «Узкий таз в современном акушерстве», М., 1965 г.
4. Р. И. Калганова, // Акуш. и гин. 1978 — № 7 — С. 67—70.
5. Е. А. Чернуха, З. О. Базылбекова, Т. В. Галина, // Акуш. и гин. — 1986 — № 12 — С. 3—5.

## **Тема: АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ .**

**Цель занятия:** Изучить различные виды нарушений сократительной деятельности матки в родах, их диагностику, лечение и профилактику.

### **Задачи:**

1. Научиться, используя клинические методы обследования, диагностировать различные виды аномалий родовой деятельности.

2. Изучить частоту, причины первичной и вторичной слабости родовой деятельности, диагностику, лечение и ведение родов.

3. Ведение родов при чрезмерной и дискоординированной родовой деятельности.

**Место занятия:** Учебная комната, предродовая палата, родильный зал, кабинет УЗИ.

**Наглядные пособия:** стенды со схемой регуляции родовой деятельности, слайды, таблицы, истории родов со слабостью родовой деятельности, гистерограммы, гистероанограф, осцилограф, мониторы, аппарат УДН-10.

**Содержание занятия:** Патология сократительной деятельности матки является одной из актуальных проблем современного акушерства. Встречается в 15—17% всех родов. Развитие аномалии родовой деятельности влечет за собой большой процент оперативных вмешательств в родах, повышается частота акушерских кровотечений, родового травматизма, они способствуют увеличению мертворождаемости и смертности новорожденных, при них возрастает частота послеродовых заболеваний.

**Причины аномалии родовой деятельности:**

- 1) пространственное несоответствие между размерами головки и тазом матери (узкий таз, опухоли и др.);
- 2) перерастяжение матки, связанное с многоводием, многоплодием;



- 3) крупный плод;
- 4) ригидность шейки матки;
- 5) тазовые предлежания;
- 6) переносная беременность;
- 7) плоский плодный пузырь;
- 8) нарушение обмена веществ (ожирение);
- 9) отрицательные эмоции, утомление роженицы;
- 10) нейротрофические изменения в матке;
- 11) пороки развития матки;
- 12) общий инфантилизм и инфантилизм половых органов;
- 13) перенесенные воспалительные заболевания;
- 14) применение больших доз сернокислой магнезии у рожениц с нефропатией;
- 15) первородящие старше 30 лет.

В группу высокого риска возникновения аномалии родовой деятельности относятся беременные, в анамнезе у которых установлены хронические или рецидивирующие инфекции, позднее менархе, нарушения менструальной функции, аборт, аномалии развития, патологическое течение предшествующих родов, миома матки.

### **КЛАССИФИКАЦИЯ АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ:**

- I. Слабость родовой деятельности:
  - 1) первичная;
  - 2) вторичная;
  - 3) слабость потуг (первичная, вторичная).
- II. Чрезмерно сильная родовая деятельность.
- III. Дискоординация родовой деятельности.

#### **I. СЛАБОСТЬ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Среди нарушений сократительной функции матки в родах ведущее место занимает слабость родовой деятельности.

К возникновению слабости родовой деятельности в родах предрасполагают наличие психогенных расстройств, страх перед родами, снижение активности нейроэндокринных систем, нарушение жирового обмена.

Слабостью родовой деятельности называется такое состояние, при котором сила, продолжительность и час-

тота схваток недостаточны, в результате чего сглаживание и раскрытие шейки матки и продвижение головки или ягодиц плода идет медленно.

Различают два вида слабости родовой деятельности: первичную и вторичную.

Слабость родовой деятельности, развившаяся с самого начала родовой деятельности, называется **первичной слабостью**.

**Вторичной слабостью** родовой деятельности называется такая аномалия родовой деятельности, при которой хорошая в начале родов родовая деятельность частично или полностью прекращается. Кроме того различают **слабость потуг** — это ослабление родовой деятельности в конце второго периода родов, возникающее в результате слабости мышц передней брюшной стенки или общего утомления роженицы.

Частота слабости родовой деятельности составляет 8—10% от общего числа родов, причем в 2 раза чаще встречаются у первородящих, чем у повторнородящих. Клиническая картина родов при первичной слабости родовой деятельности очень разнообразна. Схватки могут быть удовлетворительной силы, но очень редкими, или же частыми, но слабыми и короткими. Часто первичная слабость родовой деятельности сопровождается ранним, а нередко и дородовым излитием околоплодных вод, что может привести к развитию инфекции в родах, к гипоксии и внутриутробной гибели плода.

В послеродовом периоде, в результате аномалии отслойки плаценты, может возникнуть кровотечение. Эта же причина приводит к гипотоническому и даже атоническому кровотечению в послеродовом периоде. Диагноз первичной слабости ставится на основании характерной клинической картины — слабые, короткие, редкие схватки и недостаточная динамика родов. Если по истечении 6 часов от начала родовой деятельности у первородящих и 3-х часов — у повторнородящих не наступило раскрытие шейки до 2—3 см, можно ставить диагноз первичной слабости. При использовании мониторингового наблюдения диагноз можно поставить через 1—2 часа.

Лечение первичной слабости родовых сил основывается прежде всего на выяснении причины и ее устранение. Большое значение имеет правильная физиопсихопрофи-

лактическая подготовка к родам, снятие страха перед родами и физические упражнения во время беременности.

При решении вопроса о стимуляции родовой деятельности необходимо учитывать выраженность «зрелости» (готовность к родам) шейки матки.

При многоводии и наличии «зрелой» шейки матки, а также при открытии шейки матки на 4 см и больше, вскрыть плодный пузырь. При утомлении — кратковременный отдых, путем дачи акушерского наркоза, а затем приступить к стимуляции родовой деятельности.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМИ К СТИМУЛЯЦИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЯВЛЯЮТСЯ:**

1. Клинически узкий таз (несоответствие размеров плода и таза роженицы); 2. Наличие рубца на матке после операции; 3. Неправильное положение и предлежание плода; 4. Предлежание плаценты; 5. Угроза разрыва матки; 6. Гипоксия плода.

**Лечение.** При установлении диагноза первичной слабости родовых сил следует немедленно приступить к лечению этой патологии. Для повышения чувствительности матки к окситотическим веществам, особенно при «незрелой» шейке матки, до начала стимуляции, показано введение одного из эстрогенных препаратов: эстрадиола дипропионата до 40.000 ЕД, фолликулина — 20.000—30.000 ЕД, эстрона — 10.000 ЕД или 1 мл 2% раствора синестрола (20 мг) вместе с 0,5—1 мл эфира внутримышечно.

При «незрелой» шейке матки эстрогенные препараты вводят повторно через каждые 2—3 ч. до 3-х инъекций в сутки. Если имеется длительный безводный промежуток лечение начинают при «зрелой» шейке матки, но обязательно на фоне продолжающегося введения эстрогенов.

Для стимуляции родовой деятельности применяются: схемы Штейна, Курдиновского, В. Н. Хмелевского, Р. П. Шуба, И. З. Закирова и др.), а также внутривенное или трансбуккальное введение окситоцина, простагландинов.

Более эффективно комбинированное внутривенное введение простагландина  $F_{2\alpha}$  (2,5 мг) и окситоцина (2,5 ЕД) в 500 мл 5% раствора глюкозы. Раствор вводят также с начальной скоростью 6—8 капель в 1 минуту, при необходимости увеличивая ее, но не более чем до 30 капель в минуту.



На фоне стимуляции проводят профилактику внутриутробной гипоксии плода путем введения 100—150 мл 5% раствора бикарбоната натрия.

При утомлении роженицы и отсутствии эффекта от стимуляции предоставляется отдых путем дачи акушерского наркоза. После отдыха повторно вводят окситоцин. Если у первородящих в возрасте старше 30 лет или у роженицы с отягощенным анамнезом отсутствует эффект от окситоцина, решается вопрос о родоразрешении путем кесарева сечения.

При вторичной слабости родовой деятельности отмечается удлинение родов: схватки становятся слабыми и короткими, а паузы между схватками удлиняются, схватки могут прекратиться, продвижение подлежащей части плода по родовому каналу замедляется или же прекращается. Задержавшаяся на длительное время в одной из плоскостей малого таза головка плода, сдавливает родовые пути и сама подвергается неблагоприятному воздействию, нарушению мозгового кровообращения плода и кровоизлиянию в мозг.

Лечение вторичной слабости родовой деятельности, развившейся в I периоде родов, проводится предоставлением роженице отдыха (анальгетики, спазмолитики, акушерский наркоз-виадрил, ГОМК, электроанальгезия). В случаях, когда нормализации родовой деятельности не происходит, показана стимуляция одним из вышеуказанных методов. В случае несостоятельности мышц брюшного пресса применяется бинт Вербова, или обычная простыня.

При отсутствии эффекта от консервативных мероприятий показано родоразрешение оперативным путем: наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, извлечение плода за тазовый конец в зависимости от акушерских условий. Для профилактики кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах, во всех случаях в момент прорезывания головки внутривенно вводят 1 мл метилэргометрина, разведенного в 20 мл физиологического раствора или продолжается инфузия окситоцина или простагландина в последовом и раннем послеродовом периодах.

**II. Чрезмерно сильная родовая деятельность** характеризуется и проявляется сильными, продолжающимися более 1 мин. и часто повторяющимися, с короткими интервалами (1—2 мин.) схватками. Клиника родов харак-

теризуется внезапным, бурным началом. Сильные схватки с короткими паузами проводят к быстрому раскрытию шейки матки.

Второй период родов характеризуется бурными потугами, в результате чего плод рождается в 1—2 потуги. Это может привести к стремительным родам (1—3 часа), осложниться преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты, травмами шейки матки, влагалища, промежности и сопровождаться кровотечением, опасным для здоровья и жизни женщины.

У плода и новорожденного нередко внутрочерепные кровоизлияния, приводящие к мертворождаемости и ранней детской смертности. Для лечения этой патологии с успехом используются миметики типа алулента и партусистена.

**III. При дискоординированной родовой деятельности** отсутствует координация в сокращении различных отделов матки: правой и левой ее половинами, верхним и нижним отделами или между всеми отделами матки — фибрилляция, тетанус матки. Причинами развития дискоординированной родовой деятельности могут быть пороки развития матки, изменения миометрия, воспалительные заболевания, опухоли матки, аборт.

Клиническое течение родов при дискоординированной родовой деятельности характеризуется нерегулярными болезненными схватками. Отмечается отсутствие или замедление раскрытия шейки матки. При дискоординации родовой деятельности наблюдается резкое нарушение маточно-плацентарного кровообращения, в результате чего развивается гипоксия плода.

Для лечения дискоординированной родовой деятельности используют психотерапию, анальгетические и спазмолитические средства; апрофен, но-шпа, промедол, можно применять миметики и даже акушерский наркот. Хороший эффект дает электроанальгезия, иногда раннее вскрытие плодного пузыря.

**Профилактику** аномалии родовой деятельности нужно начинать в женской консультации: рациональное лечение экстрагенитальных заболеваний, бережное отношение к девочкам в пубертатном периоде, соблюдение режима во время беременности, пропаганда здорового образа жизни, выявление беременных групп риска на возникновение аномалии родовых сил, подготовка их к родам в женской консультации и др. Рациональное ведение родов.

### З а д а ч а

Беременная повторнорожающая, 32 лет поступила в стационар по поводу излития околоплодных вод 4 ч. тому назад, срок беременности 39—40 нед. В предыдущих родах отмечалась слабость родовой деятельности, эндометрит в родах и в связи с начавшейся гипоксией плода были наложены полостные акушерские щипцы.

В настоящее время родовая деятельность отсутствует, подтекают околоплодные воды, предполагаемая масса плода — 3800, родовые пути к родам не подготовлены. Положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. в мин.

Поставить диагноз. Определить акушерскую тактику.

Контрольные вопросы:

1. Как классифицируется аномалия родовой деятельности?
2. Что называется слабостью родовой деятельности?
3. Что понимают под первичной и вторичной слабостью родовой деятельности?
4. Каковы их причины?
5. Какие существуют методы родостимуляции?
6. Какова тактика ведения родов при первичной и вторичной слабости родовой деятельности?
7. Что понимается под быстрыми и стремительными родами и какие лечебные мероприятия проводят при них?
8. Какую форму аномалии родовой деятельности называют дискоординированной, причины, клиника и ведение родов?
9. Осложнения при различных формах аномалии родовой деятельности для матери и ребенка.

**Практические навыки:**

1. Определить степень готовности организма к родам.
2. Степень зрелости шейки матки.
3. Освоить диагностику первичной и вторичной слабости родовой деятельности, схемы лечения, ведение родов.
4. Освоить диагностику чрезмерной и дискоординированной родовой деятельности, ведение родов.

### Л И Т Е Р А Т У Р А

1. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирюшенко — Акушерство. Учебник для медвузов. — М., 1986 г., стр. 317—326.
2. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике: Руководство под ред. Э. К. Айламазяна. — Л., 1985 г., стр. 26—50.
3. Л. С. Персианнов. Физиология и патология сократительной деятельности матки. — М., 1975 г.
4. Акушерство — Учебное пособие (под ред. В. И. Ельцова-Стрелкова, Е. В. Мареева). М., изд. Унив. друж. народов, 1986 г., стр. 142—152.
5. В. Н. Серов, А. Н. Стрижаков, С. А. Маркин — Практическое акушерство. М., Медицина, 1989 г., стр. 298—301.
6. Практическое акушерство. Под редакцией Я. П. Сольского. «Здоровье», Киев, 1976 г., стр. 309—327.



## Тема: КРОВОТЕЧЕНИЕ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И В РОДАХ

**Цель занятия:** Освоение причин, методов диагностики акушерских кровотечений и принципов неотложной помощи при преждевременной отслойке плаценты и предлежании плаценты.

### Задачи:

1. Изучение основных причин преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и предлежания плаценты. 2. Клиника и методы диагностики преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и предлежания плаценты. 3. Тактика ведения беременности и родов при этих формах патологии. 4. Профилактика акушерских кровотечений во время беременности и родов.

**Место занятия:** учебная комната, палата патологии беременных, родильный блок, операционный блок.

**Наглядные пособия:** Таблицы, муляжи, рисунки, акушерские инструменты, слайды, система для переливания крови и кровезаменителей, инфузионные растворы, лекарственные препараты, истории родов.

**Содержание занятия:** 1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты — *separatio placentae postmatriter insertae prematura*.

**Определение:** Преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты (ПОНРП) называют такое состояние, когда это происходит до рождения плода — во время беременности или родов. Обычно плацента удерживается на стенке матки не только за счет ее связей с децидуальной оболочкой, но и за счет внутриматочного давления.

**Частота:** ПОНРП встречается в 0,3—1,5% родов в 2 раза чаще у повторно беременных и особенно много-рожавших женщин.

**Причины:** поздний токсикоз беременных, особенно сочетанный с экстрагенитальными заболеваниями, гипертоническая болезнь, изосерологическая несовместимость крови матери и плода по системе АВО и резус-фактору, и другие экстрагенитальные заболевания. Предрасполагающими факторами ПОНРП могут являться также травма живота, многоводие, многоплодие, чрезмерная короткость пуповины, дистрофические изменения, эндометрия и др.

В родах причинами ПОНРП могут быть дискоординация родовой деятельности, неправильная родостимуляция, внезапное и быстрое излитие околоплодных вод, рождение первого плода при монохориальной двойне, локализация плаценты в миоматозном узле, хронический базальный эндометрит, преждевременное старение плаценты, переносимая беременность и др. При преждевременных родах отслойка плаценты наблюдается в 3 раза чаще, чем при своевременных.

В патогенезе играет роль патологическое состояние спиральных артерий децидуальной оболочки, их хрупкость, потер эластичности. Кровотечение может происходить также в толщу децидуальной и мышечной оболочек, во все слои матки вплоть до брюшины, придатков матки и околоматочной клетчатки, с образованием маточно-плацентарной апоплексией (матка Кувелера).

**Клиника.** Различают ПОНРП во время беременности и родов; прогрессирующую и не прогрессирующую, по клиническому течению — легкую и тяжелую формы.

**Легкая форма:** Клинические симптомы скудные. Матка между схватками полностью не расслабляется, тонус миометрия повышен, сердцебиение плода заметно не страдает. Из половых путей — в небольшом количестве кровянистые выделения, околоплодные воды могут иметь примеси крови.

**Тяжелая форма:** Характеризуется выраженным клиническим проявлением геморрагического и болевого шока. Резкие боли в животе, слабость, головокружение, рвота; признаки нарушения центральной гемодинамики; частый, слабого наполнения пульс, артериальная гипотензия. Матка в состоянии резкого гипертонуса, не расслабляется, болезненность при пальпации,

локальная или постоянные боли в животе и пояснице, иногда наружное кровотечение из половых путей.

Развиваются признаки прогрессирующей гипоксии и асфиксии плода. Кожные покровы и видимые слизистые резко бледны, цианоз губ, дыхание учащено. Живот вздут, имеется «локальная припухлость». Мелкие части плода не определяются, сердцебиение не прослушивается. Прогрессируют нарушения в системе гемостаза: при развитии синдрома ДВС кровь, вытекающая из половых путей, образует рыхлые сгустки или не свертывается. Появляются кровоизлияния в местах инъекций, петехии на коже лица, груди, живота; гематурия. Развивается олигоанурия. При ультразвуковом исследовании характерным является наличие эхонегативного пространства между стенкой матки и плацентой. Если отслоившийся участок расположен по краю плаценты, то на эхограмме определяется линейная эхонегативная полоска.

**Диагноз** при наличии описанных выше симптомов установить нетрудно. При частичном отделении плаценты, обычно диагноз ставится после окончания последового периода при осмотре плаценты.

**Лечение** преждевременной отслойки плаценты основывается на 2-х основных принципах: 1) бережное быстрое родоразрешение; 2) борьба с острой анемией и шоком. Выбор метода родоразрешения зависит от степени кровопотери и условий, позволяющих произвести ту или иную акушерскую операцию. Тактика ведения родов определяется клинической формой отслойки нормально расположенной плаценты и подготовительностью родовых путей к родам. При легкой форме, т. е. при небольшой и умеренной кровопотере и раскрытии шейки матки на 3—4 см и хорошей родовой деятельности, дальнейшая отслойка иногда может быть приостановлена вскрытием плодного пузыря. Тем самым роды ускоряются. Родовозбуждение и родостимуляция при этой патологии противопоказаны.

Необходим постоянный кардиомониторный контроль, врачебное наблюдение, наличие катетера в вене для создания полной готовности к инфузионно-трансфузионной терапии. Через естественные родовые пути роды ведут только при благоприятной акушерской ситуации: полное соответствие размеров головки плода и



таза матери, при нормальном механизме родов, при координированной (нормальной) сократительной деятельности матки. При узком тазе, крупном плоде, перенесенной беременности, аномалиях родовой деятельности целесообразно расширить показания к кесареву сечению. При тяжелой форме отслойки плаценты родоразрешение через естественные родовые пути возможно только при наличии условий для их немедленного завершения.

Если отслойка плаценты произошла во время беременности или в самом начале периода раскрытия, когда имеется картина выраженного и нарастающего кровотечения, а родовые пути неподготовлены к родам, показана операция кесарево сечение по абсолютным показаниям. При наличии значительного пропитывания матки кровью, ее поверхность имеет диффузную или крупноочаговую темно-фиолетовую окраску, если мышца матки дряблая, хрупкая, слабо реагирует на механические и фармакологические воздействия при наличии симптомов ДВС, то такая матка подлежит удалению (надвлагалищной ампутации, лучше — экстирпация).

При ведении родов через естественные родовые пути ручное отделение плаценты и выделение последа с одновременной ревизией стенок полости матки следует производить тотчас после рождения плода, чтобы удалить пристеночные сгустки крови, исключить нарушение целостности органов, предотвратить гипотоническое кровотечение, гипокоагуляцию.

**Профилактика.** Профилактика ПОНРП должна включать раннее выявление и своевременное лечение токсикозов второй половины беременности, гипертонической болезни, некоторых форм внутренней патологии беременности.

**Осложнения.** Анемия и иногда ДВС синдром, эмболия околоплодными водами, асфиксия и гибель плода, острая почечная недостаточность и др.

## II. Предлежание плаценты — *placentae praevia*.

**Определение:** Расположение плаценты в нижнем сегменте матки, выше внутреннего зева, впереди предлежащей части плода, называется предлежанием плаценты.

**Частота:** Предлежание плаценты встречается в 0,5—1% случаев родов, часто у повторнобеременных и повторнородящих.

**Классификация:** 1. Полное предлежание плаценты (pl. praevia totalis). 2. Неполное (pl. praevia incompletta). При полном предлежании плацента располагается своим центром над внутренним зевом, при частичном — край плаценты доходит до внутреннего зева. 3. Изредка встречающаяся форма, так называемая шейчная плацента (pl. cervicalis), когда плацента развивается в перешейке и шейке матки.

**Причины:** Морфологические, воспалительно-дегенеративные изменения эндометрия и нервно-мышечного аппарата матки, иногда снижение протеолитических свойств зиготы.

**Патогенез:** Предлежание плаценты возникает вследствие имплантации оплодотворенного яйца в области перешейчной части матки.

При предлежании плаценты ворсинки плаценты проникают в стенку матки в области ее перешейки значительно глубже, чем в тело матки. Вследствие этого часто возникает плотное прикрепление плаценты (pl. adhaerens), а иногда даже истинное ее приращение (pl. accreta). В результате процесс отслойки плаценты нарушается, и возникает кровотечение. Нижний сегмент матки при этом превращается в губчатую, пещеристую ткань, которая плохо сокращается, легко травмируется и является дополнительным источником кровотечения. Опускающаяся головка, прижимая кровотокающие сосуды приостанавливает кровотечение.

**Клиника.** Ведущим симптомом предлежания плаценты является кровотечение, оно всегда наружное, внезапное, без видимой внешней причины, не сопровождается какими-либо болевыми ощущениями, часто начинается в покое, ночью, во время работы, и т. д., кровотечение внезапно может прекратиться, но обязательно повторяется. При предлежании плаценты имеет место значительное снижение ОЦК, часто сочетается с артериальной гипотонией.

При полном предлежании характерным является появление сильного кровотечения, чаще в конце беременности. Нередко наблюдается или косое, поперечное

положение плода или тазовые предлежания и преждевременные роды. При наружном исследовании предлежащую часть плода удается определить, но она располагается высоко над входом в малый таз и впереди от нее пальпируется мягкая ткань. При влагалищном исследовании, при закрытом зеве, через своды влагалища пальпируется мягкая ткань и пастозность сводов. При открытой шейке ясно прощупывается шероховатая плацентарная ткань. Влагалищное исследование надо производить бережно и как правило при подготовленной операционной.

При УЗИ беременных с предлежанием плаценты характерным является наличие плацентарной ткани в области внутреннего зева.

**Диагноз:** ставится на основании вышеуказанных клинических симптомов, показателей наружных и внутренних акушерских методов исследований, и при наличии аппарата ультразвукового сканирования. Появление наружного маточного кровотечения с учетом его особенностей и данных анамнеза в диагностике предлежания плаценты является главным.

**Осложнения:** Анемия и иногда ДВС синдром, опасность инфекции, воздушная эмболия зияющих зон плацентарной ткани, асфиксия и гибель плода и др.

С целью предотвращения осложнений при обращении беременной в женскую консультацию с жалобами на кровотечение из половых путей врач должен ограничиться осторожным общим и наружным акушерским исследованием и немедленно направить беременную в родильный стационар.

**Лечение:** Наблюдение и лечение беременных с предлежанием плаценты осуществляется только в акушерском стационаре.

При неполном предлежании плаценты допустимо строгое наблюдение и консервативное лечение: соблюдение постельного режима, спазмолитики и токолитики (раствор магния сульфата, раствор папаверина гидрохлорида, раствор но-шпы).

