

Министерство здравоохранения Украины
Высшее государственное заведение Украины
"Украинская медицинская стоматологическая академия"

**Современные подходы к ведению
родов и послеродового периода при
патологическом течении
беременности**

Учебное пособие

под редакцией доктора медицинских наук, профессора А.М. Громовой,
кандидата медицинских наук, доцента В.В. Талаш

Полтава 2018

УДК 618.4 / 7: 618.3 (075.4 / 9)

ББК 57.16я7

С91

"Рекомендовано Министерством здравоохранения Украины как учебное пособие для студентов высших учебных заведений МЗ Украины" (протокол заседания Комиссии по организационной подготовке учебной и учебно-методической литературы для лиц, обучающихся в высших медицинских (фармацевтических) учебных заведениях и заведениях последипломного образования МЗ Украина, от 16.06.2015 №2).

Авторы: *А.М. Громова, В.В. Талаш, Л.А. Нестеренко, К.В. Тарасенко, В.Б. Мартиненко, Н.И. Митюнина, Е.Н. Кетова, В.М. Шафарчук.*

Рецензенты:

Н.И. Генык Доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии им. И. Д. Ланового государственного Высшего учебного заведения «Ивано-Франковский национальный медицинский университет»;

О.В. Грищенко Доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой перинатологии, акушерства и гинекологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, заслуженный деятель науки и техники Украины.

В.И. Ляховский Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии №1 Высшего государственного заведения Украины "Украинская медицинская стоматологическая академия".

С91 Современные подходы к ведению родов и послеродового периода при патологическом течении беременности; Учебное пособие, - Полтава, 2018.- 312с.

В учебном пособии освещены темы, которые предусмотрены программой по акушерству и гинекологии для медицинских факультетов и утвержденной министерством здравоохранения Украины. Изменения подходов к ведению беременности и родов, предусмотренны протоколами МЗ Украины и отвечают требованиям ВОЗ, требуют воплощения новейших технологий в учебный процесс. Обращено внимание на основные этиопатогенетические изменения при той или иной патологии, внесенные к лечению требования протоколов. В пособии включены все темы рекомендованные учебной программой согласно модуля 2.

Учебное пособие рассчитано на студентов V, VI курсов медицинских факультетов высших медицинских учебных заведений III - IV уровня аккредитации, а также может быть использовано врачами - интернами, врачами общей практики и семейной медицины.

ISBN978-966-8716-94-2

Содержание

Стр.

Введение	4
1. Раздел I. Ранние гестозы. Гипертензивные расстройства во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия. (Тарасенко К.В.).....	5
2. Раздел II. Невынашивания беременности. (Талаш В.В.).....	41
3. Раздел III. Переносенная беременность. аномалии сократительной деятельности матки. (Мартыненко В.Б.)	62
4. Раздел IV. Родовой травматизм. Современные подходы к диагностике и лечению родовых травм матери и плода. (Шафарчук В.М.).....	80
5. Раздел V. Кровотечения в акушерстве. Кровотечения во время беременности. Кровотечения в родах. Кровотечения в послеродовом периоде. Геморрагический шок. ДВС - синдром. (Нестеренко Л.А.).....	98
6. Раздел VI. Беременность и роды при экстрагинетальных заболеваниях.	
6.1. Ведение беременности и родов при сахарном диабете. (Тарасенко К.В.)	123
6.2. Ведение беременности и родов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. (Нестеренко Л.А.)	147
6.3. Ведение беременности и родов при заболеваниях почек. (Мартыненко В.Б.)	159
6.4. Анемия во время беременности (Талаш В.В.)	168
7. Раздел VII. Показания, противопоказания, условия и технические особенности оперативных вмешательств в акушерстве. (Митюнина Н.И.).....	182
8. Раздел VIII. Послеродовые септические заболевания. (Кетова Е.Н.)	209
Литература	223

Введение

Учебное пособие "Современные подходы к ведению родов и послеродового периода при патологическом течении беременности" подготовлен коллективом кафедры акушерства и гинекологии №1 ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия». В пособии освещены темы занятий, предусмотренные программой по акушерству и гинекологии для медицинских факультетов утвержденной Министерством здравоохранения Украины.

Изменения подходов к ведению беременности и родов, предусмотренных протоколами МЗ Украины и отвечают требованиям ВОЗ и требуют воплощения новейших технологий в учебный процесс.

Обращено внимание на основные этиопатогенетические изменения при той или иной патологии. Мы сочли нужным внести в лечение требования протоколов.

Разделы пособия "Современные подходы к ведению родов и послеродового периода при патологическом течении беременности" включают все темы рекомендованные учебной программой по модулю №2: гестоз, невынашивание и перенашивание беременности, аномалии сократительной деятельности матки, акушерские кровотечения, экстрагинетальные заболевания во время беременности, послеродовые септические заболевания. Изложены основы оперативного акушерства.

Пособие рассчитано на использование студентами V, VI курсов медицинского факультета, врачей - интернов, врачей общей практики и семейной медицины.

РАЗДЕЛ I.

Ранние гестозы. Гипертензивные расстройства во время беременности. Преэклампсия. Эклампсия.

Гестозами беременных называют заболевания, которые возникают в связи с развитием плодного яйца при нарушении процессов адаптации организма женщины к беременности. Причиной возникновения гестозов является сама беременность, с прерыванием последней (после родов или аборта) признаки гестоза исчезают. Принято различать следующие формы гестозов беременных (по сроку возникновения и клиническим проявлениям) [7]:

1. Ранние гестозы: рвота беременных, слюнотечение беременных.
2. Гестозы которые редко встречаются: дерматозы беременных, хорей беременных, желтуха беременных, острый жировой гепатоз и др.
3. Поздние гестозы: преэклампсия легкой, средней и тяжелой степени, эклампсия.

Ранний гестоз беременных

Патогенез ранних гестозов характеризуется неадекватной реакцией организма беременной женщины на изменения, которые возникают в результате развития беременности. Эти изменения носят компенсаторный характер и контролируются работой ЦНС. Перенесенные ранее заболевания (инфекционные, эндокринные, травмы головного мозга), наличие хронических очагов инфекции, неправильное питание, стрессы, переутомление и другие неблагоприятные факторы приводят к нарушению нормальных соотношений между процессами возбуждения и торможения в коре головного мозга. В таких условиях компенсаторные изменения, сопровождающие беременность, приобретают патологический характер и вызывают нарушение обмена веществ, сосудистые расстройства, гормональный дисбаланс и электролитные сдвиги.

Рвота беременных (*Emesis gravidarum*) – наиболее частая форма гестозов первой половины беременности. У многих женщин в первые месяцы беременности может возникать тошнота и рвота, что связано с изменениями вегетативной нервной системы. При ранних гестозах рвота бывает не только утром, но повторяется несколько раз в день, даже после приема пищи. По степени тяжести различают легкую, умеренную и чрезмерную рвоту.

Рвота беременных легкой степени повторяется несколько раз (от 3 до 5) в день и не отражается на общем состоянии беременной. Как правило рвота возникает после еды, сопровождается тошнотой, снижением аппетита, появлением склонности к острым и соленым блюдам.

Умеренная степень рвоты характеризуется большей частотой (10-12 раз в день) и возникает независимо от приема пищи. Больная не может удерживать пищу, возникает умеренная тахикардия, отмечается субфебрильная температура, развивается гипотензия. Больная жалуется на слабость и сонливость. Диурез уменьшается. Такое состояние может проходить

самостоятельно или под влиянием проводимого лечения. Однако у некоторых женщин рвота усиливается и приобретает характер *чрезмерной*, повторяясь до 20 раз и более в сутки, возникая и днем, и ночью. В желудке не задерживается не только еда, но и вода. В результате наступает обезвоживание, нарушаются углеводный, жировой, водно-солевой обмены, нарастают признаки интоксикации организма. Больные апатичны, адинамичны, жалуются на боли в эпигастрии, правом подреберье, над лоном. Беременные теряют массу тела (от 2 до 5 кг в неделю), подкожно-жировой слой исчезает. Кожа становится сухой, при осмотре отмечается симптом «пылевого следа» (полоса отслаивающихся чешуек эпидермиса, при проведении пальцем по коже), тургор кожи снижен. Появляется иктеричность склер, запах ацетона изо рта. Температура тела повышается до 38,0°C и выше, развивается тахикардия более 110-120 ударов в минуту. Пульс слабого наполнения, тоны сердца приглушены, систолическое артериальное давление снижается до 80 мм. рт. ст. Прогрессивно уменьшается диурез, что сопровождается повышением в крови мочевины, билирубина, остаточного азота. В крови увеличивается гематокрит, количество лейкоцитов, уменьшается уровень альбумина, холестерина, калия. В моче появляется белок, форменные элементы крови, реакция на ацетон резко положительная. В организме могут возникать тяжелые изменения, которые приводят к гибели женщины [7].

Основные принципы лечения рвоты беременных:

- нормализация соотношения между процессами возбуждения и торможения в ЦНС;
- устранение гиповолемии и коррекция нарушений реологических свойств крови;
- борьба с интоксикацией, ацидозом и обезвоживанием организма;
- ликвидация нарушений водно-электролитного обмена;
- лечение сопутствующих заболеваний.

Для контроля эффективности лечения рвоты беременных рекомендуется динамический мониторинг состояния с учетом следующих показателей:

- масса тела;
- баланс жидкости;
- уровень артериального давления;
- гематокрит и содержание гемоглобина;
- анализ мочи (ацетон, белок) ;
- концентрация билирубина, печеночных ферментов и креатинина;
- уровень электролитов в крови и моче (K +, Na +, Cl +);
- данные о кислотно-щелочном состоянии крови;
- динамика картины глазного дна.

Лечение рвоты беременных должно быть комплексным и направлено, главным образом, на нормализацию работы ЦНС и состояния водно-солевого обмена. Проводится лечение в стационаре, где создаются условия полного физического и психического покоя и соблюдается лечебно-охранительный режим. Только при легких формах раннего гестоза допускается амбулаторное лечение при условиях динамического контроля массы тела и регулярных

исследованиях мочи на ацетон. Психотерапия является обязательным компонентом лечения. Больным назначают легкую пищу, которая хорошо усваивается (нежирное мясо, рыбу, яйца, сливочное масло и др.). Принимать ее следует лежа, часто и малыми порциями, желательнее в охлажденном виде.

При необходимости назначают медикаментозное лечение, включающее в себя:

1. Влияние на функцию ЦНС с целью подавления возбудимости рвотного центра:

- витамины группы В (В₁, В₆);
- прямые антагонисты дофамина (метоклопрамид);
- антагонисты серотониновых рецепторов (ондансетрон);
- блокаторы дофаминовых рецепторов (этаперазин, дроперидол);
- глюкокортикостероиды (метилпреднизолон);
- транквилизаторы (триоксазин).

2. С целью устранения гипопроотеинемии, обезвоживания и интоксикации проводится внутривенное капельное введение белковых препаратов (аминол), раствора глюкозы с инсулином, раствора Рингера-Локка, реосорбилакт, ксилат. Для борьбы с метаболическим ацидозом – 5% раствор натрия гидрокарбоната под контролем кислотно-щелочного состояния крови. За сутки беременная должна получить не менее 1-3 л жидкости.

3. Для улучшения маточно-плацентарного кровообращения используют вазоактивные и антиоксидантные препараты (тивортин, тивортин аспарат).

4. Парантеральное введение витаминов: С - по 100-200 мг, В₁ - 50 мг, В₂ и В₆ по 50 мг, по очереди через день, кокарбоксылазы по 100 мг.

5. Физиотерапевтические методы лечения рвоты беременных: электросон, лазеро- и иглорефлексотерапия, гальванизация или диатермия шейных симпатических узлов воротниковой зоны и брюшного сплетения, эндоназальный электрофорез витамина В₁ с новокаином или димедролом, индуктотермия на область солнечного сплетения. Имеется опыт лечения рвоты беременных с помощью иглорефлексотерапии, акупунктуры, акупрессуры, гипнотерапии. Также применяют лечебную физкультуру, плазмоферез.

При безуспешном лечении и нарастании изменений в общем состоянии, биохимических показателях крови (уменьшение белка, увеличение остаточного азота, креатинина, мочевины), иногда приходится прибегать к прерыванию беременности.

Слюнотечение (Ptyalismus). Гиперсаливация наблюдается при рвоте, а иногда бывает и самостоятельным проявлением гестоза. Количество слюны, выделяемой может достигать 1,0 л в сутки. Слюнотечение не вызывает тяжелых нарушений в организме, но подавляет психику больных, вызывает мацерацию кожи и слизистой оболочки губ. При слюнотечении проводят аналогичное лечение, как и при рвоте. Иногда с целью уменьшения секреции слюнных желез назначают внутримышечное введение атропина по 1,0 мл 0,1% раствора. Назначают полоскания полости рта настоем шалфея, ромашки и

другими средствами, имеющими вяжущими свойствами. В прерывании беременности данная патология не нуждается.

К редко встречающимся формам гестозов относятся дерматозы и желтуха беременных, острый жировой гепатоз беременных, хорея (тетания) и остеомаляция беременных [7].

ГИПЕРТЕНЗИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Определение:

Артериальная гипертензия – повышение систолического артериального давления до 140 мм рт.ст. и выше и/или диастолического АД до 90 мм рт.ст. и выше при двух измерениях в состоянии покоя с интервалом не менее 4 часов или повышение артериального давления до 160/110 мм рт.ст. однократно [22].

2. Классификация:

Гипертензивные расстройства во время беременности

хроническая гипертензия

гестационная гипертензия

транзиторная

хроническая

Преэклампсия / эклампсия

легкая

средней тяжести

тяжелая

эклампсия

Сочетанная преэклампсия

гипертензия неуточнённая

3. Терминология

Хроническая гипертензия - гипертензия, наблюдавшаяся до беременности или возникла (впервые обнаружена) до 20 недель беременности.

Гестационная гипертензия - гипертензия, возникшая после 20 недель беременности и не сопровождается протеинурией вплоть до родов.

Преэклампсия - гипертензия, возникшая после 20 недель беременности, в сочетании с протеинурией.

Протеинурия - содержание белка 0,3 г/л в средней порции мочи, собранной дважды с интервалом 4 часа или более, или экскреция белка 0,3 г в сутки.

Сочетанная преэклампсия - появление протеинурии после 20 недель беременности на фоне хронической гипертензии.

Транзиторная (преходящая) гестационная гипертензия - нормализация артериального давления у женщины, перенесшей гестационную гипертензию, в течение 12 недель после родов (ретроспективный диагноз).

Хроническая гестационная гипертензия - гипертензия, возникшая после 20 недель беременности и сохраняется через 12 недель после родов.

Эклампсия - судорожный припадок (приступы) у женщины с преэклампсией.

Гипертензия неутонченная - гипертензия, выявленная после 20 недель беременности, при отсутствии информации о артериальном давлении (АД) до 20 недель беременности.

Гипертензию, связанную с беременностью, диагностируют и оценивают по степени тяжести на основании диастолического давления, которое больше характеризует периферическое сосудистое сопротивление и в зависимости от эмоционального состояния женщины меньше изменяется, чем систолическое. Для определения объема лечения и как цель антигипертензивной терапии (целевой уровень АД) используют диастолическое давление.

4. Требования к измерению диастолического АД

Пациентка должна находиться в состоянии покоя не менее 10 минут. Рука свободно лежит на твердой поверхности, манжетка расположена на уровне сердца и обернута вокруг плеча не менее, чем на три четверти. Если окружность верхней части плеча превышает 32 см используют нестандартную манжету большего размера (в случае окружности 33-41 см манжетка 15×33 см, > 41 см - специальная бедренная манжетка). Желательно применять ртутный сфигмоманометр. Измерение АД повторяют дважды, а в случае расхождения результатов - трижды или более. Для определения диастолического давления используют V тонн за Коротковым (не IV, как раньше), принимая точку полного исчезновения артериальных шумов.

5. Экспресс-тест на наличие белка в моче

Среднюю разовую порцию мочи доводят до кипения в стеклянной пробирке с добавлением 2% уксусной кислоты. Появление устойчивого осадка свидетельствует о наличии белка в моче, количество осадка коррелирует с выраженностью протеинурии.

Хроническая гипертензия

1. Классификация [22]:

Таблица №1. По уровню артериального давления (ВОЗ-МОГ * 1999)

артериальная гипертензия	Систолическое АД, мм. рт. ст.	Диастолическое АД, мм. рт. ст.
1 степени (мягкая)	140-159	90-99
2 степени (умеренная)	160-179	100-109
3 степени (тяжелая)	≥180	≥110
изолированная систолическая	≥140	<90

* МОГ - Международное общество гипертензии

Таблица №2. По поражению органов-мишеней (ВОЗ, 1996 с коррективами Украинского общества кардиологов, 1999)

I стадия	Объективные признаки органического поражения органов-мишеней отсутствуют
II стадия	Есть объективные признаки органического поражения органов-мишеней без клинических симптомов с их стороны или нарушения функции: - гипертрофия левого желудочка (по данным ЭКГ, ЭхоКГ, рентгенографии); - генерализованное или фокальное сужение артерий сетчатки; - микроальбуминурия или протеинурия, или небольшое увеличение концентрации креатинина в плазме крови (до 177 мкмоль/л).
III стадии	Есть объективные признаки органического поражения органов-мишеней при наличии клинических симптомов с их стороны или нарушения функции: - сердца - инфаркт миокарда, сердечная недостаточность II А стадии или выше; - мозга - мозговой инсульт, транзиторные ишемические атаки, гипертензивная энцефалопатия, сосудистая деменция; - сетчатки - кровоизлияния и экссудаты в сетчатке с отеком диска зрительного нерва или без него; - почек - концентрация креатинина в плазме крови > 177 мкмоль/л; - сосудов - расслаивающаяся аневризма аорты.

2. Диагностику хронической гипертензии во время беременности проводят на основании:

- анамнестических данных о повышении АД $\geq 140/90$ мм. рт.ст. до беременности.
- определения АД $\geq 140/90$ мм рт.ст. в состоянии покоя дважды с интервалом не менее 4 часов, или $\geq 160/110$ мм. рт.ст. однократно в сроке до 20 недель беременности.

3. Беременные с хронической гипертензией составляют группу риска по развитию преэклампсии, преждевременной отслойки плаценты, задержки роста плода, а также других материнских и перинатальных осложнений.

4. Вопрос о возможности вынашивания беременности решается совместно акушером-гинекологом и терапевтом (кардиологом) с учетом данных обследования и информации о предыдущем течение основного заболевания.

Противопоказания к вынашиванию беременности (до 12 недель) [22] :

- тяжелая артериальная гипертензия (АГ III степени по ВОЗ) - АД $\geq 180/110$ мм рт.ст.;

• вызванные артериальной гипертензией тяжелые поражения органов-мишеней:

- сердца (перенесенный инфаркт миокарда, сердечная недостаточность);

- мозга (перенесенный инсульт, транзиторные ишемические атаки, гипертензивная энцефалопатия);

- сетчатки глаза (геморрагии и экссудаты, отек диска зрительного нерва);

- почек (почечная недостаточность);

- сосудов (расслаивающая аневризма аорты);

- злокачественное течение гипертензии (диастолическое АД > 130 мм рт.ст., изменения глазного дна по типу нейроретинопатии).

5. Главной целью медицинской помощи беременным с хронической гипертензией является предупреждение возникновения сочетанной преэклампсии или как можно раннее установление этого диагноза.

Присоединение преэклампсии к хронической артериальной гипертензии у беременной значительно ухудшает прогноз окончания беременности, увеличивает риск материнских и перинатальных осложнений.

6. Профилактика развития преэклампсии: ацетилсалициловая кислота 60-100 мг/сут, начиная с 20 недель беременности; препараты кальция 2 г/сутки (в пересчете на элементарный кальций), начиная с 16 недель беременности; включение в рацион питания морских продуктов с высоким содержанием полиненасыщенных жирных кислот. Не следует ограничивать употребление поваренной соли и жидкости.

7. Постоянная антигипертензивная терапия не предупреждает развитие сочетанной преэклампсии, но может уменьшать выраженность последней, а также частоту материнских осложнений.

8. Основной метод раннего (своевременного) выявления преэклампсии является тщательное наблюдение за беременной.

Признаки преэклампсии [22]:

- появление протеинурии $\geq 0,3$ г/сут во второй половине беременности;

- прогрессирование гипертензии и снижения эффективности предыдущей антигипертензивной терапии;

- появление генерализованных отеков;

- появление угрожающих симптомов (сильная устойчивая головная боль, нарушение зрения, боль в правом подреберье и/или эпигастральной области, гиперрефлексия, олигурия).

Мониторинг состояния беременной.

Осмотр в женской консультации с измерением АД в первой половине беременности 1 раз в 3 недели, с 20 до 28 недель - 1 раз в 2 недели, после 28 недель - еженедельно.

Определение суточной протеинурии при первом посещении женской консультации, с 20 до 28 недель - 1 раз в 2 недели, после 28 недель - еженедельно.

Ежедневный самоконтроль АД в домашних условиях с письменной фиксацией результатов.

Осмотр окулиста с офтальмоскопией при первом посещении женской консультации, в 28 и 36 недель беременности. В случае необходимости осмотр глазного дна может проводиться чаще и в другие сроки (определяется наслоением преэклампсии).

ЭКГ при первом посещении женской консультации, в 26-30 недель и после 36 недель беременности.

Биохимическое исследование крови (общий белок, мочевины, креатинин, глюкоза, калий, натрий, фибриноген, фибрин, фибриноген В, протромбиновый индекс) при первом посещении женской консультации и после 36 недель беременности. При втором исследовании дополнительно определяют концентрацию билирубина и активность АлАТ и АсАТ.

9. Мониторинг состояния плода.

Ультразвуковое исследование плода (эмбриона) и плаценты (хориона) - 9-11 недель, 18-22, 30-32 недели. Актография (тест движений плода) - ежедневно после 28 недель беременности с отметкой в дневнике. Кардиотокография (после 30 недель), доплерография маточно-плацентарно-плодового кровотока, экскреция эстриола - по показаниям.

10. Госпитализация.

Показания к госпитализации:

- преэклампсия;
- неконтролируемая тяжелая гипертензия, гипертонический криз;
- появление или прогрессирование изменений на глазном дне;
- нарушение мозгового кровообращения;
- коронарная патология;
- сердечная недостаточность;
- нарушение функции почек;
- задержка роста плода;
- угроза преждевременных родов.

Госпитализация больных осуществляется в родовспомогательные учреждения II и III уровня. В сроках беременности до 22 недель, при отсутствии акушерских осложнений беременная может быть госпитализирована в кардиологическое (терапевтическое) отделение.

11. Вопрос о необходимости прерывания беременности при позднем сроке решается консилиумом врачей с участием кардиолога, окулиста и, при необходимости, других специалистов.

Показания к прерыванию беременности в позднем сроке:

- злокачественное течение артериальной гипертензии;
- расслаивающая аневризма аорты;
- острое нарушение мозгового или коронарного кровообращения (только после стабилизации состояния больного);
- раннее преэклампсии, которая не поддается интенсивной терапии.

Способом прерывания беременности при сроке по перечисленным выше показаниям является абдоминальный кесарево сечение.

12. Лечение артериальной гипертензии [22].

Беременным с мягкой или умеренной первичной артериальной гипертензией (АГ), которые до беременности получали постоянную антигипертензивную терапию, медикаментозное лечение после установления беременности отменяют. Препараты, которым присущ синдром отмены (β -адреноблокаторы, клонидин), отменяют постепенно.

В дальнейшем за беременной наблюдают и информируют ее о необходимости ежедневного самоконтроля АД в домашних условиях. Не исключается возможность возвращения к постоянной антигипертензивной терапии препаратами, допустимыми к применению во время беременности. Больным с тяжелой АГ, вазоренальной АГ, синдромом Кушинга, узелковым периартериитом, системной склеродермией, сахарным диабетом и с тяжелыми поражениями органов-мишеней продолжают постоянную антигипертензивную терапию во время беременности. Если до беременности лечение проводилось ингибитором ангиотензин превращающего фермента или блокатор рецепторов ангиотензина II, или мочегонным средством, больную «переводят» на другой (другие) препарат, применение которого (которых) безопасно для плода.

Показанием до назначения постоянной антигипертензивной терапии во время беременности больной с хронической АГ является диастолическое давление ≥ 100 мм рт.ст.

Если хроническая АГ характеризуется повышением преимущественно систолического АД (изолированная систолическая; атеросклеротическая; гемодинамическая, вызванная недостаточностью аортального клапана или открытым артериальным протоком), показанием к антигипертензивной терапии является его уровень ≥ 150 мм. рт.ст.

Цель антигипертензивной терапии во время беременности - устойчивое поддержание диастолического АД 80-90 мм рт.ст. У беременных с гипертензией, которая характеризуется преимущественным повышением систолического АД целью лечения является стабилизация последнего на уровне 120-140 мм.рт.ст. (Не ниже 110!).

Немедикаментозные средства лечения беременных с хронической АГ включают:

- охранительный режим (исключение значительных психологических нагрузок поддержка семьи, рациональный режим труда и отдыха, двухчасовой отдых днем в положении лежа, желательно на левом боку, после 30 недель) ;
- рациональное питание (суточный калораж до 20 недель 2500-2800, после 20 недель - 2900-3500 ккал, повышенное содержание белка и полиненасыщенных жирных кислот, ограничение животных жиров, холестерина, продуктов, вызывающих жажду) ;
- психотерапию (по показаниям);
- лечебную физкультуру (по показаниям).

Не рекомендуется:

- ограничение потребления поваренной соли и жидкости,
- уменьшение лишней массы тела до завершения беременности,

– *физические нагрузки.*

Таблица 3. Медикаментозное лечение артериальной гипертензии во время беременности

Фармакологическая группа, подгруппа	Препарат	Категория FDA	Режим применения		Макс. суточная доза (мг)	Примечания
			Базовая терапия (per os)	Быстрое снижение АТ		
ЦЕНТРАЛЬНЫЕ В2-АДРЕНАГОНИСТЫ	метилдофа	B	250-500 мг 3-4 раза	-	4000	Начальное лечение АГ (препарат выбора)
	клонидин	C	0,075-0,2 мг 2-4 раза	0,15-0,2 мг под язык или 0,5-1 мл 0,01% раствора в/м или в/в	1,2	
Как базисную терапию назначают при неэффективности метилдофы (препарат второй линии)	пиндолол	C	5-15 мг 2 раза	-	60	
	окспренолол	C	20-80 мг 2-3 раза	-	240	
	атенолол	C	25-100 мг 1 раз	-	100	Чаше других вызывает задержку внутриутробного роста
	метопролол	C	12,5-50 мг 2 раза	-	200	
	лабеталол	C	100-400 мг 2-3 раза	10-20 мг в/в болюсно каждые 10 мин. (До 300 мг) или в/в капельно 1-2 мг/мин.	2400	
АНТАГОНИСТЫ КАЛЬЦИЯ дигидропиридина	нифедипин	C	10-20 мг 3-4 раза	5-10 мг под язык или розжувати або в форме капель каждые 2-3 ч	100	Не рекомендуется одновременно с сульфатом магния (опасность чрезмерной гипотензии, угнетения нервно-мышечной функции, депрессии миокарда, дистресса плода)
	Нифедипин пролонг. действия	C	20-40 мг 2 раза	-	- "-	- "-

Фармакологическая группа, подгруппа	Препарат	Категория FDA	Режим применения		Макс. суточная доза (мг)	Примечания
			Базовая терапия (per os)	Быстрое снижение АД		
фенилалкиламина	верапамил	В	40-80 мг 3-4 раза	-	480	В качестве базисного антигипертензивный препарат у беременных применяется редко
<i>МИОТРОПНЫЕ ВАЗОДИЛАТАТОРЫ</i>						
артериолярную	гидралазин	С	10-50 мг 2-3 раза	5-10 мг в/в болюсно каждые 20 мин или в/в капельно 0,5-1 мг/ч или 10-20 мг в/м	300	Менее эффективный чем другие антигипертензивные средства. Применяют все реже
артериолярную- венулярные	нитропруссид натрия	С	-	В/в инфузия 0,25-0,5 мкг/кг/мин	120 мкг / кг	Только при отсутствии гипотензивного эффекта от других средств. Нельзя вводить более 4:00
<i>ДИУРЕТИКИ</i>						
тиазидные	гидрохлортиазид	С	12,5-50 мг 1 раз	-	100	Как базисная терапия - только в случаях АГ с сердечной или почечной недостатис-ю. Категорически прот-котле за преэклампсии
Петлевые	фуросемид	С	-	В/в болюсно 40-100 мг	200	Только в случае отека легких или острой почечной недостаточности
<i>АЛЬФА-АДРЕНОБЛОКАТОРЫ</i>						
	празозин	С	0,5-4 мг 3-4 раза	-	20	Препарат третьей линии. Применяют редко в комбинации с β-блокаторами
Неселективные блокаторы	Пророксан	С	-	2-3 мл 1% раствора в/м	90	В случае неосложненного гипертонического криза с вегетативных нарушений ниями
<i>УСПОКАИВАЮЩИЕ</i>						
	сульфат магния	В	-	4 г в/в болюсно с последующей непрерывной инфузией 1-3 г/ч	28 г	Снижает АД, но применяется только для предотвращения или лечения судорожного припадка в случае преэклампсии / эклампсии

13. Родоразрешение.

Если не развилась преэклампсия и гипертензия является контролируемой, **беременность продолжают до физиологического срока родов.**

В случае преэклампсии выбирают тактику в соответствии ее тяжести (см. преэклампсия / эклампсия).

В подавляющем большинстве случаев родоразрешение проводят **через естественные родовые пути.**

Во время родов обеспечивают строгий контроль АД и сердечной деятельности роженицы, мониторинг состояния плода.

Медикаментозную антигипертензивную терапию начинают, если АД \geq 160/110 мм. рт.ст., причем желательнее не снижать АД менее 130/90 мм. рт.ст.

Для лечения гипертензии во время родов используют препараты, безопасные для плода и новорожденного.

Целесообразно обезболивание родовой деятельности в I и II периодах родов (эффективная профилактика прогрессирования гипертензии). Метод выбора обезболивания - эпидуральная анестезия. В случае невозможности проведения эпидуральной анестезии применяют ненаркотические анальгетики, седативные средства, фентанил.

Кесарево сечение в плановом порядке выполняют при наличии:

- неконтролируемой тяжелой гипертензии;
- поражения органов-мишеней;
- задержки внутриутробного роста плода тяжелой степени.

При необходимости родоразрешения больной в сроке до 34 недель беременности проводят подготовку сурфактантной системы легких плода кортикостероидами.

В случае спонтанного начала родовой деятельности до полных 34 недель беременности план ведения родов решается консилиумом врачей с учетом состояния роженицы, состояния плода и акушерской ситуации.

Третий период родов ведут активно.

Применение эргометрин и его производных у больных АГ противопоказано.

14. В послеродовом периоде обеспечивают тщательный надзор терапевта (кардиолога), ежедневный контроль АД, осмотр глазного дна, определение протеинурии, исследование крови на креатинин. Продолжают антигипертензивное лечение.

15. Лактацию не исключают.

Противопоказаниями к лактации и грудного вскармливания:

- злокачественная гипертензия,
- тяжелые поражения органов-мишеней.

Временное противопоказание - неконтролируемая гипертензия.

Медикаментозная антигипертензивная терапия матери не препятствует грудному вскармливанию. Не желательнее применять в период лактации атенолол, лонидин, блокаторы рецепторов ангиотензина II. Из группы

ингибиторов АПФ предпочитают каптоприла или эналаприла, назначать их не раньше, чем через 1 месяц после родов. Стоит помнить, что мочегонные средства уменьшают количество грудного молока.

16. После выписки из акушерского стационара больного с хронической АГ передают под наблюдение участкового терапевта (кардиолога) или семейного врача.

ПРЕЭКЛАМПСИЯ / ЭКЛАМПСИЯ

1. Классификация [22]:

Легкая преэклампсия или гестационная гипертензия без значительной протеинурии;

Преэклампсия средней тяжести;

Тяжелая преэклампсия;

Преэклампсия неуточненная;

Эклампсия;

Эклампсия во время беременности;

Эклампсия в родах;

Эклампсия в послеродовом периоде;

Эклампсия неуточненная по срокам.

В данную классификации не вошли такие формы позднего гестоза, как HELLP-синдром и острый жировой гепатоз, при развитии которых риск для плода и беременной крайне высоким, что требует немедленных адекватных действий.

Этиопатогенез преэклампсии / эклампсии [7, 31]

Этиология поздних гестозов до конца не выяснена. Существует много теорий, авторы которых пытаются объяснить теорию данного заболевания:

- *плацентарная;*
- *иммунологическая;*
- *теорию наследственных и приобретенных тромбофилий (включая антифосфолипидный синдром) ;*
- *эндокринная;*
- *интоксикационная;*
- *почечная.*

Какая бы из вышеуказанных причин отдельно или в совокупности не приводила к развитию преэклампсии, все они обуславливают повреждение эндотелия с развитием эндотелиальной дисфункции и дальнейший патогенез преэклампсии является единым для всех беременных с этой патологией. Таким образом, преэклампсия - это полиэтиологическое, но монопатогенетичное заболевание.

Повреждение эндотелия вызывает дисбаланс в синтезе биологически активных веществ. Увеличивается количество цитокинов, которые осуществляют вазопрессорную действие и уменьшают синтез вазодилататоров. Наибольший вклад при этом делает эндотелийстимулирующий фактор (эндотелин) и тромбоксан, которые вызывают спазм сосудов и

активируют агрегацию тромбоцитов (с последующим ухудшением реологических свойств крови и развитием массивного внутрисосудистого тромбообразования).

Основные звенья патогенеза преэклампсии:

- один или несколько этиологических факторов приводят к повреждению эндотелия сосудов, следствием чего является снижение антитромботического потенциала, увеличение количества вазопрессорных цитокинов (тромбоксан, эндотелийстимулирующий фактор), уменьшение синтеза вазодилаторов (простаглин, NO) и нарушение механизмов регуляции тонуса сосудистой стенки;
- генерализованный спазм сосудов с последующей метаболической вазодилатацией и увеличением проницаемости капиллярной стенки;
- переход воды и солей в межклеточное пространство со снижением объема циркулирующей плазмы и развитие гиповолемии;
- уменьшение венозного возврата крови к сердцу со снижением сердечного выброса;
- для приведения емкости сосудистого русла в соответствие с пониженным объемом циркулирующей крови происходит повышение общего периферического сопротивления сосудов. Однако в условиях нарушения баланса вазопрессоров и вазодилаторов в сторону избытка вазопрессоров, степень повышения тонуса сосудов превышает степень снижения объема циркулирующей крови, что и обуславливает повышение артериального давления;
- нарушение реологических свойств крови (повышение вязкости крови, ее агрегацию, гемоконцентрация), и рост ее коагуляционного потенциала способствует развитию синдрома ДВС с микро- и макротромбозами сосудов;
- результатом гиповолемии, генерализованного спазма сосудов, гемоконцентрация, внутрисосудистого свертывания крови, снижение скорости кровотока в капиллярах является гипоперфузия органов, тотальная тканевая гипоксия, накопление недоокисленных продуктов обмена, развитие постгипоксической метаболических нарушений, метаболического ацидоза с развитием, в конце концов, синдрома полиорганной недостаточности, которая проявляется:
 - эклампсией, запятой, гипертензивной энцефалопатией, отслоением сетчатки, кровоизлияниями в мозг;
 - синдромом острого легочного повреждения;
 - HELLP - синдром, субкапсулярные гематомы и разрывами печени;
 - острой почечной недостаточностью (кортикальным и тубулярным некрозом)
 - преждевременным отслоением плаценты;
 - дистресс, задержкой развития и гибелью плода.

Таблица 4. Диагностические критерии тяжести преэклампсии / эклампсии

Диагноз	Диастем. АО, мм рт.ст.	протеинурия, г / сутки	другие признаки
Гестационная гипертензия или легкая преэклампсия	90-99	<0,3	-
Преэклампсия средней тяжести	100-109	0,3-5,0	Отеки на лице, руках Иногда головная боль
тяжелая преэклампсия	≥110	> 5	Отеки генерализованные, значительные Головная боль нарушение зрения Боль в эпигастрии или/и правом подреберье гиперрефлексия Олигурия (<500 мл/сут) тромбоцитопения
Эклампсия	≥90	≥0,3	Судорожный приступ (один или более)

Примечание. Наличие у беременной хотя бы одного из критериев более тяжелой преэклампсии является основанием для соответствующего диагноза.

Таблица 5. Дополнительные клинико-лабораторные критерии преэклампсии

Признаки	Легкая преэклампсия	преэклампсия средней тяжести	Тяжёлая преэклампсия
Мочевая кислота, ммоль/л	<0,35	0,35-0,45	> 0,45
Мочевина, ммоль/л	<4,5	4,5-8,0	> 8
Креатинин, мкмоль/л	<75	75-120	> 120 или олигурия
Тромбоциты, 10 ⁹ /л	> 150	80-150	<80

3. Легкая преэклампсия [22].

Оказание помощи зависит от состояния беременной, параметров АД и протеинурии. В случае соответствия состояния беременной критериям легкой преэклампсии при сроке беременности до 37 недель возможно наблюдение в условиях стационара дневного пребывания.

Определяют срок беременности. Проводят обучение пациентки самостоятельному мониторингу основных показателей развития преэклампсии: измерение АД, контроль баланса жидкости и отеков, регистрация движений плода. Проводят лабораторное обследование: общий

анализ мочи, суточная протеинурия, креатинин и мочевины плазмы крови, гемоглобин, гематокрит, количество тромбоцитов, коагулограмма, АлАТ и АсАТ, определения состояния плода (нестрессовый тест по возможности).

Медикаментозную терапию не назначают. Не ограничивают употребление жидкости и поваренной соли.

Показания для госпитализации:

- срок беременности более 37 недель;
- появление хотя бы одного признака преэклампсии средней тяжести;
- нарушение состояния плода.

В случае стабильного состояния женщины в пределах критериев легкой преэклампсии - тактика ведения беременности выжидательная.

Роды ведут через естественные родовые пути.

4. Преэклампсия средней тяжести [22].

Госпитализация.

При сроке гестации 37 недель и более - плановая госпитализация беременной в стационар II уровня для родоразрешения.

При сроке беременности менее 37 недель, прогрессировании преэклампсии или нарушении состояния плода - госпитализация беременной в стационар III уровня.

Первичное лабораторное обследование: общий анализ крови, гематокрит, количество тромбоцитов, коагулограмма, АлАТ и АсАТ, группа крови и резус-фактор (в случае отсутствия точных сведений), общий анализ мочи, определение суточной протеинурии, креатинина, мочевины, мочевой кислоты плазмы, электролиты (натрий и калий), оценка состояния плода.

Охранительный режим - полупостельный, ограничение физической и психической нагрузки.

Рациональное питание: пища с повышенным содержанием белков, без ограничения соли и воды, употребление продуктов, которые не вызывают жажды; комплекс витаминов и микроэлементов для беременной; при необходимости - препараты железа.

При диастолическом АД > 100 мм рт. ст. - назначение гипотензивных препаратов (метилдофа по 0,25-0,5 г 3-4 раза в сутки, максимальная доза - 3 г в сутки при необходимости добавляют нифедипин по 10 мг 2-3 раза в сутки, максимальная суточная доза - 100 мг).

При сроке беременности до 34 недель назначают кортикостероиды для профилактики респираторного дистресс-синдрома (РДС) - дексаметазон по 6 мг через 12 часов четыре раза в течение 2 суток.

Исследования проводят с установленной кратностью динамического наблюдения показателей:

- контроль АД - каждые 6 часов первые сутки, в дальнейшем - дважды в сутки;
- аускультация сердцебиения плода каждые 8 часов;
- анализ мочи - ежедневно;
- суточная протеинурия - ежедневно;

- гемоглобин, гематокрит, коагулограмма, количество тромбоцитов, АлАТ и АсАТ, креатинин, мочевина - каждые три дня;
- мониторинг состояния плода: количество движений за 1 час, частота сердечных сокращений - ежедневно;
- оценка биофизического профиля плода (по показаниям);
- кардиотокография (по показаниям).

При прогрессировании преэклампсии или ухудшении состояния плода начинают подготовку к родоразрешению:

- подготовка родовых путей в случае «незрелой» шейки матки - простагландины E₂ (местно).

Родоразрешение.

Метод родоразрешения в любом сроке гестации определяется готовностью родовых путей или состоянием плода.

При неэффективности проводимой подготовки родовых путей простагландинами проводят операцию кесарева сечения.

Если шейка матки достаточно зрелая, проводят родовозбуждения и роды ведут через естественные родовые пути.

При условии стабильного состояния беременной и показателях, не выходящих за пределы критериев преэклампсии средней степени тяжести, в процессе родов воздерживаются от магнезиальной терапии. При ухудшении общего состояния беременной, появлении признаков тяжелой преэклампсии, нестабильных показателях АД или постоянно высоких показателях АД на уровне максимальных, характерных для преэклампсии средней степени тяжести, показано проведение магнезиальной терапии для профилактики судорог.

Переход к ведению беременной по алгоритму тяжелой преэклампсии осуществляют в случаях нарастания хотя бы одного из следующих признаков:

- диастолическое АД > 110 мм рт.ст;
- головная боль;
- нарушение зрения;
- боль в эпигастральной области или правом подреберье;
- признаки печеночной недостаточности;
- олигурия (<25 мл/ч);
- тромбоцитопения (< 100 · 10⁹/л);
- признаки ДВС-синдрома;
- повышение активности АлАТ и АсАТ.

5. Тяжелая преэклампсия [22]:

Госпитализация.

Больную госпитализируют в отделение анестезиологии и интенсивной терапии (ОАИТ) стационара III уровня для оценки степени риска беременности для матери и плода и выбора метода родоразрешения в течение

24 часов. Выделяют индивидуальную палату с интенсивным круглосуточным наблюдением медицинского персонала.

Проводятся консультации терапевта, невропатолога, окулиста. **Катетеризуют** периферическую вену для длительной инфузионной терапии, при необходимости контроля ЦВД - центральную вену, для контроля почасового диуреза - мочевого пузыря. По показаниям - трансназально катетеризация желудка.

Первичное лабораторное обследование: Общий анализ крови, гематокрит, количество тромбоцитов, коагулограмма, АлАТ и АсАТ; группа крови и резус-фактор (при отсутствии) общий анализ мочи, определение протеинурии, креатинина, мочевины, общий белок, билирубин и его фракции, электролиты.

Тщательное динамическое наблюдение:

- контроль АД - каждый час;
- аускультация сердцебиения плода - каждые 15 минут;
- анализ мочи - каждые 4 часа;
- контроль почасового диуреза (катетеризация мочевого пузыря катетером Фолея);
- гемоглобин, гематокрит, количество тромбоцитов, функциональные печеночные пробы, креатинин плазмы - ежедневно;
- мониторинг состояния плода: количество движений за 1 час, частота сердечных сокращений - ежедневно, по возможности - доплерометрическое контроль кровообращения в сосудах пуповины, сосудах мозга плода, плаценте и фетоплацентарного комплекса;
- оценка объема околоплодных вод и биофизического профиля плода - по показаниям;
- тест на отсутствие стресса плода - при ухудшении показателей ежедневного мониторинга плода и обязательно перед родоразрешением (оценка состояния сердечной деятельности плода с помощью фетального монитора).

Лечение.

Охранительный режим (постельный), исключение физического и психического напряжения.

Комплекс витаминов для беременной, при необходимости - микроэлементы.

При сроке беременности до 34 недель - кортикостероиды для профилактики РДС- дексаметазон по 12 мг через 12 часов в течении суток.

В случае необходимости проводят подготовку родовых путей с помощью простагландинов.

Тактика ведения активна с родоразрешением в ближайшие 24 часа с момента установления диагноза.

Выжидательная тактика во всех случаях тяжелой преэклампсии не рекомендуется.

Антигипертензивная терапия.

Лечение артериальной гипертензии не является патогенетическим, но необходимо для матери и плода. Снижение АД имеет целью предупреждение

гипертензивной энцефалопатии и мозговых кровоизлияний. Следует стремиться довести АД до безопасного уровня (150/90-160/100 мм рт. ст., не ниже!), который обеспечивает сохранение адекватного мозгового и плацентарного кровотока.

Быстрое и резкое снижение уровня АД может вызвать ухудшение состояния матери и плода.

Антигипертензивную терапию проводят при повышении диастолического давления > 110 мм рт.ст. вместе с магниальной терапией. Предварительно следует восстановить ОЦК.

Лабеталол применяют сначала внутривенно 10 мг, через 10 минут, при отсутствии адекватной реакции (диастолическое АД осталось выше 110 ммрт.ст.) - дополнительно еще 20 мг. АД контролируют каждые 10 минут, и если диастолическое давление остается выше 110 мм рт.ст., вводят 40 мг, а затем 80 мг лабеталола (максимально до 300 мг).

При отсутствии лабеталола возможно применение нифедипина 5-10 мг под язык. Если эффект отсутствует, то через 10 минут необходимо дать еще 5 мг под язык.

Следует помнить, что на фоне введения сульфата магния нифедипин может привести к быстрому развитию гипотензии.

Для снижения АД при тяжелой преэклампсии применяют также гидралазин: 20 мг (1 мл) препарата растворяют в 20 мл 0,9% раствора хлорида натрия, вводят медленно внутривенно по 5 мл (5 мг гидралазина) каждые 10 минут, пока диастолическое АД не снизится до безопасного уровня (90-100 мм рт.ст). При необходимости повторяют введение гидралазина по 5-10 мг ежедневно или 12,5 мг внутримышечно каждые 2:00.

Метилдофу для лечения тяжелой преэклампсии применяют реже, поскольку препарат имеет отсроченную действие (эффект наступает через 4 часа). Как правило, применяют дозы 1,0-3,0 г в сутки в качестве монотерапии или в комбинации с нифедипином 0,5 мг/кг/сут.

В случае недоношенной беременности суточная доза метилдофы не должна превышать 2,0 г, Это может привести к развитию меконияльной непроходимости у недоношенных новорожденных.

На фоне применения метилдофы даже обычные дозы тиопентала натрия могут привести к коллапсу.

Как гипотензивное средство у больных с тяжелой преэклампсией можно применять клонидин: 0,5-1 мл 0,01% раствора внутривенно или внутримышечно или 0,15-0,2 мг под язык 4-6 раз в день.

При возможности исследования типа гемодинамики, антигипертензивную терапию проводят с его учетом.

В случае гиперкинетического типа целесообразно применять комбинацию лабеталола с нифедипином, при гипокинетическому - клонидин + нифедипин на фоне восстановления ОЦК, при эукинетическим - метилдофа + нифедипин.

Как антиконвульсант с одновременной антигипертензивным действием используют сульфат магния, является препаратом выбора для профилактики и

лечения судорог, которые у госпитализированных женщин возникают вследствие недостаточного лечения тяжелой преэклампсии.

Магнезиальная терапия

Магнезиальная терапия - это болюсное введение 4 г сухого вещества сульфата магния с последующей непрерывной инфузией со скоростью, определяемой состоянием больной.

Магнезиальную терапию начинают с момента госпитализации, если диастолическое АД > 130 мм рт.ст.

Цель магнезиальной терапии - поддержание концентрации ионов магния в крови беременной на уровне, необходимом для профилактики судорог.

Стартовую дозу (дозу насыщения) - 4 г сухого вещества (16 мл 25% раствора сульфата магния) вводят шприцем очень медленно в течение 15 минут (в случае эклампсии - в течение 5 минут). Несмотря на то, что концентрированный раствор сульфата магния может вызвать значительное раздражение стенки вены, в которую проводится инфузия (вплоть до некроза), стартовую дозу сульфата магния растворяют в 0,9% растворе хлорида натрия или растворе Рингера-Локка. Для этого в стерильный флакон с 34 мл раствора вводят 4 г магния сульфата (16 мл 25% раствора).

Поддерживающую терапию стандартно начинают с дозы 1 г сухого вещества сульфата магния в час. При такой скорости введения концентрация магния в сыворотке крови достигнет 4-8 ммоль/л (терапевтическая концентрация) через 18 часов. При введении со скоростью 2 г/час - за 8 часов, а при скорости 3 г/час - за 2 часа.

Мониторинг состояния беременной во время проведения терапии сульфатом магния включает:

- измерение АД каждые 20 минут;
- подсчет ЧСС;
- наблюдение за частотой и характером дыхания (ЧД должна быть не менее 14 в 1 мин.);
- определение сатурации O₂ (не ниже 95%);
- кардиомониторный контроль;
- ЭКГ;
- проверка коленных рефлексов каждые 2 часа;
- контроль почасового диуреза (должен быть не менее 50 мл / час.).

Кроме того, контролируют:

- симптомы нарастания тяжести преэклампсии: головная боль, нарушение зрения (двоение предметов, «мелькание мушек» в глазах), боль в эпигастрии;

- симптомы возможного отека легких: тяжесть в груди, кашель с мокротой или без него, удушье, повышение ЦВД, появление крепитации или влажных хрипов при аускультации легких, рост ЧСС и признаков гипоксии, снижение уровня сознания;

- состояние плода (аускультация сердцебиения ежечасно, фетальный мониторинг).

Магнезиальную терапию проводят в течение 24-48 часов после родов, вместе с симптоматическим лечением. Следует помнить, что применение сульфата магния во время родов и в раннем послеродовом периоде снижает сократительную активность матки.

Критерии окончания магнезиальной терапии:

- прекращение судорог;
- отсутствие симптомов повышенной возбудимости ЦНС (гиперрефлексия, гипертонус, судорожная готовность) ;
- устойчивое снижение диастолического артериального давления (90-100 мм рт. ст.)
- нормализация диуреза (> 50 мл/ч).

Противопоказания к магнезиальной терапии:

- гипокальциемия;
- угнетение дыхательного центра;
- артериальная гипотензия;
- кахексия.

При отсутствии сульфата магния возможно использование диазепама, хотя существует высокий риск неонатального угнетения дыхания (диазепам свободно проходит через плацентарный барьер).

Инфузионная терапия

Условием адекватной инфузионной терапии является строгий контроль объема введенной и выпитой жидкости и диуреза. Диурез должен быть не менее 60 мл / ч.

Общий объем вводимой жидкости должен соответствовать суточной физиологической потребности женщины (в среднем 30-35 мл/кг) с добавлением объема нефизиологических потерь (кровопотеря и т.д.).

Скорость введения жидкости не должна превышать 85 мл/час. Почасовой диурез должен превышать 30 мл/ч.

Препаратами выбора инфузионной терапии до момента родоразрешения является изотонические солевые растворы (Рингера, NaCl 0,9%).

В случае необходимости восстановления ОЦК оптимальными препаратами являются растворы гидроксиэтилкрахмала 6% или 10%. Гидроксиэтилкрахмалы или декстраны следует вводить вместе с кристаллоидами в соотношении 2 : 1.

В инфузионно-трансфузионную программу целесообразно включать донорскую свежзамороженную плазму для ликвидации гипопротеинемии (показатели белка плазмы < 55 г/л), нормализации соотношения антикоагулянты / прокоагулянты, что является профилактикой кровотечений в родах и послеродовом периоде.

Введение растворов альбумина (особенно 5%) является нецелесообразным, поскольку вследствие специфической селективной альбуминурии он быстро выводится, что и предопределяет кратковременность коррекции гиповолемии и гипопротеинемии при тяжелых формах преэклампсии. В случае необходимости альбумин лучше использовать

в виде 10-20% растворов (нужен меньший объем) в сочетании с кристаллоидами, обычно в соотношении 1: 1.

Компонентом инфузионной терапии тяжелой преэклампсии могут быть декстраны, которые эффективно повышают ОЦК, улучшают микроциркуляцию. Их доза не должна превышать 10 мл/кг/сут, поскольку это может привести к гипокоагуляции. Не используют гипоосмолярные растворы - 5% и 10% глюкозу, а также их смеси с электролитами ("Поляризующие смеси"), поскольку они часто вызывают гипогликемию у плода, усиливают накопление лактата в мозгу матери, ухудшая неврологический прогноз в случае эклампсии. До введения растворов глюкозы у больной тяжелой преэклампсией прибегают лишь по абсолютным показаниям - гипогликемия, гипернатриемия и гипертоническая дегидратация, иногда - у больных сахарным диабетом для профилактики гипогликемии.

Тактика родоразрешения.

При готовых родовых путях проводят амниотомию с последующим назначением родовозбуждения окситоцином.

Родоразрешения проводят с учетом акушерской ситуации. Предпочтение отдают родам через естественные родовые пути с адекватным обезболиванием (эпидуральная анестезия или ингаляция закисью азота).

При неготовой шейки матки и отсутствии эффекта от подготовки простагландинами, или в случае прогрессирования гипертензии, угрозы судорожного приступа, ухудшения состояния плода родоразрешение проводят путем операции кесарева сечения.

Показанием к плановому кесареву сечению при тяжелой преэклампсии является прогрессирование преэклампсии или ухудшение состояния плода у беременной с незрелыми родовыми путями.

При ухудшении состояния беременной или плода во втором периоде родов накладывают акушерские щипцы или проводят вакуум-экстракцию плода на фоне адекватного обезболивания.

В третьем периоде родов - утеротоническая терапия с целью профилактики кровотечения (окситоцин внутривенно капельно).

Метилергометин не применяется!

После родов лечения преэклампсии продолжают в зависимости от состояния женщины, клинической симптоматики и лабораторных показателей. Необходим мониторинг АД. Дозы антигипертензивных препаратов постепенно уменьшают, но не ранее, чем через 48 часов после родов. Если женщина получала два или более антигипертензивных препаратов - один препарат отменяют. Магнезиальная терапия длится не менее 24 часов после родов или после последнего приступа судорог.

6. Преэклампсия, установленная в послеродовом периоде.

Назначают охранительный режим, контроль АД, сбалансированное питание.

Лабораторное обследование: Общий анализ крови (гемоглобин, гематокрит, количество тромбоцитов) и мочи, биохимическое исследование

крови (АЛТ и АсАТ, билирубин, креатинин, мочеви́на, общий белок), коагулограмма.

Лечение.

При условии применения гипотензивных препаратов до родов, после родов продолжают их введения.

В случае недостаточной эффективности терапии добавляют тиазидные диуретики. При возникновении гипертензии впервые после родов лечение начинают с тиазидных диуретиков.

Сульфат магния назначают по показаниям - в случае риска возникновения эклампсии.

Проводят тщательный контроль инволюции матки. профилактика крово-течи введением метилэргометрин противопоказана.

Выписка из родильного стационара осуществляют после нормализации состояния больного. В случае отсутствия стабилизации состояния женщину переводят в терапевтическое отделение.

При выписке врач акушер-гинеколог проводит с роженицей беседу по вопросам дальнейшего наблюдения, рационального питания, режима, контрацепции и планирования следующей беременности.

7. Эклампсия [7, 22].

Эклампсия характеризуется развитием генерализованных тонико-клонических судорог во время беременности, в родах или послеродовом периоде на фоне преэклампсии.

Эклампсия является клиническим проявлением выраженного синдрома полиорганной недостаточности с преимущественным поражением ЦНС. Встречается в 0,2-0,5% случаев всех беременностей и угрожает высокой перинатальной (30-40%) и материнской (3-4%) смертностью.

Классификация эклампсии в зависимости от времени возникновения:

- дородовая эклампсия;
- эклампсия во время родов;
- послеродовая эклампсия.

По степени выраженности судорожного синдрома выделяют следующие варианты течения эклампсии:

- одинокий приступ судорог;
 - экламптическая статус - серия судорожных припадков, следующих один за другим через короткие промежутки времени;
 - экламптическая кома - потеря сознания после приступа судорог;
- "Эклампсия без эклампсии" - неожиданная потеря сознания без приступа судорог.

Продромальными симптомами, свидетельствующими о приближении приступа эклампсии, являются:

- головная боль (чаще локализуется в височной и затылочной областях) ;
- зрительные нарушения - пелена или мелькание "мушек" перед глазами;
- боль за грудиной, в эпигастральной области и/или правом подреберье;
- резкое повышение АД;
- слюнотечение, тошнота, рвота;

- сужение и расширение зрачков, чередующиеся (обусловлено колебаниями внутричерепного давления);
- возбужденное состояние или заторможенность;
- небольшие подергивания лицевой мускулатуры.

Приступ судорог продолжается в среднем от 1 до 3 минут и состоит из нескольких фаз, сменяют одна другую:

Первая фаза (передсудорожная)- появляются мелкие подергивания мышц лица, закрываются ресницы, уголки рта опускаются. Больная дышит. Этот период продолжается 20-30 секунд.

Вторая фаза (тонических судорог)- характерно тетаническое сокращение мышц всего тела. Тело вытягивается и напрягается, лицо бледнеет, челюсть плотно сжимается, взгляд - четко фиксированный, неподвижен. Больная во время этого периода не дышит. Продолжительность периода 10-20 секунд. Этот период наиболее опасен для плода и матери из-за резкого повышения АД.

Третья фаза (клонических судорог)- женщина, неподвижно лежащая, начинает биться в клонических судорогах, непрерывно идут одна за одной и распространяются по телу сверху вниз. Больная не дышит, лицо синеватое. Постепенно судороги прекращаются. Больная делает вдох, сопровождающийся хрипом, изо рта выделяется пена. Эта фаза длится 20-30 секунд.

Четвертая фаза (кома или фаза разрешения)- больной начинает медленно и глубоко дышать, изо рта выделяется пена, окрашенная кровью (из-за прикусывания языка), лицо постепенно розовеет. Начинает определяться пульс. Может подниматься температура тела (до 38,5-41°C). Больная постепенно приходит в сознание, жалуется на головную боль, общую слабость, ретроградную амнезию. Коматозное состояние после первого приступа судорог может перейти в новый судорожный приступ.

Дифференциальная диагностика эклампсии проводится с:

- эпилепсией;
- истерией;
- заболеваниями ЦНС (черепно-мозговая травма, опухоли и абсцессы головного мозга, менингит, энцефалит, тромбозы вен и артерий головного мозга, отек головного мозга, инсульт) ;
- тяжелыми формами гипертонической болезни (гипертензивная энцефалопатия, феохромоцитомы, злокачественная гипертензия) ;
- метаболической энцефалопатией (гипер- и гипогликемия, гипер- и гипонатриемия, гипокальциемия, острая дегидратация или водная интоксикация, различные интоксикации и др.).

Главные цели экстренной помощи:

- прекращение судорог;
- восстановление проходимости дыхательных путей.

Задачи интенсивной терапии после ликвидации судорог:

- предупреждение повторных судорожных приступов;

- устранение гипоксии и ацидоза (дыхательного и метаболического) ;
- профилактика аспирационного синдрома;
- безотлагательное родоразрешение.

Первая помощь при развитии приступа эклампсии [7, 22] .

Лечение в случае приступа судорог начинается на месте.

Разворачивают палату интенсивной терапии или госпитализируют беременную в отделение анестезиологии и интенсивной терапии.

Больную укладывают на ровную поверхность в положении на левом боку, быстро освобождают дыхательные пути, открывая рот и выдвигая вперед нижнюю челюсть, параллельно эвакуируют содержимое ротовой полости. По возможности, если сохранено спонтанное дыхание, вводят воздуховод и проводят ингаляцию кислорода.

При развитии длительного апноэ немедленно начинают принудительную вентиляцию носо-лицевой маской с подачей 100% кислорода в режиме положительного давления в конце выдоха. Если судороги повторяются или больная остается в состоянии комы, вводят миорелаксанты (суксаметония бромид 2 мг/кг) и переводят пациентку на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) в режиме умеренной гипервентиляции.

Параллельно с проведенными мероприятиями по восстановлению адекватного газообмена осуществляют катетеризацию периферической вены и начинают введение противосудорожных препаратов (сульфат магния - болюс 4 г в течение 5 минут внутривенно, затем поддерживающая терапия 1-2 г/ч) под тщательным контролем АД и ЧСС. Если приступы продолжаются, внутривенно вводят еще 2 г сульфата магния (8 мл 25% раствора) в течение 3-5 минут. Вместо дополнительного болюса сульфата магния можно использовать диазепам внутривенно (10 мг) или тиопентал-натрий (450-500 мг) в течение 3 минут. Если приступ судорог продолжается более 30 минут, это состояние рассматривается как эclamптическая статус.

Если диастолическое АД остается на высоком уровне (> 110 мм рт.ст.), проводят антигипертензивную терапию. Катетеризуют мочевой пузырь.

Все манипуляции (катетеризация вен, мочевого пузыря, акушерские манипуляции) проводят под общей анестезией тиопенталом-натрием или закисью азота с кислородом.

Не применяется кетамин!

После ликвидации судом проводят коррекцию метаболических нарушений, водно-электролитного баланса и кислотно-основного состояния, белкового обмена.

Обследование осуществляют после прекращения приступа судорог.

Консультация невропатолога и окулиста.

Лабораторные анализы: анализ крови (тромбоциты, гематокрит, гемоглобин, время свертывания), общий белок, уровень альбумина, глюкоза, мочевины, креатинин, трансаминазы, электролиты, уровень кальция, магния, фибриноген и продукты его деградации, протромбин и протромбиновое время, анализ мочи, суточная протеинурия.

Мониторинг АД, определение почасового диуреза, оценку клинических симптомов проводят с обязательной регистрацией в истории родов каждый час.

Искусственная вентиляция легких.

Искусственная вентиляция легких не является основным способом лечения эклампсии, однако устранение гипоксии (важнейшего патогенетического фактора развития полиорганной недостаточности) - обязательное условие проведения других мероприятий.

Показания:

абсолютные:

- эклампсия во время беременности;
- экламптическая кома или экламптический статус;
- острый респираторный дистресс-синдром взрослых;
- судорожная готовность на фоне поверхностного наркоза;
- сочетание преэклампсии / эклампсии с шоком любого генеза.

относительные:

- прогрессирование острой коагулопатии;
 - кровопотеря во время операции более 15 мл/кг (удлиненная ИВЛ к стабилизации жизненных функций организма и восстановления ОЦК).
- ИВЛ проводят в режиме нормовентиляции или умеренной гипервентиляции ($p\text{CO}_2 = 30\text{-}40$ мм рт.ст.).

Начальные параметры ИВЛ: дыхательный объем - 7-8 мл/кг, минутный объем дыхания - 10-12 л/мин., давление на вдохе - не более 20 см вод. ст., FiO_2 - 30%, отношение вдох / выдох - 1: 2.

При наличии судорожного синдрома после родов синхронизации с респиратором достигают применением недеполяризирующих миорелаксантов, в других случаях используют барбитураты + бензодиазепины + ГОМК.

При отсутствии судорог ИВЛ проводят до полного восстановления сознания и спонтанного адекватного дыхания.

При проведении ИВЛ более суток необходимо проведение фибробронхоскопии.

Критерии прекращения ИВЛ:

- полное восстановление сознания;
- отсутствие судорог и судорожной готовности без применения противосудорожных препаратов;
- стабилизация гемодинамики;
- прекращение действия препаратов, угнетающих дыхание (миорелаксанты, наркотические анальгетики, гипнотики и др.);
- отсутствие признаков острого респираторного дистресс-синдрома взрослых;
- стабильность состояния системы гемостаза;
- восстановлена кислородная емкость крови (гемоглобин не менее 80 г/л);
- $\text{Sa O}_2 > 95\%$, $\text{Pa O}_2 > 80$ мм рт.ст. при $\text{Fi O}_2 < 0,4$ ($\text{Pa O}_2 / \text{Fi O}_2 > 200$).

Указанных выше критериев и, в первую очередь, нормализации гемодинамики, необходимо достичь в течение первых суток и планировать прекращение ИВЛ, которая должна сопровождаться полной отменой седативной терапии.

В случае кровоизлияния в мозг и коматозного состояния беременной вопрос о прекращении ИВЛ обсуждается не ранее, чем через двое суток. Интенсивную терапию продолжают в полном объеме.

Интенсивная терапия эклампсии без ИВЛ возможна при следующих условиях:

- приступ судорог возник под действием чрезвычайных стимулов (схватки, потуги) или в послеродовом периоде;
- после приступа эклампсии сохранены элементы сознания;
- артериальное давление во время приступа не превышает 170/100 мм рт.ст.;
- отсутствие субарахноидального кровоизлияния;
- отсутствие очаговой неврологической симптоматики;
- отсутствие других показаний к ИВЛ.

Женщину, которая перенесла эклампсии, наблюдают в условиях палаты реанимации и интенсивной терапии, или организуют индивидуальный пост.

Родоразрешение осуществляется срочно.

Если акушерская ситуация не позволяет провести немедленное родоразрешение через естественные родовые пути (экламптическая атака произошла во втором периоде родов), выполняют операцию кесарево сечение.

Родоразрешения проводят сразу после ликвидации приступа судорог на фоне постоянного введения сульфата магния.

При условии продолжения приступа судорог срочное родоразрешение проводят после перевода больного на ИВЛ.

После окончания оперативного вмешательства ИВЛ продолжают до стабилизации состояния пациентки.

После родов лечение продолжают в соответствии с состоянием больного. Магнезиальная терапия должна продолжаться еще не менее 48 часов.

8. HELLP-синдром

HELLP-синдром - одна из самых тяжелых форм преэклампсии. Синдром впервые описал Вейнштейн в 1985 году, создав его из первых букв английских слов: H - гемолиз (haemolyse), EL - повышенный уровень печеночных ферментов (elevated liver enzymes), LP - снижен уровень тромбоцитов (low platelet count).

Основные патофизиологические изменения при HELLP-синдроме происходят преимущественно в печени. Главным звеном в развитии синдрома является нарушение в системе гемостаза вследствие повреждения эндотелия и внутрисосудистой активации свертывающей системы. Отложения фибрина в синусоидальных капиллярах печени ведет к центральным некрозам с образованием стаза и напряжения глиссоновой капсулы. Дальнейшее

прогрессирование процесса может привести к разрыву печени. Если этот порочный круг своевременно не прервать, то в течение нескольких часов развивается ДВС-синдром со смертельным кровотечением.

Все симптомы HELLP-синдрома можно разделить на специфические, неспецифические и характерны.

Таблица 6. **Симптомы HELLP-синдрома**

Симптомы	проявления
Специфические	гемолиз, увеличение печеночных ферментов, тромбоцитопения
Неспецифические	недомогание, головная боль, утомление, тошнота, рвота, боли в животе, правом подреберье
Характерне	рвота с примесью крови, желтуха, судороги, кровоизлияние в местах инъекций, нарастающая печеночная недостаточность

Ведущие симптомы HELLP-синдрома:

- увеличение уровня билирубина вследствие усиленного гемолиза эритроцитов, желтуха, падение уровня гемоглобина до 90 г/л и ниже, снижение гематокрита до 0,25-0,3;
- повышение активности печеночных ферментов (АСТ, АЛТ, ЛДГ), рост в плазме концентрации мочевой кислоты, азотистых веществ; гипогликемия, которая связана с печеночной недостаточностью;
- нарушения в системе гемостаза (снижение уровня антитромбина III, увеличение протромбинового времени и частичного тромбопластинового времени, снижение уровня фибриногена), что и обуславливает развитие ДВС-синдрома.

Интенсивная терапия HELLP-синдрома [22, 31]:

Последовательность лечебных действий:

- срочное родоразрешение: при «зрелой» шейке матки - через естественные родовые пути, в случае неготовности родовых путей - операция кесарева сечения;
- интенсивная терапия тяжелой преэклампсии, дыхательная поддержка (ИВЛ по показаниям, оксигенотерапия) ;
- лечения ДВС-синдрома - переливание свежзамороженной плазмы, тромбоцитарной массы (при тромбоцитопении $<30-50 \cdot 10^9$), ингибиторов протеаз, криопреципитата;
- инфузионная терапия - кристаллоиды, гидроксипропилированный крахмал (6% или 10%), альбумин (10 и 20%);
- при гемоглобине менее 70 г/л - трансфузия эритроцитарной массы при сроках хранения не более 3-х суток;

- дипиридамо́л (курантил), аспирин, преднизолон (от 300 до 1000 мг/кг/сут), цитостатики (после родоразрешения) ;
- гепатопротекторы, антиоксиданты, мембраностабилизаторы;
- антибактериальная терапия;
- антитромбин III (с целью профилактики вводят 1000-1500 МЕ/сут. при лечении начальная доза - 1000-2000 МЕ/сут., затем 2000-3000 МЕ/сут.).

Показания к экстренному родоразрешению:

- прогрессирующая тромбоцитопения;
- резкое ухудшение течения преэклампсии;
- нарушение сознания и грубая неврологическая симптоматика;
- прогрессирующее ухудшение функции печени и почек;
- дистресс плода.

Субкапсулярные гематомы и разрывы печени чаще возникают при дородовых проявлениях HELLP-синдрома. Спонтанные разрывы печени характеризуются высокой материнской смертностью (более 50%). Методы лечения разрывов печени включают эвакуацию гематомы и ее дренирование, сшивания поврежденного участка печени, наложение местных гемостатических препаратов, перевязку печеночной артерии, удаление доли печени и эмболизацию печеночной артерии. Выживание после ушивания с тампонадой и дренированием составляет 82%, а после удаления доли печени - только 25%. Улучшение выживаемости может быть достигнуто только за счет раннего распознавания и интенсивного многокомпонентного лечения HELLP-синдрома.

9. Осложнения, которые сопровождают преэклампсию / эклампсию [7, 31]

Для беременной:

- кома, гипертензивная энцефалопатия, кровоизлияние в мозг, отслойка сетчатки;
- синдром острого легочного повреждения;
- острая почечная недостаточность;
- HELLP-синдром, субкапсулярные гематомы и разрывы печени;
- ДВС-синдром и геморрагический шок;
- кровоизлияние в надпочечники и другие органы;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
- преждевременные роды.

Для плода и новорожденного:

- дистресс плода;
- задержка развития плода;
- внутриутробная гибель плода;
- асфиксия новорожденного;
- синдром дыхательных расстройств у новорожденного.

Отдаленные осложнения преэклампсии:

- гипертоническая болезнь, нарушения сердечного ритма, хроническая сердечная недостаточность, кардиомиопатия;

- нарушения деятельности центральной нервной системы: гемипарез, гемиплегии, нарушения зрения, памяти, психические расстройства;
- патология, связанная с гипоксией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы (болезнь Шихана) ;
- вторичный нефросклероз, хронический гломерулонефрит;
- хронический гепатит;
- коагулопатии, анемия.

10. Наблюдение за женщиной, перенесшей преэклампсию/эклампсию после выписки из родильного стационара

В условиях женской консультации с участием терапевта проводят диспансерное наблюдение за женщиной, которая перенесла средней степени или тяжелой преэклампсии или эклампсии:

- патронаж на дому;
- консультация профильных специалистов (при необходимости) ;
- комплексное обследование через 6 недель после родов.

Женщины, которые нуждаются в лечении гипотензивными препаратами, после выписки из родильного стационара проходят осмотр еженедельно с обязательным лабораторным контролем уровня протеинурии и концентрации креатинина в плазме крови.

При сохранении гипертензии в течение 3 недель после родов женщину госпитализируют в терапевтическое стационара.

Продолжительность диспансерного наблюдения после перенесенной средней степени или тяжелой преэклампсии или эклампсии - 1 год.

Объем и сроки обследования:

- общий анализ мочи - через 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев после родов;
- общий анализ крови - через 1 и 3 месяца;
- офтальмоскопия - через 1, 3 и 12 месяцев;
- ЭКГ - через 1 месяц, далее - по назначению терапевта;
- измерение АД - при каждом посещении врача любого профиля.

Заключительные положения [22]

1. Гипертензивные расстройства у беременных женщин случаются в 6-10% случаев и остаются одной из ведущих причин перинатальных потерь и материнской смертности.

2. Наиболее неблагоприятное значение для завершения беременности имеет преэклампсия, которая увеличивает риск преждевременной отслойки плаценты, преждевременных родов, задержки роста плода, а также мозговых катастроф у матери.

3. С момента утверждения принципов доказательной медицины подходы к классификации, диагностики, тактики ведения и лечения гипертензивных расстройств у беременных, в частности преэклампсии, существенно пересмотрены.

4. По ряду критериев диагностики преэклампсии исключено:

а) повышение во время беременности систолического АД на 30 мм рт.ст. или более и/или диастолического АД на 15 мм рт.ст. или более по сравнению с исходным АД (до беременности),

б) умеренные отеки, локализуются на нижних конечностях, передней брюшной стенке или лице.

5. В качестве критерия тяжести гипертензии у беременных, показания к началу антигипертензивного лечения и критерий его эффективности используют только значения диастолического АД. Для определения последнего следует учитывать V тон Короткова (а не IV, как раньше).

6. Продлен до 12 недель послеродового периода срок окончательного ретроспективного подтверждения или опровержения диагноза гестационной гипертензии (ранее было 6 недель).

7. Доказано, что медикаментозную антигипертензивную терапию не следует начинать, если АД <150/100 мм рт.ст. Постоянная антигипертензивная терапия способна уменьшить частоту прогрессирования гипертензии (развития тяжелой гипертензии) и повышения тяжести преэклампсии, развившейся, но не может предотвратить преэклампсии. Постоянная антигипертензивная терапия не улучшает последствия беременности для плода и даже приводит к увеличению частоты рождения детей с низкой массой тела и с малой массой для гестационного возраста. В целом, снижение АД благодаря медикаментозной терапии может улучшать последствия беременности для матери, но не для плода.

8. С антигипертензивных средств во время беременности применяют метилдофу (препарат выбора), нифедипин, лабеталол (препараты второго ряда), β -адреноблокаторы, клонидин, верапамил, гидралазин, празозин. Следует избегать применения мочегонных, особенно в случаях преэклампсии (кроме отека легких или почечной недостаточности). Категорически противопоказаны ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов ангиотензина II.

9. Не доказано большую эффективность во время беременности ни один из антигипертензивных препаратов.

10. Доказано вредность ограничение поваренной соли и жидкости как с целью профилактики преэклампсии, так и во время ее лечения.

11. Установлено, что ацетилсалициловая кислота (60-100 мг/сут) уменьшает частоту развития преэклампсии у беременных группы риска. Такого же эффекта у беременных без факторов риска преэклампсии не наблюдается. Кальций (2 г/сут) эффективно уменьшает риск гипертензии и, в меньшей степени, преэклампсии. Есть основания считать, что риск преэклампсии уменьшают антиоксиданты (аскорбиновая кислота 1 г/сут, витамин Е 400 мг/сут), но этот факт до сих пор не подтверждено в контролируемых исследованиях. Не установлено профилактического эффекта препаратов, содержащих магний.

12. Абсолютно доказано, что сульфат магния предупреждает развитие эклампсии и является препаратом выбора для ее лечения. Все женщины с эклампсией должны получать сульфат магния во время родов и в течение 24 часов после родов.

13. Единственным радикальным методом лечения преэклампсии / эклампсии является родоразрешение. Пролонгировать беременность в интересах плода возможно только в случае, если гипертензия медикаментозно контролируемая, и нет тревожных признаков поражения ЦНС, печени, почек. Оптимальным способом родоразрешения после 35 недель беременности по подготовленности родовых путей являются роды через естественные родовые пути.

14. В крупных проспективных исследованиях показано, что у женщин, перенесших гестационную гипертензию или преэклампсию, существует повышенный риск:

- развития артериальной гипертензии в дальнейшем;
- смерти от инсульта,
- смерти от всех сердечно-сосудистых причин.

Поэтому такие роженицы должны находиться под наблюдением терапевта и регулярно проходить обследование (измерение АД, определение содержания холестерина и глюкозы ежегодно).

Международный союз по изучению гипертензии при беременности (ISSHP) пересмотрел тактику ведения беременных с гипертензией и отобрал следующие ключевые моменты:

1. Беременные с впервые диагностированной преэклампсией подлежат госпитализации во всех случаях.
2. Клиническая оценка женщин с преэклампсией должна по возможности включать пульсоксиметрию.
3. Доказано, что сульфат магния предотвращает эклампсию, снижая ее частоту примерно вдвое. Сульфат магния эффективен как и при тяжелой преэклампсии. ISSHP рекомендует принимать сульфат магния всем женщинам с преэклампсией, особенно в странах с низким и средним уровнем достатка.
4. В обычной клинической практике ISSHP не рекомендует выделять любые клинические различия между легкой и тяжелой преэклампсией.
5. Показания к родоразрешения согласно рекомендациям ISSHP:
 - женщины с преэклампсией в сроке 37 недель должны быть родоразрешения;
 - к женщинам с преэклампсией между 34 и 37 неделями беременности может применяться выжидательная тактика;
 - женщин с преэклампсией в сроке беременности 34 недели следует вести консервативно (выжидательная тактика).

Родоразрешение необходимо проводить, если появляется одна или более из следующих признаков:

- 1) невозможность контролировать АД матери, несмотря на назначение антигипертензивных препаратов;
- 2) пульсоксиметрия матери < 90% или является наличие отека легких;
- 3) прогрессирующее ухудшение функции печени, скорости клубочковой фильтрации, гемолиз или снижение уровня тромбоцитов;
- 4) появление неврологических симптомов или эклампсии;
- 5) отслойка плаценты;

б) нарушения пупочного кровообращения по данным доплерометрических и кардиотокографических исследований и мертворождения.