Лечение анемии феррум лек по 5 мл в/в или по 2 мл в/м раствор йектофера; раствор витамина В<sub>12</sub> по 500 мкг в/м; гемостимулин по 1 таб. 4 раза в сутки; ферроплекс по 2 таблетки 3 раза в день и др.).



Назначение препаратов, нормализующих маточно-плацентарный кровоток и обменные процессы (растворы глюкозы, аскорбиновой кислоты, сигетина, пиридоксина гидрохлорида, тиамин хлорида или тиамина бромида, токоферола ацетата (вит. Е), эссенциале по 5—10 мл в/в или по 2 капсулы 3 раза в день; свечи с теофиллином по одному разу в сутки). Основным методом лечения является кесарево сечение, которое производится во всех случаях предлежания и при неполном предлежании при повторяющихся кровотечениях, одномоментной кровопотери более 200 мл, в родах при сочетании поперечным положением, тазовым предлежанием, крупным плодом, гипоксией плода при анатомически узком тазе и др.

Роды через естественные родовые пути возможны при строгом наблюдении при неполном предлежании плаценты и прекращении кровотечения после вскрытия плодного пузыря (при развернутой операционной).

При полном предлежании плаценты операция производится по жизненным показаниям со стороны матери независимо от срока беременности и состояния плода. Операция метрейриза, наложения кожно-головных щипцов, низведение ножки в настоящее время изъяты из арсенала средств борьбы с кровотечением при предлежании плаценты.

### Задача № 1

Роженица Х., 29 лет, доставлена в клинику из районного родильного дома по поводу небольшого кровотечения из влагалища с сильной постоянной болью в животе, появившегося через 6 часов от начала регулярных схваток.

**Субъективно:** общее состояние удовлетворительное. Живот овальной формы, болезнен при пальпации в области дна матки слева, где отмечается небольшое выпячивание. Окружность живота 105 см, высота стояния дна матки — 31 см. Положение плода продольное, предлежащая часть головка, фиксирована большим сегментом во входе в м/таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, глухое, 170 уд. в 1 мин. Схватки продолжительностью 35—40 сек. через 4—5 мин., хорошей силы. Размеры таза: 26—29—31—21 см. Показатели крови и мочи в норме.

Данные влагалищного исследования: во влагалище имеются незначительные кровянистые выделения со сгустками крови, на шейке матки и во влагалище патологических изменений не обнаружено. Раскрытие канала шейки матки почти полное. Плодный пузырь цел, напряжен и вне схваток. Предлежащая часть головка во второй плоскости малого таза. Через своды плацентарная ткань не определяется. Мыс не достижим.  
Диагноз и тактика врача.

### Задача № 2

Беременная Ю., 25 лет, доставлена в родильный дом машиной скорой помощи через 30 мин. после внезапного начавшегося кровотечения. Алая жидкая кровь появилась во время акта дефекации среди полного здоровья без каких-либо причин. Беременность сроком 37—38 недель. Болей и схваток нет. К моменту поступления в роддом кровотечение прекратилось, кровопотеря дома и по дороге составила около 200 мл.

**Объективно:** При поступлении общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов изменений нет, матка правильной, овоидной формы, безболезненная. Окружность живота — 100 см, высота стояния дна матки — 32 см. Размеры таза: 25—28—30—20 см. Положение плода продольное, предлежащая часть головка высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд. в 1 мин., ясное, ритмичное слева ниже пупка. Над входом в малый таз выслушивается шум маточных сосудов. Матка не возбудима. Родовой деятельности нет. При влагалищном исследовании через своды влагалища пальпируется массивное, мягковатой консистенции подушковидное образование, мыс не достижим. Кости таза без деформаций. Исследуемые пальцы слегка окрашены яркой алой кровью.

При осмотре в зеркалах патологических изменений со стороны шейки матки, влагалища, наружных половых органов не обнаружено.

Диагноз и тактика ведения беременности.

### Контрольные вопросы:

1. Что Вы называете акушерским кровотечением? Дайте определение ПОНРП и предлежания плаценты?
2. Причины и частота ПОНРП и предлежания плаценты?

3. Назовите основные симптомы ПОНРП и предложения плаценты?

4. Какую опасность для матери и плода представляют указанные патологии?

5. Тактика ведения беременности и родов при ПОНРП и предлежания плаценты?

#### Практические навыки

1. Уметь выявить группу беременных с риском на кровотечение.

2. Умение диагностировать преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты и разновидности предлежаний плаценты.

3. Уметь переливать кровь и кровезаменителей.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирющенко А. П. — Акушерство, М., 1986 г., с. 336—347.

2. Бакшеев Н. С. — «Маточные кровотечения в акушерстве», Киев, 1970 г., с. 113—121.

3. Малиновский С. М. — «Оперативное акушерство», М., 1967 г., стр. 121—143.

4. Диагностика, профилактика и лечение кровотечений при беременности и в родах. Методические рекомендации МЗ СССР, М., 1987 г.

5. Практическое акушерство. Под ред. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А. М., 1989 г., гл. XV, стр. 359—364.

6. Репина М. А. «Кровотечение в акушерской практике». М. 1986 г., стр. 29—62.

7. Мордухович А. С. «Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты», Ташкент, 1990 г.



## Тема: КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

**Цель занятия:** Изучение принципов диагностики и неотложной помощи при кровотечениях в последовом и раннем послеродовом периодах.

### **Задачи:**

1. Изучение основных причин этих кровотечений.
2. Освоение клиники и методов диагностики кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах.
3. Усвоение ведения и основных принципов остановки акушерских кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах.
4. Знать профилактику указанных форм акушерских кровотечений.

**Место занятия:** учебная комната, палата патологии беременных, родильный и операционный блок.

**Наглядные пособия:** таблицы, рисунки, инструменты, аппараты для инфузионной терапии, инфузионные растворы и лекарственные препараты.

**Содержание занятия:** Гемохориальный тип плаценты человека всегда сопровождается кровотечением в результате разрыва маточно плацентарных сосудов при отслойке плаценты.

### **I. Кровотечение в последовом периоде.**

**Причины кровотечения в последовом периоде:**

1. Пониженный тонус матки (при наличии опухоли матки, рубцы на стенке матки, хронический метроэндометрит, частые аборт и др.
2. Плотное или интимное прикрепление плаценты — когда ворсинки хориона прорастают базальный слой слизистой оболочки стенки матки, но не доходят до мышцы матки.
3. Истинное приращение плаценты.

При этом ворсинки хориона прорастают и мышцы матки.

4. Обширная или добавочная плацента.

5. Спазм шейки матки.

6. Нерациональное ведение последового периода.

Клиника. Клиническая картина зависит от формы патологии. Если плацента прикреплена в трубном углу, матка становится мягкой, иногда асимметричной, так как плацента полностью не отслаивается, нет и соответствующих признаков ее отделения, появляется кровотечение. Если отделившийся послед ущемляется в матке, выражены признаки ее отделения, наружного кровотечения как правило нет, выжать послед не удается.

При плотном прикреплении или частичном приращении плаценты происходит лишь частичное отделение ее от стенки матки, однако полного отслоения не происходит и соответствующие признаки не определяются.

Матка расслабляется, при пальпации она гипотонична, из половых путей выделяется кровь. При наружном массаже, введении окситонических средств матка то сокращается и кровотечение уменьшается или прекращается, то вновь расслабляется и кровотечение возобновляется.

Лечение. Если послед не отделяется самостоятельно, то надо применить методы отделения последа, если нет признаков отделения. Если послед выделился, но осталась часть его, надо производить ручной контроль полости матки и удалить остатки. При истинном приращении плаценты, надо идти на оперативный путь — удаление тела матки. Женщина в последовом периоде не транспортабельна.

## II. Кровотечение в раннем послеродовом периоде.

Эта патология наступает в результате гипо- или атонии матки. Гипотония матки — перемежающееся снижение и восстановление тонуса миометрия.

Атония матки — это тяжелая недостаточность сократительной функции матки, неспособность обеспечить послеродовой гемостаз.

Из всех акушерских кровотечений, от общего числа родов, около 2—2,5% падает на гипо и атонических кровотечений.

Причины: 1. Истощение организма при заболевании матери или при длительных родах.

2. Многоплодие и многоводие.

3. Анатомически неполноценная матка (рубцы, опухоли, частые аборты). Функциональная неполноценность матки зависит от уменьшения количества биологически активных веществ.

4. Низкое прикрепление плаценты.

5. Преждевременная отслойка нормально расположенного детского места.

6. Предлежание плаценты.

7. Нарушение мозгового кровообращения у матери.

8. Дисгармоноз (гиперэстрогемия).

9. Чрезмерное сокращение матки, которое в последующем приводит к атонии.

10. Нарушение исходных состояний системы гемостаза (синдром ДВС).

**Патогенез:** Механизм развития гипотонии матки тот же, что и слабость родовых сил; в некоторых случаях гипотония матки возникает после чрезмерно сильной родовой деятельности и стремительных родов. В большинстве случаев это состояние, хотя и патологическое, но обратимое, при своевременной и рациональной терапии тонус и сократительная способность матки восстанавливается. Значительно реже гипотония, углубляясь, переходит в атонию. Механизм развития истинной атонии в одних случаях тот же, что и при гипотонии, в других — атония матки наступает без предшествующей гипотонии и по-видимому, объясняется врожденной неполноценностью маточной мускулатуры, глубоким угнетением физиологических реакций нервно-мышечного аппарата матки.

**Клиника.** Гипотоническое кровотечение характеризуется волнообразное течение. Обычно кровотечение начинается в последовом или в первые минуты послеродового периода. Выделяют два клинических варианта раннего послеродового кровотечения:

1) кровотечение с самого начала принимает обильный, массивный характер. Матка остается дряблой, атоничной, недостаточно отвечает на введение сокращающих средств, наружный массаж, ручное обследование стенок матки. Быстро прогрессирует гиповолемия, развивается геморрагический шок, синдром ДВС.

2) Начальная кровопотеря небольшая, матка периодически расслабляется, кровопотеря постепенно увеличивается. Кровь теряется порциями по 150—300 мл.



Сравнительно небольшие размеры повторных кровопотерь обеспечивают временную адаптацию родильницы к развивающейся гиповолемии: АД остается в пределах нормальных значений, отмечается бледность кожных покровов, нарастающая тахикардия. При недостаточном лечении гипотонии матки тяжесть нарушений постепенно прогрессирует. На определенном этапе наступает усиление кровотечения и быстрое ухудшение состояния родильницы: нарастают симптомы шока, развивается синдром ДВС.

Продолжительность гипотонического кровотечения различна. При нетяжелой начальной гипотонии и правильном лечении кровотечение может быть купировано в течение ближайших 15—30 минут.

В практической деятельности врача акушера-гинеколога деление кровотечений на гипо и атонические носит условный характер в связи со сложностью дифференциальной диагностики. Поэтому следует придерживаться следующего принципа: в послеродовом и раннем послеродовом периодах осуществлять точный учет кровопотери и при нарушении сократительной способности матки в раннем послеродовом периоде, при кровопотере, превышающей 3,5% массы тела (350—400 мл), необходимо срочно использовать арсенал средств борьбы с этой патологией.

**Лечение.** Система борьбы с гипотоническим кровотечением включает три этапа.

На первом этапе (кровопотеря 401—500 мл) основными задачами являются остановка кровотечения, предотвращение большой кровопотери и дефицита возмещения кровопотери более чем 500 мл, сохранение объемного соотношения кровь: кровозаменители, равным 0,5 : 1,0.

Мероприятия первого этапа борьбы с гипотоническим кровотечением включают:

- 1) опорожнение мочевого пузыря катетером, лечебный дозированный массаж матки через брюшную стенку по 20—30 сек. через 1 мин., местную гипотермию (лед на живот), внутривенное введение кристаллоидов.
- 3) ручное вхождение в матку для определения целостности ее стенок, удаления пристеночных сгустков крови,

проведения биологической пробы на контрактильную способность миометрия;

4) осмотр родовых путей, зашивание разрывов;

5) внутривенное введение для повышения сократительной активности матки витаминно-энергетического комплекса, содержащего 100—150 мл 40% раствора глюкозы, 10 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты, 2—4 мл АТФ и 50—100 мг кокарбоксилазы, а также 12—15 ЕД инсулина подкожно.

На этом этапе необходимо точный учет кровопотери: при отсутствии уверенности в прекращении кровотечения, а также при кровопотере 500 мл следует начать гемотрансфузию.

Если кровотечение не остановилось или возобновилось (кровопотеря 600—1000 мл) необходимо приступить ко второму этапу борьбы с гипотоническим кровотечением.

Основные задачи этого этапа состоят в следующем: остановить кровотечение, предотвратить большую кровопотерю и дефицит возмещения кровопотери более чем 500 мл, сохранить объемное соотношение кровь: кровезаменители, равным 1:1, не допустить переход компенсированной реакции на кровопотерю в декомпенсированную, нормализовать реологические свойства крови.

К мероприятиям второго этапа относятся:

1) применение простенона (1 мг в толщу миометрия) или рефлекторных и механических способов остановки кровотечения;

2) инфузионно-трансфузионная терапия: гемотрансфузия, переливания плазмозамещающих онкотически активных препаратов (плазма, альбумин, протенин) и синтетических коллоидных растворов (полиглюкин, реополиглюкин, полифер, желатиноль) наряду с этим используют введение кристаллоидных солевых растворов, изотоничных плазме крови (раствор Рингера-Локка, лактосоль). Кровопотеря возмещается свежей донорской кровью на 80—100%, плазмозамещающими и солевыми растворами на 20—30%.

Кроме того, необходимо развернуть операционную, чтобы быть готовыми к чревосечению. Все манипуляции проводятся под обезболиванием.

При восстановленном ОЦК показана кардинальная терапия: 40% раствор глюкозы, корглюкон, панангин, витамины С, В<sub>1</sub>, В<sub>6</sub>, кокарбоксылаза, а также антигистаминные препараты (пипольфен, димедрол, супрастин), АТФ.

Нельзя считать обоснованным рекомендации по ограничению на первом и втором этапах борьбы с гипотоническим кровотечением таких известных способов остановки кровотечения, как наложение клемм на область внутреннего зева матки (по Генкелю-Тиканадзе, Бакшееву и др.).

Своевременное их использование при небольшой кровопотере после контрольного ручного обследования послеродовой матки и двуручного комбинированного массажа матки приводит к хорошим результатам. Разнообразная и интенсивная терапия на ранних этапах развившейся гипотонии матки позволяет предотвратить большую кровопотерю и связанные с ней осложнения.

Если кровотечение не прекратилось или возобновилось, приступают к третьему этапу (кровопотеря 1—1,5 л и более), основные задачи которого заключаются в следующем: удалить матку до развития гипокоагуляции, не допустить дефицита возмещения кровопотери более чем 500 мл, сохранить объемное соотношение крови: кровезаменители, равным 2:1, своевременно компенсировать функцию дыхания искусственной вентилляцией легких — ИВЛ и почек (по показаниям применяют диуретические препараты), что позволяет стабилизировать гемодинамику.

Мероприятия третьего этапа включают:

1) при неостановленном кровотечении, ухудшении состояния родильницы:

а) интубационный наркоз, ИВЛ, чревосечение;

б) остановка кровотечения с целью нормализации гемодинамических и коагуляционных показателей (перевязка магистральных сосудов матки).

в) ампутацию или экстирпацию матки (определяется темпом и длительностью кровотечения, объемом кровопотери и состоянием системы гемостаза);

2) активную многокомпонентную инфузионно-трансфузионную терапию, при этом объем гемотрансфузии



должен соответствовать количеству потерянной крови или превышать его на 20—30%, используется теплая донорская кровь, оптимальное соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов (плазма, альбумин, протеин, реополиглокин, полиглокин, лактосоль, глюкоза, раствор Рингера-Локка) 2:1;

3) надтрансуфузию на 150—200 мл, учтенной кровопотери;

4) компенсацию функции жизненно важных органов (НВЛ, восстановление функции почек).

Профилактика: акушерских кровотечений.

1) оздоровление женщины с детства;

2) борьба с инфантилизмом;

3) диспансерное наблюдение;

4) рациональное ведение родов;

5) своевременное назначение сокращающих матку средств;

6) правильное ведение послеродового периода;

7) применение синхрокардиального декомпрессионного массажа (СДМ) молочных желез.

### Задача № 1

Роженица К., 36 лет, доставлена на машине скорой помощи с активной родовой деятельностью. Через 15 мин после поступления родилась живая, доношенная девочка массой 3950 г. Спустя 10 мин, из половых органов родильницы появились кровянистые выделения. Матка плотная, округлой формы, дно ее располагается на уровне пупка. Свисающая из влагалища пуповина с лигатурой возле промежности при глубоком вдохе и выдохе втягивается во влагалище и вновь опускается до прежнего уровня.

При надавливании ребром кисти над симфизом пуповина втягивается во влагалище. Кровянистые выделения из половых органов усилились, кровопотеря, составляющая 400 мл, продолжается.

Диагноз и тактика врача при данной ситуации.

### Задача № 2

Роженица С., 33 лет поступила в роддом с активной родовой деятельностью, начавшейся 6 часов назад. отошли околоплодные воды.

**Объективно:** При поступлении состояние удовлетворительное, правильного телосложения. Живот увеличен за счет беременности. Через 10 минут родилась живая девочка массой 4250 г. Через 5 минут после рождения ребенка самостоятельно отделился и выделился послед. При осмотре дольки плаценты и оболочек целые. Промежность и клитор целые. При осмотре в зеркалах на шейке и влагалище разрывов не обнаружено. Матка мягкая, дряблая, плохо контурируется, дно ее стоит на 3 поперечных пальца выше пупка. Кровопотеря в последовом периоде составила 250 мл, кровотечение не прекращается. Мочевой пузырь опорожнен с помощью катетера, на низ живота положен пузырь со льдом. Внутривенно введено 1 мл метилэргометрина в 20 мл 40% раствора глюкозы, произведен массаж матки через переднюю брюшную стенку. После этого матка уплотнилась, кровотечение остановилось, однако через 1—2 мин матка вновь расслабилась, кровотечение возобновилось, выделился большой плотный сгусток крови. Кровотечение продолжается. В течение 15 минут послеродового периода женщина потеряла более 500 мл крови.

Диагноз: Что делать?

### Контрольные вопросы

1. Причины возникновения кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах?
2. Признаки отделения и способы выделения плаценты?
3. Показания и техника ручного отделения плаценты?
4. Формы патологического прикрепления плаценты и акушерская тактика при истинном приращении плаценты?
5. Какое кровотечение в раннем послеродовом периоде называется гипо и атоническим, их частота.
6. Лечебная тактика при кровотечении в раннем послеродовом периоде?

### Практические навыки

1. Уметь определять признаки отделения плаценты.
2. Уметь применять способы выделения плаценты.

3. Применение наружных и чрезвлагалищных методов остановки кровотечения.

4. Уметь переливать кровозаменители и кровь.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирющенко А. П. — Акушерство, Учебник М., 1986 г., стр. 347 — 357.

2. Бакшеев Н. С. «Маточные кровотечения в акушерстве», Киев, 1970 г., с. 121—123; 128—136.

3. Серов В. Н. с соавт. «Практическое акушерство», М., 1989 г., гл. XV, стр. 364—368.

4. Диагностика, профилактика и лечение кровотечений при беременности и в родах.

Методические рекомендации МЗ СССР, М., 1987 г.

5. Репина М. А. «Кровотечение в акушерской практике». М., 1986 г., стр. 63—79.

6. Мордухович А. С. «Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты», Ташкент, 1990г.



## Тема: НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ ПЛОДА. АКУШЕРСКИЕ ПОВОРОТЫ.

**Цель занятия:** 1. Знать и научиться диагностировать неправильные положения плода.

2. Разобраться в показаниях, противопоказаниях и условиях к исправлению этих положений.

3. Обучиться технике операции поворота плода наружного и наружно-внутреннего.

### Задачи:

1. Понятие о неправильном положении плода.

2. Показания и условия акушерского поворота.

3. Виды и техника акушерского поворота.

4. Осложнения акушерского поворота для матери и плода.

**Место занятия:** Учебная комната, отделение или палата патологии беременности, женская консультация, родильный блок.

**Наглядные пособия:** фантом, таз, кукла. Рисунки, иллюстрирующие неправильные положения плода, моменты и виды акушерского поворота, слайды.

**Содержание занятия:** Неправильным положением плода называется такая клиническая ситуация, при которой ось плода пересекается с осью матки. К таким положениям относятся поперечные и косые положения плода, которые встречаются в 0,5—0,7% всех родов.

Поперечным положением плода (*situs transversus*) называют такое положение, при котором ось плода образует с продольной осью матки прямой угол, при косом положении плода (*situs obliquus*) ось плода пересекает ось матки под острым углом.

При поперечном положении вид плода определяется по спинке, а позиция — по головке, т. е. если она обращена влево — первая позиция, если вправо — вторая.

Причинами неправильных положений плода могут явиться следующие факторы; многоводие, многоплодие, узкий таз, предлежание плаценты, дряблость передней брюшной стенки, пороки развития матки и плода, короткая пуповина и др.

Диагноз поперечного (косого) положения плода особых трудностей не представляет.

Матка имеет поперечно-овальную форму, дно ее обычно стоит значительно ниже, чем при продольном положении, предлежащая часть отсутствует. Головка и тазовый конец плода располагаются в боковых отделах матки. Сердцебиение плода наиболее отчетливо выслушивается на уровне пупка, ближе к той стороне, где находится головка. Влагалищное исследование иногда дает достаточных подтверждений, хотя поэтому звукового исследования или рентгенографии. Только в родах, после вскрытия плодного пузыря влагалищным исследованием можно распознать поперечное (косое) положение плода, когда через внутренний зев прощупывается плечико плода, ребра, ключица, лопатка или остистые отростки позвонков. Нужно иметь в виду, что при поперечном (косом) положении плода часто во влагалище выпадает ручка, а иногда и петля пуповины, что обнаружив выпавшую ручку, легко прощупать подмышечную впадину, по которой можно определить, куда обращена головка плода, то есть установить позицию. Если подмышечная впадина закрыта в левую сторону — позиция первая и наоборот.

Однако при указанной ситуации необходимо отличить ручку от ножки. При этом берут во внимание следующее: на ножке удается прощупать надколенную чашку и пяточный бугор, пальцы на стопе почти одинаковой длины, большой палец плотно прижат и лишь с трудом отводится в сторону; на ручке кисть переходит в предплечье без выступа, пальцы на ручке длиннее, чем на ножке, большой палец без затруднений отводится в сторону и свободно прижимается к ладони. Важно также определить, какая ручка выпала — правая или левая. Для этого как бы «здороваются» правой кистью с выпавшей ручкой: если это удастся, выпала правая ручка, если не удастся — левая.

Роды при поперечном (косом) положении, как пра-

вило, патологические и создаются осложнения, чреватые большими опасностями и для матери и для плода.

Течение беременности и родов при неправильных положениях плода имеет ряд особенностей. Беременность хотя и протекает без особых осложнений, но нередко отмечаются преждевременные роды, дородовое излитие вод.

Первым возможным осложнением в родах является раннее отхождение вод, которое возникает в результате отсутствия разграничения между передними и задними водами и влияния внутриматочного давления на нижний полюс плодных оболочек. Раннее излитие вод влечет за собой такие осложнения, как выпадение ручки, петли пуповины, возникновение запущенного поперечного положения плода, гипоксии плода, хориоамнионита, даже разрыва матки.

Запущенным поперечным положением плода называется такое положение плода, когда при отошедших водах, под влиянием родовых сил плод опускается в перерастянутой нижней сегмент матки и делается совершенно неподвижным. Позвоночник плода изгибается, особенно в шейной части, плечико плода вколочивается в малый таз, а выпавшая ручка отекает и синеет.

Запущенное поперечное положение, являясь грозным осложнением родов, возникает тогда, когда роженице не оказана своевременная помощь, когда имело место запоздалая диагностика поперечного положения плода.