Контрольные вопросы:

1. Какие заболевания беременных называются гестозами?
2. Какие заболевания относятся к ранним гестозам беременных?
3. Какие заболевания относятся к поздним гестозам?
4. Какие заболевания объединяются в группу "редко встречающиеся гестозы"?
5. Объясните патогенез возникновения ранних гестозов.
6. В каком случае рвоту считают гестозом беременных?
7. Клиническая картина рвоты и чрезмерной рвоты беременных.
8. Как проводится лечение рвоты беременных?
9. Принципы питания беременной с рвотой.
10. Лечение рвоты беременных.
11. Слюнотечение беременной как ранний гестоз: клинические признаки и лечение.
12. Какие основные симптомы поздних гестозов.
13. Что такое ОПГ-гестоз и от чего возникло это название?
14. Опишите механизм возникновения ОПГ-гестозов.
15. Механизм возникновения гипопроотеинемии.
16. Какими симптомами проявляются отеки беременных.
17. Как повышается вес беременных при нормальном течении беременности?
18. Классификация преэклампсии в зависимости от тяжести ее течения.
19. Лечение беременных с преэклампсией.
20. Какой эффект проявляет магнезия терапия при преэклампсии?
21. Какими признаками характеризуется преэклампсия?
22. Неотложная помощь при преэклампсии.
23. Признаки эклампсии.
24. Последовательность развития приступа эклампсии.
25. В каком случае возникает приступ эклампсии после родов?
26. Современная методика лечения беременных с эклампсией.
27. Неотложная помощь при эклампсии.
28. Акушерская тактика при позднем гестозе.
29. Принципы ведения родов при позднем гестозе.
30. Профилактика позднего гестоза.

Задачи:

Беременная в сроке 33 недели, доставлена в роддом с жалобами на сильную головную боль, мелькание «мушек» перед глазами, повышение АД до 190/120 мм рт. ст., тошноту, двукратную рвоту. Активность плода не нарушена, патологических выделений из половых путей нет. Предполагаемый диагноз?

Женщина 35 лет, срок беременности 19 недель, обратилась с жалобами на повышение АД до 150/95 мм рт. ст. Беременная сообщила, что в течение 3 лет наблюдается у терапевта по поводу артериальной гипертензии. При обследовании белка в моче не обнаружено. Отеков нет. Диагноз?

Беременная в сроке 36 недель госпитализирована в родильное отделение с жалобами на головную боль, ухудшение зрения, повышение АД до 160/100 мм рт. ст. Объективно: в моче - белок 2,73 г/л, отеки передней брюшной стенки. Было назначено лечение, но состояние беременной ухудшилось. Тактика ведения беременной?

Тестовые задания:

У беременной В., 25 лет, срок беременности 33-34 недели, появилась головная боль, тошнота, нарушение зрения, боли в эпигастральной области. До беременности ничем не болела, наследственность не отягощена. Объективно: состояние средней тяжести, возбуждена, отмечается нарушение носового дыхания, пульс - 110 уд/мин. АД на правой руке 160/110 мм рт.ст., на левой руке - 170/120 мм рт. ст., генерализованные отеки. Внезапно появилось подергивание мышц лица, общие судороги, женщина потеряла сознание. Ваш диагноз?

- А** *Эклампсия во время беременности.
- В** Эпилепсия, большой приступ.
- С** Эпилепсия, малый приступ.
- Д** Диабетическая кома.
- Е** Кровоизлияние в головной мозг.

Повторные роды, беременность доношенная, женщина поступила с регулярной родовой деятельностью в течение 8 ч., Воды отошли час назад. Жалобы на головную боль, мелькание "мушек" перед глазами, АД 180/100 мм рт.ст., в моче белок - 3,3 г/сут, гиалиновые цилиндры. Сердцебиение плода 140 уд/мин, ритмичное. При влагалищном исследовании раскрытие шейки матки полное, головка выполняет крестцовую впадину, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок под лоном слева. Мыс не достигается. Какая тактика ведения роженицы?

- А** * Полостные акушерские щипцы.
- В** Выходные акушерские щипцы
- С** Кесарево сечение
- Д** Вакуум-экстракция плода
- Е** Консервативное ведение родов

Повторнобеременная 37 лет, первая беременность была прервана из-за тяжелого гестоза второй половины беременности. В настоящее время беременность 26 недель. С первых недель АД повысилось до 180/120 мм рт. ст., в моче белок - 6,3 г/сут., гиалиновые цилиндры. Доставлена в роддом в

тяжелом состоянии, с приступом судорог. Какая тактика ведения женщины при данной акушерской ситуации?

- A** *Кесарево сечение
- B** Пролонгировать беременность
- C** Влагалищное кесарево сечение
- D** Подготовка родовых путей к родоразрешению.
- E** Родоразрешение через естественные родовые пути

Первобеременная, 18 лет, 32 недели гестации, на нижних конечностях отеки на фоне асимметрии и высокого артериального давления (АД 190/95, 210/110 мм рт.ст.) отмечает головные боли, "пелену" перед глазами. В анализах мочи содержание белка составляет 5 г/л, обнаружены гиалиновые цилиндры. Какое осложнение можно диагностировать?

- A** *Тяжелая преэклампсия
- B** Гипертензия беременных
- C** Гломерулонефрит
- D** Пиелонефрит
- E** Гестационные отеки

РАЗДЕЛ II. Невынашивание беременности.

Невынашивание беременности это универсальный интегрированный ответ женского организма на любое неблагополучие в состоянии здоровья беременной, плода, окружающей среды и многих других факторов.

Этиология.

В классификации, предложенной С.М. Беккером (1975) [13], причины невынашивания разделены на 8 групп:

1. инфекционные заболевания матери;
2. нейроэндокринная патология матери;
3. травматические повреждения;
4. аномалии развития женских половых органов;
5. осложнения, связанные с беременностью;
6. хромосомные аномалии развивающегося плода;
7. изосерологическая несовместимость крови матери и плода;
8. различные неинфекционные заболевания матери.

Причины и сроки прерывания беременности:

I триместр - хромосомные аномалии занимают 70 %, гормональные расстройства, тяжелая рвота, сахарный диабет, гипо-, гипертиреоз.

II триместр - антифосфолипидный синдром (АФС), истмикоцервикальная недостаточность (ИЦН), плацентарная дисфункция.

III триместр - гестоз, аномалии расположения и преждевременная отслойка плаценты, многоводие, многоплодие.

Обследование женщин с невынашиванием беременности:

- Осмотр акушера-гинеколога, уролога (для партнера), эндокринолога, иммунолога, психотерапевта.
 - Бактериологическое и вирусологическое обследование:
 1. бактериальный посев из цервикального канала;
 2. определение в цервикальном канале хламидий, микоплазм, уреоплазм, цитомегаловируса, вирусов простого герпеса, папилломовируса методом ПЦР;
 3. определение в крови G i M-антител к вирусам простого герпеса, цитомегалии, токсоплазмы, краснухи.
 - Гормональное обследование:
 1. измерение базальной температуры для выявления недостаточности II фазы менструального цикла;
 2. проведение тестов функциональной диагностики;
 3. определение гормонов крови: прогестерона, эстрогенов, ФСГ, ЛГ, ПРЛ, андрогенов (тестостерона), 17-кетостероидов.
- Биопсия эндометрия (5-10 день МЦ или 22-24 дни МЦ) для гистологического и иммуногистохимического исследований.

- Ультразвуковое исследование матки и придатков.
- Исследование углеводного и липидного обменов (инсулин, липидограмма, холестерин, триглицериды).
- Иммунологическое исследование (АВО и Rh-антитела, антитела к фосфолипидам, антиспермальные антитела).
- Гены тромбофилии.
- Генетическое обследование (кариотипирование супругов, пренатальная диагностика, молекулярно-биологический скрининг генов предрасположенности к невынашиванию).

Классификация по МКХ-10[19].

Угрожающий аборт.

Спонтанный аборт.

Неполный аборт.

Полный аборт.

Привычный аборт.

Преждевременные роды.

Невынашивание беременности.

- *Ранний спонтанный аборт* - спонтанное (самопроизвольное) прерывание беременности до 11 недель + 6 дней.
- *Поздний спонтанный аборт* с 12 до 21 недели + 6 дней.
- *Преждевременные роды* с 22 полных до 36 недель + 6 дней (154 - 259 дней).

В структуре невынашивания беременности выделяют[19]:

I. Спонтанный аборт

Спонтанный аборт (самопроизвольный выкидыш) - изгнание эмбриона / плода в сроке беременности до 22 недель или массой до 500 граммов, независимо от наличия или отсутствия признаков жизни.

По стадиям развития выделяют:

- Угрожающий аборт (*abortus imminens*).
- Аборт в ходу (*abortus progrediens*).
- Неполный аборт (*abortus incompletus*).
- Полный аборт (*abortus completus*).

Кроме того выделяют:

- Несостоявшийся аборт.
- Инфицированный аборт.

Диагностика спонтанного аборта.

Для спонтанного аборта характерны кровянистые выделения из половых путей различной интенсивности и боль в нижних отделах живота на фоне маточной беременности.

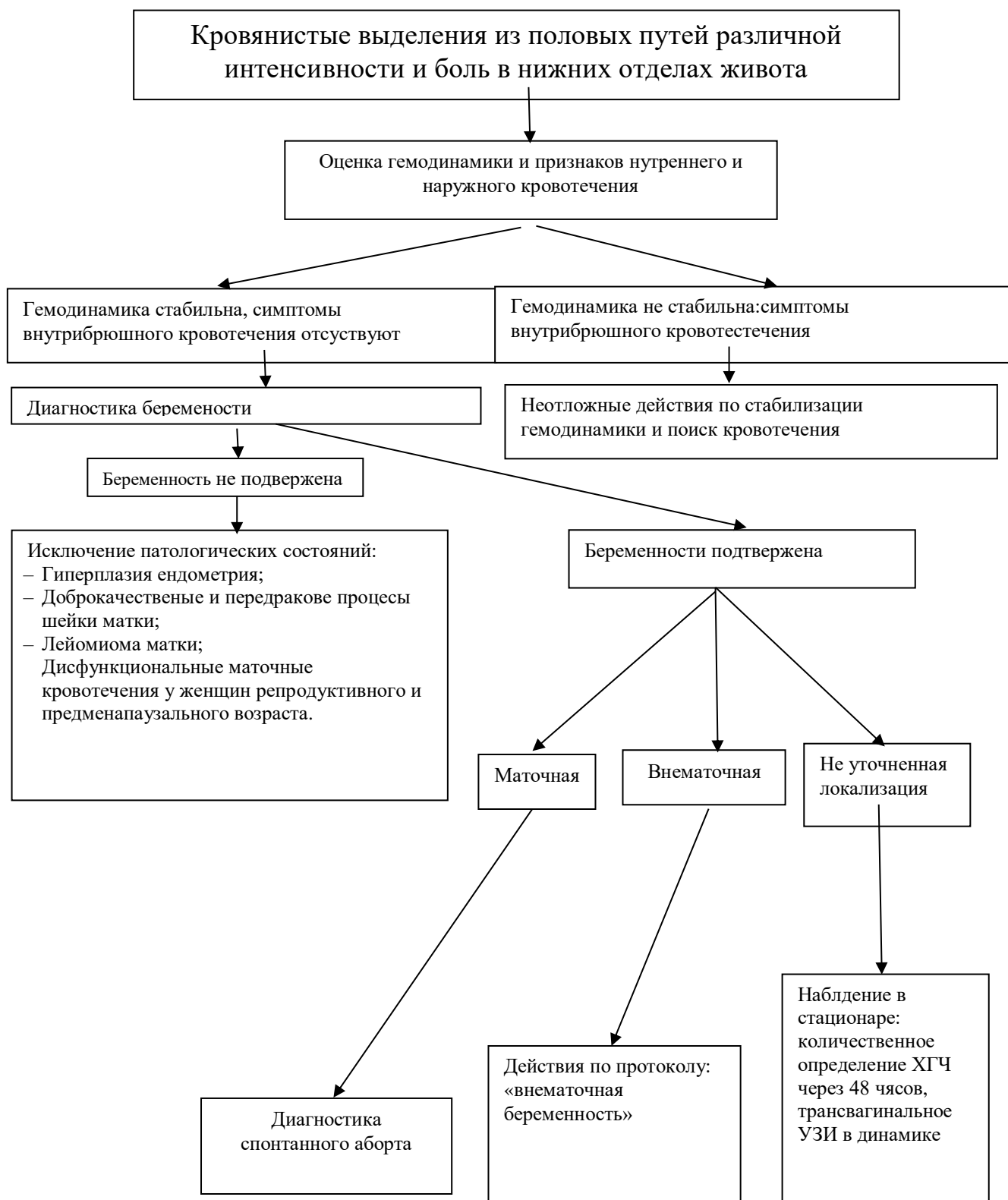
Первоочередной задачей при поступлении пациентки с симптомами самопроизвольного аборта является своевременная диагностика и лечение

состояний, которые могут быть угрожающими для ее жизни:

геморрагический шок (вызванный маточным или внутрибрюшным кровотечением), **сепсис**. При наличии признаков геморрагического шока параллельно с мерами, направленными на нормализацию гемодинамических показателей, необходимо определить источник кровотечения.

Первоочередным является исключение или подтверждение наличия эктопической беременности. При отсутствии угрожающих жизни состояний проводятся лечебно-диагностические мероприятия, направленные на предупреждение осложнений различных стадий самопроизвольного аборта.

Схема1. Алгоритм диагностики спонтанного аборта



Угрожающий аборт.

Обследование и постановка диагноза:

жалобы - на умеренные боли внизу живота с иррадиацией в поясницу, выделения из половых путей скудные или умеренные кровянистые.

Осмотр в зеркалах: наружный зев закрыт, скудные или умеренные кровянистые выделения.

Бимануальное влагалищное исследование: матка легко возбудима, ее тонус повышен, размеры матки соответствуют сроку беременности.

УЗИ. Общие признаки: наличие локального утолщения миометрия в виде валика, которое выпячивается в полость матки, деформация контуров плодного яйца, за счет гипертонуса матки, наличие участков отслойки хориона или плаценты.

После установления диагноза и до начала лечения необходимо определение жизнеспособности эмбриона / плода и последующего прогноза для беременности.

Для этого используют критерии благоприятного и неблагоприятного прогноза беременности.

В случае первичного выявления неблагоприятных признаков прогрессирования беременности повторное УЗИ должно быть проведено через 7 дней, если беременность не прервалась.

Тактика ведения угрожающего аборта.

Пациентка обязательно должна быть проинформирована о результатах обследования, прогноза беременности и возможных осложнений, связанных с использованием лекарственных средств.

Получение письменного согласия на проведение медикаментозных и оперативных вмешательств является обязательным.

При наличии клинических признаков угрожающего аборта в сроке беременности менее 8 недель и неблагоприятных признаков прогрессирования беременности проведение терапии, направленной на сохранение беременности нецелесообразно.

В случае, если пациентка настаивает на проведении сохраняющей терапии, она должна быть соответствующим образом проинформирована о высоком удельном весе хромосомных аномалий, которые являются наиболее вероятной причиной угрозы ее прерывания и низкой эффективности любой терапии.

На основе полученной информации пациентка принимает решение о целесообразности применения терапии, направленной на сохранение данной беременности. Решение беременной фиксируется подписанием информированного согласия.

Таблица 7.

Терапия угрожающего аборта

Лечебные мероприятия
<i>Постельный режим и удержание от половой жизни</i>
<i>Спазмолитическая терапия</i> <i>Седативная терапия</i>
<i>Препараты прогестерона</i> Для лечения угрожающего аборта используются: - масляный раствор прогестерона (внутримышечно), - микронизированный прогестерон - утрожестан - (вагинально или перорально), - дидрогестерон - дуфастон (перорально), - лютеина (вагинальная и сублингвальная форма). Не выявлено статистически достоверной разницы эффективности различных способов назначения прогестерона (в/м, внутрь, интравагинально). Их нельзя применять одновременно. Не выявлены преимущества какой-либо схемы и не определен оптимальный период применения прогестерона.
<i>Гемостатическая терапия:</i> дицинон, этамзилат, транексамова кислота.
<i>Антибактериальная терапия</i> (при длительных кровянистых выделениях) – ампицилин, эритромицин, цефалоспорины, ровамицин.

При угрозе прерывания беременности в сроке больше 8 недель и при отсутствии признаков неблагоприятного прогноза применяются меры, направленные на сохранение и поддержку развития беременности.

Эффективность лечения определяется с помощью: данных УЗИ, тестов функциональной диагностики, динамики уровня ХГЧ и прогестерона в крови.

Таблица 8.

Мониторинг эффективности лечения

Метод	Режим проведения
Наблюдение за динамикой изменений клинических симптомов	Дважды в сутки и более по мере необходимости
<p>Определение гормонального статуса беременности:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определение уровня ХГЧ в сыворотке крови в динамике. - определение содержания прогестерона в сыворотке крови в динамике. -гормональная кольпоцитология. -измерение базальной (ректальной) температуры (до 12 недель). 	<p>В сроке до 8 недель - через 48 часов, а затем один раз в неделю до исчезновения симптомов.</p> <p>В сроке после 8 недель – один раз на неделю до исчезновения симптомов.</p> <p>Один раз в неделю, до исчезновения симптомов.</p> <p>Один раз в неделю.</p> <p>На протяжении всего лечения.</p>
УЗИ	Используют для подтверждения развивающейся беременности.

Аборт в ходу.

Жалобы - на схваткообразные боли внизу живота и пояснице, обильные кровянистые выделения из половых путей.

Обследование и установление диагноза.

Осмотр в зеркалах: шейка матки укорочена, наружный зев открыт, кровянистые выделения в большом количестве, части плодного яйца в цервикальном канале, подтекание околоплодных вод.

Бимануальное исследование для определения: тонуса матки, размеров матки, степени раскрытия цервикального канала.

УЗИ при необходимости: полное или почти полное отслоение плодного яйца (до 12 недель), наличие участка отслойки плаценты (после 12 недель).

Тактика ведения аборта в ходу.

Срок беременности менее 16 недель

Проводят вакуум-аспирацию или кюретаж стенок полости матки в urgentном порядке с адекватным обезболиванием и мероприятия, направленные на стабилизацию гемодинамики, в зависимости от объема кровопотери.

Обязательное патогистологическое исследования удаленной ткани.

Срок беременности более 16 недель

После спонтанного изгнание продукта оплодотворения проводят вакуум-аспирацию либо кюретаж стенок полости матки и меры, направленные на стабилизацию гемодинамики в зависимости от объема кровопотери.

В случае кровотечения под адекватным обезболиванием проводят эвакуацию содержимого матки (не ждут спонтанного изгнание продукта оплодотворения) и меры, направленные на стабилизацию гемодинамики в зависимости от объема кровопотери. При отсутствии условий проводят абдоминальное прерывания беременности.

В случае необходимости и при отсутствии противопоказаний возможно использование утеротоников:

- для ускорения изгнания продукта оплодотворения в сроке гестации 16 недель и больше только окситоцин (в дозе 10 ЕД в / м или в / вкапельно в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия (до 40 капель в минуту);
- в случае кровотечения после изгнания или во время кюретажа для улучшения сократительной способности матки вводят один из утеротоников:
 - окситоцин 10 ЕД в / м или в / вкапельно в 500 мл изотонического раствора хлорида натрия со скоростью до 40 капель в минуту;
 - эргометрина 0,2 мг в / м или в / в (при необходимости возможно повторить введение указанной дозы, максимальная суточная доза не более 1 мг)
 - мизопропростол 800 мкг ректально.

Профилактическое применение антибиотиков является обязательным. Выбор препарата, дозы и длительность использования должны быть определены индивидуально.

Всем резус-отрицательным женщинам, у которых нет анти-резус антител, вводят анти-D иммуноглобулин: в сроке беременности до 13 недель доза анти-Rho (D) иммуноглобулина составляет 75 мкг, при сроке беременности более 13 недель - 300 мкг.

Неполный аборт.

Обследование и установление диагноза.

Осмотр в дзеркалаx: шейка матки укорочена, наружный зев открыт, выделения кровянистые, различной степени выраженности.

Бимануальное влагалищное исследование: консистенция матки мягкая, матка меньше срока гестации, различная степень раскрытия шейки матки.

УЗИ: полость матки расширена > 15 мм, шейка матки открыта, плодное яйцо / плод не визуализируется, могут визуализироваться ткани неоднородной эхоструктуры.

Тактика ведения неполного аборта.

При отсутствии абсолютных показаний к кюретажу или вакуум-аспирации, рекомендовать предоставление пациентке возможности выбора метода освобождения матки от остатков плодного яйца: хирургический или медикаментозный.

Хирургический метод эвакуации содержимого полости матки.

Абсолютные показания к хирургическому методу (кюретаж или вакуум-аспирация):

- интенсивное кровотечение,
- расширение полости матки > 50 мм (УЗИ),

Обязательно применение антибиотиков. Выбор препарата, дозы и длительность использования определяются по индивидуальным клиническим показаниям.

Медикаментозный метод используется:

- только в случае подтвержденного неполного аборта в первом триместре;
- по желанию женщин, которые пытаются избежать хирургического вмешательства и общей анестезии;
- если отсутствуют абсолютные показания для хирургической эвакуации.

Противопоказания для медикаментозного метода.

Абсолютные: надпочечниковая недостаточность, длительная терапия ГКС, гемоглобинопатии или антикоагулянтная терапия, анемия, порфирия, митральный стеноз, глаукома, прием нестероидных противовоспалительных средств в течение предыдущих 48 часов.

Относительные: гипертензия, тяжелая бронхиальная астма.

Для медикаментозной эвакуации содержимого полости матки можно использовать мизопростол- 800-1200 мкг однократно интравагинально в условиях стационара.

• **Наблюдение:** в условиях стационара в течение суток после изгнания. Через 7-10 дней после выписки из стационара в амбулаторных условиях проводится контрольный осмотр пациентки и УЗИ.

Переход к хирургической эвакуации, остатков плодного яйца, после медикаментозной эвакуации осуществляют в случае: возникновение значительного кровотечения, появления симптомов инфекции, эвакуация остатков не началась в течение 8 часов после введения мизопростола, выявление остатков плодного яйца в полости матки во время УЗИ через 7-10 дней.

Полный аборт.

Обследование и установление диагноза.

Осмотр в зеркалах: шейка матки сформирована, наружный зев закрыт, выделения незначительные кровянистые или отсутствуют.

Бимануальное влагалищное исследование: матка плотная, меньше срока гестации, цервикальный канал закрыт, или слегка приоткрыт.

УЗИ: полость матки < 15 мм, цервикальный канал закрыт, иногда не полностью, остатки плодного яйца не визуализируются.

Тактика ведения полного аборта.

Если у женщины нет жалоб и кровотечения, по данным УЗИ отсутствие остатков плодного яйца в полости матки следовательно нет необходимости в инструментальной ревизии полости матки.

Контрольное УЗ обследование через 1 неделю.

Необходимость профилактического применения антибиотиков, выбор препарата, дозы и длительность использования должны быть определяются по индивидуальным клиническим показаниям.

Несостоявшийся аборт.

Обследование и установление диагноза.

Осмотр в зеркалах: шейка матки сформирована, наружный зев закрыт.

Бимануальное влагалищное исследование: размеры матки меньше срока гестации, цервикальный канал закрыт.

УЗИ:

- **5-6 недель:** несоответствие размеров плодного яйца сроку гестации, не визуализируется желточный мешок и эмбрион.

Диагноз неразвивающейся беременности, в сроке 5-6 недель должен быть подтвержден не менее чем двумя специалистами. При отсутствии уверенности в достоверности исследования следует повторить через 3-7 дней, с определением динамики уровня хорионического гонадотропина.

- **7-8 недель:** отсутствие сердечных сокращений эмбриона, несоответствие размеров матки сроку гестации.

- **9-12 недель:** отсутствие сердечных сокращений и движений эмбриона, несоответствие размеров матки сроку гестации.

Тактика ведения несостоявшегося аборта.

Если диагноз подтвержден необходимо провести эвакуацию эмбриональных / плодовых тканей из полости матки хирургическим или медикаментозным методом.

Нахождение неразвивающегося плодного яйца в полости матки более 4 недель увеличивает риск коагулопатичных осложнений, в связи с чем необходимо быть готовым к борьбе с возможным кровотечением (определить группу крови, резус-фактор, коагулограмму).

Индукция сократительной деятельности неразвивающейся беременности во втором триместре осуществляется с помощью простагландинов (мизопростол) или утеротонических средств (окситоцин).

Профилактическое применение антибиотиков, выбор препарата, дозы и длительность использования должны быть определены по индивидуальным клиническим показаниям.

Реабилитация репродуктивной функции после самопроизвольного аборта.

1. Санация очагов хронического воспаления, диагностика и лечение TORCH – инфекций, нормализация биоценоза влагалища.
2. Психологическая реабилитация.
3. Прегравидарная подготовка: антистрессовая терапия, нормализация рациона питания, за 3 месяца до зачатия назначение фолиевой кислоты 400 мкг в день, режим труда и отдыха, отказ от вредных привычек.
4. Медико - генетическое консультирование.

Привычное невынашивание беременности (привычный выкидыш).

Привычный аборт - это состояние когда две или более беременностей подряд закончились выкидышем. Если перед этим была нормальная успешная беременность, то такое состояние определяется как "вторичный привычный выкидыш", если нет - используется термин "первичный привычный выкидыш".

Ведение женщин с привычным невынашиванием беременности.

- Обследование женщин направлено на выявление возможных причин невынашивания, для исключения расстройств в какой - либо системе или органе наблюдаемой женщины. Проводится после прерывания беременности или во время последующей беременности, если женщина обратилась после ее наступления.
- После выявления этиологического фактора невынашивания проводят патогенетическое лечение, направленное на устранение причины, которая лежит в основе прерывания беременности.
- Для лечения привычного невынашивания беременности необходимо применять только методы с доказанной эффективностью.

Лечение привычного невынашивания:

1. Фолиевой кислоты 400 мкг в день за 3 месяца до зачатия уменьшает частоту пороков невральнoй трубки на 2/3;
2. Коррекция состояний, сопровождающихся дефицитом эндогенного прогестерона (недостаточность лютеиновой фазы, вылеченное бесплодие, беременность в результате вспомогательных репродуктивных технологий). С этой целью используют в масляный раствор прогестерона (внутримышечно), микронизированный прогестерон (утрожестан) - вагинально или перорально, дидрогестерон (дуфастон) – внутрь, лютеина (вагинально, сублингвально).

Истмико-цервикальная недостаточность (ИЦН).

Анамнез: два и более эпизода прерывания беременности во втором триместре, самопроизвольное безболезненное раскрытие шейки матки до 4-6 см при предыдущих беременностях, наличие хирургических вмешательств на

шейке матки, разрывов шейки матки второго или третьего степеней в прошлых родах, инструментальная дилатация шейки матки во время искусственного прерывания беременности.

При осмотре: раскрытие шейки матки до 2 и более см во втором триместре беременности при отсутствии маточных сокращений и отслойки плаценты, пролабирование плодного пузыря с наружного зева шейки матки, врожденные или приобретенные анатомические дефекты эктоцервикса.

При трансвагинальном УЗИ: укорочение шейки матки до 25 мм и более в сроке 16- 24 недели, клиновидная трансформация канала шейки матки на 40% длины и больше.

Лечение истмико-цервикальной недостаточности заключается в наложении профилактического или лечебного шва на шейку матки.

Условия для наложения шва: целый плодный пузырь, целый плодный пузырь, живой плод, без видимых пороков развития, отсутствие признаков хориоамнионита, отсутствие родовой деятельности и/или кровотечения, первая или вторая степень чистоты влагалища.

Профилактический шов на шейку матки показан женщинам группы высокого риска (в анамнезе два и более самопроизвольных выкидыша или преждевременные роды во втором триместре беременности). Проводится в сроке 13 - 16 недель беременности при наличии условий.

Терапевтический шов на шейку матки показан женщинам группы риска по результатам УЗИ: короткая шейка (менее 2,5 см) без и в сочетании с клиновидной трансформацией цервикального канала.

Терапия антифосфолипидного синдрома после четко установленного диагноза:

- **Аспирин 75 мг / сут** (прием начинать, как только тест на беременность станет положительным и продолжать до родов);

- **Нефракционированный гепарин 5000 ЕД** подкожно каждые 12 часов или низкомолекулярный гепарин в среднепрофилактической дозе.

Применение гепарина начинают, как только с помощью УЗИ зарегистрирована сердечная деятельность эмбриона. Применение гепарина прекращают в 34 недели беременности. При применении нефракционированного гепарина контролировать уровень тромбоцитов еженедельно в течение первых трех недель, затем каждые 4 - 6 недель. Если при предыдущих беременностях имели место тромбозы, терапия должна быть продолжена до родов и в послеродовом периоде.

Прегравидарная подготовка включает[1]:

- Диагностика недостаточности лютеиновой фазы менструального цикла.
- Прекращение вредных воздействий: отказ от курения, отказ от употребления алкоголя, исключение влияния факторов вредного промышленного производства, избежание психоэмоциональных перегрузок и стрессов.
- Оздоровление женщины и лечение хронических заболеваний:

1. Режим труда и отдыха;
 2. Благоприятный психоэмоциональный климат на производстве и в быту;
 3. Рациональное питание;
 4. Регулярные дозированные физические нагрузки (утренняя гимнастика, плавание, прогулки и т.д.);
 5. Санация экстрагенитальных очагов хронической инфекции (тонзиллит, гайморит, пиелонефрит и т.д.);
 6. Нормализация массы тела;
 7. Прививки против краснухи иммунонегативных женщин для профилактики врожденной краснухи;
 8. Вакцинация против гепатита В женщин репродуктивного возраста группы риска, обеспечивающая профилактику вертикальной передачи инфекции, уменьшение риска печеночной недостаточности и цирроза печени у матери.
- Подготовка пациенток с хроническими экстрагенитальными заболеваниями:
 - *сахарный диабет*: стойкая компенсация углеводного метаболизма в течение трех месяцев к оплодотворению и назначение фолиевой кислоты 800мкг в день за 3 месяца до зачатия;
 - *артериальная гипертензия* (содержания нормотензии, переход на антигипертензивные препараты, разрешенные к применению во время беременности);
 - *гипотиреоз* (коррекция заместительной терапии L-тироксидом для достижения эутиреоидного состояния) ;
 - *эпилепсия* (переход на противосудорожные средства с меньшим негативным воздействием на плод, увеличение дозы фолиевой кислоты до 800мкг в день за 3 месяца до зачатия) ;
 - *пороки сердца* (радикальное хирургическое лечение по показаниям);
 - *болезни, требующие постоянной антикоагулянтной терапии* (отмена тератогенных кумаринового производных, назначение гепарина) ;
 - *другие экстрагенитальные заболевания* (хирургическое лечение, терапевтическая коррекция, достижения ремиссии болезни.) ;
 - выявление и лечение ВИЧ инфекции.

Преждевременные роды.

Преждевременными называют роды со спонтанным началом, прогрессированием родовой деятельности и рождением плода массой более 500г в сроке беременности с 22 недель до 37 (36 + 6 дней) недель. В связи с особенностями акушерской тактики и выхаживания детей, родившихся при разных сроках гестации, целесообразно выделить следующие сроки родов:

- 22-27 недель;
- 28-33 недели;
- 34-36 недели + 6 дней гестации.

Принципы ведения преждевременных родов[20]:

1. Определение степени прогнозируемого риска развития материнской и перинатальной патологии с целью определения уровня оказания стационарной помощи.
2. Составление плана ведения родов и информированное согласование его с женщиной.
3. Регулярный контроль за состоянием матери и плода во время родов с ведением партограммы.
4. Поэтапная профилактика респираторного дистресс синдрома до 34 недель беременности.
5. Обезболивание родов по показаниям.
6. Поддержание тепловой цепочки, проведение первичного туалета новорожденного, оценка состояния ребенка, совместное пребывание матери и ребенка с первых часов после рождения, использование метода «кенгуру» при выхаживании маловесных детей.

Диагностика и подтверждение родов[20].

У беременной после 22 недель появляются схваткообразные боли внизу живота и пояснице с появлением слизисто-кровянистых или водянистых (в случае отхождения околоплодных вод) выделений из влагалища. Наличие схваток каждые 10 минут, длительностью 15-20 секунд. Изменяется форма и расположение шейки матки (прогрессивное укорочение шейки матки и ее сглаживание). Прогресирование раскрытия шейки матки - увеличение диаметра просвета шейки матки (измеряется в сантиметрах). Происходит постепенное опускание предлежащей части плода (головка, ягодицы) относительно плоскости входа в малый таз (по данным наружного акушерского исследования) или относительно *lin. interspinalis* (при внутреннем акушерском исследовании).

Таблица 9. Диагностика периодов и фаз родов.

Симптомы	Период	Фаза
Шейка не открыта	Ложные роды (Отсутствие родовой деятельности)	
Шейка открыта менее, чем на 3 см	Первый	Латентная
Шейка открыта на 3-9 см. Скорость открытия шейки матки не менее (или более) - 1 см\час. Начало опускания головки плода	Первый	Активная
Полное раскрытие шейки матки (10 см). Головка плода в области полости таза. Нет позывов к потугам	Второй	Ранняя
Полное раскрытие шейки матки (10 см). Предлежащая часть плода достигает дна таза. Роженица начинает тужиться.	Второй	Позняя
Третий период родов начинается с момента рождения плода и заканчивается изгнанием последа.	Третий	

Последовательность действий при ведении преждевременных родов.

В приемном отделении необходимо:

- ознакомиться с обменной картой женщины;
- выяснить жалобы;
- оценить состояние роженицы;
- определить срок беременности и предполагаемую массу плода путем проведения наружного акушерского исследования;
- выяснить наличие движений плода у роженицы и провести аускультацию сердцебиений плода;
- провести внутреннее акушерское исследование при сохраненном плодном пузыре;
- по данным обменной карты, анамнеза и результатов акушерского обследования роженицы, установить срок беременности, акушерский диагноз и определить тактику ведения беременной (роженицы).
- до 34 недель беременности при раскрытии шейки матки менее 3 см, отсутствии амнионита, преэклампсии, кровотечения, а также удовлетворительном состоянии плода проводить комплексную **сохраняющую терапию.**

Токолитическая терапия (назначают на 48 часов, необходимых для проведения антенатальной профилактики РДС ГКС):

- нифидепин 10 мг сублингвально каждые 15 минут в течение часа до прекращения схваток, затем назначают 20 мг 3 раза в сутки в зависимости от сократительной активности матки;
- бета-миметики (гинипрал, ритодрин и их аналоги) ;
- гинипрал в дозе 10 мкг (2 мл) применяется в виде в/в инфузии на 500,0 мл изотонического раствора натрия хлорида со скоростью 5-10 капель в минуту.

Гормональная терапия:

- утрожестан до 600 мг в сутки (перорально, интравагинально);
- прогестерона 1% раствор 2 мл в/м 1 раз в сутки.

Коррекция плацентарных нарушений.

Препараты донаторы оксида азота:

- глутаргин (аргинина глутамат), в/в капельное введение 5 мл (2,0) на 250 мл 0,9% раствора натрия хлорида со скоростью 60 - 70 капель в минуту, курс лечения 7 дней;
- тивортин (L-аргинина аспартат), в/в капельно в дозе 100 мл в сутки со скоростью 10 - 30 капель в минуту, курс лечения 10 дней.

Препараты дезагрегатного действия.

- ацетилсалициловая кислота 100 мг (аспекард) один раз в сутки per os. Через 2 часа после начала токолиза подтвердить диагноз преждевременных родов определением сглаживания, или раскрытия шейки матки.

Если преждевременные роды прогрессируют - токолиз отменить. Далее роды вести согласно партограммы.

Профилактику респираторного дистресс синдрома плода нужно проводить с 24 до 34 недель (при наличии рубца на матке- до 37 недель беременности):

- при угрозе преждевременных родов в/м введение дексаметазона по 6 мг каждые 12 часов (на курс 24 мг), или бетаметазона по 12 мг каждые 24 часа (на курс 24 мг).

Не использовать кортикостероиды при наличии клинических проявлений тяжелой инфекции.

При наличии признаков инфекции необходимо проведение интранатальной антибактериальной терапии.

Назначение клизмы и бритья лобка роженицы не проводится.

Наблюдение за состоянием роженицы и плода в I периоде родов.

Оценка состояния плода.

Сердцебиение плода в родах регистрируют путем:

- аускультации с помощью акушерского стетоскопа, ручного доплеровского анализатора или путем электронного фетального мониторинга (кардиотокография).

Для получения достоверных результатов периодической аускультации следует придерживаться следующей методики:

- аускультация проводится в положении роженицы на боку, после окончания наиболее интенсивной фазы схваток не менее 60 секунд.

Аускультация должна проводиться каждые 30 минут в течение латентной фазы и каждые 15 минут в течение активной фазы первого периода родов. В норме ЧСС плода составляет 110-170 ударов в минуту.

Переход от периодической аускультации к электронному фетальному мониторингу показан в случаях когда:

- наблюдается сохранение ЧСС плода за пределами нормы даже после изменения положения тела женщины;
- частота сердечных сокращений плода менее 110 или более 170 ударов в минуту;
- начато родоусиление окситоцином;
- излились околоплодные воды, окрашенные густым мезонием.

Оценка общего состояния матери:

- измерение температуры тела - каждые 4 часа;
- определение параметров пульса - каждые 2 часа;
- измерение артериального давления - каждые 2 часа;
- диурез определяют каждые 4 часа.

Оценка прогрессирования родов:

С целью оценки прогрессирования родов необходимо определять:
- частоту и продолжительность схваток - каждый час в латентной фазе и каждые 30 минут в активной фазе. При нормальной продолжительности

преждевременных родов есть тенденция к увеличению скорости раскрытия шейки матки, которая в латентной фазе составляет 0,8 см/ч; в активной - 3,5 см/ч;

- скорость раскрытия шейки матки определяют путем внутреннего акушерского исследования (каждые 4 часа);

- степень опускания головки плода определяют при проведении каждого наружного и внутреннего акушерского исследования.

Поддерживающий уход во время родов:

1. психологическая поддержка;
2. взаимопонимание роженицы и медицинского персонала;
3. поддержание гигиены роженицы;
4. обеспечение подвижной активности роженицы;
5. обеспечение приема женщиной пищи и жидкости по ее желанию;
6. обезболивание родов по показаниям и согласованию с женщиной.

Если роженица страдает от боли во время схваток или потуг, необходимо проводить методы физиопсихопрофилактической поддержки:

- предложить сменить положение тела;
- предрасполагать к активным движениям;
- предложить партнеру массировать женщине спину, держать ее руку и между схватками протирать лицо влажной губкой;
- женщине использовать специальную технику дыхания (глубокий вдох и медленный выдох).

Требования к медикаментозному обезболиванию: чувствительный обезболивающий эффект, отсутствие отрицательного влияния на организм матери и плода.

Наркотические анальгетики использовать нельзя.

Наблюдения и помощь во II периоде родов.

Оценка состояния плода:

- контроль сердечной деятельности плода путем аускультации каждые 5 минут (при необходимости чаще) в раннюю фазу второго периода и после каждой потуги в активную фазу.

Оценка общего состояния роженицы:

- измерять артериальное давление, подсчитывать пульс - каждые 15 минут (при необходимости чаще).

Оценка прогрессирования родов:

- оценивать продвижение головки по родовому каналу и родовую деятельность (частота и продолжительность маточных сокращений).

Внутреннее акушерское исследование во втором периоде родов вести каждый час, если нет показаний к более частому его проведению.

Если не произошло своевременного излития околоплодных вод, в асептических условиях провести амниотомию.

Акушерская тактика должна соответствовать фазе второго периода родов. При преждевременных родах обязательно присутствие врача

неонатолога и наличие подготовленного оборудования для оказания медицинской помощи новорожденному. Оптимальной для матери и ребенка считается температура окружающей среды +28°C.

Положение женщины для рождения ребенка.

Необходимо обеспечить возможность роженице выбрать положение для рождения ребенка, которое является удобным для нее.

Техника потуг.

Предпочтительной является техника "неуправляемых физиологических потуг". Рутинную эпизио-перинеотомию и пудендальную анестезию не проводить.

В зависимости от состояния родильницы, после рождения, ребенка передают неонатологу, или выкладывают на грудь матери.

Ведение III периода родов

Существуют две тактики ведения третьего периода родов - **активная и выжидательная.**

- **Выжидательная** тактика - при появлении признаков отслойки плаценты (признаки Шредера, Альфельда, Клейна, Кюстнера-Чукалова) - женщине предлагают «потужиться», что приведет к рождению последа.
- Активное ведение третьего периода родов должно быть предложено каждой женщине во время вагинальных родов.

Стандартные компоненты активного ведения третьего периода родов включают:

- после рождения ребенка введение утеротоников;
- помощь при рождении последа путем контролируемой тракции за пуповину;
- наружный массаж матки после рождения последа.

При отсутствии рождения плаценты в течение 30 минут после рождения плода проводится ручное отделение и выделение последа.

В случае возникновения кровотечения - ручное или инструментальное (в зависимости от условий) отделение плаценты и выделение последа.

Проводится немедленно под адекватным обезболиванием.

Пузырь со льдом на низ живота в раннем послеродовом периоде не применяется.

Контрольные вопросы.

1. *Дать определение термина «невынашивание беременности».*
2. *Этиология и патогенез самопроизвольных аборт.*
3. *Определить объем обследования женщин с невынашиванием беременности.*
4. *Назвать стадии развития самопроизвольного аборта.*
5. *Клиника самопроизвольного аборта в зависимости от стадии развития.*
6. *Алгоритм диагностики спонтанного аборта.*
7. *Прогностические критерии прогрессирования беременности.*

8. *Лечение угрожающего аборта и мониторинг его эффективности.*
9. *Тактика ведения аборта в ходу.*
10. *Тактика ведения неполного и полного аборт*ов.
11. *Тактика ведения несостоявшегося аборта.*
12. *Диагностика и лечение истмико-цервикальной недостаточности.*
13. *Профилактика привычного выкидыша.*
14. *Определение преждевременных родов.*
15. *Диагностика преждевременных родов.*
16. *Тактика и особенности ведения преждевременных родов в I периоде.*
17. *Тактика и особенности ведения преждевременных родов во втором периоде.*
18. *Осложнения преждевременных родов.*

Задачи

Беременная В 23 лет обратилась к врачу женской консультации с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и кровотечение из половых путей. Срок беременности 9-10 недель. Влагалищное исследование: шейка матки укорочена, пропускает 1 поперечный палец, обильное кровотечение, матка размерами как на 9 недель беременности. Диагноз. Тактика.

Женщина 32 лет, в анамнезе 2 самопроизвольных аборта, имеет 15-16 недель беременности. Жалобы на тяжесть внизу живота. При вагинальном исследовании: шейка матки сокращена до 1,5 см, свободно пропускает 1 поперечный палец, матка увеличена до 16 недель беременности. Выделения кровянистые, мажущие. Диагноз. Тактика.

Беременная С 23 лет. Беременность 2 , 30 недель. Жалобы на ноющие боли внизу живота. Предыдущая беременность закончилась родами в 32 недели беременности. Новорожденный через сутки умер. Какую тактику ведения целесообразно выбрать?

Беременная М 28 лет доставлена машиной скорой помощи с диагнозом: беременность 3. 25 недель, преждевременные роды. Воды отошли 2 часа назад. Анамнез: первая беременность закончилась самопроизвольным абортом в 9-10 недель беременности; вторая беременность замерла в сроке 13-14 недель. На учете в ЖК не находилась. Аномалий развития тела и шейки матки нет. Хронических соматических заболеваний нет. Часто болеет ОРВИ. Данные влагалищного исследования на момент поступления: шейка матки укорочена до 1 см, открытие - 3 см. Подтекают прозрачные околоплодные воды.

Составьте план обследования женщины. Сформулируйте диагноз. Тактика ведения.

Тестовые задания:

Больная 19 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на ноющие боли внизу живота. Последняя менструация 2 месяца назад. При бимануальном исследовании шейка матки длиной до 2 см, цианотичная, наружный зев закрыт. Тело матки шарообразных формы, мягковатой консистенции, увеличено соответственно 7-8 неделям беременности. Какой диагноз наиболее вероятен?

- А * Угрожающий аборт.**
- В Начавшийся аборт.**
- С Аборт в ходу.**
- Д Фибромиома тела матки.**
- Е Неполный аборт.**

Больная 25 лет доставлена в стационар с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, обильные, с кровянистыми сгустками выделения из половых путей, слабость. АД 90/60 мм. рт.ст. Рс-92 / мин, Т-36,9С. Последняя менструация была два месяца назад. При вагинальном исследовании: шейка матки цианотичная, наружный зев пропускает палец. Матка увеличена как до 6-7 недель беременности, чувствительная при пальпации. Придатки с обеих сторон не пальпируются. Своды глубокие, безболезненны. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А * Аборт в ходу.**
- В Дисфункциональное маточное кровотечение.**
- С Прерванная внематочная беременность.**
- Д Неполный аборт.**
- Е Миома матки.**

Первобеременная обратилась в женскую консультацию 22.03.17 с жалобами на тянущую боль внизу живота. Из анамнеза - последняя менструация была 4.01.17. При бимануальном исследовании: шейка матки сохранена, наружный зев закрыт, матка увеличена как до 9 недель беременности, подвижная, безболезненная. Установите возникшее осложнение.

- А * Угроза выкидыша в 9 недель беременности.**
- В Начавшийся аборт в 9 недель беременности.**
- С Миома матки.**
- Д Замершая беременность.**
- Е Пузырный занос.**

У беременной К в 8 недель беременности появились схваткообразные боли внизу живота и значительные кровянистые выделения из половых путей. Из анамнеза - беременность третья, было два самопроизвольных выкидыша в

ранние сроки беременности. При бимануальном исследовании: во влагалище - сгустки крови, цервикальный канал пропускает 1 поперечный палец, в канале пальпируется нижний полюс плодного яйца. Размеры матки соответствуют сроку гестации. Ваша тактика?

- А** * Провести выскабливание стенок матки.
- В** Ввести утеротонические препараты.
- С** Наложить шов на шейку матки по Любимову.
- Д** Ввести кровоостанавливающие препараты.
- Е** Ввести спазмолитические препараты.

РАЗДЕЛ III. Переношенная беременность. Аномалии сократительной деятельности матки.

ПЕРЕНОШЕННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ.

Переношенной беременностью считается беременность, которая продолжается более 42 полных недель (294 суток или более) от первого дня последнего нормального менструального цикла. Частота колеблется от 4 до 14 %.

Деление на пролонгированную беременность и переношенную не проводится.

Роды, которые произошли после 42 полной недели беременности (на 294 сутки либо позже) называются **запоздалыми родами**.

Переношенная беременность сопровождается большим количеством осложнений в родах и послеродовом периоде у матери и новорожденного, высоким уровнем перинатальной заболеваемости и смертности.

Этиология. Выделяют следующие этиологические моменты (факторы риска) перенашивания беременности: нарушение менструальной функции, возраст беременной (перенашивание чаще встречается у женщин старше 28 лет), генетическая склонность, угроза аборта на ранних сроках беременности, гиподинамия, группа крови А(II) отрицательная, наличие экстрагенитальной патологии (апендектомия в анамнезе, избыточная масса тела, артериальная гипотония, пороки сердца, заболевания печени и желчевыводящих путей), наличие плода мужского пола, аненцефалия плода. Определенную роль в перенашивании беременности играют также хронический психоэмоциональный стресс, вредные привычки (наркотиков, курение, употребление алкоголя).

Патогенез. Перенашивание беременности неразрывно связано со сложными механизмами, которые обеспечивают развитие сократительной деятельности матки. Одним из важных звеньев в физиологии развития беременности и начала родов являются эстрогены. Основным источником образования эстрогенов – это клетки синцития плаценты, и большую роль в этом играют надпочечники плода. При переношенной беременности возникает дискоординация баланса эстрогенов, повышается уровень прогестерона. Уменьшается чувствительность рецепторного аппарата шейки матки, снижается количество актомиозина в мышцах матки, простагландинов и электролитов, что способствует снижению чувствительности клеток мышц к возбуждению. При этом имеет место запоздалое биологическое созревание нервно-мышечного аппарата матки, в том числе и шейки матки.

Переношенная беременность часто сопровождается **дисфункцией плаценты**, со снижением её транспортной и эндокринной функций; до 40% плацент имеют инфаркты, кальцификаты, фиброзные изменения. Все это приводит к дистрессу плода.

Переношенный новорожденный – ребенок, родившийся после 42 полной недели беременности (294 суток или позже), имеет такие признаки:

- повышенная плотность костей черепа;

- сужение швов и темечек;
- увеличение длины ногтей;
- шелушение кожи, "конечности прачки", "баннные ступни";
- снижение тургора кожи;
- резкое уменьшение или отсутствие первородной смазки;
- уменьшение подкожно-жирового слоя;
- плотные хрящи ушных раковин и носа.

Характерные изменения последа:

- участки петрификатов и жирового перерождения;
- очаги некроза;
- склеротические и дистрофические изменения;
- уменьшение толщины;
- увеличение массы;
- тонкая пуповина.

Факторы риска перинатальной патологии для новорожденного

Перинатальная заболеваемость и смертность при переношенной беременности возрастает в несколько раз, в сравнении с доношенной. Это связано с рядом факторов. Так, до 40% переношенных новорожденных имеют признаки незрелости, большинство из них имеют нормальную массу тела, но у 1/4 наблюдается макросомия (масса тела более 4500 г), что является фактором риска родовых травм, особенно повреждения плечевого сплетения при дистоции плечиков. Это осложнение может наблюдаться как при вагинальном, так и при абдоминальном родоразрешениях. С переношенной беременностью также всегда связано уменьшение объема амниотической жидкости – олигогидрамнион, либо маловодие, что сопровождается увеличением риска возникновения дистресса плода в интра- и антенатальном периодах.

Диагностика.

В случае перенашивания беременности наблюдается:

- дистресс плода;
- маловодие;
- уменьшение окружности живота на 5 - 10 см, что связано с уменьшением количества околоплодных вод;
- выделение молока, а не молозива из молочных желез;
- наличие мекония в околоплодных водах при разрыве плодных оболочек;
- отсутствие роста массы тела беременной или уменьшение более чем на 1 кг;
- незрелость или недостаточная зрелость шейки матки.

Характерными признаками переношенной беременности по данным УЗИ являются:

- отсутствие увеличения динамики роста плода;
- истончение плаценты;
- маловодие;

- отсутствие увеличения бипариетального размера головки плода в динамике;
- III степень зрелости плаценты.

Тактика ведения

Госпитализацию женщин с переносимой беременностью желательно проводить в стационары III уровня предоставления неонатологической и акушерско - гинекологической помощи. Для предупреждения перенашивания беременности целесообразна госпитализация в сроке 40 недель, что позволяет своевременно определить объем необходимых мероприятий по подготовке родовых путей к родам.

В родильном отделении проводят уточнение состояния беременной и плода, срока беременности, оценивают результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

1. При удовлетворительном состоянии плода и отсутствии признаков переносимой беременности рекомендована выжидательная тактика.
2. При наличии первых признаков перенашивания беременности, показана подготовка родовых путей с последующей индукцией родовой деятельности.
3. Подготовка родовых путей и / или индукция родов проводится после оценки состояния шейки матки по шкале Бишопа. (7,21)

Оценка степени «зрелости шейки матки» за Бишопом

Параметры	Балы		
	0	1	2
Положение шейки матки по отношению к проводной оси таза	Смещена к крестцу	Между крестцом и проводной осью таза	По оси таза
Длина шейки матки (см)	≥ 2	1 - 2	$1 \leq$
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена	Мягкая
Открытие наружного зева (см)	Закрытый	1	≥ 2
Место расположение предлежащей части плода	Подвижная над входом в малый таз	Прижата ко входу в малый таз	Прижата или фиксирована ко входу в малый таз

Примечание: 0-2 бала – шейка «незрелая»; 3-5 баллов- «недостаточно зрелая»; >6 баллов – шейка «зрелая»

4. Подготовка шейки матки к индукции в сроке после 41 недель проводят одним из следующих методов:

-немедикаментозный: ламинарии, используемые при оценке степени зрелости шейки матки по шкале Бишопа менее 5 баллов. В цервикальный канал вводится от 1 до 5 ламинарий на 24 часа с последующей оценкой состояния шейки матки. При необходимости процедуру можно повторить.

-медикаментозный: простагландины E₁та E₂, которые применяются при наличии обязательной регистрации этих средств для использования в акушерской практике.

Запрещено использовать эстрогены и простагландин F_{2a} с целью подготовки родовых путей к родоразрешению.

Показания и условия к индукции родовой деятельности:

- соответствие размеров плода и таза матери;
- срок беременности 41 неделя и более;

- состояние плода по биофизическим профилем 7 - 8 баллов и более;
- зрелость шейки матки не менее 6 баллов по шкале Бишопа;
- отсутствие плодного пузыря (амниотомия).

Противопоказания к индукции родов такие же, как и для срочных родов

Индукция родов проводится только при наличии информированного согласия женщины.

- Методы индукции родов:

- Амниотомия;
- Капельное внутривенное введение раствора окситоцина;
- Пальцевая отслойка нижнего полюса плодного пузыря;

- Методом выбора индукции родов при зрелой шейке матки является амниотомия с последующим капельным введением раствора окситоцина.

Рекомендации к проведению индукции родов:

- начинать следует с 6 до 8 часов утра;
- амниотомия;
- оценка качества и количества околоплодных вод;
- ведение партограммы с момента проведения амниотомии; выжидательная тактика около 2 - 3 часов, свободное поведение пациентки, психопрофилактика;
- приотсутствии родовой деятельности после 2 - 3 часов безводного периода - окситоцин внутривенно капельно по схеме.

Схема введения окситоцина:

- Катетеризация локтевой вены для обеспечения активного ведения роженицы;
- 1 мл окситоцина (5 ОД) разводят в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида;
- Скорость введения раствора 6–8 капель/мин (0,5-1,0 мОД/мин);
- Максимальная скорость введения не должна превышать 40 капель в одну минуту.
- В случае отсутствия эффекта скорость введения увеличивают каждые 30 минут на 6 капель (0,5 мОД/мин).

Родоусиление проводится с наблюдением за состоянием плода. Критерием достижения эффекта считается наличие 4 - 5 маточных сокращений за 10 минут при продолжительности сокращений 40 - 50 сек. При отсутствии эффекта в течение 6 часов - следует переоценить план ведения и завершить роды операцией кесарева сечения.

Общие замечания :

- Наблюдение за женщиной, которой проводится индукция, должна быть непрерывной;
- Наркотические анальгетики не используются;
- Обезболивание родов осуществляется по показаниям и информированного согласия женщины;

- Динамическое наблюдение за течением родов, состоянием матери и плода осуществляется с ведением партограммы;
- Желательна поддержка членов семьи.

Нецелесообразно использовать в / венные формы простагландинов для индукции родов.

Ведения III периода родов.

Предлагается активное ведение III периода родов с целью профилактики кровотечения.

Ранний послеродовой период требует тщательного наблюдения за состоянием роженицы и новорожденного.

Использование пузыря со льдом на низ живота в раннем послеродовом периоде не применяется.

Оперативное родоразрешение путем операции кесарева сечения показано при установленном диагнозе беременности в сроке 42 и более недель, неэффективности предыдущих мероприятий по подготовке шейки матки к родоразрешению и неудовлетворительном состоянии плода.(7,11,21)

АНОМАЛИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Аномалии родовой деятельности – состояние, когда ритм, частота, длительность и сила потуг и схваток не обеспечивают динамического, в пределах физиологических параметров времени, продвижения плода и его изгнание без нарушения биомеханизма родов.

Возможны нарушения каждого из показателей сократительной деятельности матки – ритма, частоты и координации сокращений, тонуса матки, интервалов между схватками, потугами, длительности родов.

Клиническая классификация аномалий родовой деятельности (ВООЗ, 1995)

Первичная слабость родовой деятельности:

- первичная гипотоническая дисфункция матки;
- отсутствие прогрессирующего раскрытия шейки матки.

Вторичная слабость родовой деятельности:

- вторичная гипотоническая дисфункция матки;
- прекращение схваток в активной фазе родов.

Другие виды аномалий родовой деятельности:

- хаотические схватки;
- слабые схватки;
- атония матки.

Стремительные роды.

Гипертонические, некоординированные и затяжные сокращения матки:

- дистония шейки матки;
- тетанические сокращения;
- гипертоническая дисфункция матки;

-дискоординированная родовая деятельность.

Диагноз аномалий родовой деятельности устанавливается после динамического наблюдения за роженицей в течение 8 часов в латентной фазе и 4 часов активной фазе в сравнении с графиком раскрытия шейки матки и продвижения подлежащей части по родовым путям нормальной партограммы.(7,22).

Прелиминарный физиологический период характеризуется слабыми, нерегулярными, схваткообразными болями в пояснице и внизу живота, которые возникают на фоне нормального тонуса матки при зрелой шейке матки. Длительность физиологического прелиминарного периода составляет 6 – 8 ч.

Мнимые схватки (патологический прелиминарный период)

Длится более 6 часов, возможно, до 24 - 48 часов, характеризуются нерегулярными, разной длительности и интенсивности схваткообразными болями внизу живота, в области крестца и поясницы. Тонус матки повышен, но схватки непродуктивные, поскольку отсутствует динамика раскрытия шейки матки. Отсутствие раскрытия шейки матки на протяжении 4 часов свидетельствует о ложных родах. Женщина длительное время не спит, выматывается. Патологический прелиминарный период может непосредственно переходить в слабость родовой деятельности.

Причины развития патологического прелиминарного периода родов:

- воспалительные изменения матки (эндометрит, цервицит);
- сопутствующей соматической патологией (пороки сердца, аритмии, артериальная гипертензия, заболевания почек, печени, надпочечников);
- метаболическими и эндокринными нарушениями (ожирение, половой инфантилизм др.);
- беременные с лабильной нервной системой, неврозами, НЦД;
- гестозом, дистрофическими процессами после перенесенных аборт.

Кроме того, затягиванию прелиминарного периода может способствовать негативному настрою женщины на рождение ребенка, страх перед родами, возраст женщины меньше 17 либо старше 30.

К акушерским причинам осложненного прелиминарного периода родов относятся мало- или многоводие, многоплодие, предлежание плаценты, большой плод, неправильные положения плода, анатомически узкий таз и др.

Лечение:

- подготовка к родам интравагинальным введением простагландина E₂;
- седативные, успокаивающие средства (диазепам до 30 мг в сутки при внутривенном введении; 1 мл 2% раствора промедола);
- при условии неэффективности – однократное применение токолитической терапии β_2 -адреномиметиками (*гексопреналин 25 мкг (5 мл) разводится в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводится внутривенно капельно медленно – 10 – 15 капель в минуту*) с учетом противопоказаний.

Слабость родовой деятельности

Слабость родовой деятельности - родовая деятельность, при которой схватки имеют недостаточную длительность и силу, промежутки времени увеличивается, при этом замедляется сглаживание и раскрытие шейки матки, продвижение головки плода по родовым путям в первом или втором периоде родов.

Патогенез. Слабость родовой деятельности обусловлена такими факторами:

- снижение активности синтеза окситоических веществ (ацетилхолина, питоцина);
- уменьшение синтеза окситоцина, простагландинов, серотонина, катехоламинов, кининови эстрогенов (естриолаи эстрадиола);
- повышенная активность гормона желтого тела;
- низкая чувствительность нервных рецепторов матки к препаратам тономоторного действия;
- высокая активность ферментов, которые разрушают указанные выше биологически активные вещества.

Установлено, что во время беременности в миометрии происходят:

- структурные изменения в белковом составе вследствие увеличения количества актомиозина и уменьшения количества белка стромы;
- прогрессирующее увеличение содержания гликогена, макроэргических фосфатов (АТФ), серотонина, катехоламинов;
- увеличение содержания кальция, калия и натрия; увеличение интенсивности основных процессов тканевого обмена, что обеспечивает рост мышцы матки и качественную перестройку ее белкового состава.

Если в биоэнергетическом или нейрогуморальном звене нарушатся сложные процессы обмена веществ в матке беременной, может наступить слабость родовой деятельности.

Первичная слабость родовой деятельности

Причины, которые обуславливают первичную слабость родовой деятельности можно разделить на следующие группы:

1. причины общего характера;
 - инфантилизм, общее истощение, нервно-психические нарушения;
2. функциональные изменения в матке;
 - перерастяжение матки в случае многоводия, многоплодия, большого плода и т.д. При этом повышается чувствительность α – и угнетается чувствительность β -адренорецепторов миометрия.
3. органических изменений в матке;

- дегенеративные процессы в мышце матки, при которых происходит замена мышечных волокон соединительно тканями элементами и патологическая денервация;
- опухоли матки, в частности миомы;
- недоразвитие матки и пороки ее развития;
- рубцы после операции кесаревого сечения.

Первичная слабость родовой деятельности может возникнуть и в случае поперечного положения плода, при тазовых предлежаниях, предлежании плаценты, преждевременном и раннем излитии околоплодных вод.

Очень негативно влияют на состояние матки внутриматочные инструментальные вмешательства в связи с абортами, которые, как правило, разрушают нервно-мышечный аппарат и приводят к стойким нейротрофическим изменениям в тканях матки.

Первичная слабость родовых сил чаще всего развивается у первородящих, старше 30 лет.

Клиническая картина родов при первичной слабости родовых сил довольно разнообразна. Схватки могут быть удовлетворительной силы, но очень частыми, либо очень редкими, но слабыми и непродолжительными. Слабость родовых сил часто способствует затяжному течению родов, нередко ее сопровождает раннее отхождение околоплодных вод. Значительное удлинение безводного промежутка нередко приводит к инфицированию родовых путей и гипоксии плода.

В последовый период вследствие сниженной сократительной способности матки возникают аномалии отслоения плаценты и связанное с этим кровотечение.

Длительное течение родов утомляет роженицу, она теряет сон и аппетит, что в свою очередь приводит к истощению ее сил, негативно сказывается на течении родов.

Диагноз первичной слабости родовых сил ставится при наблюдении за роженицей не менее 5-6 часов от начала родов (слабые, непродолжительные, редкие схватки), по оценке скорости раскрытия шейки матки и продвижения предлежащей части плода.

Диагноз ставится на основании характерной клинической картины – слабость и непродуктивность схваток, затяжные роды; если прошло 8-10 часов от начала родов у первородящих и 4-6 часов у повторнородящих, шейка матки не раскрылась на 6см(до 3 пальцев), можно говорить о первичной слабости родовых сил.

Более точно силу родовой деятельности можно определить с помощью объективных методов исследования : наружной гистерографии, кардиотокографии.

Вторичная слабость родовой деятельности

Чаще всего имеет место при продолжительных родах в результате препятствий для родоразрешения:

- Гидроцефалии;
- Неправильной имплантации головки;
- Поперечном и косом положении плода;
- Опухоли в малом тазу;
- Тазовом предлежании плода;
- При клинически узком тазу;
- При неподатливости тканей родовых путей (незрелость и ригидность шейки матки), ее рубцовое изменение, стеноз влагалища;
- Несвоевременном разрыве плодного пузыря из-за чрезмерной плотности оболочек;
- Выраженной болезненности схваток;
- Неумелом и беспорядочном использовании утеротонических средств, спазмолитиков, обезболивающих и других средств.

Клиническая картина вторичной слабости родовой деятельности

Характеризуется длительностью родов, главным образом за счет периода изгнания. В ряде случаев схватки практически прекращаются. Схватки, которые были вначале достаточно интенсивными, длительными и ритмичными, становятся слабее и короче, а паузы между ними увеличиваются. Продвижение плода по родовому каналу резко замедляется или прекращается. Роды затягиваются, что приводит к усталости роженицы. Раскрытие шейки матки не прогрессирует и края ее начинают отекать в результате защемления между головкой плода и костями таза матери. Задержанная в малом тазу головка плода, длительное время, поддается неблагоприятному воздействию, что вызывает нарушения мозгового кровообращения и кровоизлияния в мозг, что сопровождается не только асфиксией, но и гибелью плода.

Диагностика вторичной слабости родовой деятельности основывается на приведенной выше клинической картине. Большую помощь при этом дают данные, полученные объективными методами регистрации (внешней гистерографии и кардиотокографии) в динамике родов, данные партограммы.

Лечение:

При отсутствии противопоказаний применяют медикаментозные схемы стимуляции родовой деятельности путем внутривенного введения окситоцина и простагландинов.

Условия назначения утеротонических средств:

- соответствие размеров плода и таза матери;
- отсутствие плодного пузыря.

Противопоказания к назначению утеротонических средств:

- дистоция, атрезия, рубцовые изменения шейки матки;
- оперированная матка;
- восстановленный разрыв промежности III степени;
- дистресс плода;

- полное предлежание плаценты;
- преждевременное отслоение нормально и низко расположенной плаценты;
- стриктура влагалища;
- аномальные положения и предлежания плода;
- клинически и анатомически узкий таз;
- гиперчувствительность.

Осложнения. Передозировка утеротонических средств приводит к развитию гипертонуса матки, сокращения принимают характер судорог, ухудшается маточно-плацентарное кровообращение, развивается гипоксия плода. Возрастает угроза отслоения плаценты, риск родовой травмы и хирургического вмешательства при неотложных показаниях.

Чрезмерно сильная родовая деятельность

Чрезмерно сильная родовая деятельность развивается спонтанно. Сильные схватки происходят через короткий промежуток времени, частота сокращений матки больше 5 на протяжении 10 минут, что способствует быстрому и полному раскрытию маточного зева.

Быстрыми считают роды, которые длятся меньше 6 часов у первородящих и меньше 4 часов у повторнородящих, стремительными – соответственно меньше 4 и 2 часов.

Причины развития чрезмерно сильной родовой деятельности

Факторы, которые вызывают чрезмерно сильную родовую деятельность, недостаточно изучены. Подобное нарушение родовых сил обычно развивается на фоне повышенной общей возбудимости нервной системы:

- истерии;
- при неврастении;
- базедовой болезни.

Предполагается, что чрезмерно сильная родовая деятельность обусловлена:

- нарушениями кортико-висцеральной регуляции родового акта;
- чрезмерным образованием гормонов и медиаторов (окситоцина, адреналина, простагландинов, ацетилхолина и др.), стимулирующих сократительную активность мускулатуры матки.

У некоторых рожениц бурная родовая деятельность может быть обусловлена врожденной патологией миоцитов – их повышенной возбудимостью.

Способствовать развитию чрезмерно сильной родовой деятельности может обремененный акушерско-гинекологический анамнез:

- патологические предыдущие роды;
- эндометрит;
- тяжелый гестоз;
- цервициты;
- дисфункция яичников;

- юный (до 18 лет) или поздний (старше 30 лет) возраст;
- гипертонус матки и угроза самопроизвольного прерывания беременности.

Чрезмерно сильная родовая деятельность может наблюдаться при явных анатомических преград к изгнанию плода: поперечному положению плода, узком тазу матери и др.

Симптомы чрезмерно сильной родовой деятельности

Роды, которые протекают с чрезмерно сильной родовой деятельностью, как правило, начинаются внезапно. Роженица находится в состоянии возбуждения, что выражается в повышенной двигательной активности, тахикардии, подъеме артериального давления, увеличении частоты дыхательных движений. При этом развиваются энергичные, часто следующие одна за другой, схватки с короткими паузами, что очень быстро приводит к раскрытию маточного зева.

Следом за излитием околоплодных вод сразу же развиваются бурные потуги; рождение плода часто происходит на протяжении 1-2 потуг.

Опасность чрезмерно сильной родовой деятельности заключается в высоком риске получения родовых травм, как у рожениц, так и у ребенка. Головка плода не успевает конфигурироваться, поддаваясь сильной компрессии, что нередко сопровождается травмами – повреждениями черепа, внутричерепными кровоизлияниями и др. . Последствием быстрого изгнания плода может быть гипотония матки и угроза интенсивного родового кровотечения. Подобная аномалия родовых сил угрожает преждевременным отслоением плаценты, возникновением глубоких разрывов вульвы, промежности, влагалища, шейки и тела матки, расхождением лонных костей

Диагностика чрезмерно сильной родовой деятельности

Постановка чрезмерно сильного характера родовой деятельности проводится на основании результатов вагинального исследования, кардиотокографии и вышеописанных признаков.

Внутреннее акушерское исследование позволяет определить высокую скорость раскрытия маточного зева. По данным КТГ регистрируется бурная родовая деятельность.

Чрезмерно сильную родовую деятельность в процессе диагностики принципиально важно дифференцировать от дискоординированной родовой деятельности. В последнем случае, несмотря на интенсивные схватки, шейка матки остается закрытой.

Лечение:

- роженица должна лежать на боку, противоположном позиции плода;
- заключается в немедикаментозной коррекции силы и частоты схваток.

При раскрытии шейки матки меньше 6 см и отсутствии противопоказаний, для уменьшения интенсивности родовой деятельности возможно применение токолиза β_2 -адреномиметиками, которые улучшают маточно-плацентарный кровоток и состояние плода.

Для проведения токолиза гексопреналин 25 мкг (5 мл) разводится в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида и вводится внутривенно капельно

медленно, начиная с 8 капель/мин до 10-15 капель/мин, (не превышать частоту введения 15-20 капель/мин) под наблюдением активности схваток.

Дискоординированная родовая деятельность

Дискоординированная родовая деятельность – нарушение координации сокращений разных отделов матки. Клиническая картина характеризуется гипертонусом нижнего сегмента, сильными, нерегулярными, резко болезненными схватками и напоминает таковую при разрыве матки.

Причины дискоординированной родовой деятельности

Выделяют несколько групп факторов, которые обуславливают развитие дискоординированной родовой деятельности.

Акушерские факторы:

- поздние гестозы;
- аномальное расположение плаценты (предлежание плаценты) и фетоплацентарная недостаточность;
- тазовое предлежание плода;
- несоответствие размеров родовых путей и головки плода;
- раннее излитие околоплодных вод;
- перерастяжение матки, вызванное многоводием или многоплодием;
- возраст женщины моложе 18 и старше 30 лет.

Дискоординированная родовая деятельность может возникать при внутриутробном инфицировании плода, пороках развития у ребенка, гемолитической болезни плода (иммуноконфликтная беременность).

К числу гинекологических факторов, которые провоцируют дискоординированную родовую деятельность, относят разные виды патологий репродуктивной системы:

- перенесенные эндометриты и цервициты;
- опухоли (миома матки);
- нарушения и дискоординации родового акта способствуют пороки матки (двурогая матка, внутриматочная перегородка, гипоплазия матки и др.);
- расстройства менструального цикла;
- наличие на матке операционного рубца;
- ригидность шейки матки, обусловленная нарушением иннервации или рубцовыми изменениями (например после прижигания эрозии шейки матки);
- искусственное прерывание беременности в анамнезе.

Развитию дискоординированной родовой деятельности могут способствовать обще-соматическая патология:

- анемия;
- интоксикации;
- инфекции;
- ожирение;
- органические поражения ЦНС;
- нейроциркуляторная дистония.

В ряде случаев аномальная родовая активность провоцируется внешними воздействиями – неоправданным использованием родостимулирующих средств, недостаточным обезболиванием родов, несвоевременным вскрытием плодного пузыря, грубыми манипуляциями и исследованиями.

Клинические признаки дискоординированной родовой деятельности:

- боль;
- отсутствие синхронной волны сокращений в разных отделах матки;
- нарушения ритма схваток;
- отек и отсутствие динамики раскрытия шейки матки;
- судорогоподобные схватки (тетания матки);
- замедление или отсутствие продвижения головки;
- гипертонус нижнего сегмента матки (обратный градиент);
- дистоция шейки матки.

Клинически дискоординированная родовая деятельность может выражаться в ее общей дискоординации, тетании матки, дистонии, циркуляторной гипертонусе нижнего сегмента (обратном градиенте).

Общая дискоординация характеризуется довольно болезненными, нерегулярными, разными по силе и длительности схватками, отсутствием динамики в сглаживании и раскрытии шейки матки, затяжным ходом родов. Опасность общей дискоординации родовой деятельности заключается в нарушении плацентарного кровообращения и риске асфиксии плода. На протяжении послеродового периода возможно развитие осложнений с отслоением плаценты и задержкой ее части; в послеродовом периоде высокая вероятность гипертонического кровотечения. В этом случае происходит преждевременное излитие околоплодных вод, предлежащая часть плода оказывается прижатой к входу в малый таз или располагается над входом в него.

При гипертонусе нижнего сегмента матки его сокращения выражены сильнее, чем сокращения тела и дна матки. Клинически при гипертонусе наблюдаются болезненные интенсивные схватки, но при этом отсутствует раскрытие шейки и продвижение плода по родовым путям.

Такой вид дискоординированной родовой деятельности типичен для незрелости и ригидности шейки матки.

Про тетанию матки говорят, когда имеют место длительные, последовательные одна за другой маточные сокращения судорожного характера. При тетании матка становится очень плотной и болезненной, а состояние плода стремительно ухудшается. Такая аномалия родовых сил встречается при неправильном назначении сокращающих препаратов.

Дискоординированная родовая деятельность по типу **циркуляторной дистонии** обусловлена отсутствием сокращений циркулярных мышечных волокон в области шейки. Роды при этом затягиваются, что может привести к асфиксии плода.

При всех клинических вариантах дискоординированной родовой деятельности у роженицы наблюдается:

- тошнота;

- страх;
- сильные боли в крестце;
- беспокойство;
- нарушение мочеиспускания.

Несмотря на кажущуюся активность схваток, динамика раскрытия шейки матки практически полностью отсутствует. Такие непродуктивные схватки утомляют роженицу, что еще больше затягивает роды.

Диагностика дискоординированной родовой деятельности

Дискоординированный характер родовой деятельности диагностируется на основании состояния и жалоб женщины, результатов акушерских исследований, кардиотокографии плода.

В ходе вагинального исследования определяется отсутствие динамики в готовности родовых путей – утолщение и отечность краев маточного зева. При пальпации матки обнаруживается ее неодинаковое напряжение в разных отделах в результате дискоординированных сокращений.

Объективно оценить сократительную деятельность матки позволяет проведение кардиотокографии. При аппаратном исследовании регистрируются нерегулярные по силе, длительности и частоте сокращения, их аритмичность и асинхронность; отсутствие **тройного нисходящего градиента** на фоне повышения тонуса матки. Значение КТГ в родах заключается не только в возможности контролировать родовую деятельность, а и отслеживать рост гипоксии плода.

Лечение проводят в зависимости от причины дискоординированной родовой активности:

- проведение токолиза (гексопреналин 25 мкг (5мл) ;
- пролонгированная эпидуральная анестезия.

На всех этапах лечения аномалий родовой деятельности должно проводиться наблюдение за состоянием плода и осуществляться немедикаментозная профилактика гипоксии плода (смена положения тела роженицы, регуляция дыхания).

В третьем периоде родов применяют активную тактику ведения. При условии наличия противопоказаний к коррекции родовой деятельности, при неэффективности медикаментозной коррекции аномалий родовой деятельности методом родоразрешения есть операция кесарева сечения.(7,11,22)

Контрольные вопросы.

1. *Какая беременность считается физиологической?*
2. *Сколько продолжается доношенная беременность?*
3. *Какая беременность считается переносенной?*
4. *Какие роды считают запоздалыми?*
5. *Какие признаки переносенного новорожденного?*
6. *Диагностика переносенной беременности.*
7. *Тактика ведения переносенной беременности.*

8. *Профилактика переносимости беременности.*
9. *Классификация аномалий родовой деятельности.*
10. *Этиология и патогенез аномалий родовой деятельности.*
11. *Прелиминарный период (физиологический и патологический).*
12. *Что такое первичная слабость родовой деятельности?*
13. *Что такое вторичная слабость родовой деятельности?*
14. *Что такое чрезмерно сильная родовая деятельность?*
15. *Дискоординированная родовая деятельность?*
16. *Профилактика и лечение аномалий родовой деятельности.*
17. *Ведение родов при аномалиях родовой деятельности.*
18. *Определение зрелости шейки матки.*
19. *Что такое активное ведение III периода родов?*
20. *Как вводится окситоцин с целью стимуляции родов?*
21. *Какие методы подготовки шейки матки к родам?*

Тестовые задания:

1. Роженица В., 31 года, роды I, срок гестации 42 неделя. Положение плода продольное, головное предлежание. Вылились околоплодные воды, которые окрашены меконием. Аускультация: с/б плода аритмичное, приглушенное, частота до 170 за минуту. Схватки по 20-25 с. Через 4-5 мин. При вагинальном исследовании определено, что шейка незрелая. Какая тактика ведения родов?
 - А. Проводить стимуляцию родовой деятельности.
 - Б. Акушерские щипцы.
 - В. Роды вести условно консервативно, антигипоксическая терапия.
 - Г. *Кесарево сечение.
 - Д. Роды продолжать вести консервативно.
2. Роженица К., 22 г. Поступила с жалобами на болезненные схватки по 50 сек. через 1-2 мин. Роды длятся 10 часов. Роженица кричит, на лице выражение ужаса. Рс. 115 уд./мин. АТ 125/85 мм.рт.ст. t°-37.6°С. Предполагаемый вес плода 4250 г. Контракционное кольцо находится на уровне пупка, расположено косо. При вагинальном исследовании обнаружен отек влагалища и шейки матки. Открытие шейки матки полное. Плодный пузырь отсутствует. Головка малым сегментом в плоскости входа в малый таз. Ваша тактика?
 - А. Провести родоусиление.
 - Б. Провести эпидуральную анестезию.
 - В. Провести пудендальную анестезию.
 - Г. *Провести кесарево сечение.
 - Д. Наложить акушерские щипцы.
3. Повторнородящая 31 года. Первые роды протекали без осложнений, родился ребенок массой 3.5 кг. Данная беременность вторая. Таз нормальных размеров. Роды продолжаются 9 часов. Воды отошли 4 часа

назад. II-й период длится 1 час. Схватки резко болезненные, носят потужный характер. При пальпации нижний сегмент резко болезненный, сократительное кольцо матки на уровне пупка. Предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, признак Генкель-Вастена позитивный. Сердцебиение плода приглушенное, ритмичное 134 уд/мин. Какой метод родоразрешения?