#### Ведение беременности и родов.

Если поперечное (косое) положение плода обнаруживается на 28—34 неделях беременности, есть некоторая надежда, что оно может измениться на продольное. С этой целью следует рекомендовать женщине лежать на том боку, где находится крупная нижележащая часть плода (головка, ягодицы).

Исправлению положения плода помогает также корригирующая гимнастика по методу И. И. Грищенко и А. Е. Щулешовой, которую следует систематически проводить в женской консультации. Если же неправильное положение плода сохраняется при сроках беременности в 35—36 недель, женщину обязательно следует направить в родильный стационар, где врач



может попытаться производить поворот плода наружными приемами.

#### Тактика ведения родов

I. При ведении родов необходимо исходить из следующих положений:

1) роды с доношенным плодом при поперечном его положении не могут завершаться самопроизвольно (самоповорот и самозворот наблюдается очень редко).

2) влагалищные методы родоразрешения (ручное извлечение плода за ножку после поворота его) очень сложны, технически небезопасны для матери и осложняются высокой мертворождаемостью.

Учитывая это нужно считать наиболее обоснованным методом родоразрешения при поперечном положении плода брюшностеночное кесарево сечение.

Эта операция показана в следующих случаях:

1) у первородящих старше 30 лет;

2) при сочетании поперечного положения с другой акушерской патологией (узкий таз, предлежание плаценты) или опухоль половых органов.

II. Если роды решено провести естественным путем, роженицу укладывают в постель, чтобы сохранить плодный пузырь до конца периода раскрытия. После полного раскрытия шейки матки плодный пузырь разрывают и производят поворот плода и извлекают его.

III. При наличии косо́го положения плода роженицу укладывается на бок, соответствующей находждению крупной части в повздошной области.

При опускании крупной части плода последняя нередко занимает продольное положение.

Если укладыванием на бок не удастся добиться исправления косо́го положения плода, вопрос должен быть решен в пользу кесарева сечения.

IV. При запущенных поперечных положениях поворот плода вообще запрещен, т. к. это почти всегда ведет к разрыву матки, который может произойти даже при попытке к повороту во время введения руки в матку.

В подобных случаях единственным способом родоразрешения является плодоразрушающая операция эмбриотомия.

#### АКУШЕРСКИЕ ПОВОРОТЫ

Акушерским поворотом называется такая операция,

с помощью которой можно произвольно изменить невыгодное положение плода, на другое, более благоприятное с акушерской точки зрения, но всегда продольное.

Все существующие типы акушерских поворотов плода можно разделить на две группы:

1. наружный поворот или профилактический по Б. А. Архангельскому;

2. наружно-внутренний или комбинированный поворот.

### Наружный профилактический поворот (по Б. А. Архангельскому)

Для наружного или профилактического поворота показаниями являются следующие:

1. поперечное или косое положение плода;
2. тазовое предлежание плода.

Условием для данного поворота являются:

1. Срок беременности 35—36 недель.
2. Согласие беременной.
3. Хорошая подвижность плода.
4. Отсутствие родовой деятельности.
5. Точная диагностика предлежания и вида плода.
6. Соответствие размеров таза и головки плода.
7. Живой плод.

Противопоказанием является

1. Многоводие и маловодие.
2. Многоплодие.
3. Рубец на матке.
4. Угроза прерывания данной беременности.
5. Крупный плод.
6. Предлежание плаценты и др.

### Техника операции

Перед операцией производят очищение кишечника, опорожнение мочевого пузыря, определение расположения плода в матке. Для более точной диагностики рекомендуется ультразвуковое исследование с целью уточнения членорасположения плода и локализации плаценты. До операции вводят спазмолитики (но-шпа, атропин, ганглерон и др.) и наркотические анальгетики (промедол, омнопон и др.).

Поворот производится при положении беременной на спине на твердой кушетке с развернутыми и согнутыми в коленях ногами. Врач, производящий поворот,

садится с правой стороны, одну руку кладет на головку, другую на тазовый конец плода. Затем осторожными движениями он смещает головку ко входу в таз, а тазовый конец плода продвигает ко дну матки. Если же делают поворот на тазовый конец, то ягодичы смещают ко входу в таз, а головку ко дну матки.

Завершив поворот, принимают меры для сохранения продольного положения плода; вдоль спинки и мелких частей плода укладывают два валика, свернутые из простыней и прибинтовывают их в этом положении к животу беременной.

Иногда попытки совершить наружный поворот остаются безуспешными.

#### Осложнения

1. Преждевременное начало родов.
2. Отслойка плаценты.
3. Разрыв матки.
4. Рецидивы.
5. Гибель плода и др.

В современном акушерстве операция наружного профилактического поворота практически применяется редко в виду его недостаточной эффективности.

### Классический наружно-внутренний (комбинированный) акушерский поворот плода на ножку

#### Показания:

- 1) поперечное и косое положение плода;
- 2) неблагоприятные предлежания головки: лобное вставление, задний вид лицевого вставления, высокое прямое стояние головки;

3) выпадение мелких частей плода и пуповины;

#### Условия:

- 1) полное открытие шейки матки;
- 2) целостность плодного пузыря перед операцией или недавнее излитие вод (подвижность плода в матке);
- 3) соответствие размеров таза и плода;
- 4) живой плод.

#### Противопоказания:

- 1) при запущенном поперечном положении плода;
- 2) при наличии симптомов угрожающего разрыва матки;



- 3) при наличии рубца на матке после кесарева сечения или консервативной миомэктомии;
- 4) анатомическое сужение таза (более I степени),
- 5) несоответствие размеров плода и таза;
- 6) при других препятствиях для родоразрешения через естественные родовые пути (структуры влагалища и вульвы).
- 7) мертвый плод.

Подготовка к операции состоит в опорожнении мочевого пузыря, в тщательной обработке наружных половых органов, внутренних поверхностей верхней трети бедер и промежности роженицы настойкой йода и спирта. Акушер обрабатывает руки, как для полостной операции.

Наркоз должен быть глубоким для полного расслабления мускулатуры матки и брюшной стенки (ингаляционный или внутривенный).

#### Техника операции

Операция состоит из трех этапов:

- 1) выбор руки и ее введение;
- 2) нахождение и захватывание ножки;
- 3) собственно поворот.

При выполнении первого этапа операции необходимо обратить внимание на следующие моменты:

1) поворот лучше производить рукой одноименной позиции. Так, например, при первой позиции поперечного положения (головка влево) и первой позиции головного предлежания (спинка влево) вводят левую руку, при второй позиции — правую руку;

2) руку вводят, сложив кисть конусообразно. Для этого все пять пальцев руки вытягивают и сближают их в виде конуса. Пальцами второй руки (наружной) раздвигают в сторону половую щель, после чего кисть, сложенную конусом, тыльной поверхностью, обращенной кзади, легко вводят во влагалище, вскрывают плодный пузырь, затем кисть проводят в полость матки, по возможности мешая быстрому излитию вод;

3) если продвижению руки в полость матки мешает предлежащая головка, ее отталкивают вверх рукой, введенной в матку, и отводят в сторону спинки наружной рукой, расположенной на передней брюшной стенке. Таким же образом отодвигают в сторону предлежащее плечико плода при поперечном положении плода.

При выполнении второго этапа выполняются следующие моменты:

1) нахождение ножки: может осуществляться «коротким» и «длинным путем». «Короткий путь» — рука продвигается прямо к тому месту, где предполагается ножка плода; «длинный путь» рука скользит по заднему боку плода до ягодичной области, затем переходит на переднее бедро и голень;

2) захват ножки: найденную ножку во избежание перелома захватывают всей кистью за голень, расположив большой палец по ее длине;

3) собственно поворот, который осуществляется низведением ножки после ее захватывания. При этом наружная рука отводит головку плода ко дну матки. Поворот считается законченным, когда из половой щели показывается подколенная ямка, а головка находится в дне матки, т. е. создано неполное ножное предлежание.

Во время операции могут возникнуть такие осложнения, как выпадение петли пуповины; спазм внутреннего зева шейки матки; асфиксия плода; отслойка плаценты и др., даже разрыв матки.

#### Поэтому:

1. При выпадении пульсирующей петли пуповины поворот продолжают с обязательным последующим извлечением плода;

2. При спазме внутреннего зева шейки матки рука акушера остается в матке без движения, при этом наркоз углубляют, подкожно вводят 1 мл 0,1% раствора серно-кислого атропина. Если это мероприятие не помогает и спазм не устраняется, операция должна быть прекращена.

3. После поворота плода операция должна быть закончена извлечением и принятием мер по борьбе с возникающей в этих случаях гипоксией плода.

Прогноз операции поворота для плода в целом неблагоприятен, высока перинатальная смерть.

Поэтому с позиции современного акушерства классический комбинированный поворот плода может быть произведен так же в случаях, когда невозможна операция кесарева сечения, а в регионе с высокой рождаемостью у многорожавших женщин.

Наружно-внутренний поворот при  
неполном открытии маточного зева  
(по Брекстон-Гиксу)

Показанием к операции является предлежание плаценты при недоношенном (нежизнеспособном) плоде.

Поворот по Брекстон-Гиксу производится при раскрытии шейки не менее чем на 4—5 см.

Цель операции заключается в прижатии плаценты низведенной ножкой и ягодицами плода и остановке таким образом кровотечения.

Исход операции угрожает матери кровотечением, иногда разрывом нижнего сегмента матки. Плод практически всегда погибает.

В современном акушерстве операция поворота по Брекстон-Гиксу полностью вытеснена операцией кесарево сечение и поэтому не имеет применения.

Задача № 1

Поступила первородящая 24 лет, срок беременности 35 нед. Положение плода поперечное, головка слева, сердцебиение плода ясное, ритмичное 136 уд. в мин. Воды целы. Выделения слизистые. Беременная физиологически здорова, признаков токсикозов нет, беременность протекала без осложнений. Тонус матки обычный. Кровянистые выделения на протяжении всей беременности не было.

Диагноз? Тактика ведения родов?

Задача № 2

Поступила первородящая, 25 лет. Роды своевременные. Воды излились 2 часа назад, родовой деятельности нет. Таз 26—28—30—20 см, предполагаемый вес по Рудаксву 3400, положение плода поперечное, головка справа. Сердцебиение ясное, ритмичное 136 уд. в мин. Продолжают изливаться прозрачные околоплодные воды в небольшом количестве.

Диагноз? Тактика врача.

Контрольные вопросы:

1. Что называется неправильным положением плода и какие они бывают?
2. Частота, причины возникновения поперечного положения плода.



3. Диагностика поперечных и косых положений плода.

4. Ведение беременности при поперечных положениях плода в жен. консультации.

5. Сущность метода И. И. Грищенко и А. Е. Шулешиной.

6. Показания и противопоказания для наружного поворота по Архангельскому Б. А.

7. Техника производства поворота по Архангельскому Б. А.

8. Ведение родов при поперечном положении плода.

9. Осложнения при данной патологии и их профилактика.

10. Диагностика запущенного поперечного положения плода.

11. Показания для классического акушерского поворота.

12. Условия для данной операции, ее обезболивание, техника производства.

13. Может ли поперечное положение плода являться показанием к кесареву сечению?

#### Практические навыки:

1. Усвоение диагностики поперечного и косого положений плода.

2. Умение правильно выбирать способ ведения родов и методы родоразрешения.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирющенко А. П. — Акушерство. М., «Медицина», 1986, с. 326—329, с. 443—446.

2. Малиновский М. С. — Оперативное акушерство. 1967, с. 105—109, 183—210, 342—365.

3. Практическое акушерство. Под редакцией Сольского Я. П. «Здоровье», Киев, 1977, стр. 446—450.

4. Акушерство. Под редакцией Ельцова-Стрелкова В. И., Мареева Е. В. Учебное пособие. М., 1987, с. 124—127, 205—215.

5. Михайленко Е. Т., Бублик-Дорняк Г. М. Патологическое акушерство. Киев, 1976, с. 80—85.

## Т е м а: АКУШЕРСКИЕ ШИПЦЫ И ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА.

**Цель занятия:** Обучить студентов показаниям, условиям, противопоказаниям и технике наложения акушерских щипцов и вакуум-экстрактора.

### **Задачи:**

1. История акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода.
2. Строение щипцов и вакуум-экстрактора.
3. Показания, условия, противопоказания и правила наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода.
4. Освоить методичку и технику операции наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода.
5. Осложнения операций для матери и плода.

**Место занятия:** учебная комната, родильный зал, послеродовое отделение.

**Наглядные пособия:** Фантом, таз, кукла. Модели щипцов Симпсона-Феноменова, Лазаревича. Рисунки, иллюстрирующие технику наложения акушерских щипцов, вакуум-экстрактора.

### **Содержание занятия:**

#### **I. АКУШЕРСКИЕ ШИПЦЫ — Forceps obstetrica**

Под операцией наложения акушерских щипцов следует понимать извлечение живого доношенного плода за головку из родовых путей с помощью специально сконструированного инструмента. Наложение акушерских щипцов — одна из самых важных и ответственных операций в практической деятельности врача-акушера. Акушерские щипцы были изобретены в начале XVII века шотландским врачом П. Чемберленом, но он не обнародовал свое изобретение и честь открытия принадлежит И. Пальфину (1723 г.).

В России щипцы впервые были наложены (1765) профессором Московского университета Эразмусом. Дальнейшему внедрению этой операции в акушерскую практику много содействовал основоположник отечественного акушерства Н. М. Максимович (Амбодик).

Устройство щипцов: они имеют две ветви, каждая из которых состоит из 3-х частей (ложки, замка и рукоятки). Наиболее широкое применение получили щипцы Симпсона-Феноменова, ветви которых перекрещиваются, замок относительно подвижный, ложки имеют голубую и тазовую кривизну.

#### Показания для наложения щипцов:

1. Вторичная слабость родовой деятельности (при стоянии головки в одной плоскости свыше 2-х часов).
2. Тяжелые формы поздних гестозов (нефропатия III ст. преэклампсия, эклампсия) с целью исключения потужной деятельности, напряжения роженицы.
3. Тяжелые экстрагенитальные заболевания роженицы, требующие выключения потужной деятельности (пороки сердца, эндокардит, гипертоническая болезнь II—III ст., заболевания дыхательных путей, почек, миопа высокой степени и др.).
4. Угрожающая или начавшаяся асфиксия плода.

#### Условия для наложения акушерских щипцов:

1. Нормальный таз.
2. Живой доношенный плод.
3. Полное раскрытие маточного зева.
4. Головка в выходе или в полости таза.
5. Средние размеры головки плода.
6. Разорванный плодный пузырь.

#### Противопоказания:

1. Высокое стояние головки: головка, стоящая во входе в малый таз или в I и II плоскостях.
2. Несоответствие головки с размерами таза.
3. Мертвый плод.
4. Угрожающий разрыв матки.
5. Гидроцефалия.
6. Узкий таз II—III степени.
7. Неблагоприятные вставления головки.

Подготовка к операции наложения акушерских щипцов; дезинфекция рук врача, наружных половых



органов, внутренней поверхности бедер и промежности роженицы, опорожненные мочевого пузыря.

В зависимости от условий и возможностей обезбо- ливание можно осуществлять 3 путями: масочный нар- коз закисно-кислородный, внутривенный наркоз — сомбревин, тиопентал и др., пудендальная анестезия 0,25% р-ром новокаина. Перед наложением щипцов не- обходимо тщательное влагалищное исследование с це- лью уточнения условий.

## ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ НАЛОЖЕНИЯ ЩИПЦОВ

При наложении щипцов необходимо руководствова- ться тройными правилами М. С. Малиновского.

1. Первое тройное правило — с трех позиций го- ловки.

1) Первая позиция — головка находится во входе в малый таз большим сегментом, тракции направлены на носки сидящего акушера. Щипцы, наложенные при таком положении головки, называются высокими и в настоящее время не применяются.

2) Вторая позиция — головка в полости таза, трак- ции направлены на колени сидящего акушера. Щипцы, наложенные при таком положении головки, называют- ся полостными (или атипичными).

3) Третья позиция — головка в выходе таза, трак- ции направлены на себя, вверх на лицо. Щипцы, нало- женные при таком положении головки, называются вы- ходными (или типичными).

2. Второе тройное правило — касается введения ло- жек щипцов «три слева — три справа».

Первой всегда вводится левая ложка, левой рукой в левую половину таза, правая — правой рукой в пра- вую половину таза.

3. Третье тройное правило — касается расположения ложек на головке — «три оси».

При наложении щипцов ось головки и ось щипцов, должны совпадать с проводной осью таза. Щипцы на- ложены правильно, если они захватывают наиболь- шую периферию головки, заходят за теменные бугры, причем верхушки щипцов обращены вперед, в сторону проводной точки, которая должна располагаться в плю- скости щипцов.

### Типичные и атипичные щипцы.

В зависимости от того, в каком месте таза — во входе, в полости или выходе — находится головка плода, техника наложения щипцов будет различной.

1) **Типичные или выходные щипцы**, накладываются на головку, стоящую в выходе таза и проделавшую ротацию. Типичные щипцы накладывают в поперечном размере выхода таза.

2) **Атипичные или полостные щипцы** — накладываются на головку, стоящую в полости таза: стреловидный шов в косом размере, щипцы накладываются в противоположном косом размере. При первой позиции переднем виде (малый родничок слева спереди, стреловидный шов в правом косом размере) щипцы накладываются в левом косом размере — левая ложка фиксирующая, правая — блуждающая.

При переднем виде второй позиции (малый родничок справа спереди, стреловидный шов в левом косом размере) щипцы накладываются в правом косом размере — правая ложка фиксирующая, левая — блуждающая.

### Техника наложения щипцов.

Техника наложения как типичных, так и атипичных щипцов включает в себя следующие моменты:

1. введение и размещение ложек щипцов;
2. замыкание щипцов;
3. проверяем не захватили ли мягкие ткани;
4. пробная тракция;
5. собственно тракция (извлечение головки щипцами);
6. снятие щипцов.

Извлечение щипцами должно происходить не беспрерывно, а с известными промежутками (как это бывает при физиологических потугах. Если головка находится в полости таза (атипичные щипцы), при тракциях никакие побочные движения не разрешаются.

### Осложнения при операции наложения акушерских щипцов:

1. Соскальзывание щипцов (различают вертикальное и горизонтальное соскальзывание);
2. Повреждения родовых путей матери (ранение промежности, влагалища, шейки матки, разрыв матки);

3. Повреждения плода (кровоизлияния, кефалогематома, парез и паралич лицевого нерва и др.);

4. Послеродовые заболевания инфекционного происхождения.

## ВАКУУМ-ЭКСТРАКЦИЯ ПЛОДА

Вакуум-экстракцией плода называется операция, проводимая для извлечения плода за головку с помощью специального аппарата вакуум-экстрактора, путем создания отрицательного давления между внутренней поверхностью чашечки аппарата и головкой плода.

Идея применения аппарата типа вакуум-экстрактора для извлечения головки плода существовала давно, почти одновременно с изобретением акушерских щипцов. Наиболее широкое распространение получил вакуум-экстрактор Мальмстрема.

В настоящее время применяются главным образом две модели вакуум-экстрактора: вакуум — аппарат Мальмстрема и модификация К. В. Чачава и П. Я. Вашикидзе.

В настоящее время эта операция используется редко, поскольку отдаленные последствия для плода неблагоприятные.

В основном операция вакуум-экстракции плода выполняется по показаниям со стороны матери: слабость родовой деятельности, затянувшийся второй период родов, эндометрит в родах, если нет условий для операции наложения акушерских щипцов или кесарева сечения. Условия те же, что и при щипцах, но допустимо при I ст. несоответствия головки.

### Техника вакуум-экстракции:

1. Введение чашечки и размещение ее на головке;
2. Создание отрицательного давления;
3. Извлечение головки: тракция производится одновременно со схватками — потугами роженицы;
4. Выведение головки и снятие чашечки.

При прорезывании через вульварное кольцо теменных бугров чашечку снимают нарушением герметизации в аппарате.

В дальнейшем головку выводят путем оказания ручного пособия.



### Осложнения при выполнении этой операции:

1. Соскальзывание чашечки с головки;
2. Травмы головки: кефалогематома, внутричерепные травмы и др.;
3. Повреждение мягких тканей роженицы.

#### Задача № 1

Первородящая, роды длятся 16 ч. Воды излились 2 ч назад. Головное предлежание. Сердцебиение плода 168 уд. в 1 мин., ритмичное. Раскрытие шейки матки полное, головка находится в выходе из малого таза. Стреловидный шов в прямом размере, малый родничок у лона.

Поставьте диагноз. Определите тактику врача.

#### Задача № 2

Первородящая, родовая деятельность длится 36 ч, безводный период — 20 ч. Повысилась температура до  $38^{\circ}\text{C}$ , появились гнойные выделения из влагалища, был озноб. Таз нормальных размеров. Предполагаемая масса плода — 3000 г. Головка плода большим сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа у лона. Сердцебиение плода 140 уд. в 1 мин. Раскрытие шейки матки полное.

Поставьте диагноз. Определите тактику врача.

#### Задача № 3

Первородящая, 25 лет, поступила в родильное отделение на первые, срочные роды. Положение плода продольное, первая позиция, передний вид, головное предлежание. Роды длятся 28 ч, потуги продолжаются 1 ч. Сердцебиение плода приглушенное, 160 уд./мин, между потугами не выравнивается. При влагалищном исследовании: раскрытие шейки матки полное, головка плода на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере плоскости выхода, малый родничок — под лонем. Поставить диагноз. Определить тактику врача.

#### Контрольные вопросы:

1. Модели акушерских щипцов и их строение?
2. Показания, условия и противопоказания к операции наложения акушерских щипцов?

3. Три тройных правила наложения акушерских щипцов?

4. Этапы проведения операции наложения акушерских щипцов?

5. Техника наложения выходных и полостных акушерских щипцов?

6. Осложнения при операции наложения акушерских щипцов и вакуум-экстракции плода?

7. Показания, условия и техника к операции вакуум-экстракции плода?

#### **Практические навыки:**

Студент должен уметь:

1. Освоить строение щипцов и принцип работы аппарата вакуум-экстрактора.

2. Определить на фантоме и при вагинальном исследовании место расположения головки плода.

3. Выполнить на фантоме операцию наложения акушерских щипцов.

4. Выполнить на фантоме операцию вакуум-экстракции плода.

#### **ЛИТЕРАТУРА:**

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирющенко А. П. Акушерство. Учебник. М., Медицина, 1986 г., стр. 447—461.

2. Малиновский М. С. Оперативное акушерство. М., Медицина, 1974 г., с. 249—320.

3. Ланковиц А. В. Операция наложения акушерских щипцов. Медгиз, 1956 г.

4. Чачава К. В. Вакуум-экстрактор в акушерстве. Тбилиси, 1962 г.

5. Михайленко Е. Т., Бублик-Дорняк Г. М. Патологическое акушерство. Киев, 1982 г.

6. Акушерство: Учебное пособие (под ред. В. И. Ельцова-Стрелкова, Е. В. Мареева) Москва, изд. Университет Дружбы народов, 1987 г., стр. 239—254.

7. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А. Практическое акушерство. М., Медицина, 1989 г. стр. 343—346.

## Тема: КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ— sectio caesarea

Цель занятия: Освоение роли и места операции кесарева сечения в современном акушерстве, знать технику и осложнения в ближайшие и отдаленные периоды после операции.

Задачи: 1. Знать показания, условия и противопоказания к операции кесарева сечения.

2. Освоить главные особенности корпорального и ретровезикального методов операции.

3. Ознакомиться с ведением послеоперационного периода и его осложнениями.

Место занятия: Учебная комната, палата патологии беременных, родильный и операционный блок, послеоперационная палата.

Наглядные пособия: Рисунки, таблицы, слайды.

Содержание занятия: Кесарево сечение — акушерская операция, при которой плод и послед извлекают через искусственно сделанный разрез на матке. В последние годы отмечается тенденция к увеличению этого метода родоразрешения, оптимальным уровнем которого считается примерно 3—6% от общего количества родов.