А. Консервативное ведение родов.

Б. Выходящие акушерские щипцы.

В.*Кесарево сечение.

Г. Вакуум-экстракция плода.

Д. Полостные акушерские щипцы.

4. Роженица 27 лет, роды длятся 10 часов, безводный промежуток 8 часов. Последние 2 часа схватки нерегулярные, болезненные, имеют дискоординированный характер. При вагинальном исследовании: раскрытие шейки матки на 7 см., головка плода прижата к входу в малый таз, мыс крестца не достигаем, деформации таза не обнаружено. Сердцебиение плода ясное, ритмичное до 150 уд/мин. Тактика доктора?

А. Родоусиление окситоцином.

Б. Родоусиление простагландинами.

В. Блокирование дискоординированной родовой деятельности с последующим кесаревым сечением.

Г. *Выжидательная тактика.

Д. Блокирование дискоординированной родовой деятельности с последующим родовозбуждением.

5. Роженица 23 лет поступила в родильный дом в I-м периоде своевременных родов с ранним излитием околоплодных вод. В конце I-го периода родов схватки длятся по 30-35 с. каждые 3-4 мин., болезненные. За последние 4 часа открытие шейки матки составляет 2 см., края шейки матки мягкой консистенции. Какое осложнение наиболее вероятно?

А.. Бурная родовая деятельность.

Б.*Дискоординированная родовая деятельность.

В. Тетания матки.

Г. Вторичная слабость родовой деятельности

Д. Дистоция шейки матки.

6. Повторнородящая 33 лет доставлена в родильный дом через 14 часов от начала родов. Из анамнеза установлено, что сразу родовая деятельность развивалась нормально. Через 10 часов от начала родов при полном открытии шейки матки отошли чистые околоплодные воды. После этого родовая деятельность резко ослабела, схватки короткие, слабые, нерегулярные, головка не продвигается. Диагноз?

А. Чрезмерно сильная родовая деятельность.

- Б. Первичная слабость.
- В.*II период родов. Вторичная слабость родовой деятельности.
- Г. Дистоция шейки матки.
- Д. Дискоординированная родовая деятельность.

Задачи

1. Роженица П., 30 года, роды I, срок гестации 42 неделя. Положение плода продольное, головное предлежание. Излились околоплодные воды, которые окрашены меконием. Аускультация: с/б плода аритмичное, приглушенное, частота до 170 за минуту. Схватки по 20-25 сек. через каждые 4-5 минут. При вагинальном исследовании определено, что шейка укорочена. Установить диагноз.
2. Первобеременная 39 лет, с бесплодием в анамнезе, в срок беременности 40-41 неделя. Родовая деятельность слабая. Продольное положение плода, I позиция, передний вид. Головка плода прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода 140 за минуту, ритмичное, приглушенное. Открытие матки 4 см. Данные амниоскопии – зеленоватый цвет вод и плодного пузыря. Кости черепа плотные, швы и малое темечко уменьшены в размерах. Диагноз. Врачебная тактика?
3. У роженицы 32 года (роды вторые). Размеры таза: 25, 28, 31, 20 см. Обвод живота 100 см., высота стояния дна матки 40 см. Схватки резко болезненные через 1-2 минуты по 1 мин. Нижний сегмент болезненный, появились схватки при прижатой головке к входу в малый таз, отек наружных половых органов, контракционное кольцо на уровне пупка. Симптом Генкель-Вастена позитивный. Диагноз? Тактика врача.
4. Первородящая 27 лет, поступила в родильное отделение в связи с началом схваток по 20 сек. через 8-10 мин., которые продолжались на протяжении 12 часов. 2 часа назад вылились околоплодные воды. В анамнезе – 2 аборта, которые осложнились эндометритом. Головка плода – над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 уд./мин. Вагинальное исследование: шейка матки сглажена. Открытие 5 см, плодного пузыря нет. Диагноз? Что стало причиной слабости родовой деятельности у данной роженицы?
5. Повторнородящая 23 лет, поступила в родильное отделение в связи с началом родовой деятельности в срок 40 недель. 2 часа назад вылились околоплодные воды. Положение плода продольное, головное предлежание. ОЖ – 100см., ВСДМ – 42 см. Схватки через 4-5 минут, по 25с. При внутреннем акушерском исследовании: шейка матки сглажена, открытие 4 см. Плодного пузыря нет. Головка плода прижата к входу в малый таз. Какое осложнение возникло в родах?

6. Роженица З., 33 л., доставлена в родильный дом с жалобами на резко болезненные, регулярные схватки по 25-30 сек. каждые 1.5-2 минуты. Родовая деятельность началась 6 часов назад. Матка в повышенном тонусе. Головка плода – над входом в малый таз. Сердцебиение плода 140 уд./мин. Открытие шейки матки 4 см., маточный зев спазмируется на высоте схваток. Головка в плоскости входа в малый таз, отталкивается. Диагноз?

Раздел IV. Родовой травматизм. Современные подходы к диагностике и лечению родовых травм матери и плода.

Родовой травматизм занимает одно из ведущих мест среди причин материнской и детской заболеваемости и смертности. Родовые травмы сопровождаются акушерскими кровотечениями, приводят к инвалидности, обуславливают гнойно-септические осложнения, ухудшают качество жизни.

Акушерский травматизм - повреждения тканей в следствии травматизации органов матери и плода во время родов [7].

АКУШЕРСКИЙ ТРАВМАТИЗМ МАТЕРИ.

Классификация.

По локализации процесса [7]:

1. Травмы наружных половых органов и промежности.
2. Разрывы влагалища.
3. Гематомы вульвы, влагалища.
4. Разрывы шейки матки.
5. Разрывы матки.

Травмы наружных половых органов промежности, влагалища, шейки матки. Чаще всего в родах травмируются наружные половые органы, промежность и влагалище.

Этиология.

1. Анатомические особенности (инфантилизм, рубцы, ригидность тканей).
2. Акушерские операции (акушерские щипцы, вакуум-экстракция плода, вмешательства при тазовых предлежаниях).
3. Роды крупным плодом, при разгибательных предлежаниях головки плода и др.
4. Стремительные роды.

Травмы наружных половых органов.

К травматическим повреждениям в родах наиболее уязвимые ткани вульвы и преддверия влагалища.

Клиника.

Трещины, поверхностные надрывы, ссадины сопровождающиеся кровотечением и образованием гематом. Поражение в области уретры и клитора осложняются значительным кровотечением, объем которой зависит от особенностей кровоснабжения в данной зоне [7].

Диагностика.

Диагностика травматических повреждений производится на основании осмотра тканей.

Лечение в данном случае хирургическое. Накладывают швы на область повреждения. Разрывы тканей наружных половых органов зашивают однорядными узловатыми швами синтетическим материалом, который в последствии рассасывается.

Разрывы промежности.

Разрыв промежности это серьезная травма для женщины. При неудачном сопоставлении тканей нарушается опорная функция тазового дна, что способствует развитию не состоятельности мышц тазового дна [10].

Классификация [7]:

- угроза разрыва промежности;
- завершённый разрыв промежности;
- вынужденный, происходящих во время акушерских операций и не правильной техники «защиты» промежности;
- произвольные (спонтанные), те которые возникают без внешнего воздействия.

По степени тяжести.

1. Разрыв первой степени - разрыв задней спайки и стенки влагалища, небольшого участка кожи промежности (не более 2 см), не повреждается мышечный слой промежности.
2. Разрыв второй степени - повреждения кожи и мышц промежности (*centrum tendineum perinei, musculus bulbocavernosus, musculus superficialis et profundus*), стенки влагалища.
3. Разрыв третьей степени (неполный) - кроме разрывов кожи и мышц промежности происходит и разрыв наружного сфинктера прямой кишки (*musculus sphincterani externus*).

Разрыв 3-й степени (полный) - кроме разрывов кожи, мышц промежности, наружного сфинктера прямой кишки происходит разрыв передней стенки прямой кишки.

Отдельно выделяют центральный разрыв промежности (*ruptura perinea centralis*) – не настоящий (*artificialis*) ход между задней спайкой и наружным сфинктером прямой кишки, через который происходят роды.

Диагностика.

Диагностикой является осмотр родовых путей.

Диагностические критерии угрозы разрыва промежности:

- синюшность кожи промежности;
- отек и своеобразный блеск промежности с последующей бледностью кожи.

Критерии разрыва промежности:

- дефект тканей;
- раневая поверхность;
- кровотечение из раны.

Лечение.

Разрыв промежности зашивают после рождения ребенка, отхождение последа и осмотра родовых путей по общим правилам хирургии:

- применение местной анестезии при наложении швов на разрывы 1-2 степени, общей анестезии - при наложении швов для разрывов 3 степени;

- поэтапное наложение швов сначала тканей влагалища, затем тканей промежности при разрывах второй степени;
- первый шок накладывается на 0,5 см выше верхнего угла раны;
- прошивание дна раны;
- сопоставление однородных тканей.

1) Особенности наложения швов при неполном разрыве промежности 3-й степени:

- поэтапное зашивание сначала тканей влагалища, затем восстановление целостности сфинктера, а в конце зашивание тканей промежности.

2) Особенности наложения швов при полном разрыве промежности третьей степени;

- наложения швов на мышечно-подслизистый слой прямой кишки (узловатыми швами, погружая их в просвет кишки), затем зашивание сфинктера прямой кишки узловатыми швами;
- наложения непрерывного шва на заднюю стенку влагалища
- наложения швов на мышцы тазового дна (ножки леватора ушивают отдельными швами)
- зашивание кожи промежности.

Особенности ухода после зашивания травм промежности;

- обработка швов промежности 3 раза в сутки и после каждого акта мочеиспускания и дефекации;
- применение для обработки швов раствора калия перманганата или 1% раствора бриллиантовой зелени;
- ультрафиолетовое облучение раны.

Для профилактики разрывов промежности применяют квалифицированное ведение беременности и родов, своевременная эпизиотомия при наличии клинических признаков угрозы разрыва промежности, а также при акушерских операциях таких как вакуум - экстракции плода и наложение акушерских щипцов и т.д.) [7, 14].

Разрывы влагалища.

Разрывы влагалища (rupturecolpos) в родах основном случаются во всех частях влагалищной трубки, преимущественно в продольном направлении из-за анатомических особенностей строения влагалища.

Клиника и диагностика. Клиническими критериями разрыва влагалища являются кровотечением из места разрыва и дефект тканей. Диагностика не представляет трудностей и осмотр влагалища в зеркалах помогает оценить локализацию и глубину разрыва.

Лечение. Зашивание разрывов во влагалище выполняют в несколько этапов, в зависимости от глубины раны, узловатыми отдельными швами с применением синтетического материала, который в последствии рассасывается.

Выделяют разрыв влагалища при котором происходит отрыв влагалища от матки (colpogexis), и его относят к категории разрывов матки.

Профилактикой разрывов влагалища является правильное ведении родов [14].

Гематомы преддверья влагалища и влагалища.

Гематомы преддверья влагалища и влагалища (hematomevulve, colpos) представляют собой результат разрыва сосудов и кровоизлияния в клетчатку органов. При этом слизистая оболочка влагалища остается неповрежденной, вследствие чего кровь не выделяется наружу а собирается в клетчатке.

Этиология. Чаще всего гематомы преддверья влагалища происходят из-за повреждения тканей механическим путем , когда плод проходит по родовому каналу у женщин, имеющих [7]:

- варикозное расширение вен
- экстрагенитальную патологию (сахарный диабет, авитаминоз, сосудистые заболевания и т.п.);
- нарушение свертывающей системы крови

Клиника.

Клиническая картина гематомы зависит от локализации процесса, объема и скорости наполнения.

Не большие гематомы протекают бессимптомно, большие – сопровождаются сильной болью в области наружных половых органов , промежности, прямой кишки и сопровождающихся прогрессирующими анемизациями организма. Самостоятельное опорожнение гематомы сопровождается внешним кровотечением. При воспалении гематомы, в следствии инфицирования, отмечается усиление боли пульсирующего характера, гипертермией (гектический тип температуры), лейкоцитозом, ускорением СОЭ [14].

Диагностика.

- опухолевидное образование во влагалище или на промежности, синевато-багрового цвета, которое может пульсировать ;
- гематома вульвы сопровождается отеком больших и малых половых губ, напряжением в области ее образования, а также багровой окраски ее;
- гематомы во влагалища чаще возникают в нижних ее отделах;
- при быстром кровенаполнении гематомы появляется ощущение давления, распирающего, острой боли , а также нарастанием анемии в общем анализе крови [14].

Лечение.

Лечение зависит от размера гематомы. Как большие гематомы так и малые , которые продолжают увеличиваться, требуют оперативного лечения. Гематому дренируют , удаляют свертки, вымачивают жидкую кровь, находят разорванный сосуд и прошивают ее. Если невозможно найти конец сосуда, ткани которые кровоточат обшивают восьми образными швами из синтетического материала, который рассасывается. Производят дренирование раны и ее зашивание. Накладывают швы, производят тампонаж влагалища, прикладывают холод к промежности. А также проводят комплекс лечебных

мероприятий, направленных на профилактику или лечение анемии и гнойно-септических осложнений.

Часто причиной гематом вульвы и влагалища может стать травма варикозных узлов вульвы и влагалища. Клиника этой патологии характеризуется массивным кровотечением, быстрым образованием прогрессирующих гематом. При этом необходимо четко знать топографии раны. Остановка кровотечения в таких случаях является технически сложной манипуляцией. Простого прошивания кровоточащей раны не достаточно и оно лишь усложняет состояние. В данном случае необходимо осторожное раскрытие раны, отсипаривание поврежденного сосуда а также перевязка его ниткой, которая рассасывается, с последующим прошиванием раны и приложением холода на 30-40 минут. В более тяжелых случаях, особенно когда локализация процесса во влагалище, выполняют тугую тампонаду влагалища стерильной марлевой салфеткой с гемостатической губкой а также производят тампонаду прямой кишки. В течении суток ведется тщательное наблюдение за роженицей с последующим удалением тампонов. Если гематома продолжает увеличиваться и это приводит к анемии, а также при наличии признаков геморрагического шока выполняют лапаротомию и перевязывают внутреннюю подвздошную артерию. По истечению 5-6 дней выполняют вскрытие гематомы и ее дренирование для профилактики инфицирования. Профилактика гематом требует рационального ведения родов, а также своевременного определения показаний к родоразрешению путем кесарева сечения[6, 14].

Разрывы шейки матки.

Травматические повреждения шейки матки - разрывы (rupturacoliuteri) - могут быть от поверхностных к глубоким и сопровождаться кровотечением.

Классификация [7]:

- По патогенетическими признаками:
 - спонтанные (самопроизвольные)
 - насильственные.
- По степени тяжести (по И.Ф. Жордания):
 - 1-я степень - длина раны до 2 см (1/3 длины шейки)
 - 2-я степень - разрыв превышает 2 см (2/3 длины шейки), не достигая свода влагалища;
 - 3-я степень - разрыв достигает свода влагалища; иногда он переходит на ткани свода влагалища, параметрия, продолжается на нижний сегмент матки.

Клиника.

Частым клиническим симптомом разрыва шейки матки является кровотечение алой кровью, которая начинается после рождения ребенка. Кровь может течь струей. Разрывы шейки матки 1-й степени могут протекать

бессимптомно. Интенсивность кровотечения обусловлена калибром пораженного сосуда.

Диагностика.

Диагностируется разрыв при осмотре шейки матки в зеркалах. Разрыв характеризуют по степени тяжести, локализации, по состоянию краев раны, объемом кровотечения. Следует помнить, что длина разрыва шейки матки с внешней стороны всегда меньше, чем со стороны цервикальной поверхности. Эту особенность нужно учитывать при ушивании разрывов [7].

Лечение.

Разрыв шейки матки ушивают узловатыми швами синтетического материала, который рассасывается.

Важно обнажить верхний край раны со стороны porciovaginalis и убедиться относительно глубины разрыва внутренней поверхности. Первый шов накладывают на 1,0-1,5 см выше верхнего угла раны, последующие - на расстоянии 0,5-0,7 см с обеих сторон от краев раны.

Профилактика разрыва шейки матки заключается в рациональном ведении родов (правильное определение метода родоразрешения, своевременное применение средств для обезболивания родов) [14].

Разрывы матки.

Разрывом матки (rupturauteri) называется травматическое повреждение целостности органа во время беременности или родов.

Разрыв матки - тяжелая патология в акушерстве, сопровождается инвалидизацией а также высокой материнской, перинатальной смертностью: материнская летальность при разрыве матки достигает 12-18%, гибель плода - 35-40%.

Этиология и патогенез.

Этиологии и патогенезу разрывов матки посвящено многочисленные труды выдающихся отечественных и иностранных ученых разных времен. Сегодня признаны механическая и гистопатична теории разрывов матки.

Разрывы матки возникают преимущественно во время родов, реже - во время беременности.

По данным МОЗ в группу риска разрыва матки во время беременности и родов относятся [25]:

- беременные с рубцом на матке;
- беременные, рожавшие много раз.

В группу риска разрыва матки во время родов относятся беременные:

- перечисленные в предыдущем пункте;
- с плодом большой массы;
- с перерастянутой стенкой матки (многоводие, многоплодие)
- с неправильным положением плода
- с патологическим вставкой головки;
- с клинически узким тазом;
- с анатомическими изменениями шейки матки (рубцами, деформациями)
- с опухолями матки, блокирующие выход из малого таза;

- с морфологическими изменениями миометрия (дегенеративные и воспалительные процессы после абортов, операций, выскабливание стенок полости матки; инфантилизм и т.д.)

Классификация разрывов матки. (Репина М.А., 1984) [1].

I. По патогенезу:

1. Спонтанный разрыв матки ;

- при морфологических изменениях миометрия;
- при механическом препятствии рождению плода
- при сочетании морфологических изменений миометрия и механическом препятствии рождению плода.

2. Принудительный разрыв матки

- смешанный (при применении родоразрешающих операциях на фоне морфологических изменений миометрия).

2. По клиническому течению:

- Риск разрыва матки.
- угрожающего разрыва матки.
- Разрыв матки, состоялся.

3. По характеру повреждения:

- Неполный разрыв.
- Полный разрыв матки.

4. По локализации:

1. Разрыв в нижнем сегменте:

- разрыв передней стенки;
- боковой разрыв;
- разрыв задней стенки;
- отрыв матки от влагалищных сводов.

2. Разрыв в теле матки;

- разрыв передней стенки;
- разрыв задней стенки.

3. Разрыв в дне матки.

Клиника разрыва матки.

Клинические проявления разрыва матки зависят от стадии патологического процесса и патогенетического механизма его развития.

Риск разрыва матки - процесс, предшествующий клиническим признакам угрозы разрыва матки, более свойственен женщинам группы высокого риска разрыва матки (см. Выше).

Симптомы анатомо - функциональной неполноценности рубца:

- ощущение боли в области нижнего сегмента;
- боль при пальпации нижнего сегмента через переднее влагалищное своды, его неоднородность, погружения (углубление)
- при УДО - толщина нижнего сегмента менее 4,0 мм, баллоноподобная форма [1].

Угроза разрыва матки во время родов.

Чаще всего возникает при диспропорции между размерами плода и таза матери [7].

- характеризуется частыми, чрезмерно болезненными схватками; роженица беспокойна, возбуждена, кричит от боли, не находит себе места, лицо гиперемированное, пульс частый, гипертермия, язык сухой;
- матка напряжена, болезненный нижний сегмент, круглые связки матки сильно напряжены и болезненны;
- контракционное кольцо располагается в косом направлении на уровне пупка и выше; матка приобретает форму «песочных часов»;
- родовая деятельность не продуктивная и невольная, предлежащая часть плода над входом в малого таза
- судорожные схватки
- сердцебиение плода плохо прослушивается;
- отечность надлобковой зоны (отек предстательной клетчатки), затрудненное мочеиспускание;
- отек шейки матки, тканей влагалища и промежности;
- положительный симптом Генкель - Вастена;
- болезненность матки при пальпации;
- родовая опухоль на головке плода постепенно наполняет полость малого таза.

Симптомы комплекса гистопатического (при морфологических изменениях миометрия) разрыва матки характеризуются атипичными проявлениями:

- патологический «прелиминарный» период;
- слабость родовой деятельности, отсутствие эффекта от родовозбуждения;
- усиление и без того сильной боли в животе между схватками;
- преждевременное также раннее отхождение околоплодных вод;
- клинические проявления инфекции в родах;
- примеси крови в моче;
- нарастающий дистресс плода.

Разрыв матки, свершившийся.

Классические клинические признаки разрыва матки в родах [14]:

- «кинжальная» боль в животе
- характерна для данного состояния выразительная эректильная фаза шока;
- родовая деятельность прекращается;
- нарастают симптомы болевого и геморрагического шока, клинические симптомы внутрибрюшного кровотечения
- изменяется форма живота (матка сокращается и отклоняется в сторону, через переднюю брюшную стенку определяются отдельные мелкие части плода)

- наружное кровотечение;
- гибель плода.

Клинические признаки при неполном разрыве матки.

- плод находится в полости матки;
- родовая деятельность не всегда прекращается;
- рядом с маткой со стороны разрыва появляется и увеличивается гематома;
- на стороне гематомы - боль, иррадиирующая в нижние конечности, выразительная боль внизу живота, пояснице;
- нарастают клинические симптомы внутреннего кровотечения и геморрагического шока[1].

Признаки разрыва матки по рубцу.

- особенности анамнестических данных (время после кесарева сечения менее 2 лет; гнойно-септические осложнения в послеродовом периоде, корпоральный кесарево сечение и др.)
- наличие симптомов неполноценного рубца на матке (положительный симптом «ниши»);
- в родах слабые схватки при слабой родовой деятельности, родовая деятельность может продолжаться;
- разрыв матки при целом плодном пузыре;
- боль в области рубца;
- боль усиливается с началом родовой деятельности и не исчезает между схватками;
- предлежащая часть плода не продвигается; пальпация рубца вызывает чрезмерную болезненность;
- появляются тошнота, рвота, беспокойство;
- появляются признаки дистресса плода;
- разрыв происходит на фоне дискоординации родовой деятельности или ее слабости;
- выразительная клиническая симптоматика наблюдается при разрыве крупных маточных сосудов;
- разрыв матки по рубцу чаще является неполным [1].

Признаки разрыва матки, диагностируемый в раннем послеродовом периоде.

- умеренное или чрезмерное кровотечение из половых путей;
- иногда отсутствуют признаки отделения плаценты;
- выраженная болезненность во всех участках живота, сильные боли при пальпации матки;
- возможно вздутие живота, тошнота, рвота
- симптом «перекрытого дна матки»;
- симптомы геморрагического шока различной степени;
- пальпация по ребру матки мучительного образования (гематома)

- гипертермия.

В практической медицине случаи неопознанного разрыва матки, когда данная патология диагностируется на 2-е - 3-и сутки после родов при нарастании явлений акушерского перитонита [1].

Алгоритм действия врача.

Родоразрешение путем кесарева сечения у женщин с риском разрыва матки выполняется при:

- сочетании узкого таза I-II ст. и большой массы плода (3800 г и более);
- поперечном, косом положении плода
- узком тазе III-IV вв .;
- блокировании родовых путей опухолями;
- рубцовых изменениях шейки матки, влагалища.

Родоразрешение путем кесарева сечения в родах выполняется при:

- вышеперечисленных показаниях;
- лобном вставлении, высоком прямом стоянии стреловидного шва;
- клинически узком тазе.

Акушерская тактика при признаках угрожающего разрыва матки

- родовая деятельность прекращается (токолитики, наркотические или ненаркотические анальгетики)
- беременна транспортируется в операционную;
- роды завершают оперативным путем.

Особенности кесарева сечения: обязательно вывести матку из полости таза для детальной ревизии целостности ее стенок [25].

Лечение разрыва матки, который состоялся.

Клинические признаки разрыва матки требуют предоставления ургентной помощи на месте. Транспортировка роженицы резко ухудшает ее состояние.

Терапия завершеного разрыва матки включает применение ургентных «реанимационных мероприятий»:

- срочное проведение противошоковой терапии с мобилизацией центральных вен
- хирургическое вмешательство предусматривает срочную лапаротомию, экстирпацию матки, ревизию органов брюшной полости, дренирование брюшной полости;
- обеспечение инфузионно-трансфузионной терапии, адекватной размера кровопотери и коррекция нарушений гемокоагуляции;
- в послеродовом периоде продолжение интенсивной инфузионно-трансфузионной терапии, реабилитационных мероприятий.

Показания к органосохраняющей операции:

- неполный разрыв матки;
- небольшой полный разрыв;
- линейный разрыв с четкими краями
- отсутствие признаков инфекций;
- небольшой безводный промежуток;
- сохранена сократительная способность матки.

Показания к надвлагалищной ампутации матки

- свежие разрывы тела матки с неровными раздавленными краями, с сохраненным сосудистым пучком, с умеренным кровотечением без признаков синдрома ДВС и инфекции.

Показания до экстирпации матки

- разрыв тела или нижнего сегмента матки, который перешел на шейку с поврежденными краями
- травма сосудистого пучка;
- невозможность определения нижнего угла раны;
- разрыв шейки матки с переходом на тело.

Показания до экстирпации матки с маточными трубами:

- предыдущие показания при длительном безводном промежутке (более 10 - 12:00)
- проявления хориоамнионит, эндометрита;
- наличие хронической инфекции.

При массивной кровопотере выполняется перевязка внутренних подвздошных артерий.

При большой травме и значительной кровопотере перевязка внутренних подвздошных артерий выполняется до начала основного объема операции.

Профилактика разрыва матки заключается в планировании беременности, своевременному определению групп риска по разрывом матки; своевременной госпитализации в акушерские стационары; рациональном ведении родов.

Выворот матки.

Послеродовым выворотом матки называется патологическое состояние, при котором внутренняя поверхность матки выворачивается наружу.

В акушерской практике послеродовой выворот матки является чрезвычайно редким осложнением третьего периода родов. Поскольку матка выворачивается именно в третьем периоде родов, термин «послеродовой выворот» не совсем соответствует времени возникновения родовой травмы. Целесообразно пользоваться термином «акушерский выворот матки».

Классификация [7]:

- 1) По клинико-морфологическим признакам:
 1. Острый (быстрый) полный;
 2. Острый (быстрый) неполный (частичный).
- 2) По патогенетическими признаками:
 1. Спонтанный;
 2. Насильственный.

Этиология и патогенез.

Основной причиной акушерского выворота матки является потеря тонуса миометрия. Способствует совершению данной травмы нерациональное ведение третьего периода родов.

Клиника.

Акушерский выворот матки сопровождается внезапной острой болью внизу живота, (коллапсом) шоковым состоянием (сознание омрачено, кожа и слизистые оболочки бледные, холодный пот на лице, зрачки расширены; пульс частый, слабого наполнения) маточным кровотечением; наличием между бедрами роженицы опухолевидного образования ярко-красного цвета, мягкой консистенции которое кровоточит [10].

Диагностика.

Вывернута матка может размещаться во влагалище и выходить за половую щель. Если плацента не отделилась, то опухолевидное образование содержит плаценту, плодные оболочки, пуповину.

Диагноз неполного (частичного) акушерского выворота матки устанавливается при определении высоты дна матки (матка над лобком не определяется). Осмотр влагалища в зеркалах подтверждает диагноз и позволяет дифференцировать полный выворот матки с частичным [10].

Лечение.

Терапия при остром акушерском вывороте матки направлено на вывод пациентки из состояния болевого, геморрагического шока и репозиции матки. Дают глубокий наркоз. Вывернутую матку обмывают теплым раствором фурацилина (1: 5000). Если плацента не отделилась, ее отделяют. Переводят женщину в положение Тренделенбурга и выполняют репозицию матки. В послеродовом периоде проводят профилактику гнойно-септических осложнений. Несвоевременная квалифицированная помощь может привести к ущемлению или гангрене матки, выпадению ее. Это требует экстирпации матки через влагалище.

Профилактика острого акушерского выворота матки заключается в рациональном ведении родов, особенно третьего периода родов [6].

Акушерская травма костного таза.

Акушерской травмой костного таза называют травматические повреждения суставов и сочленений, связанных с родами.

Травма симфиза.

Разрывы симфиза во время родов случаются редко, чаще (до 4% случаев) наблюдаются различия лобковых костей.

Этиология и патогенез.

Травматическому повреждению симфиза предшествуют гормональные изменения в организме женщины во время беременности. Так, максимальное накопление гормона релаксина в конце беременности способствует размягчению хрящевой ткани симфиза. При таких условиях вставление головки плода в плоскость входа при узком тазе, макросомии плода,

асинклизме может привести к расхождению лобковых костей. Патология может случиться в результате наложения акушерских щипцов, плодоразрушающих операций, экстракции плода за тазовый конец.

Классификация [7]:

По степени тяжести:

1-я степень – расхождение 5-9 мм (норма 1,5 мм);

2-я степень – расхождение 10-20 мм;

3-я степень – расхождение более 20 мм.

Клиника.

Расхождение лобковых костей проявляется болью в области симфиза, крестца. Боль усиливается при попытке встать, ходить, появляется «утиная походка». При травме лобкового сочленения боль усиливается через 8-12 часов после родов. При пальпации симфиза отмечается резкая боль. Роженица лежит в постели в вынужденном положении: ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах, бедра развернуты (симптом М.Н. Волковичу). Разрывы лобкового сочленения иногда сопровождаются травмой мочевого пузыря, клитора и тому подобное.

Диагностика не представляет трудностей. Величина различия измеряется на рентгенограмме; УЗИ.

Лечение роженицы с разрывом симфиза определяется степенью различия костей. Независимо от тяжести процесса назначают постельный режим, витамины группы В, витамин D - 5000 МЕ три раза в сутки, кальция глицерофосфат 0,5 г три раза в сутки, сбалансированный комплекс макро- и микроэлементов. В случае расхождения лобковых костей 1-й степени назначают постельный режим в течение 3-4 недель, включающий попеременное положение тела то на левом, то на правом боку. На участок большого вертела кладут подушку с песком массой до 5 кг. Различия лобковых костей 2-3 степени требует применения повязки типа «гамак» в течение 4-6 недель. При отсутствии эффекта от консервативной терапии проводят оперативное лечение.

Профилактика различия симфиза заключается в предотвращении рахита и дисбаланса обмена макро-, микроэлементов, воспитании девочки, прогнозировании и рациональном ведении родов [7].

Родовые травмы новорожденных.

Родовыми травмами новорожденных называются травматические повреждения тканей и органов, произошедшие во время родового акта.

Этиология.

К этиологическим факторам возникновения родовых травм относят:

- затяжные роды;
- быстрые роды;

- несоответствие размеров родового канала и плода (узкий таз, макросомия, неправильное вставление головки плода)
- акушерские операции, и тому подобное.

Классификация.

- поверхностные повреждения (поверхностные ссадины, синяки, гематомы, родовая опухоль на подлежащей части плода)
- тяжелые повреждения (разрывы кожи, гематомы, вывихи суставов, переломы костей, повреждения позвоночника, черепа и т.д.).

Повреждения кожи и мягких тканей плода.

Травмы кожи и мягких тканей клинически проявляются поверхностными ссадинами, синяками, тяжелыми рваными ранами кожи затылка, темени, ягодиц, половых органов и тому подобное.

Поверхностные ссадины и синяки особого лечения не требуют.

Глубокие разрывы лечат хирургическим путем.

родовая опухоль

Родовая опухоль на коже затылка, темени, личике, ягодицах возникает практически при всех родах.

Родовая опухоль - это отек подлежащей части плода с мелкими точечными кровоизлияниями, обусловленные застоем лимфы и крови в подкожной клетчатке.

Клинически родовая опухоль имеет вид припухлости с цианотической кожей.

Родовая опухоль лечения не требует и исчезает самостоятельно в течение первых 5 - 7 суток жизни ребенка [7].

Кефалогематома.

Кефалогематома - это кровоизлияние между надкостницей и любой костью черепа, чаще всего на подлежащей части головки новорожденного ребенка.

Классификация [7]:

- внешняя;
- внутренняя.

Внешняя кефалогематома - кровоизлияние между костью черепа и внешней пластиной надкостницы.

Пальпаторно отмечается упругая, флюктуированная опухоль. Кожа над внешней кефалогематомой имеет нормальную окраску.

Нередко опухоль увеличивается в течение первых 2 - 3 суток жизни.

Небольшие внешние кефалогематомы рассасываются самостоятельно без терапевтических мероприятий.

Кефалогематомы больших размеров потребует в течение первых 2-3 суток жизни возвышенное положение головного конца кровати ребенка

Внутренняя кефалогематома - кровоизлияние и скопление крови между внутренней поверхностью кости и твердой мозговой оболочкой. Внутренняя кефалогематома возникает при нарушении целостности черепных костей и может сопровождаться повышением внутричерепного давления, раздражением мозговых оболочек, параличом жизненно важных центров.

Лечение детей с клиническими проявлениями внутренних кефалогематом проводят в соответствующих реанимационных отделениях.

Вдавливания костей черепа

Вдавливания костей черепа - это родовая травма, клинически проявляется наличием желобоватого или круглого вдавливания различной глубины, чаще всего в области теменной или височной кости.

Глубокие и широкие вдавливания исправляют ручным методом, глубокие - хирургическим.

Переломы костей конечностей.

Переломы ключицы.

Клинические признаки перелома ключицы незначительны. Подкосный перелом ключицы и перелом без смещения оказываются на 5-7 сутки после рождения, когда на месте перелома образуется хрящевой мозоль.

Лечение перелома ключицы сводится к наложению фиксирующей повязки на плечевой пояс.

Перелом плечевой кости.

Клинические признаки перелома плечевой кости:

- ручка неподвижная;
- прощупываются обломки костей;
- ощущается крепитация.

Лечение заключается в наложении фиксирующей повязки, подложив в подмышечную впадину кусочек ваты. Больную ручку, разогнув в локтевом суставе, прибинтовывают к грудной клетке.

Перелом бедренной кости.

Клинические признаки перелома бедренной кости:

- ножка неподвижная;
- ощущается крепитация;
- хорошо прощупываются обломки костей.

Лечение разогнутую в коленном суставе ножку прибинтовывают к туловищу. Применяют специальное извлечения конечности.

Повреждения органов грудной клетки и полости живота

Разрывы этих органов сопровождается кровоизлиянием в брюшную полость или легкие. Диагностика затруднена. Характерная клиническая картина внутреннего кровотечения.

Лечение - немедленная лапаротомия, остановка кровотечения, реанимационные мероприятия [7].

Контрольные вопросы.

1. Какое определение понятия «акушерский травматизм»?
2. Какая классификация родового травматизма матери по локализации процесса?
3. Какова классификация родового травматизма матери по патогенезу?
4. Какая этиология травм вульвы, промежности, влагалища, шейки матки?
5. Какая клиника, диагностика, лечение травм наружных половых органов?
6. Классификация разрывов промежности?
7. Какая клиника, диагностика, лечение разрывов промежности?
8. Какая клиника, диагностика, лечение разрывов влагалища?
9. Какая клиника, диагностика, лечение гематом вульвы и влагалища?
10. Какая классификация разрывов шейки матки?
11. Какая клиника, диагностика, лечение разрывов шейки матки?
12. Какая этиология и патогенез разрывов матки?
13. Какая классификация разрывов матки?
14. Какие факторы риска разрывов матки?
15. Какие клиника и диагностика угрозы разрыва матки?
16. Какая акушерская тактика при угрозе разрыва матки?
17. Какие клиника и диагностика завершеного разрыва матки?
18. Какая акушерская тактика при завершеном разрыве матки?
19. Какая профилактика разрыва матки?
20. Какие факторы риска послеродового выворота матки?
21. Какая клиника, диагностика, акушерская тактика при послеродовом вывороте матки?
22. Какая профилактика послеродового выворота матки?
23. Какие этиология, патогенез, факторы риска и классификация акушерских травм костного таза?
24. Какая клиника, диагностика, лечение и профилактика акушерских травм костного таза?
25. Какая этиология, факторы риска акушерских травм новорожденного?
26. Какая классификация акушерских травм новорожденного?
27. Какая клиника, диагностика, лечение акушерских травм новорожденного?
28. Какая профилактика акушерских травм новорожденного?

Тестовые задания.

1. У роженицы в раннем послеродовом периоде появились кровянистые выделения из половых путей. При пальпации через переднюю брюшную стенку матка плотная, на 2 поперечных пальца ниже пупка. При осмотре родовых путей обнаружено разрыв шейки матки слева, который кровоточит, длиной 4 см, без перехода на свод. Какой диагноз?
А. * Разрыв шейки матки II степени.
В. Разрыв шейки матки I степени.
С. Разрыв шейки матки III степени.
Д. Разрыв шейки матки IV степени.

2. Повторнородящая 35 лет доставлена в тяжелом состоянии с жалобами на внезапную, интенсивную режущая боль в животе. Схватки длятся с 6:00. В анамнезе аборт с перфорацией стенки матки. Женскую консультацию во время беременности не посещала. Кожные покровы бледные, влажные. Артериальное давление 70/40 мм. Рт.ст., Пульс 130 уд / мин. Контуры матки не четкие, под передней брюшной стенкой пальпируется головка плода. Сердцебиение плода не прослушивается. Какая самая вероятная причина разрыва матки?

- А. * Рубец на матке после перфорации.
- В. Анатомически узкий таз.
- С. Большой плод.
- Д. Переношенная беременность.

4. Женщина родила младенца массой 4082 г, срединная эпизиотомия осложнилась разрывом промежности II степени. Какие ткани при этом остались не поврежденными ?

- А. * Слизистая оболочка прямой кишки
- В. Кожа промежности.
- С. Боковая стенка влагалища.
- Д. Мышцы промежности.

4. Первобеременная 32 лет. Начало II периода родов. Резкая болезненность в нижнем сегменте матки. Матка приобрела форму песочных часов. Сердцебиение плода 140 уд. в мин., ритмичное. Расположение плода продольное, предлежит головка плода прижата ко входу в малый таз. Контракционное кольцо на уровне пупка. Предполагаемая масса плода 4600 г. Диагноз?

- А. * Угрожающий разрыв матки.
- В. Разрыв матки который осуществился.
- С. Дискоординированная родовая деятельность.
- Д. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
- Е. Нормальные роды.

Задачи.

1. Роженица 28 лет. Роды первые, срочные. Положение плода продольное, головное предлежание. Размеры таза: 24-25-29-18см. Схватки длятся десять часов, последние два часа очень болезненные, роженица ведет себя беспокойно. Околоплодные воды отошли два часа назад. Круглые связки матки болезненные при пальпации, контракционное кольцо на 2 пальца выше пупка, признак Генкель-Вастена положительный. Сердцебиение плода 160 уд / мин., Глухое. Плодный пузырь отсутствует, открытие маточного зева 8 см,

предлежит головка, прижата ко входу в малый таз, пальпируется большой родничок. Какой вероятный диагноз? Какая акушерская тактика?

Раздел V. Кровотечения в акушерстве. Кровотечения во время беременности, родов и послеродового периода. Геморрагический шок. Синдром – ДВС.

За последние 5 лет акушерские кровотечения устойчиво занимают одно из лидирующих мест в структуре материнской смертности. Их частота колеблется от 2,5 до 8% по отношению к общему числу родов, при этом 2-4%, связанные с атонией матки в послеродовом периоде, а в 1% - с предлежанием плаценты и преждевременной отслойкой ее во время беременности.

Под акушерским кровотечением понимают любую кровопотерю из половых органов женщины во время беременности. Маточные кровотечения в родах и раннем послеродовом периоде в физиологических пределах (до 0,3% массы тела, что составляет примерно 250 мл) обусловленную гемохориальным типом связи между плацентой и маткой, не сказывающуюся на общем состоянии роженицы и не требующую включения компенсаторных механизмов организма. Допустимая кровопотеря составляет 250-400мл, что в пересчете к массе тела составляет 0,3-0,5% и, как правило, переносится без осложнений.

Кровопотеря более 0,5% от массы тела считается патологической. Учитывая, что у беременных, рожениц и родильниц снижена толерантность к кровопотере и симптомы шока могут развиваться при ее объеме 750-1000мл, кровопотеря до 1-1,5% массы тела расценивается как умеренная, а более 1,8% массы тела как массивная.

Причины кровотечений в I половине беременности:

- самопроизвольный выкидыш;
- пузырный занос;
- внематочная беременность (в том числе шеечная).

Причины кровотечений во II половине беременности:

- предлежание плаценты
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- разрыв матки.

Причины кровотечений в родах:

I период:

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- предлежание плаценты
- разрыв матки;
- разрыв шейки матки;

II период:

- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- разрыв матки;

III период:

- патология прикрепления плаценты
- задержка плаценты, ущемление последа
- разрыв мягких тканей родовых путей.

Послеродовое кровотечение:

- гипотоническое кровотечение
- задержка частей последа;
- разрыв мягких тканей родовых путей
- разрыв матки;
- эмболия околоплодными водами;
- коагулопатическое кровотечение.

Кровотечения, не связанные с беременностью:

- полип шейки матки;
- рак шейки матки.

Пузырный занос

Пузырный занос характеризуется гиперплазией обоих слоев трофобласта, резким увеличением и отеком ворсинок хориона, напоминающие гроздь винограда (гидропическая трансформация ворсинок хориона), наличием пузырьков объемом до 15мм, заполненных жидкостью, которая состоит из альбумина и муцина. Пузырный занос развивается вследствие аномальной фертилизации.

Классификация

Трофобластическая болезнь включает:

1. Пузырный занос:

- полный (классический)
- неполный (частичный)
- инвазивный (деструктивный).

2. Хорионкарцинома (гестационная трофобластическая опухоль, злокачественная гестационная трофобластическая болезнь):

- не метастатическая (процесс ограничен маткой)
- метастатическая (процесс распространяется за пределы матки):
 - а) низкого риска (благоприятный прогноз)
 - б) высокого риска (неблагоприятный прогноз).

Этиология. Есть две основные теории возникновения трофобластической болезни. Согласно *одной* из них, заболевания обусловлено патологией хориального эпителия плодного яйца. Вторая теория объясняет развитие заболевания патологическими изменениями в организме матери, снижением защитных сил, гормональными нарушениями.

Выделяют хромосомный набор 46XX, где обе X-хромосомы имеют родительское происхождения. Причиной этого может быть оплодотворение яйцеклетки одновременно двумя сперматозоидами или удвоение хромосом сперматозоида при отсутствии или неполноценности материнской X-хромосомы. Примерно в 20% случаев полный пузырный занос трансформируется в злокачественные опухоли трофобласта. Чаще трофобластическая болезнь возникает у женщин позднего репродуктивного возраста.

Выделяют полный и частичный пузырный занос. При частичном пузырном заносе в матке обнаруживают плод или его элементы и частично ворсинки хориона. Это обусловлено хромосомными аномалиями, чаще

триплоидией или трисомией. Такая патология редко трансформируется в злокачественные опухоли трофобласта.

Деструктивная форма пузырного заноса, при котором в результате высокой пролиферативной активности разрушается децидуальная оболочка, стенка матки, сосуды, напоминая рост опухоли. Иногда такие повреждения достигают серозного слоя и ведут к внутрибрюшному кровотечению.

Клиническими проявлениями есть появление симптомов угрозы прерывания беременности ранних или поздних сроков, возможно выделение крови из половых путей с содержанием пузырьков. При гинекологическом обследовании находят значительное увеличение размеров матки, в соответствии с тем сроком беременности, который имеет женщина, и **лютеиновые кисты яичников** (патогномоничный симптом). Иногда больные попадают в стационар с признаками внутрибрюшного кровотечения (деструктивный пузырный занос).

Диагностические мероприятия:

1. Бимануальное гинекологическое обследование.
2. Определение уровня ХГ в крови.
3. УЗИ органов малого таза.

Выделения из матки кистозно измененных набухших ворсинок хориона - абсолютный признак пузырного заноса. При пальпации не определяются части плода, его сердцебиение и движения. При УЗИ - отсутствие в полости матки плода, зато - гомогенная мелкозернистая масса. Повышение уровня ХГ более 100 000 МЕ / л (больше нормы в 50-100 раз) при увеличенной матке и кровотечение - еще один признак пузырного заноса.

Дифференциальную диагностику проводят с внематочной беременностью, аномальным маточным кровотечением, замершей беременностью, самопроизвольным прерыванием беременности, многоплодной беременностью, многоводием, миомой матки.

Показаний к госпитализации:

1. Подозрение на пузырный занос.
2. Кровотечения в I - II триместре беременности.
3. Несоответствие размеров матки сроку беременности.
4. Кровянистые выделения в течение 1 месяца после эвакуации пузырного заноса.
5. Отсутствие снижения уровня ХГ в крови.

Обследование:

- общий анализ крови,
- общий анализ мочи,
- биохимическое исследование функции печени и почек,
- определить группу крови и резус-фактор,
- сделать рентгенографию грудной клетки.

Основным методом лечения при пузырном заносе является осторожное освобождение матки (преимущественно вакуум-эксхорляции). Во время проведения манипуляций и после них вводят утеротонические препараты.

В случаях значительной угрозы перфорации матки во время выскабливания не ставят себе целью полностью опорожнить матку, а через 2-3 суток операцию проводят во второй раз.

При деструктивном пузырьном заносе существует большой риск перфорации матки. В этих случаях проводят лапаротомию и экстирпацию матки.

Химиотерапию проводят тем женщинам, у которых после выскабливания полости матки сохраняется ее субинволюция, продолжаются кровянистые выделения из влагалища и сохраняется повышенный уровень хорионического гонадотропина. Назначаются винбластин, метотрексат, меркаптопурин, рубомицин, дактиномицин.

После окончания курса лечения, в связи с возможностью развития хорионэпителиомы, женщины подлежат диспансерному наблюдению.

Диспансеризация

1. Продолжительность диспансерного наблюдения в течение 1 года
 - Контроль уровня ХГ один раз в 14 дней (до нормализации).
 - УЗИ органов малого таза в динамике.
 - Контрацепция (барьерные методы) в течение года.
2. При появлении положительной реакции больной госпитализируется для тщательного обследования, уточнения диагноза и лечения. Рекомендована консультация онколога. Вынашивать беременность разрешается через три года.

Внематочная шеечная беременность

Шеечная беременность - это один из редких и тяжелых вариантов внематочной беременности, когда имплантация оплодотворенной яйцеклетки произошла в канале шейки матки.

Диагностика

1. Анамнез, в том числе гинекологический. Обращают внимание на количество аборт и ход после абортного периода, перенесенные воспалительные заболевания внутренних половых органов, в том числе шейки матки.
2. Осмотр шейки матки в зеркалах. Визуализация цианотичной бочкообразной шейки матки.
3. Осторожное бимануальное гинекологическое исследование. Матка вместе с шейкой имеет вид "песочных часов".
4. УЗИ органов малого таза.

Дифференциальная диагностика. Шеечную беременность дифференцируют с самопроизвольным аборт, миомой матки, раком шейки матки, "рождение" субмукозной миомы на ножке, трофобластической опухолью, предлежанием и низко расположенной плацентой. УЗИ позволяет достаточно четко провести дифференциальную диагностику,

выявить различия между шеечной беременностью и другой акушерско-гинекологической патологией.

Лечение

1. В случае диагностированной шеечной беременности **категорически запрещается выполнять выскабливание стенок полости матки, которое может привести к развитию профузного кровотечения.**
2. Метод лечения шеечной беременности - **хирургический (экстирпация матки).**

После подтверждения диагноза шеечной беременности определяют группу крови и Rh-фактор, устанавливают венозный катетер, получают проинформированное письменное согласие больного на выполнение экстирпации матки.

В отделении трансфузиологии заказывают одногруппную свежезамороженную плазму, свежезаготовленную эритроцитарную массу, готовят препараты гидроксипроксиэтилкрахмала, кровезаменители.

Кровотечение до родов

Дородовое кровотечение - это кровотечение, возникающее с 22 нед., в течение беременности и до родов. Дородовое кровотечение составляет 3-5% от общего количества беременностей и занимает одно из первых мест среди причин материнской и перинатальной смертности во всем мире.

Причины дородового кровотечения включают: предлежание плаценты (20%), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (40%) и кровотечения из вульвы, влагалища, или шейки матки (до 5%). В случае, когда источник кровотечения установить невозможно, состояние определяют как «неуточненное дородовое кровотечение» (35%). Причиной дородового кровотечения может быть разрыв матки!

Предлежание плаценты (*placenta praevia*)

Классификация предлежаний плаценты:

1. Полное (*placenta praevia centralis*), или центральное, при котором плацента полностью перекрывает внутренний зев матки.

2. Неполное (частичное) (*placenta praevia parcialis*) - плацента расположена или у края внутреннего зева (краевое предлежание) (*placenta praevia marginalis*), или перекрывает его до 2/3 (**боковое предлежание**) (*Placenta praevia lateralis*).

(Рис.1).



Клинические признаки предлежание плаценты:

- низкое расположение предлежащей части,
- патологическое положение плода,
- кровотечение при отсутствии боли или контактное кровотечение
- во время УЗИ после 26 недель беременности - край плаценты находится менее чем на 20 мм от внутреннего зева или перекрывает его на 20мм.

На сегодня, классическое определение предлежание плаценты, которое проводилось с помощью пальцевого обследования области внутреннего зева во время родов является недопустимым. Четкий диагноз должен быть установлен с помощью УЗИ.

В случае, когда после 35-36 недель беременности край плаценты находится более чем на 20 мм от внутреннего зева - можно прогнозировать успешные вагинальные роды.

Любое перекрытие внутреннего зева плацентой после 35-36 недель беременности (> 0-20мм) является показанием к кесареву сечению.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП)

Это отслойка нормально расположенной плаценты во время беременности или в I - II периодах родов что приводит к кровотечению. Кровотечение может быть внешним (вагинальное кровотечение) и внутренним (формирование ретро-плацентарной гематомы). Частота 1-2% от всех беременностей.

Классификация

(В зависимости от степени отслойки плаценты)

1. Полное отделение (отслойка всей плаценты).
2. Частичное отделение:
 - краевое;
 - центральное.

Клиника

Клиническое течение ПОНРП зависит от:

- степени отделения,
- тяжести сопутствующей патологии.

Частичное отслоение плаценты на небольшой площади во время родов иногда невозможно диагностировать. Оно распознается по наличию старого свертка крови на плаценте, после ее рождения.

Основными симптомами при ПОНРП являются:

- кровотечение
- внутренняя - если гематома расположена в центре плаценты,
- внешняя - когда отслойка начинается с периферии,
- комбинированная.

Наиболее угрожающей является внутреннее кровотечение.

- общее состояние женщины ухудшается,
- снижается артериальное давление,
- появляется тахикардия,
- слабость,
- бледность кожи и слизистых оболочек.

Вторым основным симптомом является боль.

- локализуется в месте расположения плаценты,
- возникает вследствие образования ретроплацентарной гематомы,
- носит распирающий характер

Диагностика

При объективном обследовании отмечается:

- асимметрия,
- напряжение,
- гипертонус матки,
- болезненность при пальпации,
- определение частей плода затруднено.

При вагинальном исследовании плодный пузырь постоянно напряжен, околоплодные воды с примесью крови. Плацента рождается сразу после рождения ребенка. Отслойка плаценты до 1/3 площади приводит к развитию дистресса плода, при отслойке более 1/3 площади плаценты наступает гибель плода, особенно когда имели место морфологические или функциональные признаки ее недостаточности.

Большое значение в диагностике ПОНРП, предлежание плаценты имеет ультразвуковое исследование.

Кровотечение в последовом (третьем) периоде родов

Причины:

- патология прикрепления плаценты (**pl.accreta, increta, percreta**)
- патология выделения последа - защемление плаценты.

Величина кровопотери зависит от вида нарушения прикрепления плаценты:

- полного или частичного;
- истинного или ложного;

- приращения или прорастивания;

Клинические проявления:

- Кровотечение, начинается после рождения ребенка, либо рождения последа.
- Отсутствие признаков отделения плаценты в течение 30 минут в случае активного ведения III периода родов и выжидательной тактики ведения III периода родов.

Но при появлении кровотечения в случае активного ведения III периода родов и отсутствии признаков отделения плаценты через 15 минут необходимо срочное удаление последа.

Алгоритм оказания медицинской помощи:

1. Проверка признаков отделения плаценты.
2. При наличии признаков отделения плаценты - применение контрольной тракции для рождения плаценты.
3. В случае неудачи рождения плаценты, путем контрольной тракции - ручное отделение плаценты и выделение последа под внутривенным обезболиванием;
4. При отсутствии кровотечения, в случае неудачной попытке ручного отделения плаценты и установления диагноза истинного приращения плаценты - не пытайтесь отрывать части плаценты. Это может привести к массивной неконтролируемой кровопотери за счет травмы матки!
5. При невозможности отделения плаценты во время ручного обследования полости матки и диагностики истинного приращения или прорастивания плаценты (pl. Accreta/incrreta/percreta) - немедленная лапаротомия с проведением гистерэктомии.

Послеродовое кровотечение

Послеродовое кровотечение - кровотечение превышающее 500мл или любое кровотечение, сопровождающееся нарушением гемодинамического состояния роженицы в течение 6 недель после рождения плода.

Виды послеродовых кровотечений

- **Первичные (ранние) послеродовые**, которые возникают в раннем послеродовом периоде или в *течение 24 часов после родов*. Примерно 70% ранних послеродовых кровотечений связаны с гипотонией матки. Гипотония матки - это несостоятельность матки адекватно сократиться после рождения ребенка.
- **Вторичные (поздние) послеродовые кровотечения**, которые возникают после 24 часов и *до 6 недель после родов*. Большинство поздних кровотечений связаны с задержкой частей плаценты, инфекцией или наличием обоих состояний.

Доказательные методы профилактики послеродового кровотечения

Активное ведение III периода родов - уменьшает объем кровопотери и риск послеродового кровотечения.

Профилактическое рутинное введение утеротонических препаратов в III периоде родов у всех рожениц уменьшает риск развития послеродового кровотечения на 60% (окситоцин 10МЕ внутримышечно).

В случае родоразрешения путем кесарева сечения введение 10МЕ окситоцина (путем медленной инфузии).

Алгоритм оказания медицинской помощи при акушерских кровотечениях:

1. Определение объема кровопотери.
2. Позвать на помощь (заручиться поддержкой персонала).
3. В случае сохранения сознания женщины - оказание психологической поддержки, объяснение состояния роженицы и проводимых манипуляций.
4. **АВС** диагностика
 - Оценка состояния дыхательных путей (**А**) и дыхания (**В**) (в случае отсутствия дыхания начинайте респираторную реанимацию),
 - **С** - искусственная поддержка кровообращения.
 - непрямой массаж сердца: частота компрессии: 100 в 1 мин, отношение прямого массажа сердца - ИВЛ = 30:2,
 - катетеризация 2-х периферических вен катетерами достаточного диаметра, а в случае необходимости венесекция или катетеризация центральной вены,
 - катетеризация мочевого пузыря,
 - обеспечение согревания женщины.
 - срочно начать инфузионную терапию,
5. Временная остановка кровопотери:
 - абдоминальная компрессия аорты,
6. Клинико-лабораторное обследование:
 - группа крови и Rh-фактор,
 - анализ крови общий,
 - время свертывания крови,
 - коагулограмма,
 - прикроватный тест
 - забор крови на совместимость.
7. Установление причины кровотечения:
 - оценка тонуса матки.

При нарушении тонуса матки

- введение утеротоников (Окситоцин 10ЕД/500мл физиологического раствора со скоростью 60 капель/мин.
- провести наружный массаж матки, если кровотечение продолжается
 - ручное обследование стенок матки под внутривенным обезболиванием, - применение утеротоников: эргометрин, простагландины, карбетоцин, в случае продолжения кровотечения:
- бимануальная компрессия матки или компрессия аорты, если кровотечение продолжается

- в условиях операционной применение баллонной тампонады и назначение транексановой кислоты (1г, повторить через 30 минут при необходимости).
- при величине кровопотери 1,5% и более от массы тела - лапаротомия (применение органосохраняющих технологий - перевязка магистральных сосудов (пошаговая частичная деваскуляризация матки), компрессионные швы на матку, билатеральная перевязка внутренних подвздошных (гипогастральных) артерий (при наличии специалиста, который владеет методикой манипуляции, или по рекомендации сосудистых хирургов). При неэффективности гистерэктомия без придатков матки.

Если матка плотная - исключить травму:

- ручное обследование стенок матки с целью исключения разрыва матки. В случае разрыва матки - немедленная лапаротомия.
- тщательное обследование с целью исключения травм (промежность, влагалище, шейка матки). Ушивание разрывов при условии качественного освещения и помощи ассистента. Наличие травм является показанием и до назначения транексановой кислоты (1г, повторить через 30 минут при необходимости). В случае отсутствия травмы возможно нарушение свертывания крови.
- оценка свертываемости крови с помощью прикроватного теста, время свертывания крови, коагулограмма (по возможности).

8. Постоянный контроль состояния роженицы, показателей гемодинамики и свертывания крови.

9. Назначение профилактической антибиотикотерапии препаратами широкого спектра действия, в случае необходимости - терапия антибиотиками.

10. Наблюдение в отделении интенсивной терапии в течение 24 часов после стабилизации состояния женщины (АД не менее 100 мм рт ст, пульс- до 90 / мин).

- контроль состояния матки (в случае сохранения)
- оценка кровопотери;
- оценка температуры, пульса, дыхания, АД, общего состояния (цвет кожных покровов, уровень сознания):
- рекомендуется проводить в/в инфузии сбалансированными солевыми растворами.

Объем и темп инфузии корректировать в зависимости от наличия осложнений беременности (преэклампсия), сопутствующей патологии, уровня ЦВД и почасового диуреза

- контроль выделение мочи
- контроль осложнений гемотрансфузии;
- документирование состояния женщины и терапии;

Послеродовое вторичное (позднее) кровотечение

Основные причины:

- задержка частей последа;
- гнойно-септические осложнения послеродового периода;

- не диагностированные своевременно гематомы влагалища
- расхождение швов и раны матки (после кесарева сечения или разрыва матки).
- причины, не связанные с беременностью и родами (разрыв варикозных узлов вен влагалища, рак шейки матки и др.).

11. Кровотечение в результате расхождение швов и раны матки требует немедленной лапаротомии.



рис.2

Компрессия брюшной аорты

- давление кулаком брюшной аорты прямо через брюшную стенку;
- второй рукой пальпируют пульс на бедренной артерии для оценки эффективности компрессии;
- если пульс определяется, то давление кулаком оценивают как недостаточное и наоборот.

Бимануальная компрессия матки. Введите одну руку во влагалище и прижмите ее к телу матки. Другую руку внутренней стороной ладони положите на живот на дно матки и прижмите матку в лону как это показано на рисунке. Такая бимануальная компрессия предотвращает продолжению послеродового кровотечения за счет повышения тонуса матки и дает возможность значительно уменьшить кровопотерю. Кроме того, она позволяет удалить свертки крови из полости матки и установить наличие признаков выворота матки, принять решение о необходимости ручной ревизии матки.

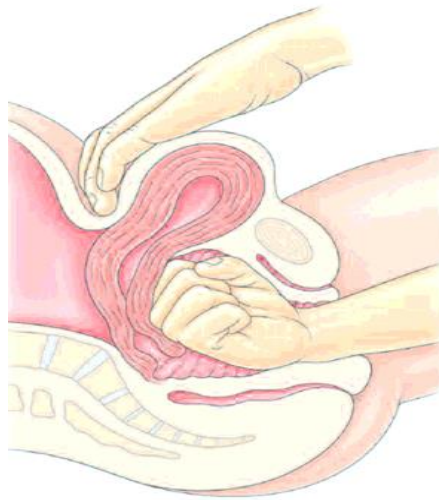


рис. 3 Двуручная компрессия

Баллонная тампонада матки. Специальный баллон вводится в полость матки с помощью окончатого зажима (за пределы внутреннего зева). С помощью шприца баллон заполняется стерильным физиологическим раствором в количестве 300-500 мл для обеспечения контр-давления с целью прекращения кровотечения. Инфузия окситоцина продолжается 24 часа. Баллон оставляют на 24 часа. Затем постепенно выводят раствор в течение 2:00, после чего убирают баллон. Полный баллон обеспечивает эффект тампонады. Эффективность баллонной тампонады - 77.5 - 88.8%, то есть в большинстве случаев этот метод позволяет предотвратить дальнейшее хирургическое лечение. В случае продолжения кровотечения после тампонады - внимательно переоцените наличие травм или других причин не связанных с атонией матки.

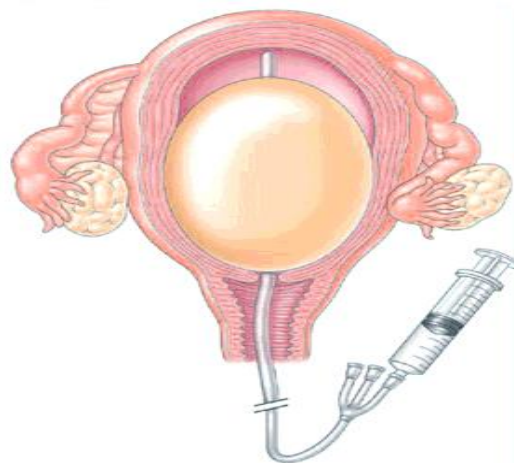


рис. 4 Баллонная тампонада матки

Методы хирургического гемостаза

На сегодня выделяют несколько методов хирургического гемостаза для прекращения массивных акушерских кровотечений с выполнением поэтапной частичной деваскуляризации матки. Необходимо отметить, что удаление матки с целью остановки кровотечения выполняют только в случае

неэффективности применения предыдущих органосохраняющих методов и продолжающемся кровотечении или в случае диагностирования истинного приращения плаценты. В целом различают следующие методы хирургического гемостаза:

- I. Двусторонняя перевязка маточных сосудов.
- II. Двусторонняя перевязка яичниковых сосудов.
- III. Наложение компрессионных швов на матку.
- IV. Билатеральная перевязка внутренних подвздошных (гипогастральных) артерий.
- V. Радикальные операции (субтотальная или тотальная гистерэктомия).

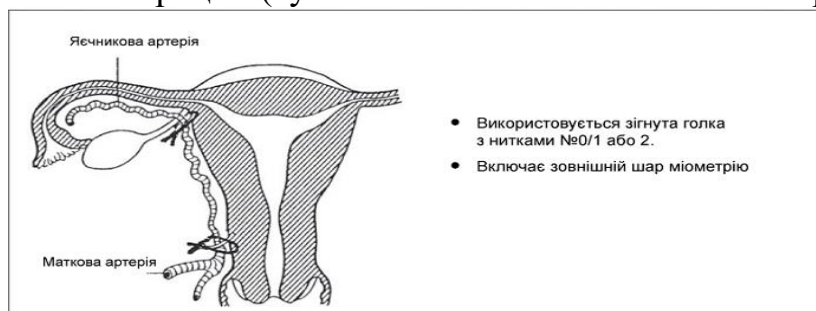


рис. 5 Перевязывание маточных и яичниковых сосудов

Компрессионные швы по В-Lynch

В последние 10 лет для остановки послеродового кровотечения стали широко использовать компрессионные швы на матку. Две наиболее распространённые методики - это швы по В-Lynch и множественные квадратные швы, описанные Cho с соавторами. Эффективность наложения компрессионных швов составляет 70-90%.

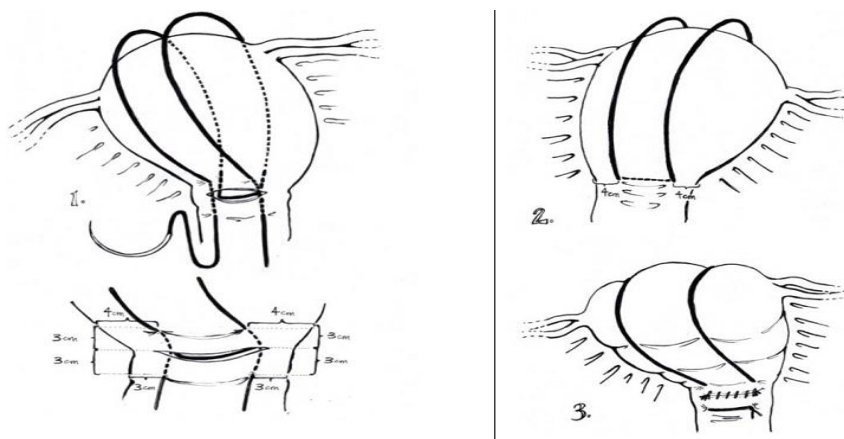


рис.6 Этапы наложения шва по В-Lynch

Показания к проведению гистерэктомии

1. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты с межмышечными кровоизлияниями, "маточно-плацентарная апоплексия", и развитием **матки Кувелера (Couvelaire)**.

2. Атония — матка не чувствительна к утеротоническим препаратам и по отсутствию эффекта от баллонной тампонады, компрессионных швов, перевязки магистральных сосудов матки (маточных, яичниковых).

3. Разрыв матки с отрывом сосудов матки и массивным кровотечением.

Субтотальная гистерэктомия выполняется только в случае истинного приращения плаценты без значительной кровопотери. Во всех других случаях развития массивных акушерских кровотечений необходимо выполнять экстирпацию матки (тотальную гистерэктомия) без придатков.

Перевязки внутренних подвздошных (гипогастральных) артерий

Показания:

- После гистерэктомии - когда кровотечение продолжается.
- В комплексной терапии коагулопатичных кровотечений.

Этапы операции интраперитонеальным доступом:

1. Лапаротомия - нижне-срединная или интер-илиакальным разрезом.
2. Продольный разрез заднего листа париетальной брюшины.
3. Диссекции внутренней подвздошной артерии.
4. Подведение лигатуры под артерию.
5. Наложение лигатуры на гипогастральную артерию.

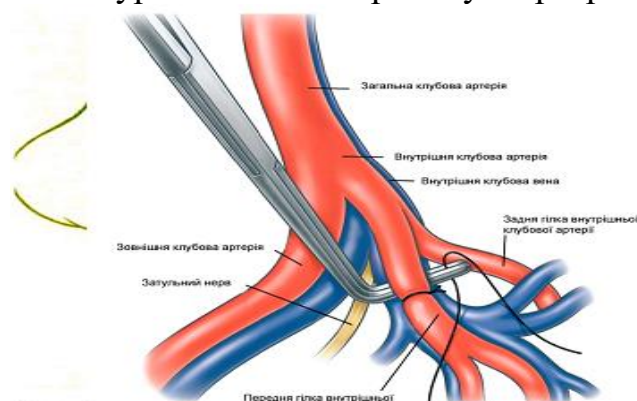


рис. 7 **Перевязывание внутренней подвздошной артерии**
Геморрагический шок в акушерстве

Геморрагический шок - это острая сердечно-сосудистая недостаточность вследствие акушерских кровотечений, которая приводит к несоответствию ОЦК емкости сосудистого русла и к дисбалансу между потребностью тканей в O₂ и его реальной доставкой.

Кровопотеря считается массивной когда:

- теряется более 50% ОЦК за 20 минут
- кровотечения превышает 150 мл в минуту;
- мгновенно теряется более 1500-2000мл крови - 25-30% ОЦК.

Таблица 10. **Критерии оценки геморрагического шока по дефициту ОЦК, тяжестью и стадией**

Признаки	Степень тяжести шока			
	I	II	III	IV
Кровопотеря: мл.	750-1000	1000-1500	1500-2500	>2500
Кровопотеря % ОЦК	15-20	21-30	31-40	>40
Кровопотеря % массы тела	0,8-1,2	1,3-1,8	1,9-2,4	>2,4
Пульс уд/мин.	100-110	110-120	120-140	более 140
Систолическое АД, мм.рт.ст	более 90	90-70	70-50	50 и меньше

Шоковый индекс	0,8-1,2	1,0-1,5	1,5-2,0	>2,0
Тест «белого пятна», сек.	до 2	более 2	более 3	не определяется
Частота дыхания (мин.)	20-25	25-30	до 40	более 40
Диурез мл/час	30-50	25-30	5-15	Анурия
Состояние сознания	Ясное	Ясное	Возбуждение	Заторможенность
Стадия шока	Компенсированный	Субкомпенсированный	Декомпенсированный	Необратимый

Поскольку, акушерским кровотечениям присущи внезапность, массивность и ранняя коагулопатия, определять объем кровопотери нужно визуально (рис. 8).



Рисунок 8. Визуальная оценка объема кровопотери в акушерстве
Интенсивная терапия геморрагического шока.

Общие принципы лечения острой кровопотери:

1. Немедленная остановка кровотечения.
2. Поддержание газообмена.
3. Пополнение дефицита ОЦК.
4. Профилактика и лечение коагулопатии.
4. Лечение сердечной недостаточности.
5. Профилактика почечной недостаточности.
6. Коррекция метаболического ацидоза.
7. стабилизация обмена в клетках.

Действия при геморрагическом шоке:

1. Оценивают пульс, артериальное давление, частоту и характер дыхания, психический статус.
2. Начать ингаляцию увлажнённого O₂ через интраназальные катетеры или носолитцевую маску (10-15 л/мин).
3. При возможности поднимают ножной конец кровати (положение Тренделенбурга) на 15 - 20°
4. Катетеризируют две периферические вены катетерами большого диаметра. При спавшихся венах целесообразна венесекция v. Brahialis или катетеризация центральной вены. Катетеризацию третьей вены (одна из них должна быть центральной) проводить на фоне восполнение кровопотери!
5. Выполняют тест Ли-Уайта и параллельно начинают инфузию сбалансированных кристаллоидных растворов.
7. Осуществляют катетеризацию мочевого пузыря и обеспечивают минимальный мониторинг гемодинамических показателей: пульсоксиметрия, АД. Все измерения документируют. Внимательно учитывают объем кровопотери!

Дальнейшее лечение геморрагического шока

1. Продолжают струйную инфузию, сбалансированных по электролитным составам, кристаллоидов (стерофундин - sterofundin iso, растворы Рингера - solutio Ringeri и коллоидов (гелофузин - Gelofusine). Инфузионную терапию начинают с кристаллоидов, параллельно через второй венозный доступ вводят искусственные коллоиды (цель - компенсация дефицита объема ЦК). В это время необходимо заказать и разморозить одноклассовую плазму, начать подготовку эритроцитарной массы до введения.
2. Темп, объем и компонентность инфузионной терапии определяется степенью шока (см. Таблицу №8).
3. Свежезамороженную плазму нужно вводить как можно раньше!
4. Рекомендуются введение криопреципитата при снижении фибриногена менее 1г/л. Его вводят внутривенно из расчёта 1доза на 10кг пациентки.
5. Не рекомендуется проводить гемотрансфузии, если кровопотеря менее 1,5% от массы тела. Трансфузию крови проводят при кровопотере более 1500 мл (1,5% от массы тела) при признаках геморрагического шока, профузном кровотечении, или при наличии предварительной анемии.
6. Если гипотония имеет устойчивый характер и не поддается коррекции инфузионной терапией, используют вазоактивные и инотропные препараты: дофамин (Dopamine) (5-20 мкг/кг/мин) или добутамин (2-20 мкг/кг/мин), или адреналин (0,02 - 0,2 мкг/кг/мин) или норадреналин (0,02 -0,5 мкг/кг/мин), или их сочетание.
7. Останавливают кровотечение.
8. Согревают женщину.
9. Ингаляция 100% кислородом, по показаниям - ИВЛ.

11. Лабораторное наблюдение: общий анализ крови, подсчет количества тромбоцитов, время свертываемости, коагулограмма (АЧТВ, фибриноген, ПТИ), электролитный состав крови.
12. Мониторное наблюдение: АД, ЧСС, пульса, сатурация капиллярной крови, ЭКГ, термометрия, контроль почасового диуреза. При развитии шока 3 - 4 ст. - контроль ЦВД.

Таблица 11. Инфузионно-трансфузионной терапии акушерской кровопотери (Р.А. Ткаченко
О.М.Клигуненко)

Степень кровопотери	Объём кровопотери			Збалансированные кристаллоиды (Стерофундин, р-н Рингера-лактата)	Колоид		Препараты крови					Общий объём трансфузии (в % к деф. ОЦК или в мл)
	в мл	в % от массы тела	в % от ОЦК		Гелофузин	ГЕК 130/0,42	свежезамороженная плазма	эритроцитарная масса	криопреципитат	альбумин 10%	тромбоконцентрат	
Лёгкая	500,0-1000,0	1-1,5%	10 - 20%	10-15 мл/кг	10 мл/кг	-	-	-	-	-	-	200-300 (до 2,5л)
Умеренная	1000,0-1500,0	1,5-2,0%	21-30%	10 мл/кг	10 мл/кг	-	5-10 мл	-	-	-	-	200 (до 3 л)
Тяжёлая	1500,0-2000,0	2,0-2,5%	31-40%	7 мл/кг	5 мл/кг	5 мл/кг	10-15 мл	10-20 мл	-	200 мл	-	180 (до 4 л)
Очень тяжёлая	2500,0-3000,0	2,5-3,6%	41-70%	7 мл/кг	10 мл/кг	5 мл/кг	15-20 мл	20-30 мл	7-10 доз	300 мл	до 4 од	170 (до 5 л)
Смертельная	больше 3000,0	больше 3,6%	больше 70%	до 10 мл/кг	10 мл/кг	10 мл/кг	до 30	больше 30	больше 10 доз	больше 300 мл	4-10 ед	150 (больше 6 л)

Эмболия амниотической жидкостью

Критическое состояние, которое возникает в случае проникновения элементов околоплодных вод в кровоток матери и сопровождается развитием тяжелой системной воспалительной реакцией.

Частота возникновения данной патологии колеблется от 1: 8000 до 1: 80.000 родов и сопровождается высокой летальностью до - 86,5%, при этом 25% женщин умирают в течение первого часа. В структуре материнской летальности эмболия амниотической жидкостью составляет 1,2 - 16,5%. В 70% случаев возникает во время родов, в 19% рожениц во время кесарева сечения и у 11% рожениц - после родов.

Клиническая картина зависит от состава и скорости попадания околоплодных вод в кровеносные сосуды женщины. Патологический процесс, развивающийся в организме является результатом аллергической реакции материнского организма на антигены амниотической жидкости.

Клиническое течение: эмболии амниотической жидкостью имеет две стадии:

- 1 - стадия циркуляторного коллапса и сердечно-легочной недостаточности
- 2 - стадия коагулопатии и кровотечения.

Клинические признаки:

- чувство страха
- беспокойство, возбуждение;
- озноб и гипертермия;
- кашель;
- внезапная бледность или цианоз;
- резкая боль в груди;
- одышка, шумное дыхание;
- снижение АД;
- тахикардия
- кровотечение из родовых путей или других травмированных мест;
- клиника ДВС через 30 мин после возникновения симптомов

Дополнительные методы исследования:

- ЭКГ синусовая тахикардия, гипоксия миокарда, острое легочное сердце (SIQIII, P-pulmonale)
- рентгенологические изменения проявляются сразу или через несколько часов после эмболии и характеризуются картиной интерстициального сливного пневмонита,
- микроскопия крови из легочной артерии обнаруживает клетки эпидермиса плода.

Лечебная тактика:

1. Во время беременности или родов - срочное родоразрешение.
2. Лечение гипоксии: - 100% O₂; - ИВЛ.
3. Лечение гипотензии и левожелудочковой недостаточности (инфузия кристаллоидов + вазопрессоры).