Показания к кесареву сечению традиционно принято делить на абсолютные и относительные. К абсолютным показаниям относят осложнения беременности и родов, при которых иной способ родоразрешения (даже с учетом плодоразрушающей операции) представляет смертельную опасность для матери. Поэтому кесарево сечение по абсолютным показаниям (в интересах матери) вынужденно можно выполнить без учета всех необходимых условий и противопоказаний.

Абсолютные показания: клинически узкий таз II—III степени, полное предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты при неподготовленных родо-



вых путях, опухоли и рубцовые сужения, препятствующие рождению плода.

Относительные показания: также клинические ситуации, когда не исключена возможность родоразрешения через естественные родовые пути, но при этом имеется высокий риск перинатальной смертности и угроза здоровью или жизни матери. К относительным показаниям относят:

1. Клинически узкий таз I—II степени.
2. Частичная отслойка плаценты.
3. Неполное предлежание плаценты.
4. Рубец на матке.
5. Поперечное положение плода.
6. Переносимая беременность и др.

Условия:

1. Наличие родовой деятельности, так как при этом матка хорошо сокращается, уменьшается опасность атоического кровотечения в послеродовом периоде, лохии получают возможность достаточного оттока через раскрытую шейку матки.

2. Целый плодный пузырь или после отхождения вод не должно пройти более 12 ч.

3. Отсутствие признаков явной или скрытой инфекции.

4. Наличие жизнеспособного плода.

Различают экстренное и плановое кесарево сечение. Плановое кесарево сечение производится до начала родов по абсолютным и отдельным относительным показаниям. Последствия операции более благоприятны при производстве плановой операции.

**Методы операции кесарева сечения.** В зависимости от доступа различают абдоминальное, от вскрытия брюшины — экстра- и интраперитонеальное, от разреза на матке — ретровезикальное с поперечным разрезом и корпоральное кесарево сечение.

Абдоминальное классическое кесарево сечение состоит из следующих моментов:

1. Послойное вскрытие брюшной стенки по белой линии длиной 14—16 см (выше и ниже пупка).

2. Выведение беременной матки в срединное положение.

3. Разрез передней стенки матки длиной 12—14 см по средней линии.

4. Опорожнение полости матки: быстрое вскрытие оболочки последа, захват и извлечение плода за ножку, рассечение пуповины между двумя зажимами, передача новорожденного акушерке или неонатологу, отделение и удаление последа. В стенку матки вводят сокращающие средства.

5. Послойное зашивание матки после кюретажа полости матки. Стенку матки зашивают трехэтажным кетгутовым швом: мышечно-мышечным, мышечно-серозным и серо-серозным. Первые два этажа узловатые швы, третий — узловатый или непрерывный.

6. Вправление матки в брюшную полость, туалет брюшной полости, введение антибиотиков.

7. Послойное зашивание операционной раны брюшной стенки.

**Абдоминальное ретровезикальное кесарево сечение** имеет следующие моменты:

1. Послойное вскрытие брюшной стенки по белой линии живота от лона до пупка или поперечным надлобковым разрезом.

2. Вскрытие полости матки. Для этого обнажают нижний сегмент матки при помощи зеркал, обнаруживают и захватывают пинцетом пузырно-маточную складку, вскрывают её ножницами и производят дугообразное рассечение в поперечном направлении, мочевой пузырь вместе с покрывающей его брюшиной тупо отслаивают книзу. После этого полость матки вскрывают, скальпелем производят поперечный разрез через все слои миометрия длиной 2—3 см, в образовавшуюся рану вводят указательные пальцы обеих рук и ими бережно растягивают рану в поперечном направлении длиной до 12 см.

3. Опорожнение полости матки: быстро разрывают оболочку последа и извлекают плод из матки рукой, подведенной под головку плода, отделяют от матери. Удаляют послед и производят кюретаж полости матки. Вводят в стенку матки сокращающее средство.

4. Зашивание матки: мышечно-мышечный, узловатый шов и непрерывный кетгутовый шов с использованием пузырно-маточной складки брюшины.

5. Послойное ушивание брюшной стенки.

Преимущество кесарева сечения в нижнем маточном сегменте с поперечным размером следующие:

— операция производится в наиболее тонкой части стенки матки (нижний сегмент), благодаря чему очень незначительное количество мышечных волокон попадает в разрез; по мере инволюции и формирования нижнего сегмента и шейки операционная рана резко уменьшается, и на месте разреза образуется небольшой тонкий рубец;

— вся операция проходит при небольшой кровопотере; — имеется возможность произвести идеальную перитонизацию защиты раны матки за счет брюшины пузырно-маточной складки;

— разрез париетальной и висцеральной брюшины не совпадают, и поэтому возможность образования спаек с передней брюшной стенкой невелика;

— опасность разрыва матки при последующих беременностях минимальна, так как в большинстве случаев на матке формируется полноценный рубец.

Ведение больных в послеоперационном периоде заключается в назначении соответствующей диеты, обезболивающих средств, антибиотиков широкого спектра действия, препаратов стимулирующих кишечник, дезинтоксикационных средств, сокращающих матку препаратов, витамины и др.

Во время и после операции могут развиваться осложнения: кровотечение, гипотония матки, метрэндометрит, тромбоз, перитонит, сепсис, нагноение шва на передней брюшной стенке, частичное или полное расхождение кожного шва, осложнения наркоза и др.

Учитывая вышеизложенное, в последнее время применяется экстраперитонеальное кесарево сечение, однако метод сложен и имеет редкое применение.

#### Задача № 1

Повторнородящая поступила через 4 часа от начала родовой деятельности. Беременность доношенная. Воды не отходили. При поступлении АД 180/100. Отеки на нижних конечностях, в моче 2 % белка. Роженица внезапно побледнела, появились жалобы на боли в животе. При пальпации матка напряжена, асимметрична за счет увеличения левого угла матки. Положение плода и предлежащая часть не определяется. Сердцебиение плода глухое, 90 ударов в мин., пульс 100 уд. в мин., мягкий, слабого наполнения. Кровотечения нет. При влагалищном исследовании: раскрытие зева на 5 см.,



плодный пузырь цел, резко напряжен. Предлежащая часть не определяется.

Диагноз? Метод родоразрешения?

#### Задача № 2

Роженице 29 лет. Роды срочные, продолжаются 3 часа. Поступила с кровотечением. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы бледны. Головное предлежание плода. Предлежащая головка подвижна над входом в таз. Сердцебиение плода приглушенное, слева ниже пупка до 150 уд., АД 90/50. Пульс 130 уд. в мин., ритмичный. Схватки регулярные, через 8 мин., средней интенсивности. При влагалищном исследовании: раскрытие зева на 5 см, весь внутренний зев прикрыт губчатой тканью. Во влагалище сгустки крови.

Причина кровотечения? Что делать?

**Контрольные вопросы:** 1. Какие различают показания к операции кесарева сечения? 2. Условия и противопоказания к производству кесарева сечения? 3. Виды операции абдоминального кесарева сечения? 4. В чем заключаются особенности техники ретровезикального кесарева сечения? 5. Какова техника классического кесарева сечения? 6. В чем преимущество ретровезикальной операции перед корпоральной?

**Практические навыки:** 1. Уметь в клинической ситуации выставить показания, условия и противопоказания к операции кесарева сечения. 2. Знать технику операции кесарева сечения. 3. Выделить преимущества ретровезикальной операции перед корпоральной. 4. Знать тактику введения больных в послеоперационном периоде.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирюшенков А. П. Акушерство. М., Медицина, 1986 г., стр. 466—473.
2. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А., Практическое акушерство. М., Медицина, 1989 г. стр. 316—343.
3. Козаченко В. П., Беременность и роды после кесарева сечения. М. Медицина, 1979 г.
4. Абрамченко В. В., Ланцев Е. А., Кесарево сечение. М. Медицина, 1985 г.
5. Слепых А. С. Абдоминальное родоразрешение. — Ленинград, 1983 г.

## **Тема: «ПЛОДОРАЗРУШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ** (embryotomy)

**Цель занятия:** Изучить плодоразрушающие операции, их разновидности и возможные осложнения.

**Задачи:** 1. Место плодоразрушающих операций в современном акушерстве. 2. Классификация плодоразрушающих операций. 3. Краниотомия: показания, условия, техника операции. 4. Декапитация: показания, условия, техника операции. 5. Экзентерация, спондило-томия, клейдотомия.

**Место занятия:** Учебная комната, родильный и операционный блок, послеродовые палаты.

**Наглядные пособия:** Рисунки, таблицы, слайды, кукла, фантом, инструменты для плодоразрушающих операций, истории родов закончившихся плодоразрушающими операциями.

**Содержание занятия:** Плодоразрушающими операциями называются преднамеренные повреждения или расчленения плода, при которых создаются условия для его извлечения через естественные родовые пути в уменьшенных размерах.

Плодоразрушающие операции относятся к одним из древнейших в акушерстве. Они широко применялись ранее даже на живом плоде. Развитие акушерства, методов ведения родов и особенно совершенствование кесарева сечения, за последние десятилетия значительно снизили частоту плодоразрушающих операций. В современном акушерстве они производятся исключительно на мертвом плоде, и являются следствием запущенности родов.

Плодоразрушающие операции делятся на следующие группы: 1) операции, уменьшающие объем тела плода: краниотомия, экзентерация; 2) операции, расч-

ляющие тело плода: декапитация и спондилотомия; 3) операции, наносящие плоду исправимые повреждения: клейдотомия.

1. Краниотомия (craniotomia) — представляет собой ряд акушерских оперативных приемов, назначением которых является уменьшить объем черепа плода, чтобы облегчить выведение последнего из родовых путей.

**Показания:** 1. Клинически узкий таз; 2. Гидроцефалия; 3. Неправильное вставление и предлежание головки (задний вид лицевого предлежания, лобное предлежание, задне-теменное вставление); 4. Угрожающий разрыв матки.

**Условия:** 1. Мертвый плод; 2. Достаточное открытие канала шейки матки; 3. Отсутствие плодного пузыря; 4. Плотная фиксация головки.

Операция состоит из трех этапов:

1. Perioratio capitis — прободение черепа плода;
2. Excerebratio — удаление головного мозга;
3. Cranioclasia — извлечение уменьшенной в объеме головки плода.

Для выполнения краниотомии необходимы следующие инструменты: влагалищное зеркало с подъемником, щипцы Мюзо (или пулевые), ножницы, перфоратор (копьевидный — Бло или трепановидный — Феноменова), большая кюретка, краниокласт Брауна.

**Техника операции.** Операцию производят под наркозом и контролем зрения. Один из ассистентов через переднюю брюшную стенку роженицы прижимает головку плода ко входу в малый таз (если она подвижна). Второй ассистент держит введенные во влагалище зеркало и подъемник. Головка плода захватывается двумя пулевыми щипцами, кожа головки в месте перфорации рассекается ножницами. Перфоратором через шов, родничок или глазницу продельвается отверстие, которое затем расширяется. Место перфорации определяется предлежанием (лобное, лицевое, затылочное и т. д.) и обычно соответствует проводной точке. Эксцеребрация чаще всего производится обычной кюреткой для выскабливания стенок матки, хотя для этой цели предложен эксцеребратор Агафонова,



ложечка Феноменова. Кюретка или специальный инструмент вводится через перфорационное отверстие. При этом разрушается и частично удаляется головной мозг. Краниоклазия производится с помощью краниокласта, при полном открытии шейки матки. Для выполнения краниоклазии под контролем руки массивную ложку краниокласта вводят в перфорационное отверстие и передают ассистенту, затем вводят окончательную ложку, которая располагается на головке с наружной стороны. Ложки краниокласта замыкают и прочно соединяют между собой с помощью винта и двигающейся по нему гайки. После пробной тракции производят осторожно извлечение головки; направление тракций при этом такое же, как при вакуум-экстракции или наложении акушерских щипцов.

Перфорация последующей головки — эта операция, которая производится при родах мертвым плодом в тазовом предлежании. При этом наиболее рационально делать перфорацию в месте перехода затылка в шею после рассечения кожи головки. Извлечение перфорированной последующей головки производится простым надавливанием на головку сверху.

**2. Декапитация (decapitalio)** — это плодоразрушающая операция при которой производится отделение головки от туловища.

Показанием к декапитации является запущенное поперечное положение плода, при котором невозможно произвести операцию, исправляющую положение плода в матке. Декапитация производится при помощи специального инструмента декапитационного крючка Брауна. Крючок подводят к шее плода, под контролем руки введенной в полость матки. Острие крючка при введении обращено к ладонной поверхности, находящейся в полости матки руки, затем крючок осторожно поворачивается и им захватывается шея плода. Резкими вращательными движениями осуществляется перелом шейных позвонков, после чего крючок осторожно потягивается книзу и натянутые им мягкие ткани шеи пересекаются ножницами (Феноменова или Зибольда). Туловище плода извлекается потягиванием за выпавшую ручку, затем пальцем, введенным в ротик, при надавливании снаружи на дно матки, выводится отделенная от туловища головка.

3. Экзентерация (*exsenteratio*) — это операция удаления внутренностей плода, чем достигается уменьшение объема его туловища.

Показания: значительное увеличение объема брюшной или грудной полости плода (асцит, гидроторакс, спленогепатомегалия, и др.). Иногда экзентерация производится как вспомогательная операция декапитации. Экзентерация производится в зеркалах или под контролем пальцев. Для производства этой операции используются длинные ножницы или перфоратор Бло. Удаление органов грудной или брюшной полости производится пальцем (можно крючком, корнцангом или костными щипцами), введенными в перфорационное отверстие.

4. Спондилотомия (*spondylotomia*) — редкая операция, заключающаяся в рассечение позвоночника. Наиболее часто она производится при отсутствии условий для других плодоразрушающих операций, например декапитации, при запущенном поперечном положении плода. Если не удастся достичь шеи плода, приходится производить эвисцерацию, а затем спондилотомию. Спондилотомия осуществляется длинными ножницами (Феноменова, Зибольда) или рахиотомом Кюстнера под контролем пальцев руки, введенной в полость матки. Разрезают связки между отдельными позвонками, вскрывают туловище плода, а затем перерезают позвоночник.

5. Клейдотомия (*cleidotomia*) — это операция рассечения ключицы, направленная на уменьшение окружности плечевого пояса. Клейдотомия производится ножницами (Феноменова) под контролем пальцев руки, введенной во влагалище и подведенной к ключице. Ассистент отводит родившуюся головку книзу и кзади, так чтобы производящий операцию врач пальцами мог достичь передней ключицы. Ножницами продвигаются по ладонной поверхности пальцев до середины ключицы, затем ключица пересекается.

При производстве плодоразрушающих операций возможны осложнения. Часто они связаны с соскальзыванием и неправильным наложением инструментов, в результате чего возникает травма органов (прямой кишки, мочевого пузыря, уретры, лонного сочленения и т. п.).

Для предупреждения возможного травматизма необходимо строго соблюдать технику выполнения операций и производить их, когда это возможно, под контролем зрения. Обязательным условием является достаточно глубокий наркоз, исключающий двигательную активность роженицы. После родов необходимо осмотреть половые органы и произвести ручное обследование полости матки с целью выявления возможного травматизма.

Важно отметить, что плодоразрушающие операции являются следствием нерационального ведения родов.

### Задача № 1

Первородящая 28 лет доставлена в родильное отделение ЦРБ со схватками, начавшимися 7 часов тому назад. За час до появления схваток отошли околоплодные воды. Беременность доношенная, протекала гладко. Роженица небольшого роста, со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. АД 115/70, T — 36,7°C. Матка овоидная. Положение плода поперечное, слева определяется головка. Сердцебиение плода не выслушивается.

При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Во влагалище определяется ручка плода и во входе в таз плечико. Мыс не достигается.

Диагноз? Метод родоразрешения?

### Задача № 2.

В родильное отделение ЦРБ поступила роженица 38 лет в первом периоде родов с жалобами на отсутствие шевеления плода в течении 5 дней. Беременность шестая доношенная. В ранние сроки беременности болела гриппом. Состояние удовлетворительное, таз нормальный. Положение плода продольное, предлежащая головка большая, подвижна над входом в малый таз. Лобно-затылочный размер головки 14 см. Сердцебиение плода не выслушивается. При ультразвуковом исследовании выявлена гидроцефалия.

При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, отошли воды, головка на первой плоскости малого таза, легко отталкивается, определяются швы.

Диагноз? Метод родоразрешения?



### Контрольные вопросы:

1. Виды плодоразрушающих операций?
2. Какие показания для производства плодоразрушающих операций?
3. Техника операции краниотомии?
4. Особенности операции декапитации?
5. Возможно ли предотвратить производство плодоразрушающих операций?

### Практические навыки:

1. Знать инструменты, применяемые при разных видах плодоразрушающих операций.
2. Уметь в клинической ситуации сделать правильный выбор способа плодоразрушающей операции.
3. Уметь на фантоме произвести все виды плодоразрушающих операций.

### ЛИТЕРАТУРА:

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирюшенков А. П., Акушерство. М., Медицина, 1986 г. стр. 474—479.
2. Акушерство. Учебное пособие. Ельцов—Стрелков В. И., Мареев Е. В. М. УДН, 1987 г. стр. 259—267.
3. Жорданиа И. Ф. Учебник акушерства. М., Медицина, 1964 г. стр. 579—587.
4. Малиновский М. С., Оперативное акушерство. М. Медицина, 1955 г. стр. 316 — 337.

## Тема: РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ

**Цель занятия:** Изучить причины, патогенез, клинику, диагностику и профилактику родового травматизма матери. Ознакомиться с основными методами неотложной помощи.

**Задачи:** 1. Освоить этиопатогенез и классификацию разрывов матки. 2. Клиника, методы диагностики, лечения и профилактики разрыва матки. 3. Изучить причины и диагностику разрывов шейки матки. 4. Знать причины, классификацию и профилактику разрывов промежности.

**Место занятия:** Учебная комната, родовой блок, операционная, послеоперационная палата.

**Наглядные пособия:** Таблицы, слайды, истории родов.

**Содержание занятия:**

Во время родов мягкие ткани родовых путей женщины могут претерпеть разнообразные травматические повреждения.

**Разрыв матки** — наиболее тяжелый вид родового травматизма. Различают следующие теории разрывов матки: 1. Механическая — Бандля — разрыв, который возникает в результате несоответствия размеров подлежащей части плода и таза матери, или при неправильном положении плода. 2. Неполющенность тканей матки — Вербова.

В настоящее время причиной разрыва считают наличие механических факторов при патологически измененной стенке матки, т. е. разрывы происходят при одновременном существовании патологических процессов в матке и каких-либо затруднений к изгнанию плода. Патологические изменения в стенке матки (рубцы, воспалительные, дегенеративные изменения) являются

предрасполагающими, а механические факторы — непосредственно воздействующими.

Классификация разрывов матки по Л. С. Персианову (1964) следующая: — по времени возникновения (в родах, во время беременности); — по этиопатогенезу (самопроизвольные, насильственные, смешанные); — по локализации (в дне, в нижнем сегменте, отрыв матки от сводов влагалища); — по характеру повреждения (полный, неполный); — по клинике (угрожающей, совершившейся).

Клиника угрожающего разрыва матки — сильные, резко болезненные судорожные схватки, нижний сегмент истончен, перерастянут, контракционное кольцо расположено выше пупка, косо. Матка при этом в форме песочных часов. Поведение роженицы беспокойное, артериальное давление несколько повышено, кожные покровы гиперемированы, симптомы асфиксии плода.

Совершившийся разрыв матки — острая боль, прекращение родовой деятельности, болевой и геморагический шок, пальпация мелких частей плода под брюшной стенкой, отсутствие сердцебиения плода, тяжелое состояние больной. Частота разрывов матки 0,05 — 0,1% от общего числа родов. За последние десятилетия материнская летальность от разрыва матки снизилась благодаря расширению сети акушерских учреждений, улучшению профилактической работы женской консультации, повышению квалификации врачей, улучшению оказания неотложной помощи. Резко снизилась частота разрывов матки в силу чисто механических причин (неправильные положения плода, диспропорции между размерами головки и таза), редко встречаются насильственные разрывы, как следствие грубых, неосторожных вмешательств.

Разрывы по рубцу — возросла роль разрывов матки, обусловленных рубцовыми изменениями её стенки после перенесенного корпорального кесарева сечения. Частота разрывов по рубцу составляет 10 — 15% среди самостоятельно рожаящих с рубцом на матке. При этом разрывы матки после корпорального кесарева сечения в 10 — 15 раз чаще, чем после операции в нижнем сегменте. Разрыв матки по рубцу чаще проис-



ходит при наступлении беременности в первый год после перенесенной операции на матке. Клиника разрыва по рубцу не всегда ярко выражена, что затрудняет его диагностику. Это постоянные или периодические боли по рубцу, болезненные схватки при объективно слабых сокращениях матки, симптом «ниши», истончение или неполноценность рубца при ультразвуковом исследовании. Совершившийся разрыв матки по рубцу — боли внезапные, среди кажущегося полного благополучия или после физической нагрузки, слабость, обморок, кровянистые выделения, ухудшение состояния роженицы и плода.

Являясь грозным осложнением для матери, мертворождаемость при разрывах матки составляет 40—50%. Причиной смерти женщины в 60—90% случаев является шок и анемия, реже — септические осложнения. Врачебная тактика при разрывах матки зависит прежде всего от того, наступил ли разрыв или существует его угроза. Сказанное не относится к разрывам по рубцу: невозможность достоверного разграничения клиники угрожающего и совершившегося разрыва по рубцу делает тактику при них единой — немедленное чревосечение.

Главная задача врача при угрожающем механическом разрыве матки заключается в предупреждении наступления разрыва. Это достигается немедленным снятием родовой деятельности и срочным производством кесарева сечения. Оказание неотложной помощи при совершившемся разрыве матки — очень сложная задача.

Параллельно с хирургическими методами лечения должны производиться реанимационно-анестезиологические мероприятия. Хирургическое лечение должно производиться немедленно, сразу же после установления диагноза. Цель его — устранение источника кровотечения, восстановление нарушенных травмой анатомических соотношений, ликвидация входных ворот для внедрения инфекции в брюшную полость и забрюшинное пространство. Решение об объеме операции принимается строго индивидуально, с учетом тяжести состояния больной, локализации и обширности повреждений, наличия инфекции и т. п. Матка при возможности ушивается или подлежит удалению. В послеоперационном

периоде продолжается инфузионно-трансфузионная терапия, коррекция водно-электролитного баланса, профилактика инфекции.

Разрывы шейки матки — различают три степени разрывов шейки матки:

I — разрыв до 2-х см

II — разрыв более 2-х см, но не доходит до сводов влагалища

III — разрыв, достигающий до свода влагалища или переходящий на него.

Клиника: кровотечение в послеродовом периоде при хорошо сократившейся матке.

Диагностика — осмотр в зеркалах.

Лечение — ушивание разрыва.

Разрывы промежности — относятся к наиболее частым видам акушерского травматизма и составляют 8 — 10%, причем в 2 — 3 раза чаще у первородящих женщин. Различают 3 степени разрыва промежности:

I — нарушается целостность только задней спайки, разрыв до мышечной ткани не доходит;

II — кроме кожи рвутся фасции и мышцы промежности: луковично-пещеристая, поверхностная и глубокая поперечная мышца промежности;

III — кроме указанных выше тканей разрывается наружный сфинктер и стенка прямой кишки.

Причины: 1. Предшествующие изменения в области промежности и наружных половых органов: инфантилизм, ригидность тканей у старых первородящих, рубцовые изменения после перенесенных разрывов, высокая промежность. 2. Быстрое прохождение головки через вульварное кольцо: плоскорихитический таз, наложение щипцов, вакуум-экстракция плода, извлечение за тазовый конец и др. 3. Рождение неблагоприятным размером, крупный или переношенный плод.

Диагноз разрыва промежности ставится на основании осмотра наружных половых органов.