4. Коррекция коагулопатии (свежезамороженная плазма или концентрат протромбинового комплекса, криопреципитат или концентрат фибриногена, рекомбинантный VII а фактор по возможности).
5. Лечение геморрагии (трансфузия эритроцитарной массы + тромбоконцентрат).
6. Проведение сердечно-легочной реанимации, в случае возникновения клинической смерти.
7. Своевременный и адекватный хирургический гемостаз.

Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС) крови в акушерстве

ДВС крови патологический синдром, в основе которого лежит активация сосу­дисто-тромбоцитарного или коагуляционного гемостаза (внешнего или внутреннего), вследствие чего кровь сначала сворачивается в микроциркуляторном русле, блокирует его фибрином и клеточными агрегатами, а при истощении потенциала свертывающей и противосвертывающей систем, теряет способность к свертыванию, что проявляется профузным кровотечением и развитием синдрома полиорганной недостаточности[4].

1. Факторы риска возникновения ДВС-синдрома в акушерстве:

- эмболия околоплодными водами;
- шок (геморрагический, анафилактический, септический);
- отслойка плаценты;
- тяжелая преэклампсия;
- эклампсия;
- сепсис;
- септический аборт;
- синдром массивной гемотрасфузии;
- трансфузия несовместимой крови;
- внутриутробная смерть плода;
- внематочная беременность;
- операция кесарево сечение;
- экстрагенитальные заболевания беременной (пороки сердца, злокачественные новообразования, сахарный диабет, тяжелые заболевания почек и печени).

2. Классификация ДВС-синдрома:

- молниеносный - от 1-2 часов (эмболия околоплодными водами) до 1 суток (септический шок);
- острый - от 1 суток до 1 недели (массивная кровопотеря);
- подострый-от 1 недели до 1 месяца (сепсис, преэклампсия);
- хронический - от 1 месяца до 1 года (злокачественные новообразования и т.д.).

По стадии течения:

- I - гиперкоагуляция;
- II - гипокоагуляция без генерализованной активации фибринолиза;

III - гипокоагуляция с генерализованной активацией фибринолиза;

IV - полное не свёртывание крови.

3. Диагностика

Диагностика ДВС - синдрома базируется на анализе и оценке клинической ситуации, лабораторной диагностики, поскольку они обеспечивают раннее и объективное его обнаружения и эффективное лечение. Оценка состояния гемостаза (определение стадии и остроты процесса) и учета клинических проявлений ДВС синдрома необходимые для выбора тактики лечения, включая коррекцию гемостаза.

Таблица 12. Клинико-лабораторные признаки стадий ДВС-синдрома

Стадии ДВС синдрома	Клинико-лабораторные проявления
I - гиперкоагуляция	Кровь из матки сворачивается на 3-й минуте и быстрее. Свертывание венозной крови нормальное. Хронометрическая гиперкоагуляция. Этаноловый тест (ЭТ) (+) гиперагрегация тромбоцитов APACHE II < 20 баллов ГРДС I - II стадий
II - гипокоагуляция без генерализованной активации фибринолиза	Кровь из матки сворачивается замедленно больше чем за 10 мин. Петехиальный тип кровоточивости Хронометрическая гиперкоагуляция, сгусток хрупкий APACHE II 20 - 25 баллов ОРДС II - IV стадия
III - гипокоагуляция с генерализованной активацией фибринолиза	Кровь из матки не сворачивается Кровь из вены сворачивается достаточно медленно, сгусток быстро лизируется Смешанный тип кровоточивости Хронометрическая гипокоагуляция APACHE II 25 - 30 баллов ГРДС II - IV стадия
IV - полное не свертывание крови	Тотальная геморрагия Кровь из матки и вены не свертывается Отсутствие потенциальной гиперкоагуляции Выраженная хронометрическая гипокоагуляция APACHE II > 30 баллов ОРДС III - IV стадия

4. Лабораторная диагностика

Таблица 13. Лабораторные критерии стадий ДВС-синдрома

Стадии ДВС	Основные лабораторные показатели						
	Время свертывания крови по Ли-Уайту, мин.	Спонтанный лизис сгустка	АЧТЧ, с.	Число тромбоцитов $\times 10^9/\text{л}$.	Протромбиновое время, с.	Тромбиновое время, с.	Фибриноген, г/л
I.	< 5 мин.	нет	< 30 с.	175 - 425	< 10 с.	< 24 с.	> 5 г/л
II.	5 – 2 мин.	нет	< 30 с.	100 - 150	12 - 15 с.	> 60 с.	1,5 - 3,0 г/л
III.	> 12 мин.	быстрый	60 - 80 с.	50 - 100	15 - 18 с.	> 100 с.	0,5 - 1,5 г/л
IV.	> 60 мин.	Згусток не образуется	> 80 с.	< 50	> 18 с.	> 180 с.	Не определяется или следы
Норма	6 – 9 мин.	нет	30 - 40	150 - 300	11 - 12 с.	16 – 20с.	2,0 - 4,5 г/л

5. Профилактика ДВС-синдрома

- Своевременная оценка кровопотери, адекватное восстановление ОЦК кристаллоидными и коллоидными растворами.
- Без строгих показаний не применяются препараты, которые вызывают тромбоцитопения или нарушают функцию тромбоцитов (гепарин, реополиглюкин, дипиридамола).
- Хирургическое лечение выполняют своевременно и в полном объеме в короткие сроки.

6. Лечение

- Этиотропная терапия;
- посиндромная терапия - поддержание основных параметров гомеостаза;
- Коррекция нарушений гемостаза.

В крайних неотложных случаях (прогрессирование гипокоагуляции, кровотечение ($\text{Hb} < 60 \text{ г/л}$, $\text{Ht} < 0,25 \text{ л/л}$), только по жизненным показаниям в соответствии с решением консилиума, согласия больного или его родственников возможно введение теплой донорской крови в половинной дозе от объема кровопотери.

Контрольные вопросы

1. Что такое акушерские кровотечения?
2. Допустимая и патологическая кровопотеря.
3. Причины кровотечения не связанной с беременностью.

4. Причины кровотечений в I триместре беременности.
5. Пузырный занос. Классификация. Этиология.
6. Пузырный занос. Дифференциальная диагностика. Лечение.
7. Шеечная беременность. Диагностика. УЗИ-признаки.
8. Дифференциальная диагностика и лечение шеечной беременности.
9. Причины кровотечений во II триместре беременности.
10. Причины кровотечений во II половине беременности и во время родов.
11. Причины послеродового кровотечения.
12. Дородовое кровотечение, причины.
13. Предлежание плаценты, виды предлежаний, факторы риска.
14. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Классификация.
15. Помощь при отслойке плаценты во II периоде родов.
16. Причины и клинические проявления кровотечения в последовом периоде родов.
17. Алгоритм оказания медицинской помощи при кровотечении связанной с патологическим прикреплением или отделением плаценты.
18. Послеродовая кровотечение, виды, методы профилактики.
19. Пошаговая помощь в случае послеродового кровотечения.
20. Алгоритм оказания медицинской помощи при послеродовой кровотечении.
21. Методы хирургического гомеостаза при послеродовой кровотечении.
22. Показания к проведению гистерэктомии.
23. Геморрагический шок. Определение. Причины развития.
24. Первоочередные действия при возникновении геморрагического шока.
25. Показания к трансфузии.
26. Критерии начала и прекращения ИВЛ при геморрагическом шоке.
27. Эмболия околоплодными водами. Факторы риска. Клиническое течение. Дополнительные методы исследования.
28. Эмболия амниотической жидкостью. Дифференциальная диагностика. Лечебная тактика.
29. Первоочередные меры помощи и дальнейшая тактика лечения при эмболии амниотической жидкостью.
30. ДВС-синдром. Факторы риска. Классификация.
31. Основные клинико-лабораторные признаки стадий ДВС-синдрома.
32. Лабораторные критерии стадий ДВС-синдрома.
33. Профилактика и лечение ДВС-синдрома.

Тестовые задания

1. У женщины 34-х лет, которая родила естественным путем. При пальпации матка мягкая, её дно выше пупка. После введения сокращающих средств в матку – тонус не изменился. Родовые пути целы. Укажите причину кровотечения:

- A) Нарушение свертывания крови.

- В) Разрыв матки.
- С) Гипотония матки.
- Д) *Атония матки.
- Е) ДВЗ-синдром.

2. В родильный дом поступила женщина в сроке гестации 24-х недель по причине кровотечения с родовых путей, которое возникло во время сна. Боли не беспокоят. По поводу беременности на учете не стояла. Кровотечение – 300 мл. Укажите предварительный диагноз:

- А) Кровоточащая эрозия.
- В) Разрыв матки.
- С) Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
- Д) Нарушение целостности пуповинных сосудов.
- Е) *Предлежание плаценты.

3. В родильное отделение поступила женщина 26-ти лет у которой в течении 6-ти часов наблюдалась родовая деятельность. Выделение из влагалища кровянистого характера которые появились через 30 минут с момента поступления. Женщина беременна 4-й раз, но роды первые, преждевременные, завершились искусственным абортом. ЧСС плода – 134 уд/мин. При обследовании в зеркалах – шейка матки сглажена, маточный зев открыт на 6-7см, головное предлежание, плодный пузырь цел, при пальпации сбоку обнаружена мягкая губчатая ткань. Диагноз – боковое предлежание плаценты. Какая дальнейшая тактика доктора:

- А) Кесарево сечение.
- В) Акушерские щипцы.
- С) Плодоразрушающая операция.
- Д) *Амниотомия.
- Е) Стимулирование родов.

4. Девушка обратилась в клинику с жалобами на болевые ощущения в животе и периодическую слабость. Беременность 39 недель. АД – 75/65 мм.рт.ст., пульс 125 уд/мин., слабого наполнения. Кожа и слизистые бледные. Матка напряжена, отмечается выпячивание в правой ее половине, ближе у дна, при пальпации болезненна. Части плода пальпируются плохо. Сердцебиение плода 160 уд/мин., глухое. Из наружных половых органов выделяется кровь в небольшом количестве. Родовая деятельность умеренная, воды не отходили. При обследовании родовых путей – шейка матки раскрыта на 5-6см. Плацентарная ткань не пальпируется. Диагноз?

- А) *Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
- В) Разрыв матки.
- С) Кровотечение из варикозно расширенных вен влагалища.
- Д) Преэклампсия.
- Е) Предлежание плаценты.

Задачи

№1

Женщина 28 лет, беременность шестая, роды вторые, масса новорожденного 4450 г. В третьем периоде родов: послед отделился и выделился самостоятельно через 6 мин., целостность не нарушена. Кровопотеря составила 300мл. Через 5 мин. кровянистые выделения усилились, кровотечение продолжается, при массаже матка сокращается и вновь расслабляется. Установите диагноз.

№2

Женщина, 29 лет, жалобы на кровянистые выделения из влагалища, яркого цвета при беременности 32 недели. Была госпитализирована в стационар с подозрением на предлежание плаценты. Укажите дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.

№3

Роженица 25 лет, в течении после 45 минут рождения плода состояние женщины удовлетворительное: матка плотная, шаровидная, дно её на уровне пупка, кровотечения нет. Был наложен зажим на отрезок пуповины, при осмотре находится на прежнем уровне, при глубоком дыхании и нажатии ребром ладони над симфизом пуповина втягивается во влагалище. Кровянистые выделения из половых путей отсутствуют. Укажите дальнейшую тактику врача.

№4

Беременная 39 недель, доставлена в больницу с жалобами на режущие боли внизу живота, которые возникли после падения, Кровянистые выделения из влагалища. Схватки регулярные, через 5 минут 45 секунд, околоплодные воды не изливались. При объективном осмотре: кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета, АД 80/50 мм.рт.ст., пульс – 127 уд/мин., слабого наполнения. При гинекологическом осмотре: матка напряжена, слева у дна определяется выпячивание и резкая болезненность этого участка. Сердцебиение плода приглушенное, 171 уд/мин. Шейка матки сглажена, открытие маточного зева 5,0см., плодный пузырь цел, части плаценты не определяются, головка плода предлежит над входом в малый таз. Кровянистые выделения без свертков. Проба Ли-Уайта 15 мин. Тактика ведения роженицы?

ГЛАВА VI. Беременность и роды при экстрагенитальных заболеваниях.

6.1. Ведение беременности и родов при сахарном диабете

Ведение беременности у больных на передгестационный сахарный диабет.

Сахарный диабет - синдром хронической гипергликемии, обусловленный абсолютной или относительной инсулиновой недостаточностью, приводит к нарушению всех видов метаболизма, поражения сосудов (ангиопатии), нервных окончаний (нейропатии), многих органов и тканей [23].

Передгестационный диабет включает всех пациенток с сахарным диабетом типов 1 и 2, диагностированным до беременности.

Эпидемиология.

Частота передгестационного диабета у беременных составляет около 1%, но имеет тенденцию к росту в связи с улучшением лечения диабета типа I и увеличением популяционной частоты диабета типа II. Частота пороков развития у детей, рожденных от матерей больных сахарным диабетом, колеблется от 6 до 13%, то есть в 24 раза выше, чем у детей здоровых матерей. Чаще всего встречаются следующие пороки развития: костно-мышечной системы - в 37%, сердца и сосудов - в 24%, аномалии ЦНС - в 14% случаев. Пороки, несовместимые с жизнью, встречаются в 2,6% случаев. Большинство пороков развития формируются до 7 недель беременности вследствие декомпенсации основного заболевания. Планирование беременности у больных сахарным диабетом - единственный путь снижения риска осложнений для матери и плода. В этой работе принимают участие врачи многих специальностей (эндокринологи, офтальмологи, генетики, терапевты, акушеры-гинекологи, нефрологи и др.). До беременности проводится тщательная подготовка женщин, которые стремятся к материнству, учат в "школе диабета", лечат сосудистые осложнения (лазерная коагуляция сосудов сетчатки и др.) [5, 12, 16].

Группы риска по возникновению сахарного диабета:

О склонности женщин к заболеванию диабетом можно думать в следующих случаях:

- если оба родителя женщины больны диабетом;
- если раньше у женщины рождались дети с массой тела 4500 г;
- если женщина страдает ожирением;
- если у нее были привычные выкидыши;
- при многоводии;
- при глюкозурии (выявлении сахара в моче).

О том, что женщина страдает сахарным диабетом, чаще всего бывает известно еще до беременности, но диабет может впервые проявиться в любом сроке беременности.

У матерей с сахарным диабетом риск самопроизвольного выкидыша увеличивается в 2 раза, а риск преэклампсии и эклампсии - в 4 раза. Риск инфекции, многоводия, кесарева сечения и послеродовых кровотечений также возрастает по сравнению с пациентками без диабета. У новорожденных от матерей с передгестационным сахарным диабетом риск перинатальной смертности увеличивается в 5 раз, а риск врожденных аномалий развития - в 2-3 раза.

Важнейшим фактором, определяющим прогноз для плода при сахарном диабете матери, является степень контроля за уровнем глюкозы в материнской крови. Без адекватного контроля за уровнем гликемии матери перинатальная смертность при передгестационном сахарном диабете превышает 30%. Но при адекватном ведении беременности при сахарном диабете перинатальная смертность может быть уменьшена до 1%. Дети от матерей с сахарным диабетом имеют повышенный риск врожденных аномалий развития, в частности пороков сердца и синдрома каудальной регрессии. При тяжелом диабете с сосудистыми осложнениями повышается риск ЗВУР и внутриутробной смерти плода [5, 12, 16].

Таблица №14. Классификация диабета при беременности (по Уайту)

Группа	Характеристика	Группа	Характеристика
Класс А1	Гестационный диабет, контролируется диетой	Класс D	Начало: до 10 лет
Класс А2	Гестационный диабет, контролируется инсулином	Класс F	Продолжительность > 20 лет
Класс В	Начало: в 20 лет или позже	Класс R	Диабетическая нефропатия
	Продолжительность <10 лет	Класс RF	Пролиферативная ретинопатия
	Начало: 10-19 лет	Класс Н	Ретинопатия и нефропатия
Класс С	Продолжительность 10-19 лет	Класс Т	Ишемическая болезнь сердца
	Класс D		Предыдущая трансплантация почки

Классификация [23]:

1. Тип:

- тип 1;
- тип 2.

2. Степень тяжести:

- легкий;
- средний;
- тяжелый.

3. Состояние компенсации:

- компенсация;
- субкомпенсация;
- декомпенсация.

4. Осложнения:

4.1. Острые:

- кетоацидотическая кома
- гиперосмолярная кома
- лактацидемическая кома
- гипогликемическая кома.

4.2. Хронические (поздние):

микроангиопатии:

- нефропатия;
- ретинопатия;
- микроангиопатия нижних конечностей.

макроангиопатии:

- ишемическая болезнь сердца;
- ишемическая болезнь мозга;
- макроангиопатия нижних конечностей;
- другие.

Нейропатии.

Поражение других органов:

- диабетическая катаракта;
- гепатопатия;
- энтеропатия;
- остеоартропатия;
- другие.

симптомы заболевания

Симптомы заболевания:

Инсулин влияет на все виды обмена веществ. При недостатке этого гормона нарушается усвоение глюкозы, увеличивается ее распад, результатом чего является повышение уровня глюкозы в крови (гипергликемия) - основной признак сахарного диабета.

Больные сахарным диабетом жалуются на сухость во рту, жажду, потребление увеличенного количества жидкости (более 2 л), обильное мочеотделение, повышенный или пониженный аппетит, слабость, похудание, зуд кожи, особенно в области промежности, нарушение сна. У них выражена склонность к гнойничковым заболеваниям кожи, фурункулезу.

Сахарный диабет протекает с поражением многих органов и систем организма: страдают мелкие сосуды глаз, почек, кожи, мышц, нервной системы, желудочно-кишечного тракта.

При сахарном диабете наблюдается ослабление иммунной системы, что, возможно, является одной из причин частых бактериальных осложнений. Сахарный диабет поражает и половые органы.

У беременных с сахарным диабетом отмечаются самопроизвольные аборт, преждевременные роды, внутриутробная гибель плода.

Опасным осложнением беременности является коматозное состояние. Могут развиваться кетонемическая (другое название - диабетическая) и гипогликемическая комы, при которых больная теряет сознание. Причинами ком могут быть нарушения диеты (избыточное или недостаточное

потребление углеводов) и неадекватная уровню глюкозы крови доза инсулина - завышенная или недостаточная [5, 12, 16].

Различают 3 степени тяжести сахарного диабета:

1 степень (легкая): гипергликемия натощак менее 7,7 ммоль/л; нормализация уровня сахара в крови может быть достигнута с помощью одной диеты.

2 степень (средняя): гипергликемия натощак менее 12,7 ммоль/л; для нормализации уровня сахара в крови недостаточно диеты, необходимо лечение инсулином.

3 степень (тяжелая): гипергликемия натощак более 12,7 ммоль/л, выраженные сосудистые поражения органов, есть ацетон в моче.

Беременность противопоказана:

- при диабетических микрангиопатиях (поражении мелких сосудов различных органов),
- при инсулинорезистентных формах болезни (когда лечение инсулином не помогает),
- при заболевании диабетом обоих супругов (опасность наследственного заболевания ребенка),
- при сочетании диабета и резус-конфликта (состояние, при котором эритроциты резус-положительного плода разрушаются антителами, выработанными в организме резус-отрицательной матери),
- при сочетании диабета и активного туберкулеза,
- при наличии в прошлом у женщины повторных мертворожденных детей или детей, родившихся с пороками развития [5, 12, 16].

Диагностика.

Для диагностики сахарного диабета до беременности необходимы лабораторные исследования, прежде всего определение количества сахара в крови. Диагноз "сахарный диабет" может быть поставлен при уровне глюкозы в крови, взятой натощак из вены, выше 7,0 ммоль/л или в крови, взятой из пальца, выше 6,1 ммоль/л. Такой уровень и называется гипергликемией.

Подозрение на наличие сахарного диабета возникает при уровне глюкозы в крови натощак в пределах 4,8-6,0 ммоль/л. Тогда необходимо проведение более сложного глюкозотолерантного теста - этот тест позволяет исследовать реакцию организма на введение дополнительного количества глюкозы. При начальной гипергликемии диагноз ясен и тест проводить не нужно. Определять сахар в крови следует в начале беременности, а к концу беременности - 2-3 раза в неделю.

Выраженный сахарный диабет нарушает не только углеводный, но и липидный обмен. При декомпенсации сахарного диабета появляется кетонемия (увеличение в крови количества продуктов жирового обмена - кетоновых тел, в том числе ацетона), и ацетон находят в моче.

При стабильно нормальном уровне сахара в крови и нормализации глюкозотолерантного теста считают, что сахарный диабет находится в состоянии компенсации.

Необходимо стараться достичь идеальной компенсации за 3-4 месяца до беременности:

- гликемия натощак 3,0 - 5,5 ммоль/л;
- гликемия через 2 часа после еды - 5,0 - 7,8 ммоль/л;
- концентрация гликозилированного гемоглобина < 6,5%.

Целесообразно у женщин с сахарным диабетом второго типа, которые получают сахароснижающие препараты и диетотерапию, осуществить переход на инсулинотерапию заранее, то есть на этапе планировании беременности [5, 12, 16].

Специализированная медицинская помощь [23]:

1. В первом триместре беременности:

1.1 Подробно знакомятся с историей болезни, совместно с эндокринологом проводится осмотр больной, назначается комплексное обследование: гликемия натощак и после еды, суточная глюкозурия, ацетонурия, концентрация гликозилированного гемоглобина A1C; показатели функции почек, осмотр глазного дна.

1.2 Решается вопрос о возможности вынашивания беременности.

1.2.1 Противопоказания к вынашиванию беременности (до 12 недель):

- диабетическая нефропатия IV или V стадии по Mogensen;
- клинические проявления диабетической макроангиопатии (ишемическая болезнь сердца, ишемическая болезнь мозга, ишемия нижних конечностей);
- кома или прекоматозное состояние в I триместре;
- концентрация гликозилированного гемоглобина A1C в I триместре > 10%.

1.3 Больным с сахарным диабетом типа 2 отменяются пероральные сахароснижающие средства и назначается человеческий инсулин в картриджной форме.

1.4 Больных с сахарным диабетом типа 1 "переводят" с инсулина животного происхождения на человеческий инсулин, проводится коррекция (обычно, уменьшение) дозы.

1.5 Проводится УЗИ в 10-12 недель.

2. Во втором триместре:

2.1 Критерии компенсации углеводного обмена:

- нормогликемия натощак (3,3-5,6 ммоль/л);
- нормогликемия в течении суток (до 8,0 ммоль/л);
- отсутствие гипогликемии;
- отсутствие ацидоза.

2.2 Плановая госпитализация в 22-24 недели беременности для коррекции инсулинотерапии, выявления признаков задержки внутриутробного развития плода или диабетической фетопатии, предупреждения многоводия, преэклампсии, инфекционных осложнений.

2.3 Показания к немедленной госпитализации:

- декомпенсация углеводного обмена;

- прогрессирующее сосудистых осложнений;
- артериальная гипертензия;
- почечная недостаточность
- осложнение течения беременности (угроза прерывания, многоводие, преэклампсия)
- нарушение состояния плода.

2.4 Признаки диабетической фетопатии:

- увеличение скорости еженедельного прироста среднего диаметра живота до 3,6 мм или более;
- увеличение скорости еженедельного прироста среднего диаметра грудной клетки до 3,4 мм или более;
- повышение почасовой экскреции мочи плодом до 7,6 мл или больше.

3. В третьем триместре:

3.1 Мониторинг состояния плода в стационаре - УЗИ каждые 2 недели; кардиотокография еженедельно, актография два раза в день.

3.2 Признаки диабетической фетопатии:

- двойной контур головки;
- двойной контур туловища;
- многоводие;
- макросомия (при нормальных размерах головки).

3.3. Признаки гипоксии плода:

- снижение индекса дыхательных движений (отношение времени дыхательных движений плода к общей продолжительности исследования, %) меньше 25%;
- дыхательные движения по типу «удушья», «икотоподобные» движения, периоды апноэ (> 100 с)
- прогрессирующее снижение индекса двигательной активности (отношение времени движений плода к общей продолжительности исследования, %);
- базальная брадикардия;
- ареактивный тип кардиотокограммы;
- спонтанные децелерации большой амплитуды;
- удлиненные децелерации;
- уменьшение в динамике количества движений плода на пять и больше ежедневно по данным актография.

3.4 Оценка зрелости легких плода проводится при необходимости преждевременного родоразрешения или родоразрешения больной с высокой компенсацией диабета путем определения соотношения лецитин / сфингомиелин, пальмитиновая кислота / стеариновая кислота и наличия фосфатидилглицерин в околоплодных водах, полученных трансабдоминальным амниоцентезом.

3.4.1 Критерии зрелости легких плода:

- соотношение лецитин / сфингомиелин 3: 1;
- соотношение пальмитиновая кислота / стеариновая кислота 4,5: 1;
- фосфатидилглицерин присутствует.

3.5 Профилактика респираторного дистресс-синдрома:

- жесткая компенсация углеводного метаболизма в III триместре;
- пролонгирование беременности до полных 37 недель и более;
- фосфатидилхолинлипосомы 10-15 мг/кг медленно или капельно 10 дней
- амброксол 1000 мг в 500 мл раствора натрия хлорида 0,9% внутривенно капельно (40-45 кап./мин) 5 дней.

3.6. Подготовка шейки матки при необходимости проводится препаратами простагландина E₂ (динопростон).

Родоразрешение.

1. Показания к плановому кесареву сечению:

- "свежие" кровоизлияния в сетчатку;
- преэклампсия средней тяжести или тяжелой степени;
- гипоксия плода;
- тазовое предлежание;
- масса плода > 4000 г.

2. Противопоказаниями к плановому кесареву сечению является диабетический кетоацидоз, прекоматозное состояние, кома.

3. Родовозбуждение при достаточной зрелости шейки матки начинается с амниотомии и проводится внутривенным капельным введением окситоцина (5 ЕД) или простагландина E₂ (5 мг), растворенных в 500 мл 5% глюкозы.

4. Контроль гликемии во время родов проводится каждый час.

5. Контроль состояния плода осуществляется мониторным наблюдением.

6. Обезболивание родовой деятельности - эпидуральная анестезия.

7. Тщательный контроль и коррекция артериального давления.

8. Выведение головки проводится в интервале между потугами, чтобы рождение плечевого пояса совпало с последующей потугой.

9. В случае отсутствия полного раскрытия шейки матки в течение 8 часов решается вопрос об окончании родов путем кесарева сечения.

Лечение.

1. Цель лечения сахарного диабета во время беременности - максимально полная и стойкая компенсация углеводного обмена.

2. Критерии эффективности лечения - см. п. 4.2.1

Для лабильного течения диабета допускается гликемия натощак до 6,1 ммоль/л, а через час после еды - до 8,5 ммоль/л.

3. Диета:

3.1. Суточная калорийность рациона - 30-35 ккал / кг идеальной массы тела.

3.2. Качественный состав суточного рациона:

- белки - 25-30% калорийности;
- углеводы - 45-50%;
- жиры - 30%.

Легкоусвояемые углеводы исключают.

3.3. Пищу принимают 5-6 раз с интервалами 2-3 часа.

4. инсулиноterapia:

4.1. Средняя суточная доза

I триместр 0,5-0,6 ЕД/кг,

II триместр 0,7 ЕД/кг,

III триместр 0,8 ЕД/кг.

4.2. Режимы инсулинотерапии:

4.2.1. Интенсифицированный - используется только инсулин короткого действия 4-5 раз в сутки при условии обязательного самоконтроля беременной гликемии индивидуальным глюкометром.

4.2.2. Базис-болюсный - инсулин короткого действия (простой инсулин) вводят за 20-30 мин перед тремя основными приемами пищи, инсулин средней продолжительности действия (полусуточный инсулин) - перед завтраком и вечером перед сном.

- 2/3 суточной дозы (базис) обеспечивается пролонгированным инсулином, 1/3 (болюс) - простым.

- 2/3 базис дозы вводят утром, 1/3 - вечером.

Базис-дозу делят на три части, исходя из количества углеводов, которые употребляет беременная на завтрак, обед и ужин. Соотношение количества углеводов и дозы инсулина (г/ЕД) следующие:

завтрак 5: 1

обед 7: 1

ужин 7: 1.

4.3. Цель инсулинотерапии во время родов - поддержание гликемии в пределах 4,5-7,5 ммоль/л.

4.4. Для коррекции гликемии во время родов или операции кесарева сечения применяют инсулин короткого действия (подкожно или внутривенно) и инфузии 5% или 10% глюкозы.

Профилактика.

Целью ведения пациенток с сахарным диабетом является образование пациенток, контроль уровня глюкозы в крови матери, внимательный мониторинг состояния матери и плода. Для достижения благоприятных исходов беременности, уменьшения материнских и перинатальных осложнений важнейшим условием является строгий контроль за уровнем глюкозы в крови к оплодотворению и в течение всего гестационного периода.

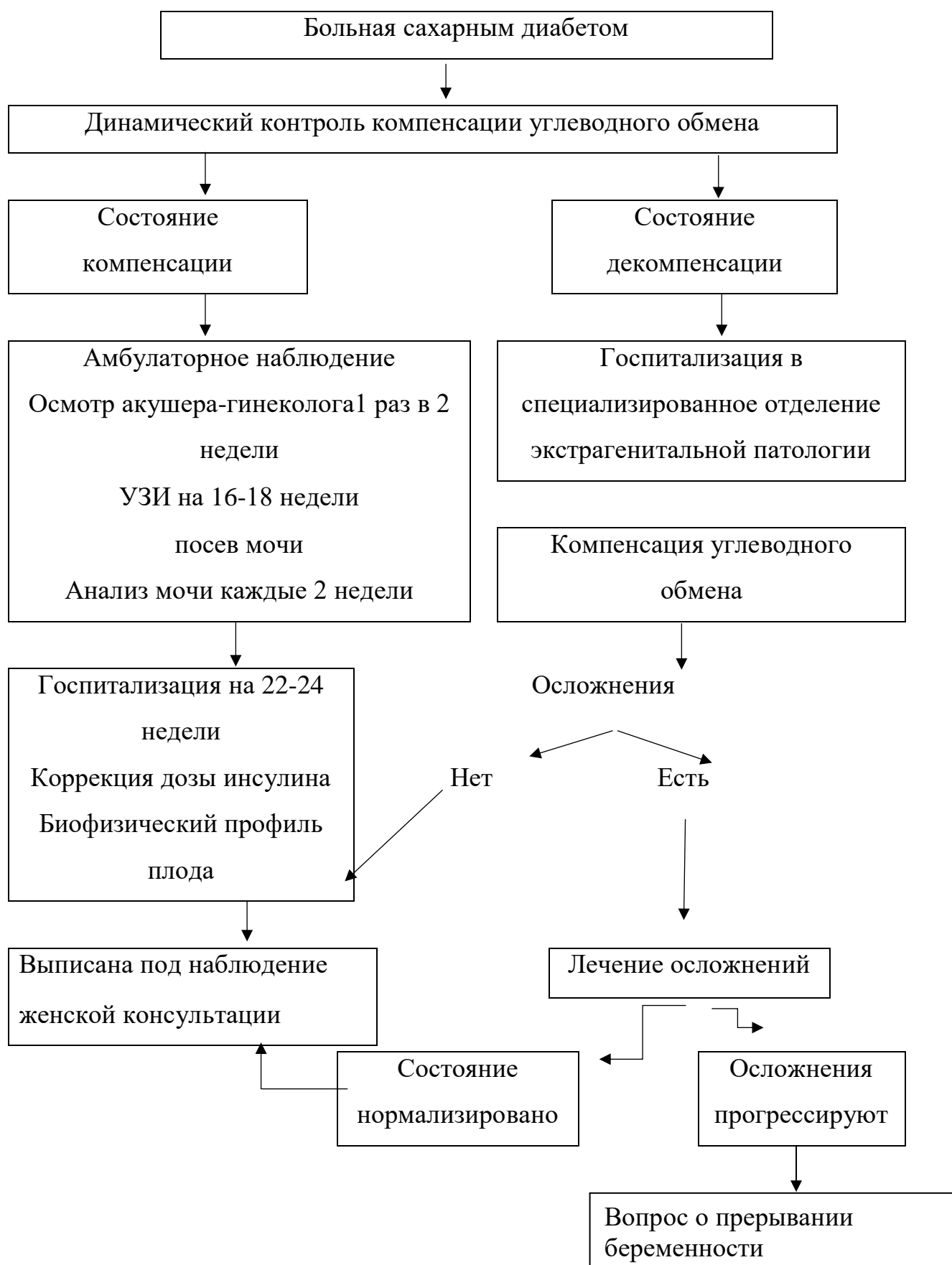
Таблица 15. Осложнения сахарного диабета для матери и плода

Осложнения для матери	Осложнения для плода
Акушерские	Макросомия
Многоводие	Родовая травма
Преэклампсия	Дистоция плечиков
Невынашивание беременности	Паралич Ерба
Инфекции	Функциональная незрелость органов
Увеличение частоты кесаревогосечения	Легких
Послеродовые кровотечения	Печени
Неотложные состояния при сахарном диабете	Нервной системы
Гипогликемия	Гипофизарно-тиреоидной системы
Кетоацидоз	Врожденные пороки развития
Диабетическая кома	Сердечно-сосудистые
Сосудистые и другие органные осложнения	Дефекты нервной трубки

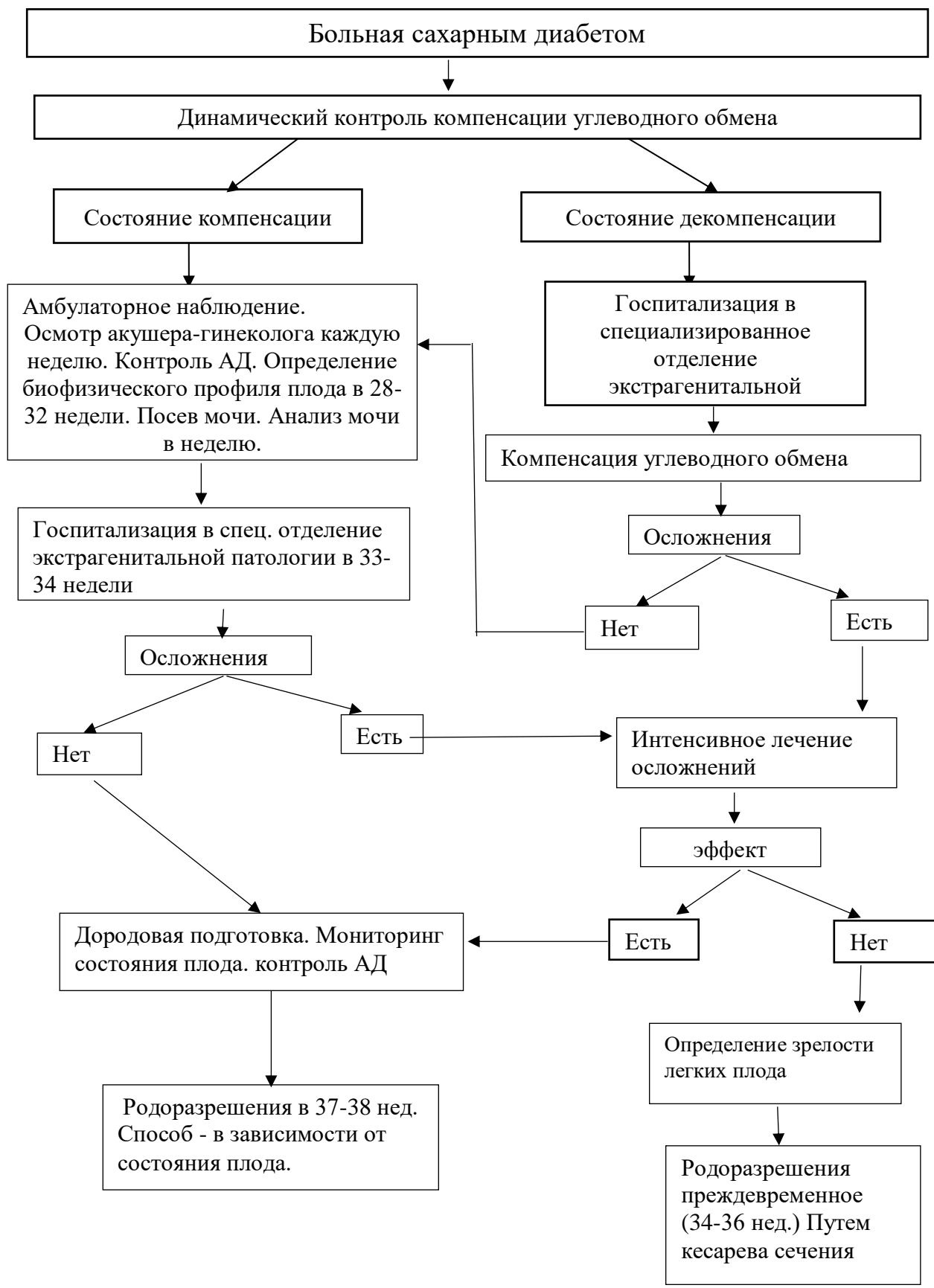
Сердечные	Синдром каудальной регрессии
Почечные	Декстрапозиция органов
Офтальмологические	Удвоение мочеточника
Периферических сосудов	ЗВУР
Неврологические	Аntenатальная смерть плода

Пациентки с сахарным диабетом могут не осознавать тяжести своего состояния и необходимости строгого соблюдения режима, диеты и дозы. Желательно, чтобы такие пациентки получили доконцептуальную консультацию по осложнениям беременности при сахарном диабете, увеличении риска врожденных аномалий развития плода при недостаточном контроле за уровнем HgbA1C. Сопутствующие хронические заболевания почек при сахарном диабете могут перейти в состояние декомпенсации при беременности и значительно ухудшают последствия беременности. При декомпенсации или субкомпенсации диабета пациенткам рекомендуют отложить беременность и запланировать ее по достижении оптимального гликемического контроля. Всем пациенткам с сахарным диабетом на доконцептуальном этапе рекомендуют ежедневное употребление 400 мкг фолиевой кислоты, что может уменьшить риск рождения детей с пороками нервной трубки. Американская диабетическая ассоциация рекомендует пациенткам с сахарным диабетом применять диету общей калорийностью 2200 ккал/день. Но основное внимание следует уделять углеводной диете, поэтому пациенток инструктируют по употреблению не более 30-45 г углеводов на завтрак, 45-60 г углеводов на обед и ужин и 15 г углеводов на перекусы. Количество белков и жиров пациентки могут самостоятельно увеличивать или уменьшать в зависимости от необходимых калорий для поддержания или снижения массы тела [5, 16, 22].