Терапия — послеродовое ушивание разрыва.

Профилактика заключается в рациональной защите промежности и бережном родоразрешении.

Профилактика родового травматизма должна складываться только из преемственности работы женской консультации и стационара. В жен. консультации дол-

жны быть определены размеры таза, отсутствие или наличие каких-либо препятствий для родоразрешения. Необходимо стараться регламентировать массу тела беременной, своевременно устанавливая неправильные положения плода. Госпитализировать в родоразрешительные отделения женщин с наличием крупного плода, многоплодия, перенашивания, с любым сужением таза, неправильным положением плода, отягощенным акушерским анамнезом, затяжными родами в прошлом, инфекцией, мертворождением, акушерскими операциями, кровотечением и т. д. У женщин, перенесших операцию на матке, необходимо следить, чтобы последующая беременность наступила не ранее, чем через 2 года, т. к. перенесенный вскоре после кесарева сечения аборт, особенно осложненный, существенно влияет на формирование рубца. В последующем у этой женщины следует оценить состояние рубца при помощи УЗИ или гистерографии. При выявлении неполноценности рубца беременная должна быть госпитализирована в родильное учреждение за 3—4 недели до родов с тем, чтобы профилактически за 10—12 дней до ожидаемого срока родов ей могли произвести плановое кесарево сечение.

В родах профилактика травматизма складывается из рационального, обдуманного родоразрешения.

### Задача № I

Роженица 24 лет, поступила в акушерскую клинику с частыми схватками, которые начались 12 часов назад. Роды в срок. Через 5 мин. отошло умеренное количество светлых вод, начались потуги и родился мальчик массой 4150 г. Сразу после рождения ребенка началось небольшое кровотечение. Моча выведена катетером. Через 10 мин. самостоятельно родился послед, детское место без дефектов. Матка плотная, дно её стоит на 2 см ниже пупка. Кровотечение не прекращается. Кровопотеря составляет 450 мл. Промежность целая. При осмотре с помощью влагалищных зеркал слева обнаружен значительный разрыв шейки матки, доходящий до левой части свода влагалища.



### Вопросы:

1. Диагноз
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Классификация разрывов шейки матки.
4. Акушерская тактика при разрывах шейки матки.
5. Причины, способствующие разрыву шейки матки. Можно ли предупредить разрыв шейки матки и как?

### Задача № 2

Роженице 40 лет, многорожавшая, доставлена в акушерскую клинику в тяжелом состоянии. Роды в срок. Настоящая беременность восьмая. Первые 5 закончились нормальными родами, шестая — искусственным абортom, седьмая — 2 года назад срочными родами, осложнившимся кровотечением. Ручное отделение последа при этом сопровождалось в течении 10 дней повышением температуры. Выписана на 20 день после родов. Во время настоящей беременности жен. консультацию не посещала. Через 6 часов от начала активной родовой деятельности отошли околоплодные воды и появились сильные болезненные потуги, которые вскоре приняли почти непрерывный характер. Затем внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины как удар ножом, после этого родовая деятельность полностью прекратилась, появились общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, постоянная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения тела. При поступлении состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатичность, на вопросы отвечает с трудом. Кожа и слизистые бледные, черты лица заострены. А/Д — 100/60, 100/55 мм рт. ст., пульс 166 уд. в 1 мин., слабого наполнения и напряжения. Живот несколько вздут, болезнен, симптом Щеткина—Блюмберга положителен, сердцебиение плода не прослушивается.

### Вопросы:

1. Диагноз
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Акушерская тактика при разрывах матки.
4. Профилактика разрыва матки.

### Контрольные вопросы:

1. Какие причины могут привести к разрыву тела и шейки матки, промежности?
2. Теории разрывов матки.
3. Какова тактика врача при угрожающем и совершившемся разрыве матки?
4. В чем заключаются особенности разрывов матки по рубцу?
5. Пути предупреждения родового травматизма матери?

### Практические навыки:

1. Уметь проводить рациональную защиту промежности при приеме нормальных родов.
2. Уметь диагностировать и ушивать разрывы промежности и шейки матки I степени.
3. Уметь проводить дифференциальную диагностику угрожающего и совершившегося разрыва матки.

### ЛИТЕРАТУРА:

1. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин — «Акушерство» — учебник для мед. вузов. М., 1979 г., с. 361—375.
2. «Практическое акушерство» — под ред. Я. П. Сольского, Киев, 1977 г., с.
3. «Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике» — под ред. Э. К. Айла-мазяна, Ленинград, 1985 г. с. 51—68.
- М. А. Репина — «Разрывы матки» — Л., «Медицина», 1984 г.

## **Тема: НЕВЫНАШИВАНИЕ И ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

(partus praematurus, protractus)

**Цель занятия:** Ознакомить студентов с причинами невынашивания и перенашивания беременности, методами диагностики, ведения родов и профилактики.

**Задачи:** 1. Знать этиологию и патогенез невынашивания беременности. 2. Освоить современные методы диагностики и рационального ведения преждевременных родов. 3. Освоить клинику, диагностику и тактику ведения переношенной беременности.

**Место занятия:** Учебная комната, родильный зал, палата патологии беременных, женская консультация.

**Наглядные пособия:** Таблицы, слайды, муляжи, диафильмы.

**Содержание занятия:**

### **I. НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ**

Невынашивание беременности считают самопроизвольное прерывание беременности в сроках от начала гестации до 37 нед. Проблема невынашивания беременности имеет не только медицинское, но и социальное значение. Эта патология препятствует приросту населения, неблагоприятно сказывается на здоровье оставших в живых недоношенных детей, на репродуктивную функцию женщины. Изучение причин преждевременного прерывания беременности, принятие мер к его снижению продолжает оставаться актуальной проблемой в акушерстве. Частота невынашивания беременности колеблется в пределах 4—8% беременностей.

Невынашивание является полиэтиологичной патологией. Причины в разных регионах разнообразны, наибольшее значение имеют следующие:



1. Инфекционные заболевания матери: грипп, вирусный гепатит, краснуха, туберкулез, бруцеллез, сифилис, малярия, антропоознозы, токсоплазмоз, листериоз, орнитоз и др.

2. Экстрагенитальные заболевания матери: заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, печени, мочевыводящих путей и желчевыводящих путей, органов дыхания и др.

3. Эндокринные факторы:

а) нарушения функции системы гипоталамус-гипофиз-яичник, проявляющиеся гормональной недостаточностью различной степени (гипофункция яичников);

б) гиперандрогения при нарушении функции надпочечников и яичников (синдром Штейна-Левенталя);

в) нарушения функции щитовидной железы, сахарный диабет и др.

4. Нарушение обмена веществ, гиповитаминозы А, В, С, Е и др.

5. Генетические заболевания наследственного и приобретенного характера, хромосомные aberrации, патология половых хромосом.

6. Патология внутренних половых органов: воспалительные заболевания, опухоли и аномалии развития наличие рубца на матке, истмико-цервикальная недостаточность и др.

7. Перенесенные в прошлом искусственные и самопроизвольные аборты, дисфункциональные маточные кровотечения, бесплодие.

8. Осложнения беременности: многоплодие, неправильные положения, предлежание плода, многоводие и преждевременная отслойка плаценты, токсикозы беременных, иммунологическая несовместимость и др.

9. Травма беременной: психическая и др.

10. Производственные и бытовые вредности; алкогольная интоксикация.

11. Здоровье мужа, в том числе факторы, способствующие возникновению патологических изменений эякулята.

Высокая частота потери детей при невынашивании беременности является основанием для выбора наиболее щадящего и эффективного метода ведения преждевременных родов. При этом необходимо учитывать состояние здоровья беременной, массу и состояние пло-

да, степень его зрелости и недоношенности. Кроме этого акушерская тактика терапия преждевременных родов зависит от стадии родовой деятельности (угрожающе, начинающиеся, начавшиеся преждевременные роды), таких факторов, как состояние плодного пузыря (цел или вскрылся), степени открытия шейки матки, наличия или отсутствия признаков инфекции, регулярности родовой деятельности, т. е. от акушерской ситуации. Так, активное ведение родов при целых водах, регулярной родовой деятельности, наличии признаков инфекции внутриутробном страдании плода, тяжелых экстрагенитальных заболеваниях, аномалиях развития плода.

Консервативно-выжидательная тактика применяется при сроках беременности до 34 недель, удовлетворительных состояниях матери и плода, отсутствии регулярной родовой деятельности, раскрытие шейки матки менее 4 см и т. д.

При дородовом излитии околоплодных вод, консервативно выжидательная тактика применяется при отсутствии инфицированности родовых путей, в сроке беременности до 34 недель, удовлетворительном состоянии внутриутробного плода, отсутствии акушерской патологии и др.

Важно и ответственно ведение преждевременных родов. Оно должно быть щадящим. Первый период родов ведется как при обычных родах. Во втором периоде родов у первородящих с узким вульварным кольцом и податливости мягких тканей родовых путей следует проводить перинео-эпизиотомно.

В этом периоде ни в коем случае нельзя форсировать, заставляя роженицу тужиться; учитывая легкую повреждаемость сосудистой системы недоношенного плода в процессе изгнания, роды необходимо вести без защиты промежности, особенно при сроках беременности менее 34 недель.

Операция кесарево сечение при недоношенной беременности производится только по акушерским показаниям со стороны матери.

Мероприятия по профилактике преждевременных родов должны быть направлены на устранение причин или предрасполагающих факторов, способствующих не-

вынашиванию беременности. В этом ведущая роль принадлежит женской консультации.

Факторы риска невынашивания беременности можно разделить на следующие 4 группы. К ним относятся, социально-биологические факторы, данные акушерско-гинекологического анамнеза, наличие экстрагенитальной патологии, осложнения беременности и др.

## II. ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

Беременность считается перенашенной, если продолжительность её превышает 14 и более дней. Перенашивание беременности предрасполагают эндокринные нарушения, расстройства нервной регуляции функций организма, изменения в матке, снижающее её возбудимость и сократительной деятельности. В некоторых случаях увеличение продолжительности беременности связано с причинами, вызывающими замедление созревания плода. В таких случаях увеличение срока беременности следует считать явлением, способствующим созреванию плода.

В клинике чрезмерно продолжительной беременности очень важно учитывать так называемую пролонгированную беременность, обусловленную медленным созреванием плода, когда отсутствуют характерные признаки перенашенности у новорожденного. Истинное перенашивание беременности, обусловленное отсутствием готовности матки при зрелом плоде к его изгнанию. Если в первом случае это явление относится к физиологическим вариантам, то во втором оно является серьезной акушерской патологией.

Диагноз истинного перенашивания беременности устанавливают по совокупности ряда объективных признаков. Важным являются учет даты последней менструации, и первого движения плода, а также первичный в начале гестации установленный срок беременности в женской консультации.

Кроме того, важным в распознавании перенашивания является амниоскопия, амниоцентез, показатели цитологии влагалищного мазка.

Исследование плода через брюшную стенку дает возможность установить большую его массу, крупную головку и плотные кости. При уже наступившей родовой деятельности необычная плотность костей головы пе-



реношенного плода может быть легко установлена при влагалищном исследовании роженицы. Диагностическими признаками являются узкие черепные швы, маленькие роднички и необычно большое расстояние между задним и передним родничками.

В последние годы большое значение приобрело ультразвуковое исследование плода с целью определения его зрелости и установления срока беременности.

Метод дает возможность своевременно выявить большие размеры головки перенашенного плода и тем самым врачу правильно наметить план родоразрешения.

Характерными признаками перенашивания беременности при использовании ультразвукового сканирования являются уменьшение толщины плаценты, маловодие, отсутствие выраженного нарастания бипариетального размера головки, более четкие контуры головки плода и крупные его размеры.

В диагностике перенашивания беременности придается значение также комплексному определению количества экскретируемого с мочой эстриола.

В процессе перенашивания беременности в плаценте возникают элементы «старения», проявляющиеся главным образом склерозированием сосудистого русла и волокнистых элементов стромы ворсин. Зернистый распад и лизис аргирофильных структур, уменьшение количества нейтрофильных полисахаридов и гиалуроновой кислоты.

При истинном перенашивании беременности наиболее целесообразно начинать подготовку к родовой деятельности по истечении 40—41 недель беременности. Если ко времени окончания медикаментозной подготовки родовая деятельность не возникает и есть показания к родоразрешению, следует определить готовность организма к родам по окситоциновому тесту и состоянию шейки матки (по Г. Г. Хечинашвили).

Показания для родоразрешения женщины с перенашенной беременностью путем кесарева сечения должны быть строго индивидуальны. Оно возможно при несоответствии размеров плода и таза матери, отсутствии эффекта от 2 туров родовызывания при истинном перенашивании беременности в сроке 42 недель и 1—2 туров при более продолжительном перенашивании, та-

зовом предложении или неправильное положение плода, пожилой или старый первородящий при отягощенном акушерском и гинекологическом анамнезе, признаков хронической гипоксии переносенного плода, и других акушерских ситуациях.

Оперативные методы родоразрешения путем наложения акушерских щипцов, вакуум-экстракции плода должны быть ограничены.

Профилактические мероприятия перенашивания беременности должны начинаться с первых этапов полового развития девочки при позднем наступлении нарушения овариально-менструальной функции. При уже наступившей беременности главная роль в подготовке женщины к своевременному родоразрешению принадлежит женской консультации, где беременную правильно ориентируют в отношении срока предстоящих родов. В профилактике перенашивания имеет большое значение ранний охват беременных, регулярное систематическое наблюдение за ними, выявление факторов риска и их устранение.

#### Задача № 1.

Беременная 23 лет поступила с жалобами на боли внизу живота схваткообразного характера. Из анамнеза установлено, что с 13 лет страдает хроническим нефритом. В детстве часто болела ангиной. В 12 лет произведена тонзиллэктомия. 1 менструация с 14 лет по 3—4 дня без боли через 35 дней. Последняя нормальная менструация 5 месяцев назад. Данная беременность первая.

При пальпации тело матки повышенном тоне. При внутреннем исследовании влагалище нерожавшей, шейка конической формы длиной 5 см отклонена кзади от оси таза, зев точечный, закрыт. Выделения светлые.

Диагноз: Риск при данной беременности.

Тактика ведения.

#### Задача № 2.

Беременная 26 лет, роды первые поступила в отделение дородовой подготовки спустя 2 нед. после предполагаемого срока родов. Таз: 26-29-32-21 см. Положение плода продольное, головное предлежание, головка прижата ко входу в малый таз. Околоплодные воды не

отходили, Окружность живота 100 см, высота стояния дна матки — 38 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 136 уд. в 1 мин.

Диагноз: Тактика ведения беременности и родов.

Контрольные вопросы:

1. Частота невынашивания и перенашивания беременности?
2. Этиология, патогенез невынашивания и перенашивания?
3. Методы обследования?
4. Какие женщины относятся к группе риска невынашивания и перенашивания?
5. Показания к хирургическому лечению истмико-цервикальной недостаточности, обследование, необходимое перед операцией?
6. Профилактические мероприятия при невынашивании, перенашивании беременности?
7. Перинатальная смерть при невынашивании и перенашивании беременности?

Практические навыки:

1. Владеть методикой сбора анамнеза, заполнение истории родов методики акушерского исследования.
2. Определение срока беременности.
3. Освоить критерии готовности организма к родам (тонус матки, возбудимость зрелость шейки матки по Хечинашвили, кольпоцитограмма и др).

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирющенко. Акушерство, М, 1986, с. 277—279.
2. «Практическое акушерство». Под ред. Я. П. Сольского. Киев, 1977 г. с. 386—390.
3. Справочник по акушерству и гинекологии. М., 1978, стр. 206—218. Под ред. Л. С. Персианинова и В. И. Ильина.
4. Булненко С. Д., Степанковская Г. К., Фогел П. И. Недонашивание и перенашивание беременности. Киев, «Здоровье», 1982.



ных студентов по работе в женской консультации. Ташкент, 1984 г., стр. 18—21.

5. Эльдер Э. П., М. К. Хендрикс — Преждевременные роды. Москва, 1984.

6. Сидельникова В. Н. — Невынашивание беременности. Москва, 1986.

7. Серов В. Н., Стрижаков А. Н., Маркин С. А. Практическое акушерство. М, 1989, с. 73—91.

8. Закиров И. З., Ф. Ю. Гариб, Фальянц В. Г., — Иммунология позднего токсикоза и невынашивания у беременных. Ташкент, 1989, с. 32—68.

9. Недоношенность. Под ред. Ю. Виктора В. Х., Вуда Э. К. М., 1991.

## **Тема: БЕРЕМЕННОСТЬ И ЗАБОЛЕВАНИЯ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ.**

**Цель занятия:** При основных внутренних болезнях беременных уметь своевременно решать вопрос о целесообразности сохранения беременности, лечения в специализированном стационаре, знать тактику ведения беременности, родов и реабилитационных мероприятий в послеродовом периоде.

**Задачи:** 1. При пороках сердца освоить течение и исход, а также ведение беременности, родов и послеродового периода.

2. Знать влияние анемии на беременность, роды, плод, диагностику, лечение и профилактику анемии.

3. Освоить основные направления влияния инфекционного гепатита на беременность, роды, плод и послеродовой период, уметь вести роды и знать профилактику невынашивания и кровотечения.

4. Уметь определить исход беременности для матери и плода при гестационном пиелонефрите.

**Место занятия:** Женская консультация, отделение патологии беременности, родильный блок, учебная комната.

**Наглядные пособия:** Индивидуальная карта беременных, истории родов, лабораторные исследования, таблицы.

**Содержание занятия:** Изучается обследование беременных в условиях женской консультации акушерами и врачами других специальностей. Тактика акушера гинеколога и других специалистов при выявлении у беременных экстрагенитальной патологии, дополнительные методы обследования и место их проведения.

Экстрагенитальные заболевания выявляются у 30—60% беременных и представляют собой одну из ведущих причин осложнений беременности и родов, материнской, перинатальной и детской смертности.

## І ПОРОКИ СЕРДЦА И БЕРЕМЕННОСТЬ

Сердечно-сосудистые заболевания у беременных женщин занимают одно из первых мест среди всей экстрагенитальной патологии. Среди них ведущее значение имеют пороки сердца, из которых 75—90% составляют приобретенные и 0,5—10% врожденные пороки сердца. Прогноз беременности и родов у женщин с пороками сердца в значительной мере определяются формой порока, степенью сердечной недостаточности и активностью ревматизма.

К приобретенным порокам относятся митральный стеноз, недостаточность митрального клапана, комбинированный митральный порок сердца, стеноз и недостаточность митрального клапана, комбинированный митральный порок сердца, стеноз и недостаточность аортального клапана. Чаще наблюдаются митральные пороки в сочетании со стенозом левого атриовентрикулярного отверстия. Причиной приобретенных пороков сердца является перенесенный ревматизм, в патогенез которого имеют значение аллергические и иммунологические факторы. Различают активную и неактивную фазу ревматизма. Чаще всего активизация ревматизма наступает в начале I и в течение III триместров беременности, в период наивысшей гиперволемии, что сопровождается ухудшением состояния, учащением пульса, одышкой и т. д. и лабораторными сдвигами, нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, ускорение СОЭ, появление С — реактивного белка, повышение сиаловых кислот, дифениламиновой пробы, антистрептолизин АСЛ —О и др.

Ведение беременности, родов и послеродового периода имеют свои особенности.

По Л. В. Ваниной различают четыре степени риска.

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

II степень — при пороке сердца с начальными симптомами сердечной недостаточности (одышка, тахи-



кардия) I «А» стадия активности ревматического процесса.

III степень — при декомпенсированном пороке сердца с преобладанием правожелудочковой недостаточности.

IV степень — при декомпенсированном пороке с левожелудочковой и тотальной недостаточностью.

Беременность считается допустимым при I и II степени риска и противопоказанной при III и IV степени. Беременная с пороком сердца должна быть госпитализирована 2—3 раза в течении гестации до 12 нед., в 28—32 недели, до предстоящих родов. Это необходимо для проведения интенсивной кардиальной терапии, выработки плана ведения беременности и родов.

Интенсивное наблюдение и лечение в условиях специализированного стационара больных с пороками сердца в большинстве позволяет успешно провести беременность и роды. Развитие декомпенсации при любом сроке беременности является показанием к прекращению последней.

К врожденным порокам относятся триада, тетрада и пентада Фалло. Лучше прогноз при врожденных пороках «бледного типа», куда относятся незаросший аортальный проток, дефект межжелудочковой перегородки, стеноз легочной артерии, стеноз (коарктация) аорты.

Когда есть признаки нарушения кровообращения, беременность при любом врожденном пороке противопоказана.

При пороках сердца наиболее бережным является родоразрешение через естественные родовые пути. Родоразрешение посредством кесарева сечения только по строгим акушерским показаниям. В родах периодически использовать кардиальные средства (гликозиды, препараты витаминноэнергетического комплекса, ингаляцию кислорода). Постоянно проводить профилактику гипоксии плода. Обезболивание родов с началом родовой деятельности. С целью понижения внутриматочного давления и для облегчения сердечной деятельности при открытии маточного зева на 5—6 см производить вскрытие плодного пузыря, не допустить стремительного или затяжного течения родов. В периоде изгнания применять акушерские щипцы, перинео- или эпизиото-

мию. Широко применять сокращающие матку средства для профилактики кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периоде.

## 2. АНЕМИЯ БЕРЕМЕННЫХ

У беременных часто встречается железодефицитная анемия (15—60%). Она делится на 3 степени тяжести: I степень: концентрация гемоглобина 100—91 г/л, содержание эритроцитов  $3,6—3,2 \times 10^{12}$  в л; II степень соответственно: до 71 г/л и  $3,2—3,0 \times 10^{12}$  в л; III степень: концентрация гемоглобина менее 70 г/л, содержание эритроцитов  $3,0—2,8 \times 10^{12}$  в л. Кроме железодефицитной различают постгеморрагическую (острая и хроническая), мегалобластную, гипо-и апластическую, формы анемии.

При анемии нарушается основная функция эритроцитов — доставка кислорода к тканям организма, патологические изменения прежде всего связаны с гипоксией. Анемия у беременной сопровождается увеличением осложнений беременности и родов, оказывает неблагоприятное влияние на развитие плода.

К развитию ЖДА беременных предрасполагают: снижение поступления железа с пищей вследствие неправильного питания, нарушение всасывания пищи в связи с хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, выраженной рвотой беременных, часто повторяющиеся кровотечения, особенно при предлежании плаценты и др.

Истощение депо железа в организме может наступить также в результате следующих друг за другом беременностей, длительной лактацией, многоплодной беременностью и др.

Различают анемию беременных, т. е. анемическое состояние, возникающее во время беременности, осложняющих ее течение и обычно прекращающееся при завершении беременности, и сочетание беременности и анемии, которая имела место до наступления беременности. Истинная ЖДА беременных, как правило развивается после 20 недель беременности.

Клиника и диагностика анемии общезвестны.

Имеется связь между анемией и токсикозами беременных. Поздние токсикозы развиваются у 20—40% беременных с ЖДА. Частота преждевременного преры-

вания беременности при анемии колеблется от 15 до 40%.

Роды нередко осложняются несвоевременным излитием вод, слабостью родовых сил, повышенной кровопотерей.

Учитывая характер осложнений в процессе родов, акушерская тактика состоит в проведении своевременной родостимуляции, профилактики асфиксии плода и кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Даже небольшая кровопотеря плохо переносится роженицами с анемией и может быть причиной коллапса. Послеродовый период нередко осложняется септическими заболеваниями, гипогалактией.

ЖДА беременных сочетается иногда с внутриутробной гипоксией, нередко с гипотрофией.

Основным методом лечения анемии является назначение препаратов железа. Предпочтительны препараты в таблетированном виде: ферроплекс по 2 таблетки 3 раза в день, конферон по 1 капсуле 3 раза в день, феррамид, ферроградумент в течение 3—4 недель в зависимости от тяжести анемии. Гемотрансфузию для лечения ЖДА у беременных применять в исключительных случаях по жизненным показаниям и желателно эритроцитарную массу.

Профилактика ЖДА состоит в раннем ее выявлении у больных беременных и своевременном лечении. В женской консультации обязательным является исследование крови при взятии на учет в 20 недель беременности, 27—28 недель и позже 1 раз в месяц.

Необходимо выделение группы беременных «повышенного риска по развитию ЖДА». К ней относятся женщины, болевшие прежде анемией, имеющие хронические инфекционные заболевания, многорожавшие, беременные с содержанием гемоглобина менее 120 г/л. Эта группа беременных женщин нуждается в диспансерном наблюдении. Профилактика ЖДА у них производится назначением железосодержащих препаратов по 1—2 табл. 2 раза в день в течение 4—6 месяцев. Начинать профилактический прием необходимо с 12—14 недель беременности.

Лечение легкой формы ЖДА проводится в условиях женской консультации. Беременные с анемией средней тяжести и тяжелой формой нуждаются в стационарном



лечении. Роды при анемии обычно ведутся консервативно. При этом необходимо следить за кровопотерей, проводить профилактику слабости родовых сил, гипотогического маточного кровотечения, гипоксии и асфиксии плода.

### 3. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ

Вирусный гепатит широко распространенное заболевание.

Различают вирусный гепатит А, В, ни А и ни В. Течение гепатита, особенно сывороточного гепатита В более тяжелое. У кормящих матерей тяжело протекают обе формы. Летальность и перинатальная смертность у беременных высокие.

Часто наблюдается преждевременные роды, которые возникают в разгар желтушного периода. Наиболее частыми осложнениями родов и раннего послеродового периода является кровотечение.

Вирусный гепатит влияет на плод, дети родившиеся в остром периоде чаще рождаются незрелыми, недоношенными и в состоянии гипоксии.

При сывороточном гепатите возможна передача инфекции ребенку, если к моменту родового акта в крови у матери имеются австралийский антиген. Заражается плод аспирацией околоплодных вод, при травме кожи новорожденного, возможно через грудное молоко, при наличии трещин сосков у матери.

Лечение: режим, диета, инфузионная терапия. Режим должен быть постельным до уменьшения содержания билирубина и активности аминотрансфераз. Диета, белки, углеводы, витамины, глюкоза, гемодез, альбумин, серепар, эссенциале по 5 мл дважды в сутки, при тяжелых случаях глюкокортикоиды.

Практический врач родовспомогательного учреждения должен иметь представление о методах диагностики и лечения вирусного гепатита. При подозрении на вирусный гепатит он должен изолировать больную в отдельную палату, выделить посуду и индивидуальные инструменты (шприцы и т. д.), вызвать врача инфекциониста, провести следующие лабораторные исследования: клинический анализ крови, анализ мочи с определением желчных пигментов и уробилина, анализ крови на австралийский антиген; биохимические исследе-

дования крови на билирубин, белки, белковые фракции, протромбиновое время и индекс, аланинаминотрансферазу, щелочную фосфатазу, холлинэстеразу, проверить сулемовый титр, тимоловую пробу, перевести большую в специализированный стационар. Ведение беременности должно быть консервативным: профилактика и лечение при недоношивании беременности, профилактика внутриутробной гипоксии и асфиксии плода, профилактика кровотечения в третьем периоде родов с помощью внутривенного введения метилэргометрина или окситоцина. Продолжение беременности противопоказано при формировании затяжного гепатита или острой дистрофии печени.

#### 4. GESTАЦИОННЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ

В структуре экстрагенитальных заболеваний гестационный пиелонефрит занимает одно из первых мест и составляет 5—10%. Высокая частота пиелонефрита в гестационном периоде жизни женщины, неблагоприятные влияние заболевания на течение беременности, родов, послеродового периода, развитие и состояние внутриутробного плода и период новорожденности обуславливают к ней пристальное внимание.

Хронический пиелонефрит начинается обычно в детстве. О перенесенном заболевании почек девочка и ее родители нередко забывают, поскольку рецидивы могут не появляться много лет. Они возникают в такие периоды жизни женщины, которые связаны со значительными гормональными сдвигами. К ним относятся пубертатный период, замужество, беременность и роды. При количественном анализе осадка мочи (проба Нечипоренко или Каковского — Аддиса) обычно выявляют лейкоцитурию, преобладающую над гематурией. При бактериологическом исследовании мочи находят бактерицидную, превосходящую  $10^8$  микробных тел в 1 л, идентифицируют возбудителя и определяют чувствительность микробной флоры к антибиотикам и антибактериальным препаратам.

Поскольку патологический процесс при пиелонефрите развивается в интерстициальной ткани почки и завершается склерозированием ее, сдавливанием почечных канальцев, концентрационная способность почек, устанавливаемая с помощью пробы Зимницкого, нару-

шается рано. Гипостенурия (относительная плотность мочи меньше 1015) является свидетельством снижения концентрационной функции нефрона. В таких случаях необходимо определить содержание в крови мочевины, креатинина, или остаточного азота.

Внутривенная урография беременным противопоказана.

Хронический пиелонефрит, особенно длительно существующий, приводит к развитию нефрогенной гипертензии.

Гестационный процесс ухудшает течение пиелонефрита. Хронический пиелонефрит обостряется у каждой третьей беременной, иногда дважды и трижды. Редко обострение возникает у родильниц, еще реже — у рожениц.

Пиелонефрит оказывает неблагоприятное влияние на течение беременности и состояние плода. К наиболее частым осложнениям относятся поздний токсикоз, невынашивание беременности, внутриутробное инфицирование плода и внутриутробная гипотрофия плода. Перинатальная смертность при нерациональном лечении достигает 30%. Они более подвержены послеродовым гнойно-септическим заболеваниям.

Больные пиелонефритом должны быть отнесены к группе высокого риска. К I степени риска относятся больные неосложненным пиелонефритом, возникшим во время беременности; ко II степени — больные хроническим пиелонефритом, существовавшим до беременности; к III степени — женщины с пиелонефритом и гипертензией или азотемией, пиелонефритом единственной почки.

Больным I и II степенями риска можно разрешить беременность. Они должны находиться на диспансерном учете у терапевта женской консультации. Исследования мочи следует проводить каждые 2 нед., а в период между 22-й и 28-й неделями беременности — еженедельно.

Больным с III степенью риска беременность противопоказана. В результате беременности ухудшается здоровье женщины, а редкая возможность получить живого и здорового ребенка делает риск сохранения неоправданным. Беременные больные пиелонефритом, должны быть госпитализированы при каждом обостре-



нии заболевания, при появлении признаков позднего токсикоза или ухудшения состояния плода (гипоксия, гипотрофия).

Родоразрешение при пиелонефрите проводится влажным путем. Кесарево сечение в условиях инфицированного организма крайне нежелательно. При насущной необходимости предпочтение должно быть отдано экстраперитонеальному методу операции.

Пиелонефрит не требует назначения специальной диеты и ограничения жидкости и поваренной соли при отсутствии признаков позднего токсикоза. При обострении процесса показано обильное питье.

Лечение пиелонефрита у беременных проводят обязательно в условиях стационара.

Основа лечения антибактериальная терапия.

Цефалоспорины (цепорин, цефалоридин, кефзол, клафоран, цефуроксим) назначают по 0,5—1 г 3—4 раза в день в/в и в/м. Курс лечения 4—8 дней.

Аминогликозиды (канамицин, гентамицин) можно применять беременным после 20 нед; но с осторожностью при сохраненной функциональной способности почек и отсутствие заболеваний органа слуха.

Со II триместра применяют антибактериальные препараты 5 — НОК, неграмон, неграм в течение 10 дней, уросульфам.

В послеродовом периоде лечение такое же. Курс лечения 8—10 дней.

Прекращение беременности в любом сроке не улучшает течение острого пиелонефрита.

Острый пиелонефрит обычно протекает с интоксикацией организма, в связи с чем комплексная терапия заболевания включает применение белковых препаратов (альбумин, протенин) и дезинтоксикационных средств (гемодез, реополиглюкин). Кроме того, при лечении пиелонефрита необходимо использовать десенсибилизирующие (димедрол, супрастин, дипразин) и спазмолитические средства (баралгин, цистенал, но-шпа, папаверина гидрохлорид). Также рекомендуется назначать растительные антисептики и мочегонные средства (толокнянка, полевой хвощ, клюквенный морс).

Родильниц, перенесших гестационный пиелонефрит, следует выписывать из родильного дома под наблюдением уролога.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Какие имеются степени риска для матери и плода при пороках сердца?
2. Какова тактика ведения беременности и родов при кардиальной патологии?
3. Лечение и профилактика анемии беременных.
4. Тактика ведения беременности при инфекционном гепатите.
5. Каков прогноз беременности для матери и плода при пиелонефрите?

### Задача 1.

Беременная С., 20 лет, обратилась в женскую консультацию для постановки на учет беременности в сроке 11 недель. При осмотре и сборе анамнеза выяснено, что в течении 8 лет состоит на учете по поводу заболевания сердца.

На приеме у терапевта отметила слабость, быструю утомляемость. Пальпаторно определяется разлитой усиленный толчок в пятом межреберье кнаружи от среднеключичной линии. Аускультативно — громкий систолический регургитационный шум на верхушке сердца, проводившийся в подмышечную область.

Р. V.: влагалище нерожавшей. Шейка матки сформирована. Матка увеличена соответственно 10—11 неделям беременности, размягчена, подвижная безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их болезненная.

Своды свободные, глубокие.

1. Какой предположительный диагноз?
2. Какие необходимо провести обследования для постановки окончательного диагноза?
3. Какой принцип наблюдения за беременной?
4. Какие осложнения во время беременности могут возникнуть?
5. Какова Ваша тактика в данном случае?

### Задача 2

Беременная С., 23 года, поступила в отделение патологии беременности с беременностью сроком 32 недели и с жалобами на общую слабость, головокружение, головную боль, постоянное сонное состояние, мель-

канье перед глазами, утомляемость. Такие ощущения стала отмечать после 20 недель беременности.

Объективно. Кожа и слизистая оболочка бледной окраски. Пульс 86 в 1 мин., ритмичный слабого наполнения. А/Д 110/70 мм рт. ст. Со стороны сердца выявлен слабый систолический (анемический) шум над верхушкой. В легких везикулярное дыхание.

Данные акушерского исследования. Высота стояния дна матки между мечевидным отростком и пупком. Положение плода продольное, первая позиция, передний вид, предлежит голова. Сердцебиение 138 уд/мин., слева ниже пупка. Размеры таза нормальные.

Анализ крови: количество эритроцитов  $3,2 \times 10^{12}$  в л, содержание гемоглобина 90 г/л, цветовой показатель — 0,8; СОЭ — 48 мм/ч, железо в сыворотке крови 9,9 мк/моль/л.

1. Диагноз?
2. Характеристика железодефицитной анемии.
3. План обследования и лечения больных с анемией.
4. Тактика ведения во время беременности и в родах.

#### Практические навыки

Знать дифференцированный подход к ведению беременных с экстрагенитальной патологией, методы их обследования, лечения, место и сроки госпитализации, методы родоразрешения, а также противопоказания к беременности, медицинские показания к ее прерыванию и методы прерывания в зависимости от сопутствующей патологии. Уметь заполнять необходимые учетные формы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирюшенков А. П. Акушерство. М. Медицина, 1986, стр. 239—255.
2. Ванина Л. В. Беременность и роды при пороках сердца. М., 1971.
3. Шехтман М. М. Экстрагенитальная патология и беременность. М. 1987.
4. Серов В. А., Стрижаков А. А., Маркин С. А. Практическое акушерство. М., 1989, стр. 108—132.



5. Джаббарова Ю. К. Профилактика и лечение железодефицитной анемии у беременных. — Ташкент. — 1990. — 144 с.

6. Закиров И. З. Беременность и плод при болезни Боткина. Ташкент, 1973, с. 142.

7. Закиров И. З., Шакиров Д. З, Марданов Л. М. Беременность и ревматизм. Ташкент: Медицина, 1975. — 137 с.

## **Тема: ПОСЛЕРОДОВЫЕ СЕПТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ.**

**Цель занятия:** Изучение студентами этиопатогенеза, путей распространения, методов диагностики, лечения и профилактики послеродовых инфекционных заболеваний.

**Задачи:** 1. Знать этиологию и пути распространения пуэрперальной инфекции.

2. Уметь диагностировать различные формы послеродовых инфекционных заболеваний.

3. Освоить принципы лечения послеродовых заболеваний.

4. Определить группы риска послеродовых септических заболеваний.

**Наглядные пособия:** Таблицы, слайды, рентгенограммы.

**Место занятия:** Обсервационное акушерское отделение.

### **Содержание занятия:**

В последние десятилетия частота гнойно-септических заболеваний родильниц неуклонно возрастает. Это можно объяснить многими причинными факторами:

1. Изменился характер флоры: появились антибиотикоустойчивые и антибиотикозависимые формы микроорганизмов и т. д.

2. Вследствии широкого применения антибиотиков, кортикостеронидов и цитостатиков, а также влияния вредных факторов окружающей среды изменился иммунный статус человека, в том числе беременных и рожениц.

3. Возросла аллергизация людей.

4. В акушерскую практику широко внедрены инвазивные методы диагностики и терапии, включая оперативные методы родоразрешения, способствующие распространению инфекции (кесарево сечение).

На протяжении настоящего столетия взгляды на этиологию, патогенез септических заболеваний в клинической медицине претерпевают значительные изменения. В настоящее время патогенез септических осложнений рассматривают как результат сложного взаимодействия трех факторов: возбудителя инфекции, состояния первичного очага инфекции, сопротивляемости организма. Послеродовые инфекционные заболевания можно рассматривать как неспецифический инфекционный процесс, протекающий на фоне изменения реактивности организма.

Послеродовые инфекции — полиэтиологическое заболевание. Ранее в их возникновении ведущую роль играли золотистый стафилококк и кишечная палочка. В настоящее время наиболее частыми возбудителями наряду с вышеуказанными являются анаэробные кокки. Часто заболевание вызывают ассоциации различных возбудителей: бактероиды, стрептококки группы В, генитальные микоплазмы, золотистый стафилококк и др. Факторами, обуславливающими возникновение инфекции, являются патология беременности, родов, оперативные вмешательства при них.

Классификация (по Сазонову — Бартельсу, 1953)

I-й этап: клиническая картина заболевания определяется местными изменениями в области родовой травмы (послеродовый эндометрит, послеродовая язва).

II-й этап: клиническая картина заболевания определяется местными проявлениями инфекционного процесса, распространившегося за пределы раны, но оставшегося локализованным (метрит, параметрит, сальпингоофорит, пельвеоперитонит, тромбофлебит вен таза).

III-й этап: инфекция по тяжести близка к генерализованной (разлитой перитонит, септический шок, прогрессирующий тромбофлебит).

IV-й этап: генерализованная инфекция — сепсис с метастазами и без метастазов.

Послеродовой эндометрит составляет значительную часть заболеваний. Чаще протекает в легкой форме и заканчивается выздоровлением, однако, у каждой 4-й родильницы заболевание принимает тяжелое течение, когда наблюдается гнойно-резорбтивная форма с лихорадкой и существует при этом реальная угроза генера-



лизации инфекции. Для легкой формы заболевания характерны относительно позднее начало: 5—12 сутки послеродового периода, повышение температуры до 38°, отсутствие озноба, умеренное ускорение СОЭ, лейкоцитоз в пределах 9—12.000, незначительный нейтрофильный сдвиг формулы белой крови. Общее самочувствие существенно не меняется. Матка несколько увеличена, лохии длительное время остаются кровянистыми. Состояние больной в течении суток на фоне комплексного лечения существенно не ухудшается.

При тяжелой форме быстрого улучшения за сутки не происходит, даже возможна отрицательная динамика процесса. Тяжелый эндометрит начинается на 2—3 сутки после родов, у каждой 4-й больной он развивается на фоне хориоамнионита. Матка болезненна, лохии гнойные, с ихорозным запахом.

В последние годы все чаще встречается стертая картина заболевания, не отражающая тяжесть состояния роженицы.

Время появления первых симптомов колеблется от 1 до 7 суток. Клинические данные и результаты лабораторных тестов свидетельствуют о легкой форме заболевания.

Эндометрит после кесарева сечения всегда протекает в тяжелой форме с признаками интоксикации и парезом кишечника.

Ухудшается общее состояние, повышается температура тела выше 39°, характерна тахикардия, ознобы, лейкоцитоз, анемия у каждой 3-й больной. Кроме объективных данных при УЗИ устанавливается степень инволюции матки и наличие остатков плодного яйца. При наличии содержимого в полости матки у 70% предпочтительнее произвести вакуум-аспирацию, но возможен и кюретаж с соблюдением предосторожностей. Для уменьшения всасывания продуктов распада и токсинов показано промывание полости матки растворами антисептиков и антибиотиков.

Лучше применять растворы охлажденные до +12° в течении 30 мин с включением глюкокортикоидов или осмодиуретиков. Лечение должно быть этиотропным, комплексным, систематическим и активным.

Антибиотики — основной компонент терапии. При их назначении необходимо соблюдать все правила ан-

антибиотикотерапии: обязательное выделение и идентификация возбудителя с применением антибиотика на основе полученной антибиотикограммы; своевременное проведение курса антибиотикотерапии до стойкого закрепления терапевтического эффекта; использование достаточных доз и оптимальных методов введения; в тяжелых формах сочетанное применение антибиотиков в соответствии с особенностями их спектра и механизма действия. В комбинацию антибиотиков включают оксациллин, ампициллин, метициллин, цефоприим, кефзол, цефамизин, канамицин, гентамицин.

Наиболее часто используют комбинации цефоприим + оксациллин, ампициллин + гентамицин.

Одновременно с антибиотиками назначают сульфаниламидные препараты: этазол-натрия, метронидазол.

Для профилактики кандидоза и дисбактериоза в схему лечения включают нистатин, леворин. Профилактическое применение антибиотиков позволяет значительно снизить частоту эндометрита после кесарева сечения. Проводится так же иммунозаместительная и стимулирующая терапия: антистафилококковый гамма-глобулин, лейкоцитарная взвесь здорового донора. Противоспалительная терапия: стероидные и нестероидные средства, аспирин, индометацин, анальгин, ипубруфен. Инфузионная и дезинтоксикационная терапия: реополиглюкин; плазма, глюкоза, демодез, альбумин.

В комплекс лечебных мероприятий обязательное включение комплекса витаминов, антигистаминов, оксигенотерапия.

**Акушерский перитонит** — одно из наиболее грозных осложнений послеродового периода. Источником инфекции в большинстве случаев является матка. Часто имеет место стертое течение, особенно после кесарева сечения. Ведущее значение имеет интоксикация, обусловленная бактериальными токсинами, гиповолемия, парез желудочно-кишечного тракта. В большинстве случаев обнаруживают смешанную микробную флору, при этом ведущее место занимает кишечная палочка. В клинической картине местные проявления менее выражены и реактивная фаза быстро переходит в фазу интоксикации. При ранней форме заболевания преобладают признаки интоксикации (источник инфекции — содержимое матки). Если источник инфекции — повы-

шенная проницаемость стенки кишечника вследствие пареза, то в клинической картине доминирует парез кишечника, признаки эндометрита отходят на второй план. Если причиной перитонита явилась недостаточность швов на матке, то в клинической картине заболевания преобладают местные симптомы: боль, напряжение мышц, симптомы раздражения брюшины.

Необходимо помнить, что на фоне комплексной интенсивной терапии клиника перитонита может ступенчатываться.

Лечение перитонита состоит в комплексной интенсивной терапии одновременно с оперативным лечением. Объем операции определяет форма перитонита, состояние больной. Целесообразной является операция экстирпации матки с удалением труб, дренирование брюшной полости через незащитное влагалище и нижних отделов боковых каналов, дренирование верхних отделов и проточное орошение брюшной полости.

Основой комплексной интенсивной терапии является инфузионно-трансфузионная терапия, осуществляемая методом управляемой гемодилюции с широким использованием кровезаменителей направленного действия и растворов сбалансированным ионным составом на фоне форсированного диуреза. Параллельно следует проводить мероприятия, направленные на устранение нарушений микроциркуляции и синдрома ДВС (гепарин, никотиновая кислота, контрикал).

Сепсис — тяжелый неспецифический инфекционный процесс, протекающий на фоне изменения реактивности организма. Входными воротами инфекции чаще всего служат послеродовая матка, травмы промежности, мастит, пиелонефрит и др.

Диагноз основывается на следующих признаках: наличие первичного гнойного очага, высокой лихорадки, обнаружения возбудителя в крови. Последний признак не обязателен. При диагностике необходимо правильно оценивать состояние нервной системы (эйфория, угнетенность, расстройство сна, аппетита, неадекватная реакция на окружающее), сочетающиеся с появлением дыхательной недостаточности, нарушением микроциркуляции (кровоснабжение и окраска кожных покровов), нарушением гемодинамики. Из лабораторных данных наиболее важны гемограмма и определение КОС



крови и мочи, плотность бактериемии. Для выявления бактериемии необходимо в течении двух суток произвести по 5 посевов крови через каждые 2 часа. Если половина и более посевов (5 и более из 10) дает рост микробов, то это непременно сепсис. Лечение комплексное с обязательным включением воздействия на первичный очаг, которое состоит из 4 основных направлений и пятое — резервное:

I — антибактериальное

II — регулируемая гипокоагуляция

III — ингибция агрессивных ферментов

IV — активная и пассивная иммунотерапия

V — резервные методы (заменное переливание крови, гемосорбция).

**Послеродовой мастит** — в современных условиях отличается большим числом гнойных форм, обширностью поражения, тенденцией к генерализации. В этиологии ведущее место занимает патогенный стафилококк. Особую роль в генезе мастита занимает патогенный лактостаз, который обычно возникает на 2—6 сутки после родов. Его можно отнести к латентной стадии мастита. Мастит начинается остро. Повышается температура тела до 38,5—39°, озноб, боль в молочной железе. Кожа пораженного участка гиперемирована, железа увеличена в объеме. Характерной особенностью мастита в современных условиях является его более позднее начало, преимущественно после выписки женщины из род. дома. Диагностика не представляет затруднений. Лечение должно быть комплексным. Местно при серозном и инфильтративном мастите назначают масляно-мазевые компрессы, при гнойном мастите оперативное лечение радикальным разрезом. Профилактика-строгое соблюдение санитарно-противоэпидемических мероприятий в род. доме, систематическое проведение мер предупреждения стафилококковой инфекции, осуществление целенаправленных мер профилактики мастита.

**Профилактика** — послеродовых инфекционных заболеваний начинается в женской консультации с выявления у беременных хронических очагов инфекции и их санации, ликвидации стафилококконосительства, прививок стафилококкового анатоксина.

В акушерском стационаре обязательно соблюдение санитарно-гигиенических норм и строгое соблюдение

мер предупреждения госпитальной инфекции. Большое значение имеет рациональное ведение родов: не допускать затяжного течения родового акта и длительного безводного периода. Среди рожениц и родильниц необходимо выявлять группу риска, в которую входят женщины с очагами хронической инфекции, с большим числом абортс с осложненным течением, с воспалительными гинекологическими заболеваниями в анамнезе, с III—IV степенью чистоты влагалища, с заболеваниями внутренних органов, страдающие токсемиями и анемией, перенесшие во время беременности грипп, женщины с продолжительностью родового акта более 16 часов, безводного периода — более 12 часов, имевшие оперативные вмешательства в родах и подвергшиеся более 3-х влагалищных исследований. Этим родильницам необходимо применять превентивные меры, направленные на повышение неспецифического иммунитета и на ускорение инволюции полового аппарата.

Задача.

Роженица 28 лет, первобеременная, 2 дня назад была доставлена в клинику в родах осложненных безводным промежутком в течении 16 часов, лобным предлежанием плода и симптомами угрожающего разрыва матки. Экстренно было произведено корпоральное кесарево сечение, извлечён живой мальчик, массой 3650 г. Послеоперационный период в течении первых двух суток протекал гладко, состояние удовлетворительное.

На вторые сутки после родов состояние стало прогрессивно ухудшаться, появились икота, рвота, сильная боль сначала внизу, затем по всему животу, задержка стула и газов.

Кожа бледная с сероватым оттенком, черты лица заострены, язык и губы сухие, с серым налетом. T-39°. Пульс 120 уд. в 1 мин., А/Д 110/60 мм рт. ст. Живот вздут, болезнен, имеется напряжение мышц, с-м Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии определяется экссудат в боковых областях. Перистальтика кишков резко ослаблена.

Вопросы:

1. Диагноз
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз
3. Причины, вызвавшие описанное осложнение.
4. Лечение.

## КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ:

1. Этиопатогенез послеродовых инфекционных заболеваний.
2. Классификация.
3. Клиника и диагностика послеродового эндометрита, перитонита, сепсиса, мастита.
4. Основные принципы профилактики и лечения послеродовых инфекционных заболеваний.

## ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ:

1. Санитарная обработка женщин.
2. Взятие крови и лохий на посев.
3. Выделение группы риска.
4. Умение диагностировать и лечить послеродовые инфекционные заболевания.

## ЛИТЕРАТУРА

1. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенко. Акушерство. 1984, стр. 408—431.
2. В. Н. Серов, А. Н. Стрижаков, С. А. Маркин. Практическое акушерство — руководство для врачей. М., 1989, стр. 420—475.
3. В. И. Кулаков и соавт. «Послеродовые инфекционные заболевания. М., «Медицина», 1984 г.



**Тема: ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ ПЕРИОДА  
НОВОРОЖДЕННОСТИ**

**I. АСФИКСИЯ И РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ  
НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ**

**Цель занятий:** Изучить патогенез, клинику, классификацию асфиксии новорожденных, методы реанимации, прогноз и принципы ведения в неонатальном периоде. Роль асфиксии, как предрасполагающего фактора к родовой травме и причинно-следственные взаимоотношения между этими состояниями.

**Задачи:** Дать определение асфиксии новорожденных, оценить состояние новорожденного по шкале Апгар, патогенетически обосновать реанимационные мероприятия и определить тактику ведения новорожденного, перенесшего асфиксию.

**Место занятий:** Учебная комната, родильный зал, палата интенсивной терапии новорожденных.

**Наглядные пособия:** Таблицы: «Шкала Апгар», «Патогенез асфиксии новорожденных», «Схема реанимации новорожденных».

**Содержание занятий:** Асфиксия новорожденного — состояние, при котором отсутствует самостоятельное дыхание, или оно нерегулярное в виде отдельных судорожных поверхностных дыхательных движений при наличии сердечной деятельности. Состояние новорожденного определяется по шкале Апгар, однако не всегда низкая оценка по шкале Апгар свидетельствует о наличии у новорожденного асфиксии. Дифференциальную

диагностику следует проводить с наркозной депрессией, кровоизлиянием в надпочечники и другие органы, синдромами фето-фетальной и фетоплацентарной трансфузии, внутричерепной и спинальной родовой травмой.

При нормальном течении беременности, особенно на последних сроках беременности, плод находится в условиях физиологического умеренного метаболического ацидоза, которое при асфиксии сменяется декомпенсированным метаболическим ацидозом. При продолжающемся ацидозе искусственная вентиляция легких (ИВЛ) не гарантирует мозг от повреждения.

Реанимация новорожденного при асфиксии проводится в зависимости от степени тяжести асфиксии. Асфиксия I степени: отсасывание слизи через катетер или интубатор из полости рта, несоглотки и желудка. 2. Вспомогательная масочная искусственная вентиляция легких 30—40 раз в минуту кислородно-воздушной смесью, содержащей 60% кислорода. 3. Одновременно в вену пуповины 20% раствор глюкозы 5 мл/кг с кокарбоксылазой 8 мг/кг. При асфиксии II степени, если вспомогательная ИВЛ оказывается неэффективной, через 3 минуты ребенок интубируется и переводится на аппаратную ИВЛ, внутривенно вводится гидрокарбонат натрия 4% ный раствор 2,5 мл/кг. При асфиксии III степени интубация производится сразу после отсасывания слизи и аппаратная ИВЛ проводится 60%-ной смесью кислорода и воздуха с частотой 30—40 раз в минуту, давление на вдохе 30—40 см вод. ст., объем дыхания 30—40 см<sup>3</sup>. Вводится ребенку преднизолон 1—2 мг/кг или гидрокортизон 5 мг/кг. При брадикардии (менее 80 ударов в минуту) рекомендуется наружный массаж сердца, кальция глюконат 10%-ный раствор 1,5—2,0 мл внутривенно, адреналина гидрохлорид 0,1% раствор 0,1 мл внутривенно или под язык. При остановке сердца: наружный массаж сердца, кальция глюконат 1,5—2,0 мл внутривенно, адреналина гидрохлорид 0,1% мл внутривенно, адреналина гидрохлорид 0,1% раствор 0,1 мл внутривенно или под язык. При остановке сердца: наружный массаж сердца, кальция глюконат 1,5—2,0 мл внутривенно, адреналина гидрохлорид 0,1%-ный раствор внутривенно или под язык, повторное введение преднизолона или гидрокортизона в той же дозировке. При отсутствии эффекта адреналина ги-

дрохлорид в той же дозе вводится внутрисердечно. Критериями прекращения реанимационных мероприятий являются: отсутствие сердцебиения в течении 5 минут, отсутствие самостоятельного дыхания в течении 15 минут. Продолжение реанимации целесообразно, пока жив мозг.

Ребенку, перенесшему асфиксию, необходим покой, к головке пузырь со льдом на 2 часа, кислородотерапия в детской кислородной палатке или при помощи кислородной установки, коррекция ацидоза гидрокарбонатом натрия, 20%-ным раствором глюкозы, кокарбоксилазой, применение противогеморрагических средств, хлорида кальция внутрь по 5 мл 4 раза в день, рутин и викасол по 0,002 2 раза в день. Инфузионная терапия проводится через яремную или подключичную вену после катетеризации. В целях улучшения микроциркуляции, тканевого дыхания, восполнения потерь жидкости и нормализации реологических свойств крови и объема циркулирующей крови (ОЦК). Инфузионная терапия проводится в соответствии с программами, составляемыми ежедневно с учетом результатов динамического наблюдения за состоянием новорожденного. На 1 кг массы тела новорожденного рекомендуется введение 30 мл жидкости. Коктейль для внутривенного введения включает: реополиглюкин, плазму и раствор глюкозы. Из диуретиков наиболее выражен эффект фуросемида в дозе 1—3 мг/кг в сутки. Кордиамином назначается в дозе 0,1 мл 2 раза в сутки. Направленность инфузионной терапии строится с учетом клинических проявлений нарушения мозгового кровообращения. При возбуждении — фенобарбитал 0,005 2 раза в день, 0,5% раствор бромида натрия по 3 мл 1—2 раза в день. Применяются также нейролептические препараты: ГОМК 50 мг/кг, седуксен 1 мг/кг, дроперидол 0,05 мг/кг. При явлениях отека мозга проводят дегидратационную терапию внутривенным введением плазмы и 20% раствора глюкозы из расчета 10 мл/кг. Внутримышечно вводится 2,4% раствор эуфиллина 0,2 мл/кг. Для лечения гипоксических поражений применяется гипербарическая оксигенация (ГБО).

Дети, перенесшие асфиксию, нуждаются в тщательном наблюдении невропатолога для ранней диагностики поражений ЦНС. При наличии церебральных пара-



личей детей следует лечить в специальных неврологических отделениях. В медицинской документации необходимо указывать длительность внутриутробной асфиксии, асфиксии при рождении, особенности родов и периода новорожденности.

**Задача:**

1. Доношенный новорожденный, масса тела 4000 грамм, родился в тазовом предлежании. В родах оказано пособие по Цовьянову с переходом на классическое ручное пособие. Не кричал, сердцебиение хорошее, кожные покровы синюшные, рефлекторная возбудимость и тонус мышц снижены. К пятой минуте при повторной оценке состояния новорожденного по шкале Апгар: ребенок побледнел, дыхание 40 в минуту, тонус мышц и рефлекторная возбудимость нормальные. Какова оценка по шкале Апгар на 1- и 5-й минутах? Диагноз? Тактика реанимации?

2. Доношенный новорожденный, извлечен путем кесарева сечения. Операция плановая в связи с наличием 2 рубцов на матке по поводу перенесенных в прошлом двух кесаревых сечений. Во время операции были затруднения при выведении плода из матки, что увеличило продолжительность операции. Плод извлечен с хорошим сердцебиением, розовый, не кричит, нет дыхания, нет тонуса мышц и рефлекторной возбудимости. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар? Диагноз? Тактика ведения новорожденного?

**Контрольные вопросы:** 1. Патогенез, клиника, степени тяжести асфиксии? Реанимация при асфиксии? Прогноз? Место асфиксии новорожденных в структуре причин неонатальной смертности? Кормление ребенка, перенесшего асфиксию при рождении? Тактика ведения новорожденного с перенесенной асфиксией?

**Практические навыки:** Умейте оценить состояние новорожденного по шкале Апгар. Катетеризация пупочной вены (имитация на отрезке пуповины) Подбор режима ИВЛ на аппарате СПИРОН-501.

## II. ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО (ГБН).

**Цель занятия:** Освоить принципы ранней постнатальной и антенатальной диагностики ГБН, методы лечения и профилактики.

**Задачи:** 1. Используя анамнез, лабораторные методы диагностики определить форму и тяжесть ГБН.

2. Выбрать рациональную тактику ведения.

3. Освоить технику заменного переливания крови (ЗПК).

**Место занятия:** учебная комната, родильный блок, палата интенсивной терапии новорожденных.

**Наглядные пособия:** отрезок пуповины для катетеризации пупочной вены; набор инструментов и медикаментов для заменного переливания крови; набор слайдов по теме ГБН.

**Содержание занятия:** ГБН является результатом иммунологического конфликта при несовместимости крови матери и плода по резус-фактору, системе АВО или по другим групповым факторам.

При резус-конфликте резус-отрицательная женщина, беременная резус-положительным плодом может быть sensibilizirovana. Sensibilizatsiya происходит в результате рождения резус-положительного плода, когда создаются условия для фето-материнской трансфузии. Реже встречается sensibilizatsiya в результате гемотрансфузии, имевшей место в прошлом. В организме sensibilizirovannoy zhenshchiny определяют антитела (АТ) против резусфактора. При переходе АТ от матери к плоду через плаценту развивается гемолитическая болезнь плода, а переход АТ от матери к плоду в родах приводит к развитию ГБН в течении нескольких часов.

Аntenatalnaya diagnostika проводится в женской консультации. Выявляется резус-отрицательная женщина. По титру АТ и его нарастанию в динамике устанавливается наличие резусsensibilizatsii, которая подтверждается исследованиями амниотической жидкости. При ультразвуковом исследовании можно выявить следующие признаки: утолщение плаценты, гепатоспленомегалия, асцит и отеки у плода, нахождение его в позе Будды.

Ранняя диагностика ГБН проводится в родильном стационаре, где из анамнеза выявляется sensibilizatsiya беременной к резусфактору. Пуповинная кровь тут же после родов исследуется в количестве 1—2 мл на Нв и билирубин.

Клиническими проявлениями ГБН являются иктеричность кожи и склер, гепатоспленомегалия, отечность. Ребенок может родиться иктеричным, но чаще желтуха появляется в течении нескольких часов после рождения. Параллельно с этим падает уровень Нв и нарастает содержание непрямого билирубина в сыворотке крови. Непрямой билирубин есть конечный продукт гемолиза эритроцитов. Гемолиз эритроцитов плода и новорожденного происходит при их соединении с АТ, перешедшими от матери. Непрямой билирубин инактивируется присоединением к его молекуле 1—2 молекул глюкуроновой кислоты (ГК) с образованием прямого билирубина, который выводится из организма в форме уробилина и стеркобилина.

При массивном гемолизе содержание билирубина может достигать до 400—500 мкмоль/л и более. Начиная с критического уровня в 306 мкмоль/л появляются признаки билирубиновой энцефалопатии. Ребенок становится вялым, угнетается его двигательная активность, на этом фоне возможны судороги. Угнетаются безусловные физиологические рефлексы.

При поражении клеток мозга, образующих дыхательный и сосудодвигательный центр, наступает смерть от ядерной желтухи. Различают анемическую форму ГБН. Возможны промежуточные формы: анемично-желтушная и другие. Наиболее тяжелой является отечная форма, которая приводит к антенатальной гибели плода.

Лечение ГБН проводится комплексное: назначают очистительная клизма, желчегонные и мочегонные препараты, уголь активированный для ускоренного выведения билирубина, зиксорин и люмпал, для стимуляции глюкуронилтрансферазы печени (ГТФ). Билирубин, проникший в кожу и подкожножировую клетчатку (ПКЖК), разрушается светом, поэтому эффективен метод фототерапии, проводимый лампами БОН-11 и КЛV

Для снижения концентрации билирубина в сыворотке крови используется гемосорбция, ультрафиолетовое облучение крови. Для связывания токсичного непрямого билирубина внутривенно вводятся 5—10—20% растворы альбумина; плазма, гемодез, 10—15 мл/кг.

Самым эффективным способом лечения ГБН является ЗПК, предложенное в 1956 году Диамондом. ЗПК



проводится через пупочную вену, которая катетеризуется в условиях асептики и антисептики. Кровь новорожденного эксфузируется порциями по 10—20 мл и восполняется инфузией такого же количества донорской крови. Кровь должна быть сроком заготовки не более 3-х суток, совместимая с кровью ребенка, проверенная на RW, HbsAg, ВИЧ. Перед ЗПК ребенку дается люминал, производится очистительная клизма. Чтобы не было охлаждения, на время ЗПК ребенок обкладывается теплыми грелками и согревается лучистым источником тепла. Крови для ЗПК необходимо 150—180 мл/кг. Через каждые 100 мл перелитой крови вводится 1—2 мл 10%-ного раствора кальция глюконата для нейтрализации гипернатриемии. ЗПК продолжается около 2-х часов и завершается введением антибиотика. До и после ЗПК определяется билирубин в сыворотке крови, снижение уровня билирубина свидетельствует об эффективности ЗПК.

Показания к ЗПК: — повышение содержания билирубина в сыворотке крови выше критического уровня 306—342 мкмоль/л. Снижение уровня Hb ниже 150 г/л. Рождение ребенка с отечной и желтушной формой ГБН. Почасовой прирост билирубина более 5,13 мкмоль/л в час.

Формула для расчета почасового прироста билирубина (ППБ);

$$\text{ППБ} = \frac{B_1 - B_2}{\text{Ч}}$$

B — содержание билирубина в сыворотке крови при первом и втором исследовании.

Ч — интервал времени в часах между этими анализами.

Прогноз при ГБН благоприятен, если своевременно проведено ЗПК и предотвращено развитие билирубиновой энцефалопатии.

Для специфической терапии гемолитической болезни плода проводится пересадка кожи от мужа.

Для специфической профилактики резус-сенсibilизации после родов или аборта резус-отрицательной женщине вводится иммуноглобулин — антирезус.

Неспецифическая терапия проводится во время беременности трехкратно в стационаре в сроки беремен-

ности 28, 32 и 36 недель и при третьей госпитализации решается вопрос о времени и способе родоразрешения. В Японии проводится ЗПК плоду.

#### Задача № 1.

Уровень билирубина в сыворотке крови из пуповины равен 31 мк моль/л, через сутки — 175 мк моль/л. Показано ли ЗПК?

#### Задача № 2.

Мать резус-положительна. Группа крови АВ (IV). На 4-й день жизни ребенок стал резко иктеричным, общее состояние ребенка удовлетворительное.

Каков диагноз?

#### Контрольные вопросы:

1. При каких ситуациях возможна резус-сенсibilизация женщины?
2. Почему резус-конфликт обычно не развивается при 1 беременности?
3. Патогенез ГБН?
4. Показания к ЗПК?
5. Клинические формы ГБН?

#### Практические навыки:

1. Катетеризация пупочной вены (отрабатывается на отрезке пупочного канатика).
2. Техника ЗПК.
3. Проведение фототерапии при ГБН.

### III. РОДОВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

**Цель занятий:** изучить родовые травмы новорожденных, их патогенез, классификацию, предрасполагающие факторы, клинику, лечение, прогноз и ведение в неонатальном периоде.

**Задачи:** дать определение родовым травмам новорожденных; на основании течения беременности и родов, клинического обследования новорожденного установить диагноз, определить лечебно-реабилитационные мероприятия, прогноз.

**Место занятий:** учебная комната, родильный зал, палата, интенсивной терапии новорожденных.

**Наглядные пособия:** альбом по неонатологии, копии историй развития новорожденных с родовыми травмами (из банка медицинской учебной иллюстративной документации), схема «Медикаментозное лечение в остром периоде родовой травмы головного мозга, рентгенограммы, схемы иммобилизации новорожденного при родовой травме спинного мозга, Детская кислородная палатка (ДКП-I), шлем для краниocereбральной гипотермии, аппарат Боброва.

**Содержание занятий:** родовая травма — повреждение органов и тканей плода, которые возникают во время родового акта в результате несоответствия между изгоняющими родовыми силами и эластичностью тканей плода. Патология беременных, заболевания внутренних органов, резус-несовместимость, недонашивание и перенашивание беременности, обуславливая снижение адаптационных резервов плода, могут обусловить травму плода. Во время родов могут быть повреждены центральная и периферическая нервная система.

**Паралич плечевого сплетения** (акушерский паралич) является следствием чрезмерного вытяжения или прямого давления пальцами акушера на область шеи и плечевого нервного пучка при извлечении плода. При этом плечо опущено, рука вытянута вдоль туловища, приведена и ротирована внутрь. Движения кисти и пальцев свободные. Лечение: наложение шины на пораженную конечность в физиологической позе, введение плазмы. Через 2 недели осуществляются легкие пассивные движения во всех суставах и массаж с целью восстановления функции.



**Внутричерепные родовые травмы:** нарушение целостности головного мозга, его оболочек, внутричерепные кровоизлияния различной локализации, отек мозга. Клинические проявления зависят от локализации повреждения, его массивности и степени нарушения мозгового кровообращения (НМК). Возможны крайне тяжелые формы, при которых смерть наступает в первые часы и минуты после рождения. При легких формах все изменения носят динамический обратимый характер.

**Внутричерепные кровоизлияния (ВЧК)** могут быть субдуральными, субарахноидальными, внутримозговыми, перивентрикулярными, интравентрикулярными, смешанными. По размерам — мелкоочечными и обширными с образованием гематом. Наиболее часто кровоизлияние происходит из венозных синусов. Разрыв синусов приводит к массивным над- и подпауточным мозжечковым кровоизлияниям. В общем периоде внутричерепной родовой травмы (ВЧРТ) преобладают общемозговые симптомы, обусловленные отеком и набуханием головного мозга, ишемией тканей, нарушениями гемодинамики. В этой стадии наблюдается возбуждение ЦНС, проявляющееся беспокойством, криком, тахипное, тахикардией, тремором, судорогами, отсутствием сна. Угнетены физиологические безусловные рефлексы (сосательный, поисковый, ладонно-рото-головной и др.). Период возбуждения может смениться угнетением, общей вялостью, снижением мышечного тонуса, адинамией, слабым криком, отсутствием сосания, низким артериальным давлением, бледностью. Локальные признаки ВЧК могут проявиться уже в остром периоде.

Очаговая симптоматика у новорожденных менее выражена вследствие функциональных особенностей ЦНС и генерализации реакций. Судить о локализации ВЧК можно по преобладанию судорог и парезов на контрлатеральной стороне. Имеет значение исследование безусловных рефлексов, спинномозговой жидкости, глазного дна и ЭЭГ. Диагностика не трудная, лечение направлено на обеспечение максимального покоя. Кормление осуществляется сцеженным молоком через зонд, введенный через нос. Оксигенотерапия в кювете, пузырь со льдом к головке новорожденного. При резком возбуждении — люминал, бромид натрия, нейролеп-

тические препараты на 2—3 дня до снятия судорог или возбуждения, противогеморрагическая терапия. Для профилактики отека мозга — инфузионная терапия; растворы глюкозы, реополилюкцин, сухая плазма, магния сульфат. Краниocereбральная гипотермия для снижения потребности мозга в кислороде и предотвращения отека мозга. Судорожная готовность и повышение внутричерепного давления являются показаниями для повторных сеансов КЦГ. Люмбальная пункция показана при субарахноидальных и субдуральных кровоизлияниях 1 раз в сутки в течение первых 2—3 суток. Дети, перенесшие родовую травму должны находиться под наблюдением невропатолога, педиатра и ортопеда. Контролю подлежат нервно-психическое развитие, локomotorные функции, становление речи.

**Практические навыки:** Проведение краниocereбральной гипотермии, купирование возбуждения и судорожного синдрома у новорожденных.

#### Ситуационные задачи:

1. Довошенный новорожденный родился в тазовом предлежании, масса тела 4000 грамм. В родах оказано пособие по Цовьянову с переходом на классическое ручное. Закричал сразу, сердцебиение хорошее, кожные покровы розовые, рефлекторная возбудимость и тонус мышц нормальные. К пятой минуте при повторной оценке состояния новорожденного по шкале Апгар, ребенок побледнел, участилось дыхание, тонус мышц снизился, угнетена рефлекторная возбудимость, брадикардия. Какова оценка по шкале Апгар на 1-й и на 5-й минуте? Диагноз? Тактика реанимации?

2. Роды крупным плодом со слабостью родовых сил. Применялась стимуляция окситоцином. Было затрудненное выведение плечевого пояса. После рождения ребенок стал стонать, при переводе из род. зала появилось аритмичное дыхание.

Какова тактика выхаживания? Каков диагноз?

#### Контрольные вопросы:

1. Патогенез родовых травм у новорожденных. Классификация. Клинические проявления. Предрасполагающие факторы.

2. Тактика ведения новорожденного с родовой травмой?

3. Посиндромная терапия новорожденных с родовой травмой?

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бодяжина В. И., Жмакин К. Н., Кирющенко А. П. Акушерство. М., «Медицина», 1986, с. 395—404.

2. Неонатология. Учебное пособие под ред. Н. П. Шабалова. М., «Медицина», 1988, стр. 116—131, 131—164, 262—278;

3. Неонатология. Под ред. В. В. Гаврюшова, К. А. Сотниковой Л., «Медицина», 1985, с. 218—228.

4. Савельева Г. М. Реанимация новорожденных. М., «Медицина», 1983.

5. Справочник неонатолога. Под ред. проф. В. А. Таболина, Н. П. Шабалова, Л., «Медицина», 1984, стр. 203—210.

6. Шабалов Н. П. Асфиксия новорожденных. Л., «Медицина», 1990.



**Тема: СИНДРОМ ДИССЕМИНИРОВАННОГО  
ВНУТРИСОСУДИСТОГО СВЕРТЫВАНИЯ  
(ДВС) КРОВИ В АКУШЕРСТВЕ**

**Цель занятия:** Изучить основные виды акушерской патологии, на фоне которой развивается ДВС крови, его формы, методы диагностики, лечения, профилактики.

**Задачи:**

1. Знать патогенез синдрома ДВС в акушерстве.
2. Уметь диагностировать формы и фазы синдрома.
3. Освоить основные принципы лечения и профилактики синдрома ДВС.

**Место занятия:** Учебная комната, родильно-операционный блок, послеоперационная палата.

**Наглядные пособия:** Таблицы, слайды.

**Содержание занятия:** ■

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови — это неспецифический общепатологический процесс, который в акушерской практике встречается при многих видах патологии и характеризуется прижизненным образованием тромбоцитарно-фибриновых сгустков в системе микроциркуляции жизненно важных органов, что ведет к их ишемии, некрозу, нарушению функции. Одновременно с коагулопатией и тромбоцитопатией потребления в микроциркуляторном русле — в системе макроциркуляции имеет место дефицит коагуляции, что проявляется неконтролируемым кровотечением.

Различают острую и хроническую формы синдрома ДВС.

Следующие виды акушерской патологии благоприятствуют развитию острой формы синдрома ДВС:

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.

2. Предлежание плаценты.
3. Плотное прикрепление плаценты.
4. Задержка в матке частей плаценты.
5. Оперативные и травматические повреждения матки и мягких тканей родовых путей:
  1. Кесарево сечение.
  2. Разрывы тела и шейки матки.
  3. Разрывы стенок влагалища, гематомы влагалища и др.
6. Различные виды патологии: гипотонические кровотечения в раннем послеродовом периоде, хориоамнионит, послеродовый сепсис, эндометрит и другие.

К развитию хронической формы синдрома ДВС приводят:

1. Тяжелые формы гестозов (нефропатии II—III степени, преэклампсия, эклампсия).
2. Внутритробная гибель плода.
3. Иммуноконфликтная беременность.

В течении синдрома ДВС различают несколько стадий:

I — гиперкоагуляция — связана с появлением в крови тканевого тромбопластина. Эта стадия непродолжительна (минуты) и часто клинически не улавливается.

II — гипокоагуляция — резкое снижение активности и содержания всех факторов свертывания. Клинически проявляется кровотечением и геморрагиями.

III — повышение фибринолитической активности крови.

IV — восстановительная (стадия остаточных тромбозов).

Клиническая картина стадии гипер- и гипокоагуляции, сопровождающаяся патологическим фибринолизом, при острой форме синдрома ДВС проявляется обильным маточным кровотечением, вначале с мелкими рыхлыми сгустками, затем яркой кровью при хорошо сократившейся матке. Кровотечение носит постоянный характер и не уменьшается при массаже матки и введении препаратов тономоторного действия. Кроме профузного маточного кровотечения эти стадии характеризуются и подкожными кровоизлияниями в области лица, шеи, туловища, живота, макрогематурией, носовыми кровотечениями, обильной кровавой рвотой, обра-

зованием гематом в местах подкожных инъекций, внутривенных вливаний, кровотечением во внутренние органы (желудок, почки, мочевого пузыря, спинномозговой канал), образованием обширных гематом между листками широких связок, в плевре, предпузырной клетчатке. Наблюдается диффузное пропитывание кровью маточной стенки (матка «Кувелера»), фаллопиевых труб, яичников, тазовой клетчатки, паренхиматозное кровотечение из раневых поверхностей шейки матки, влагалища, промежности.

Во время операции наблюдается кровоточивость тканей, быстрое образование гематом и просачивание крови при проколах иглой. Нередко к нарушению свертывания крови присоединяется «вторичная гипотония» матки; зависящая от гипоксии и нарушения трофики маточной мускулатуры.

Стадия гипокоагуляции при хронической форме синдрома ДВС проявляется петехиальными высыпаниями на коже лица, туловища, живота, кровоточивостью десен, небольшими кровотечениями из дыхательного и пищеварительного трактов, влагалища, легким образованием кровоподтеков. Во время родов дефект коагуляции может стремительно развиваться и латентная форма ДВС переходит в острую со всеми характерными для нее клиническими признаками.

Основная роль в диагностике форм и фаз синдрома ДВС принадлежит лабораторным методам исследования системы гемостаза. Для этого необходимо определить количество фибриногена в периферической крови, тромбоцитов, определить свертываемость крови, протромбиновый индекс, уровень антитромбина III, фибрин-фибриногеновых деградационных продуктов, провести паракоагуляционные тесты с эталоном и протамин-сульфатом. Принципы лечения синдрома ДВС в акушерской практике состоят в каузальной терапии, направленной на исключение этиологического фактора — удалении источника активации свертывающей системы крови и в патогенетическом воздействии, имеющем целью ликвидировать активацию коагуляции, а с нею и гемодинамические нарушения.

При острой форме синдрома ДВС, клинически проявляющейся шоком с последующим обильным маточным кровотечением и генерализованными кровоизлия-



ниями в различные органы и ткани врачебная тактика должна быть одновременно направлена на: 1) устранение акушерской патологии, вызвавшей ДВС-синдром; 2) борьбу с шоком и его последствиями.

В стадии гиперкоагуляции, до появления маточного кровотечения, необходимо своевременно блокировать внутрисосудистое свертывание крови путем введения гепарина, являющегося основным патогенетическим средством терапии. Параллельно с назначением гепарина следует проводить борьбу с гипоксией с помощью ИВЛ, ликвидировать капилляроспазм легочных сосудов (новокаин, эуфиллин, атропин), улучшать кровоток в микроциркуляторном русле.

При наличии маточного кровотечения эти мероприятия следует сочетать с трансфузионно-инфузионной терапией. Следует использовать одногруппную теплую или свежеситратную донорскую кровь первых-вторых суток заготовки в комбинации с управляемой гемодилюцией. Контролируемая гемодилюция достигается с помощью различных по составу и действию кровозаменителей: препаратов крови (альбумин, свежезамороженная или сухая плазма), солевых кристаллоидов (ацесоль, лактосоль, дисоль), растворов низкомолекулярных декстранов (реополиглюкин, реоглюман), синтетических химических коллоидов (гемодез, полидез, неокомпенсан), препараты желатина. При этом необходимо помнить, что переливание массивных доз, не только консервированной, но и свежей крови, без кровозаменителей может тоже привести к развитию синдрома ДВС. Общий объем введенной жидкости при массивной кровопотере (более 1500 мл) должен превышать объем учтенной кровопотери в 2 раза. Акушерская тактика в фазу гипокоагуляции состоит в срочном окончании родов. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты при полной готовности родовых путей роды заканчивают консервативно, при отсутствии готовности производят кесарево сечение. Если после наложения швов на матку появляются сгустки крови и кровотечение останавливается, сократительная способность матки удовлетворительная, гемодинамические показатели имеют тенденцию к нормализации, ограничиваются операцией кесарево сечение. При развитии геморрагического синдрома показа-

на экстирпация матки без придатков параллельно с целенаправленной консервативной терапией. Учитывая тяжесть состояния больной, операцию целесообразно проводить в 3 этапа:

1) лапаротомия с временным гемостазом путем наложения клемм на магистральные сосуды матки;

2) операционная пауза, когда все манипуляции в брюшной полости прекращаются, пока артериальное давление не повысится до безопасного уровня;

3) радикальная остановка кровотечения — экстирпация матки. После операции больная должна находиться в операционной до стабилизации гемодинамических показателей, что достигается длительной инфузионно-трансфузионной терапией, введением сердечных средств, кортикостероидов, проведением коррекции водных и электролитных нарушений. Экстубировать больных следует только после стойкой стабилизации гемодинамики. Борьба с нарушением свертывания крови и продолжающейся генерализованной кровоточивостью после удаления матки должна быть настойчивой консервативной с включением противошоковых мероприятий, полноценной оксигенации, обезболивания, заместительной и антифибринолитической терапии на фоне гепаринотерапии. Релапаротомия углубляет шок и приводит к гибели больных.

Врачебная тактика при хронической форме синдрома ДВС состоит в нормализации микроциркуляции в жизненно важных органах, улучшении реологических свойств крови, увеличении диуреза, путем введения низкомолекулярных декстранов, осмодиуретиков, глюкозо-новокаиновой смеси. Патогенетически обоснованным является лечение малыми дозами гепарина (средняя суточная доза 15000 ЕД).

В профилактике синдрома ДВС ведущее значение имеет своевременная и правильная терапия состояний, способствующих его возникновению.

#### Задача

В родильное отделение клиники доставлена беременная в состоянии геморрагического шока, с обильным кровотечением из половых путей. По поводу преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты произведено экстренное кесарево сечение. При лапаротомии обнаружена «матка Кувелера», в связи с

чем произведена ее экстирпация без придатков. Во время экстирпации возникло массивное маточное кровотечение и кровотечение из операционной раны. Кровь темного цвета, без сгустков. Свертываемость крови не определяется, фибриноген в крови не определяется. Начато струйное переливание одногруппной крови. Общая кровопотеря составила 3,5 л. Перелито 4 л свежей крови.

#### Вопросы:

1. Какое осложнение преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты возникло во время операции?
2. Какие клинические и лабораторные данные подтверждают диагноз?
3. Правильной ли была акушерская тактика в данном случае?
4. Какие виды инфузионной терапии необходимо дополнить в плане коррекции нарушений гемостаза в данном случае?

#### Контрольные вопросы

1. Что такое ДВС синдром?
2. Какие формы синдрома ДВС Вы знаете?
3. Какие виды акушерской патологии способствуют возникновению синдрома ДВС?
4. Какова должна быть акушерская тактика при ДВС-синдроме?
5. На какие стороны патогенеза должны быть направлены лечение и профилактика синдрома ДВС?

#### Практические навыки:

1. Уметь диагностировать акушерскую патологию, способствующую возникновению синдрома ДВС.
2. Уметь переливать кровь и кровозаменители на основе знаний механизма их действия в организме при синдроме ДВС.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. В. И. Бодяжина, К. Н. Жмакин, А. П. Кирющенко. Акушерство. М. 1984 г., с. 359—361.
2. В. Н. Серов, А. Д. Макацария — Тромботические и геморрагические осложнения в акушерской практике. — М. 1987 г.
3. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике. — Под ред. Э. К. Айла-мазяна, Ленинград, 1985 г. с. 96—117.



## СХЕМА истории родов

1. Фамилия, имя, отчество, возраст, национальность, род занятий, место жительства роженицы.

2. Время поступления (дата, часы и минуты).

3. В связи с чем поступила: наличие родовой деятельности, схваток, потуг, отхождения вод, кровотечения из половых путей — с какого времени точно.

4. Обработка женщины при поступлении на роды (сбривание волос в области гениталий и в подмышечных впадинах, очистительная клизма, гигиенический душ).

### I. АНАМНЕЗ ОБЩИЙ

1. Наследственность: отец, мать, братья, сестры. Алкоголизм, венерические болезни, туберкулез, душевные и другие болезни.

2. Детство: родилась ли в срок, вскармливалась грудью матери или искусственно; когда начала ходить. Не болела ли рахитом. Условия жизни в детстве и в период полового созревания. Инфекционные и неинфекционные заболевания.

3. Заболевания (инфекционные — обязательно отметить были или нет заболевания печени и желчных путей, инфекционные венерические), перенесенные в более зрелом возрасте.

Гемотрансфузии, осложнения после них.

4. Условия труда и быта.

### II. АНАМНЕЗ СПЕЦИАЛЬНЫЙ

1. Менструальная функция. Время появления первой менструации. Установились месячные сразу или нет. Тип месячных: через какой промежуток времени приходит, сколько продолжаются. Регулярность. Бо-

лезненные или безболезненные (если болезненные, то когда — до начала менструации или во время нее). Количество теряемой крови. Изменение менструальной функции после замужества, беременностей и родов. Последняя менструация. Отмечаются ли изменения со стороны общего самочувствия, молочных или других органов, связанные с менструальным циклом.

2. Бели, их характер, количество, связь с менструацией, время их появления.

3. Половая функция. Начало половой жизни: в каком возрасте; изменились ли в связи с этим месячные; появились ли бели, рези при мочеиспускании, учащенные мочеиспускания. Который брак по счету, зарегистрирован или нет. Венерические заболевания, туберкулез у самой и у мужа. Применение противозачаточных средств (какие именно).

4. Детородная функция. Через сколько времени после начала половой жизни наступила первая беременность (предохранялась при этом или нет).

Общее количество беременностей, сколько из них закончились абортами, сколько родами.

Течение всех предыдущих беременностей, их исходы в хронологическом порядке. Говоря об абортах, указать: искусственные (в больничной обстановке), криминальные (внебольничные, как производились), самопроизвольные. Выяснить причину самопроизвольного аборта, срок беременности, при котором произошел аборт, осложнения, проводимое лечение. Внематочная беременность, пузырный занос. Токсикозы беременности.

Роды: срочные, преждевременные, запоздалые, нормальные, или осложненные (чем именно). Пособия и операции при них. Гемотрансфузии, были ли после них осложнения.

Вес плодов, их пол. Рождение детей с пороками развития, признаками гемолитической болезни, в асфиксии или с родовой травмой. С какого дня прикладывали ребенка к груди, до какого месяца кормили грудью. Смерть ребенка, когда наступила, от какой причины. Сколько сейчас живых детей, сколько умерло, сколько мертворожденных.

Течение послеродового периода.

5. Женские заболевания. После чего возникли, их течение, лечение, последствия.

6. Течение настоящей беременности. Первый день последней менструации. Беременность желанная или нет. Семейные обстоятельства, соблюдение режима питания, труда и отдыха во время беременности.

Течение I и II-й половины беременности (токсикозы, кровотечения, общие заболевания и т. д.).

Первое шевеление плода.

**Наблюдение в женской консультации:** при каком сроке беременности была первая явка, как часто посещала консультацию. Результаты обследования на СПИД, сифилис, гонорею, резус принадлежность (и другие заболевания).

Психопрофилактическая подготовка к родам; сколько занятий посетила.

Предполагаемый срок родов: по последней менструации, первому шевелению плода, первой явке в женскую консультацию.

### III. ОБЩИЙ СТАТУС

1. Рост, вес, температура тела при поступлении, группа крови.

2. Общее состояние женщины.

3. Строение скелета, строение таза, его форма, симметричность. Размеры таза и измерение диагональной коньюгаты. Позвоночник: искривление его (кифоз, сколиоз).

Строение грудной клетки, следы рахита в виде рахитических четок, укорочение и искривление нижних конечностей. Индекс Соловьева.

4. Скелетная мускулатура, степень ее развития.

5. Кожа и видимые слизистые: окраска, сыпи, гнойнички. Варикозное расширение вен. Лимфатические узлы, подкожножировая клетчатка. Щитовидная железа.

6. Состояние внутренних органов:

а) органы дыхания, зев, нос, границы легких, аускультация, число дыхания в минуту, одышка;

б) органы кровообращения: границы сердечной тупости, аускультация, пульс, число ударов в 1 минуту, характер пульса. Артериальное давление;

в) печень, селезенка, почки, мочевой пузырь;



- г) органы пищеварения: язык, зубы, функция желудочнокишечного тракта;
- д) состояние нервной системы;
- е) данные лабораторных исследований (наличие в моче белка и др.).

#### IV. СПЕЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС

1. Молочные железы: степень развития их, сосудистая сеть, пигментация ареолы, форма сосков, чувствительность их, выделение молозива.

2. Осмотр живота: форма его, выпячивание, симметричность. Измерение окружности живота на уровне пупка, а также расстояние от лона до пупка, до дна матки, от дна матки до мечевидного отростка.

Характер брюшного пресса: упругость, эластичность, диастаз прямых мышц.

Пупок (втянут, сглажен, выпячен).

Пигментация, рубцы беременных.

3. Определение положения плода приемами Leopolda. Определение над лоном предлежащей части, ее форма, контуры, консистенция. Отношение ко входу в малый таз, подвижность. Ощупывание дна матки. Ощупывание боковых отделов матки (определение спинки и мелких частей).

Движение плода. Выслушивание сердцебиения плода. Место его наилучшего прослушивания, частота, ясность, ритм.

Шум маточных сосудов, тоны брюшной аорты.

4. Наружные половые органы: тип роста волос на лобке, большие и малые губы, клитор, мочеиспускательное отверстие, парауретральные и бартолиниевы железы, окраска слизистой вульвы и входа во влагалище, варикозные расширения сосудов; опущение стенок влагалища; состояние задней спайки. промежность, следы разрывов при бывших родах.

Влагалищное исследование: емкость влагалища, эластичность стенок его, цвет, складчатость слизистой, количество и характер влагалищных выделений.

Состояние шейки матки: степень раскрытия зева, сглаживание, толщина и податливость краев зева. Целость плодного пузыря, его напряженность (или вялость). Количество передних вод.

Предлежащая часть, ее характер, подвижность, от-

ношение ко входу в малый таз. Ориентиры на предлежащей части (стреловидный шов, роднички и т. д., при ягодичном предлежании межвертельная линия), их положение по отношению к размерам таза.

Размеры диагональной конъюгаты.

Емкость крестцовой впадины, наличие экзостозов или опухолей в тазу.

Подвижность в крестцово-копчиковом сочленении.

Данные осмотра шейки матки в зеркалах (если он производился).

Диагноз с указанием срочности или несвоевременности родов, отклонений или осложнений в течение беременности или родов, наличие указаний на отягощенный анамнез и т. д.

Заключение, план ведения родов.

## V. ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

1. Предвестники родов, когда они появились (периодические боли внизу живота и в пояснице отхождение слизистой пробки).

2. Динамика родов, клиническая картина записывается не реже, чем через 2 часа, во втором периоде родов — через 15 мин. При необходимости производится влагалищное исследование.

I период — период раскрытия шейки матки. Начало регулярных схваток (начало родового акта). Характер схваток, частота, продолжительность, интенсивность, болевая реакция. Общее состояние рожениц, ее поведение, результаты психопрофилактического или медикаментозного обезболивания (эффективность обезболивания). Артериальное давление. Продвижение предлежащей части. Сердцебиение плода. Продолжительность периода раскрытия.

II период — период изгнания плода. Время отхождения околоплодных вод (если было ранее или преждевременное — отметить в I-м периоде родов). Количество и характер их.

Начало потужной деятельности. Характер потуг: частота, продолжительность каждой отдельной потуги, интенсивность ее. Продолжительность промежутка между отдельными потугами. болезненность потуг и реакция на них со стороны роженицы.

Эффект обезболивания. Общее состояние роженицы пульс, артериальное давление.

Сердцебиение плода. Врезывание и прорезывание предлежащей части. Рождение плода (время, пол, в каком предлежании, в какой позиции и в каком виде, живой или мертвый, травмы, пороки развития, если родился в асфиксии, то степень ее и мероприятия по выведению из асфиксии). Время пересечения пуповины, способ ее обработки. Профилактика офтальмооблеяния. Первый туалет плода. Пособия и операции (если применялись).

Количество и характер задних вод.

Продолжительность периода изгнания.

III период родов — последовый. Признаки отделения последа (визуальные — Шредера, Альфельда и только если они положительные, можно применить прием Кюстнера-Чукалова и др.).

Выделился послед по Шульцу или Дункану, самостоятельно или применялся какой-либо метод выделения его.

Послед, особенности его строения: размеры плаценты, вес, целость плацентарной ткани (метод определения) наличие добавочных долек, инфарктов, обызвествления. Место разрыва оболочек, все ли оболочки выделились при рождении последа.

Прикрепление пуповины, ее длина, особенности.

Особенности последа, если была многоплодная беременность.

Кровопотеря в III периоде родов (до рождения последа и вместе с ним).

Общее состояние женщины в III периоде родов, пульс, артериальное давление.

Продолжительность III периода родов.

Общая продолжительность родов.

Ранний послеродовой период. Состояние женщины в этом периоде. Пульс, артериальное давление, температура.

Высота стояния дна матки, консистенция матки.

Кровопотеря в раннем послеродовом периоде. Мероприятия для ее снижения.

Целость мягких родовых путей.

Восстановление их при разрывах и разрезах, обезболивание.



Через сколько времени после окончания родов женщина переведена в послеродовую палату. Назначения.

## VI. НОВОРОЖДЕННЫЙ

Пол. Общее состояние. Цвет кожных покровов. Крик. Вес, рост, окружность головки, окружность плечиков. Признаки доношенности, недоношенности или переносимости плода.

Родовая опухоль, ее характер, место расположения.

Краткая характеристика развития плода и ухода за ним в первые дни после рождения, динамика веса, вскармливание, общее состояние, температура, состояние кожи, пуговичного остатка, глаз, полости рта; функция кишечника, мочеиспускание.

## VII. ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД

Запись ведется в виде дневников с указанием дня после родов и назначениями.

Студенты отмечают жалобы родильницы, ведут наблюдения за общим состоянием.

## VIII. ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- а) общие;
- б) специальные.

## IX. БИОМЕХАНИЗМ ДАННЫХ РОДОВ.

### X. ЭПИКРИЗ.

Перед выпиской пишется эпикриз, в котором отмечается дата поступления, коротко, как протекали роды, какие были осложнения, оперативные вмешательства, течение послеродового периода, состояние родильницы при выписке, состояние поворожденного при рождении и выписке.

На какие сутки выписывается.

Студенты должны научиться заполнять обменные карты.

Указать использованную литературу.

Подпись студента

Оценка

Подпись преподавателя

## СОДЕРЖАНИЕ

Краткая аннотация	2
Предисловие	3
Тематика занятий	
1. Структура и организация работы акушерского стационара. к. м. н. асс. Х. Н. Набиева.	5
2. Родовые пути и плод как объект родов. к. м. н. асс. Ф. И. Закирова.	13
3. Методы обследования беременных и рожениц. к. м. н. доц. М. С. Бадриддинова.	21
4. Организация работы женской консультации. Признаки беременности. Определение беременности в ранние сроки. к. м. н. доц. М. С. Бадриддинова.	30
5. Диагностика срока беременности и декретного отпуска Гигиена беременных и физиопсихопрофилактическая подготовка к родам. к. м. н. доц. М. С. Бадриддинова.	39
6. Биомеханизм нормальных родов. к. м. н. асс. О. К. Хакимова.	48
7. Клиническое течение нормальных родов. к. м. н. асс. О. К. Хакимова.	52
8. Ведение родов. к. м. н. асс. О. К. Хакимова.	57
9. Физиология послеродового периода. к. м. н. асс. Х. Н. Набиева.	63
10. Физиология периода новорожденности. к. м. н. асс. А. А. Абдусалямов.	70
11. Тазовое предлежание плода. асс. И. П. Пинхасов.	77
12. Ранние токсикозы беременных. асс. А. Т. Мансуров.	85
13. Поздние токсикозы (ЕРН — гестозы) беременных. асс. А. Т. Мансуров.	93

14. Варианты сгибательного и разгибательного типа механизма родов. 101  
к. м. н. асс Ш. Х. Ибадова.
15. Анатомически суженный таз. 109  
к. м. н. асс Ф. И. Закирова.
16. Функционально узкий таз. 115  
асс. И. П. Пинхасов.
17. Аномалии родовой деятельности. 121  
к.м.н. доц. О. М. Фейгина.
18. Кровотечение во время беременности и в родах.  
к. м. н. доц. Д. З. Шакиров.
19. Кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах. 137  
к. м. н. доц. Д. З. Шакиров.
20. Неправильные положения плода. Акушерские повороты. 146  
к. м. н. доц. А. Н. Якубова.
21. Акушерские щипцы и вакуум-экстракция плода.  
к. м. н. доц. О. М. Фейгина. 156
22. Кесарево сечение. 163  
асс. С. П. Садыков.
23. Плодоразрушающие операции. 168  
асс. С. П. Садыков.
24. Родовой травматизм. 174  
к. м. н. асс. Л. Р. Агабабян.
25. Невынашивание и перенашивание беременности.  
к. м. н. асс. Г. Б. Вафакулова. 181
26. Беременность и заболевания внутренних органов.  
к. м. н. асс. Д. Н. Абдуллаев. 189
27. Послеродовые септические заболевания. 201  
к.м.н. доц. М. С. Бадриддинова,  
к. м. н. асс. Л. Р. Агабабян.
28. Патология периода новорожденности. 209  
к. м. н. асс. А. А. Абдусаламов.
29. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС) в акушерстве. 221  
к. м. н. доц. А. Н. Якубова.,  
к. м. н. асс. Л. Р. Агабабян.
30. Схема истории родов. 227  
к. м. н. доц. М. С. Бадриддинова.



г. Самарканд, тип. им. Морозова, зак. 3037, формат 84×108<sup>1/32</sup>  
объем 14,75, тираж 2000, цена 13 руб.

13 cyc