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ II ТРИМЕСТРЕ
БЕРЕМЕННОСТИ [23]



**АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНОЙ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В III ТРИМЕСТРЕ
БЕРЕМЕННОСТИ [23]**



Гестационный диабет

Гестационный диабет (ГД) - это нарушение толерантности к глюкозе любой степени, которое возникает во время беременности и исчезает после родов. Обычно полная нормализация углеводного обмена наступает в течение первых 2 недель послеродового периода, но изредка затягивается до 6 недель. Только по истечении этого периода можно с уверенностью утверждать, что у женщины был гестационный диабет, а не манифестация во время беременности сахарного диабета типа 1 или 2. Возможно, также, что нарушение толерантности к глюкозе имело место и до беременности, однако впервые обнаружено во время беременности. В любом случае нарушения углеводного метаболизма, возникшее или впервые обнаружено во время беременности, должно отражаться как гестационный диабет (ГД), и только после родов этот диагноз может быть ретроспективно пересмотрен.

Распространенность ГД в популяции беременных, по данным разных авторов, колеблется от 1,5 до 12%. Однако очень редко, особенно в случаях активного скрининга этой патологии, приводятся цифры меньше 3%. Такую же частоту ГД (3%) назвала Всемирная организация здравоохранения в 1995 году [5, 16, 23].

Физиологические особенности углеводного обмена у беременных.

Энергетические потребности развивающегося плода и плаценты обеспечиваются в основном глюкозой матери. Глюкоза проникает через плаценту к плоду путем облегченной диффузии. В норме гликемия у плода на 0,55-1,1 ммоль/л ниже, чем у матери, так как глюкоза к плоду поступает постоянно. Материнский инсулин через плаценту не проходит, а с 10-й недели беременности (по некоторым данным с 8-9-й недели) поджелудочная железа плода начинает вырабатывать инсулин и глюкагон. Аминокислоты, в частности аланин, проходят через плаценту путем активного переноса. Это приводит к тому, что в печени беременной снижается интенсивность глюконеогенеза (из-за уменьшения количества субстрата). Итак, два фактора - усиленное поглощение глюкозы плодом и торможения глюконеогенеза - ведут к умеренной гипогликемии натощак.

Гипогликемия, связанное с ней снижение уровня инсулина, а также плацентарный лактоген приводят к активации липолиза. Собственно этот процесс имеет приспособительный характер, потому что через гипогликемию возникает потребность в альтернативных источниках энергии. Вследствие липолиза образуются свободные жирные кислоты, триглицериды и кетоновые тела. Таким образом, для нормальной беременности характерна склонность к кетозу. Другая причина усиления кетогенеза - действие плацентарных гормонов на гепатоциты матери. Кетоновые тела (образующиеся β -оксимасляная и ацетоуксусная кислоты) свободно проходят сквозь плаценту и используются печенью и мозгом плода как источник энергии, который может иметь негативные последствия в виде нарушения психомоторного развития новорожденного ребенка.

Наряду с тенденцией к гипогликемии натощак, при беременности наблюдается более высокий уровень гликемии после еды и замедленная его нормализация (возвращение к исходному). Это явление также носит адаптационный характер и направлено на удовлетворение постоянно растущих со сроком беременности потребностей плода. Оно обусловлено не дефицитом инсулина, а инсулинорезистентностью. В II и III триместрах беременности в полной мере проявляется контринсулярное действие плацентарных гормонов - эстрогенов, прогестерона, пролактина и, особенно, плацентарного лактогена. Они подавляют утилизацию глюкозы тканями матери. Постоянная, легкая постпрандиальная гипергликемия, а также повышенная концентрация циркулирующих в крови свободных жирных кислот снижают чувствительность рецепторов к инсулину, что дополнительно способствует инсулинорезистентности.

Определенное значение имеет активация во II половине беременности механизмов естественного метаболизма инсулина в почках и появление инсулиназы плаценты. Отметим, что в конце беременности именно плацента в основном берет на себя функцию гидролиза инсулина. Кроме того, значительно возрастает концентрация глюкокортикоидов, также делает некоторый вклад в формирование инсулинорезистентности во время беременности.

Таким образом, нетрудно заметить, что во время беременности в норме наступают сдвиги обмена веществ, очень схожие с многими ключевыми проявлениями сахарного диабета. Однако, у здоровых женщин уровень гликемии поддерживается достаточно жестко и составляет в плазме натощак менее 5,0 ммоль/л, через час после приема пищи - меньше 7,8 ммоль/л [5, 12, 16].

Факторы риска гестационного диабета:

- гестационный диабет в анамнезе;
- привычное невынашивание беременности;
- внутриутробная смерть плода;
- рождение детей с врожденными аномалиями (сердца, нервной трубки, скелета);
- рождения детей с массой тела > 4000 г в анамнезе;
- рецидивирующая преэклампсия в анамнезе;
- рецидивирующая кандидозная инфекция;
- диабет у ближайших родственников;
- наличие полиурии, полидипсии или глюкозурии;
- ожирение (ИМТ > 27 кг/м²);
- развитие многоводия и/или макросомии плода во время беременности;
- чрезмерное увеличение массы тела во время беременности;
- возраст матери > 30 лет.

Различают 3 степени тяжести сахарного диабета:

1 степень (легкая): гипергликемия натощак менее 7,7 ммоль/л; нормализация уровня сахара в крови может быть достигнута с помощью одной диеты.

2 степень (средняя): гипергликемия натощак менее 12,7 ммоль/л; для нормализации уровня сахара в крови недостаточно диеты, необходимо лечение инсулином.

3 степень (тяжелая): гипергликемия натощак более 12,7 ммоль/л, выраженные сосудистые поражения органов, есть ацетон в моче.

Осложнения сахарного диабета, которые прогрессируют при развитии беременности:

- 1) гипогликемическая кома;
- 2) гипергликемические комы:
 - кетоацидотическая кома;
 - гиперосмолярная кома;
- 3) диабетическая ангиопатия:
 - диабетический гломерулосклероз;
 - ретинопатия.

Гипогликемическая кома.

Происходит резкое снижение уровня глюкозы в крови.

Возникает при:

- передозировке инсулина;
- неправильном подборе дозы инсулина;
- отсутствия поступления углеводов в момент максимального действия

инсулина.

Клиника:

- 1) бледность;
- 2) беспокойство;
- 3) чувство страха;
- 4) общая слабость;
- 5) резкое чувство голода;
- 6) потливость;
- 7) тремор;
- 8) парестезии;
- 9) учащение пульса;
- 10) афазия;
- 11) судороги;
- 12) помутнение сознания;
- 13) кома, которая развивается очень быстро.

Гипергликемия.

Кетоацидоз. В крови происходит повышение уровня глюкозы, ацетона, ацетоуксусной кислоты, бета-оксимасляной кислоты. Развивается кома.

Клиника:

- 1) жажда;
- 2) рвота;

- 3) сонливость;
- 4) адинамия;
- 5) запах ацетона в выдыхаемом воздухе.

Если кетоацидоз не компенсирует, то развивается:

- значительное обезвоживание;
- потеря электролитов;
- развивается острая почечная недостаточность;
- острая печеночная недостаточность.

Кетоацидотическая кома:

- 1) олигоурия;
- 2) мягкие глазные яблоки;
- 3) снижение тургора кожи;
- 4) сухость кожи и слизистых;
- 5) снижение сухожильных рефлексов;
- 6) адинамия;
- 7) учащение пульса;
- 8) снижение АД;
- 9) шумное дыхание (типа Куссмауля);
- 10) потеря сознания;
- 11) кома;
- 12) редко - боли в животе.

Гиперосмолярная кома:

- 1) резкое повышение уровня глюкозы;
- 2) повышенная осмолярность;
- 3) дегидратация;
- 4) нормальное содержание кетоновых тел в крови.

Диабетическая ангиопатия.

Происходят генерализованные изменения в базальных мембранах мелких сосудов, которые содержат много мукополисахаридов. Особенно характерно поражение почечных клубочков. Чаще всего при сахарном диабете поражаются:

- 1) сосуды глазного дна – диабетическая ретинопатия;
- 2) сосуды почек – диабетический гломерулосклероз;
- 3) нервные волокна и окончания – полиневриты.

Во время беременности сахарный диабет протекает очень лабильно. Характерно чередование периодов улучшения и ухудшения состояния беременной. Отмечается повышенная склонность к развитию кетоацидоза и гипогликемии. Характерно, что плод лучше переносит гипогликемию, чем кетоацидоз, при котором возрастает риск внутриутробной гибели плода.

Течение сахарного диабета во второй половине беременности: лабильный, происходит резкое ухудшение общего состояния, появляются диабетические нарушения - полидипсия, полифагия, полиурия, кожный зуд, особенно характерно появление зуда в области половых органов, это связано

с тем, что происходит синтез большого количества контринсулярных гормонов на 24 неделе беременности.

Течение сахарного диабета в третьем триместре беременности: происходит улучшение общего состояния, это связано с тем, что происходит улучшение толерантности к углеводам за счет синтеза инсулина у плода, развивается гиперинсулинизм - гиперплазия островков Лангерганса.

Диагностика

Лучшим периодом для скрининга диабета во время беременности является второй триместр между 24 и 28-й неделями гестации, но пациентки с наличием 1-2 факторов риска развития гестационного диабета должны пройти обследование при их первом визите в I триместре, а также контрольные обследования в каждом последующем триместре беременности.

Существуют различные методы скрининговой диагностики диабета при беременности. Чаще применяется тест с нагрузкой глюкозой: прием 50 г глюкозы орально с последующим измерением уровня глюкозы в плазме крови через 1 ч. Если уровень глюкозы в плазме крови через 1 ч $> 7,8$ ммоль/л, тест считается положительным и свидетельствует о необходимости проведения теста толерантности к глюкозе.

Пациенткам с положительным тестом с нагрузкой глюкозой выполняют 3-часовой тест толерантности к глюкозе для оценки углеводного обмена. При гестационном диабете уровень гликозилированного гемоглобина (HgbA1C) обычно является нормальным. Тест состоит в оральном назначении 100 мг глюкозы после 8-часового сна натощак после 3-4-дневного специальной углеводной диеты. Уровень глюкозы в крови измеряют сразу после приема глюкозы и через 1, 2 и 3 часа после этой дозы. Если уровень глюкозы натощак или показатели после нагрузки глюкозой является повышенными, выставляется диагноз гестационного диабета [5, 12, 16, 23].

Скрининговый тест толерантности к глюкозе при беременности:

Таблица №16 Трехчасовой тест толерантности к глюкозе, как критерий гестационного диабета

Время определения уровня глюкозы	Нормальный уровень глюкозы в венозной крови, ммоль/л	Нормальный уровень глюкозы в плазме венозной крови, мг/дл
Натощак	4,99	5,83
Через 1 год	9,16	10,55
Через 2 год	8,05	9,16
Через 3 год	6,94	8,05

Примечание * Результаты показывают верхнюю нормальную границу уровня глюкозы.

Лечение

При постановке диагноза гестационного диабета беременной назначают диабетическую диету. Общая калорийность рациона не должна превышать

2200 ккал/день, из расчета 30-45 ккал/кг идеальной массы тела. Важное значение имеет время и характер питания. Пациенток обучают считать углеводы и принимать 35-45 г углеводов на завтрак, 45-60 г углеводов на обед и ужин и 15 г на перекусы. В течение этой диеты определяют уровень глюкозы в крови 4 раза в день - натощак и три раза после еды. Если применение диеты позволяет контролировать уровень глюкозы в крови натощак < 90 мг/дл (5,83 ммоль/л), через 1 ч после еды < 140 мг/дл (7,7 ммоль/л) и через 2 ч после еды < 6,66 ммоль/л, рекомендуют соблюдение диеты в течение всей беременности. Такие пациентки относятся к классу А1 (диабет, контролируемой диетой), согласно классификации Уайта. Эта классификация диабета при беременности имеет прогностическое значение для тяжести диабета и его влияния на течение беременности и перинатальные исходы. В 25-30% пациенток при соблюдении диеты наблюдается повышение уровня глюкозы, требует назначения инсулина для контроля диабета. Такие пациентки относятся к классу А2 по классификации Уайта (гестационный диабет, контролируемая назначением инсулина). При настоящем гестационном диабете уровень глюкозы натощак обычно является нормальным, а повышенный только уровень глюкозы после приема пищи. Этим пациенткам назначают инсулин короткого действия в комбинации с инсулином средней продолжительности действия (NPH) на завтрак и обед с инсулином короткого действия (хумалог, хумулин, лиспро) на вечер.

Ранее применение оральных противодиабетических препаратов считалось противопоказано при беременности в связи с риском развития гипогликемии у плода. Согласно последним исследованиям, эти препараты помогают достичь адекватного контроля уровня глюкозы при гестационном диабете без существенного риска для плода. Благодаря удобствам применения эти препараты могут быть применены при беременности (например глибурид, который лишь незначительно проходит через плаценту), но отдаленные результаты их применения еще не определены [5,12, 16, 23].

Мониторинг состояния плода

Оценку состояния плода проводят с помощью еженедельного контроля стрессовой теста (ЕСТ), биофизического профиля или модифицированного биофизического профиля с 32-й недели гестации и продолжают до родов. Ультразвуковую фетометрию повторяют в сроке 34-37 недели для выявления возможной макросомии плода. Частота проведения тестов антенатальной оценки состояния плода зависит от степени контроля диабета.

Родоразрешение.

Интранатальное ведение пациенток с контролируемым гестационным диабетом при нормальной массе плода не отличается от такого же в общей популяции. Следует избегать чрезмерного введения глюкозы, чтобы не вызвать гипогликемию у новорожденного в раннем неонатальном периоде.

У пациенток с гестационным диабетом класса А2 обычно выполняют индукцию родов при доношенной беременности (39-40 нед). В этих пациенток существует риск гипогликемии при снижении функции плаценты в конце

беременности. Поэтому в день родов им не назначают инсулин длительного действия и проводят мониторинг уровня глюкозы каждый час. Для коррекции гликемии используют декстрозу (глюкозу) и инсулиновые капли, или инсулин короткого действия.

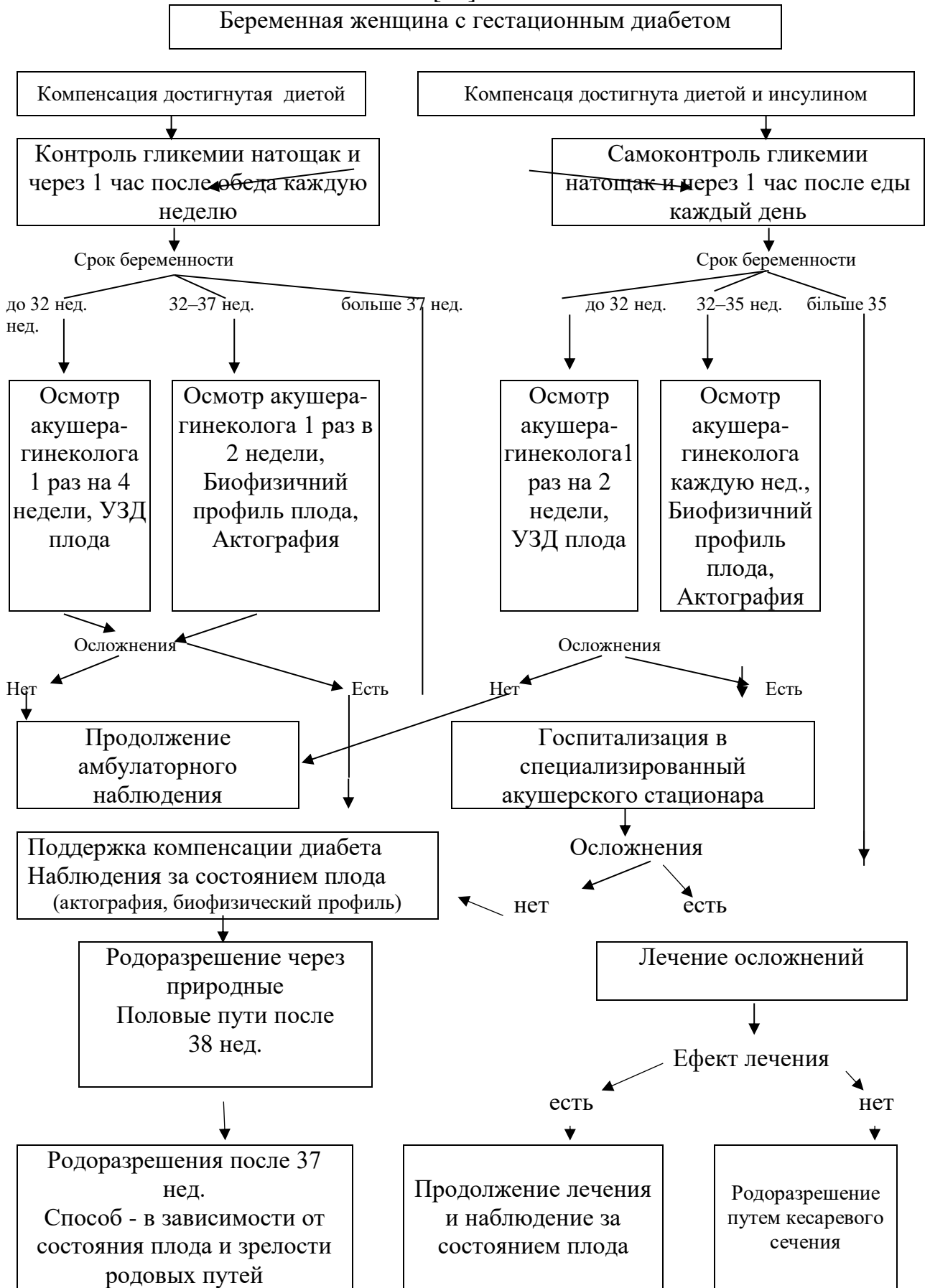
У пациенток с недостаточным контролем за уровнем глюкозы обычно выполняют индукцию родов между 37 и 39-й неделями беременности после подтверждения зрелости легких плода. У пациенток с ожидаемой массой плода более 4000 г внимательно контролируют ход родов, проводят профилактику дистоции плечиков плода или выполняют плановое кесарево сечение. При ожидаемой массе плода более 4500 г показано оперативное родоразрешение путем планового кесарева сечения.

При родоразрешении пациенток с гестационным диабетом акушерские щипцы и вакуум-экстракцию обычно не применяют в связи с риском дистоции плечиков плода, за исключением наложения выходных щипцов при острой гипоксии плода. При ожидании дистоции плечиков в родильном зале должны присутствовать дополнительно не менее одного опытного врача акушера-гинеколога и одной акушерки. Это позволит одной акушерке выполнять нажатия над лобком, в то время как вторая будет помогать рождению плода [5,12, 16, 23].

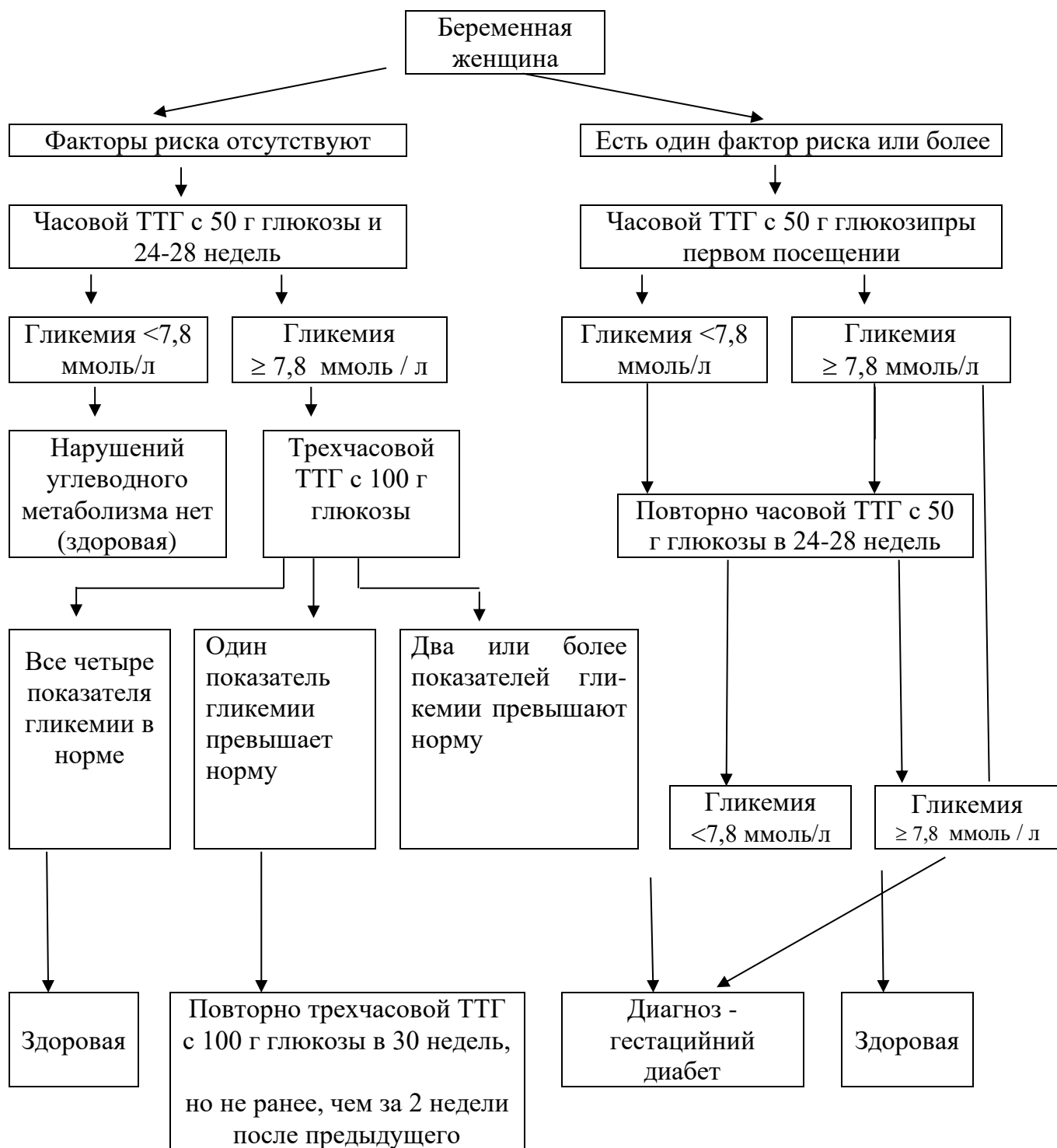
Профилактика:

- 1) Рациональный выбор времени и способа родоразрешения.
- 2) Тщательное выхаживания и лечения новорожденного.
- 3) Организация эндокринологического наблюдения за детьми, рожденными от матерей больных сахарным диабетом.

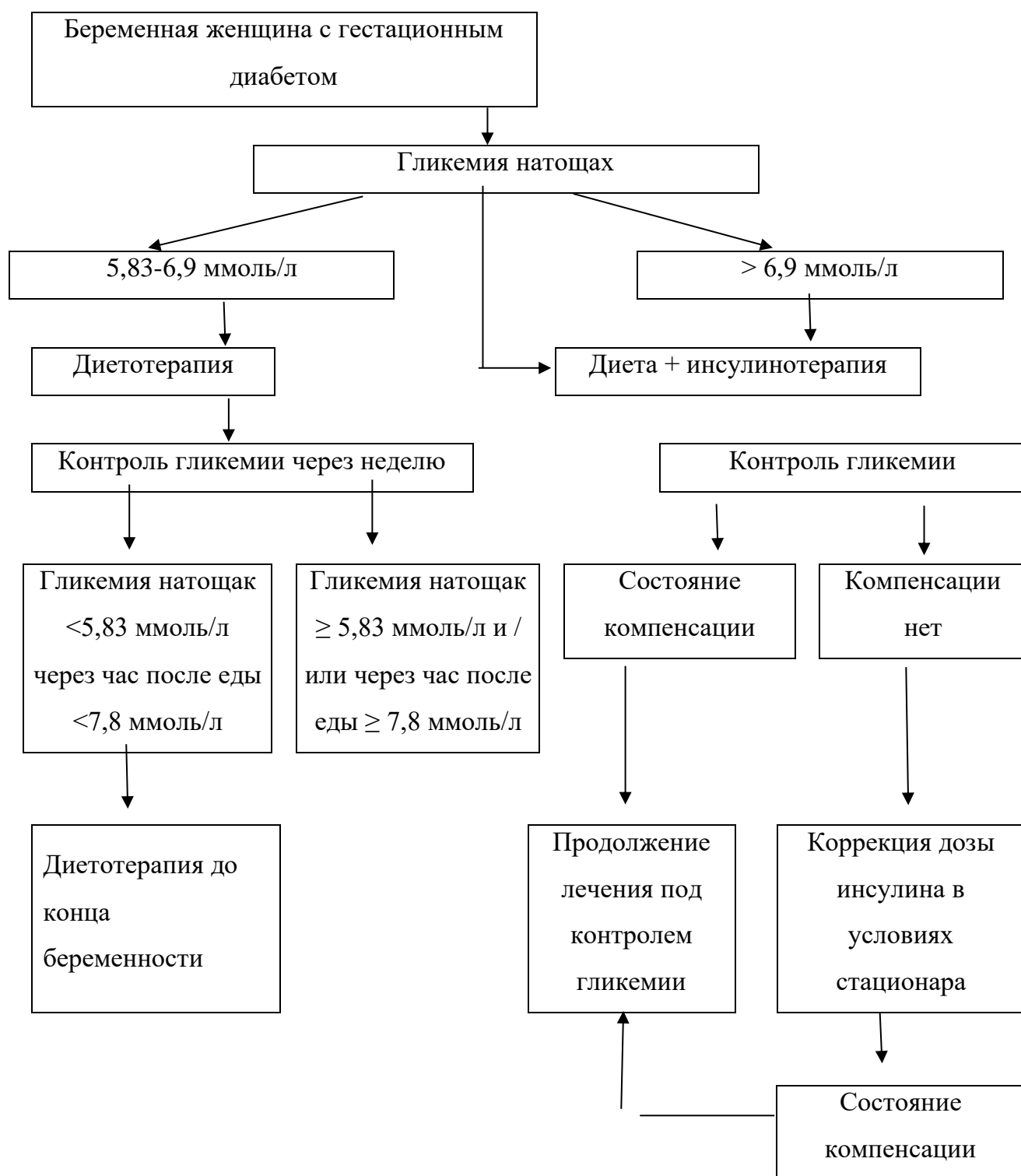
АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У БОЛЬНОЙ НА ГЕСТАЦИОННЫЙ ДИАБЕТ [22]



Алгоритм диагностики гестационного диабета [22]



АЛГОРИТМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОЙ НА ГЕСТАЦИОННЫЙ ДИАБЕТ [22]



Контрольные вопросы:

1. *Объясните механизм возникновения сахарного диабета.*
2. *В каком случае сахарный диабет считают гестационным?*
3. *Клиническая картина сахарного диабета беременных.*
4. *В каких условиях проводится лечение сахарного диабета беременных?*
5. *Принципы питания беременной с сахарным диабетом.*
6. *Какие симптомы сахарного диабета беременных?*
7. *Главные принципы лечения беременных с сахарным диабетом.*
8. *На основании чего выставляется диагноз: сахарный диабет беременных?*
9. *Классификация сахарного диабета беременных.*
10. *Лечение беременных с сахарным диабетом.*
11. *Какой эффект проявляет инсулин при лечении сахарного диабета беременных?*
12. *Какие акушерские осложнения могут возникнуть у беременной с сахарным диабетом?*
13. *Какой механизм возникновения диабетической комы?*
14. *Признаки диабетической комы.*
15. *В каком случае возникают диабетическая кома?*
16. *Современная методика лечения беременных с сахарным диабетом.*
17. *Неотложная помощь при диабетической коме.*
18. *Акушерская тактика при сахарном диабете.*
19. *Принципы ведения родов при сахарном диабете.*
20. *Профилактика сахарного диабета.*

Задачи:

Женщина 25 лет, беременность 10 недель. Сахарный диабет 11 лет. Суточная доза инсулина 84 ЕД. Гликемия - 15-18 ммоль/л. Общий анализ мочи: протеинурия 1,65 г/л, глюкозурия. Влагалищное исследование: матка плотная, ограничено подвижная, болезненная, увеличена до 10 недель беременности. Какая тактика акушер-гинеколога?

Первая беременность, беременной 21 год, страдает сахарным диабетом, поступила в роддом в сроке беременности 26 недель с жалобами на рвоту, тошноту, обезвоживание, острую боль в животе. Состояние тяжелое, сознание нарушено. АД 90/60 мм рт. ст., температура тела 35,8°C, пульс 108 в мин, слабого наполнения, снижен тонус глазных яблок, зрачки сужены. Тонус матки не повышенный, сердцебиение плода ритмичное, глухое, 170-180 уд. в мин. Диагноз?

Больная М., 23 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на тянущие боли внизу живота, мажущие кровянистые выделения. После обследования поставлен диагноз: Беременность II, 8 недель. Угроза прерывания беременности. Сахарный диабет I типа. Тяжелая форма, лабильное течение. Первая беременность прервана в сроке 22 недели в связи с

недостатками развития плода. На момент пребывания в стационаре диабет декомпенсированный. Сахар крови 17,3 ммоль/л. Тактика врача.

Тестовые задания:

В женскую консультацию обратилась беременная с сопутствующим сахарным диабетом. Что должен ожидать и учитывать врач при ведении такой пациентки?

- A.** *Повышенная потребность в инсулине на поздних этапах беременности.
- B.** Уменьшение плацентарного транспорта глюкозы в результате гипергликемии.
- C.** Тенденция к развитию гипергликемии на раннем этапе беременности.
- D.** Тенденция к развитию ацидоза на раннем этапе беременности.
- E.** Повышенная потребность в инсулине на раннем этапе беременности.

В женскую консультацию обратилась беременная с жалобами на задержку менструации до 2 месяцев, жажду, общую слабость, ухудшение зрения. Из анамнеза выяснено, что женщина с 15 лет болеет сахарным диабетом тяжелой формы. По заключению окулиста нарушение зрения обусловлено сахарным диабетом. Имела 2 беременности, которые закончились мертворождением. Содержание сахара в крови - 15 ммоль/л, при бимануальном исследовании установлено, что матка увеличена до 7 недель. Диагноз: III беременность 7 недель. Сахарный диабет I типа, тяжелая форма. Диабетическая ретинопатия. Какая тактика врача?

- A.** * Показано прерывание беременности.
- B.** Сохраняющая гормональная терапия.
- C.** Инсулинотерапия.
- D.** Пролонгирование беременности в условиях стационара.
- E.** Коррекция гликемии сахароснижающими препаратами.

Беременная 22 лет обратилась в женскую консультацию с диагнозом: Беременность I, 10 недель. Сахарный диабет. В анамнезе болеет диабетом 10 лет. У мужа также сахарный диабет. Какую тактику ведения беременности должен выбрать участковый врач женской консультации?

- A.** * Прерывание беременности до 12 недель.
- B.** Пролонгирование беременности.
- C.** Госпитализация в эндокринологический стационар для обследования.
- D.** Подбор дозы инсулина совместно с эндокринологом.
- E.** Клиническое обследование.

У беременной 24 лет диагноз: Беременность I, 36 недель. Преэклампсия средней степени тяжести. Сахарный диабет I типа, средней степени тяжести, компенсированный. Тактика?

- А. *** Родоразрешение путем кесарева сечения в плановом порядке.
- В.** Интенсивная терапия в течение нескольких часов с последующим кесаревым сечением.
- С.** Комплексная терапия гестоза в течение суток с последующим родоразрешением.
- Д.** Предоперационная подготовка с ИВЛ в течение нескольких часов с последующим кесаревым сечением.
- Е.** Терапия гестоза, сохраняющая терапия.

Больная диабетом беременна в сроке 16-17 недель жалуется на слабость, анорексию, шум в ушах, тошноту. Гликемия - 19,4 ммоль/л, кетонемия - 5,2 ммоль/л. Какая стадия кетоацидоза?

- А. *** Умеренная.
- В.** Субкомпенсированная.
- С.** Декомпенсированная.
- Д.** Кома.
- Е.** Кетоацидотическая кома.

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

У беременных могут встречаться различные болезни сердца - от незначительного пролапса митрального клапана, который практически не влияет на течение и исходы беременности, до синдрома Эйзенменгера, при котором крайне высок риск материнской смертности. Частыми клинически значимыми видами кардиологической патологии в акушерской практике являются:

- врожденные пороки сердца,
- приобретенные пороки сердца,
- кардиомиопатии,
- инфекционный эндокардит.

Беременность в большинстве случаев приводит к ухудшению течения болезней сердца, возникновению осложнений, которых не было до беременности. Может вызвать перинатальную кардиомиопатию, что проявляется сердечной недостаточностью. Иногда болезнь, которая ранее протекала скрыто, впервые клинически проявляется и поэтому диагностируется у беременной.

Распространенность органических болезней сердца среди беременных составляет 10 -20 на 1000.

Обследование кардиологической больной во время беременности обязательно включает:

- изучение жалоб и анамнеза болезни;
- ЭКГ в 6 стандартных и 6 грудных отведениях;
- трансторакальную двухмерную эхокардиографию.

Инвазивные и радиоизотопные методы исследования при беременности применяют только по жизненным показаниям в случаях подготовки к кардиохирургической операции.

После обследования и уточнения диагноза решается вопрос о возможности вынашивания беременности.

При стабильно удовлетворительном состоянии больной наблюдение проводят амбулаторно. Цель амбулаторного наблюдения - профилактика и раннее выявление кардиологических и акушерских осложнений течения беременности, нарушений состояния плода.

Основные задачи амбулаторного этапа наблюдения включают:

- предоставление в доступной форме убедительной информации относительно полноценного рационального питания, количества употребляемой жидкости, режима труда и отдыха, адекватных дозированных физических нагрузок;
- предупреждение обусловленных беременностью состояний, провоцирующих ухудшение течения основного заболевания: анемии, гипотиреоза, гипертензии / преэклампсии;
- выявление и санация очагов инфекции;
- обеспечение плановой госпитализации в соответствующие сроки и в соответствующее учреждение здравоохранения;

- раннее выявление декомпенсации / развитие осложнений и экстренное направление беременной в стационар;
- мониторинг состояния плода
- психофизическая подготовка к родам.

Динамическое наблюдение беременной осуществляют, в зависимости от установленной степени риска, совместно акушер-гинеколог и терапевт или кардиолог. При необходимости беременную консультирует кардиохирург.

Санаторное оздоровление - осуществляется в специализированном отделении для беременных.

Продолжительность курса санаторного оздоровления - не менее 24 дней, оптимальный срок - от 16 до 32 недель.

Противопоказания для санаторному оздоровлению:

- IV степень риска;
- декомпенсация / прогрессирование основного заболевания, наличие острых осложнений;
- угроза выкидыша или преждевременных родов;
- преэклампсия;

Плановая госпитализация:

- в I триместре (III и IV степени риска) - решение вопроса прерывания беременности в условиях квалифицированного стационара (с согласия больного)
- в 26-32 недели (II-IV степени риска) - обеспечение компенсации кровообращения
- при сроке беременности больше 22 недель (I-IV степени риска) - подготовка и проведение родоразрешения в условиях квалифицированного стационара.

Показания к экстренной госпитализации:

- прогрессирование хронической сердечной недостаточности,
- возникновение или учащение нарушений ритма,
- острая коронарная патология;
- инфекционный эндокардит;
- тромбоэмболические осложнения;
- легочное кровотечение;

Госпитализацию осуществляют:

- до 22 недель - в профильный (кардиологический, ревматологический, кардиохирургический) стационар;
- в 22-38 недель - в специализированное отделение экстрагенитальной патологии акушерского стационара;

В стационаре больной обеспечивают постоянное наблюдение и оказание помощи акушером-гинекологом и терапевтом (кардиологом). Медикаментозное лечение проводят по строгим показаниям посиндромно. Показания к назначению и состав лекарственных средств определяет кардиолог.

Антиаритмическая терапия

Аритмии, случающиеся во время беременности не чаще, чем вне беременности, нередко не представляют опасности для здоровья матери и ребенка, а следовательно не требуют лечения. Вопрос о целесообразности назначения антиаритмических препаратов или других методов терапии решает кардиолог.

Лечение аритмий во время беременности и родов в целом не отличается от такового вне беременности. Однако, процент лечебных неудач и риск токсических эффектов антиаритмических средств у беременных выше. Поэтому назначение этих медикаментов должно происходить по строгим показаниям, а контроль при проведении лечения должен быть максимально тщательным.

Дефибрилляция во время беременности противопоказаны.

Антикоагулянтная терапия

Антикоагулянтная терапия во время беременности может проводиться в постоянном режиме (искусственные механические клапаны сердца, см. Ниже) или в течение определенного периода (пароксизм фибрилляции предсердий, продолжается более 48 ч., Нестабильная стенокардия, инфаркт миокарда, дилатационная кардиомиопатия, др.). Антикоагулянты также применяют профилактически перед абдоминальным родоразрешением у женщин с высоким риском тромбоза легочной артерии.

Безопасными для плода является стандартный гепарин и низкомолекулярные гепарины (эноксапарин, надропарин кальция, далтепарин), которые могут применяться без ограничений в любые сроки беременности.

Введение гепарина следует прекратить за 4 часа до кесарева сечения или с началом схваток и возобновить через 6 часов после родов.

Побочные эффекты гепарина в случае длительного применения - тромбоцитопения и остеопороз у матери.

Антикоагулянты (варфарин, аценокумарол, фениндион), несмотря на их неблагоприятное действие на плод, применяют для постоянной антикоагулянтной терапии у беременных с искусственными клапанами сердца, поддерживая международное нормализованное отношение 2,5-3,0 или протромбиновый индекс 50-60%. Антикоагулянты целесообразно отменить в период от 5 до 13 недель беременности и обязательно за 2-3 недели до ожидаемого срока родов, назначив нефракционированный гепарин или низкомолекулярный гепарин (НМГ).

После родов продолжают введение стандартного гепарина или НМГ, а начиная с третьих суток назначают непрямые антикоагулянты. В течение трех суток (3-5-е сутки послеродового периода) одновременно вводят прямой и косвенный антикоагулянты. Достигнув целевого уровня международного нормализованного отношения (3,0-3,5) или протромбинового индекса ($\approx 50\%$), прямой антикоагулянт отменяют.

Хирургическое лечение болезней сердца во время беременности применяют в плановом или экстренном порядке.

Вполне безопасными для плода и течения беременности являются кардиохирургические вмешательства, выполняемые без применения искусственного (экстракорпорального) кровообращения. Операции, требующие искусственного кровообращения, часто приводят к самопроизвольному прерыванию беременности / преждевременных родов или антенатальной гибели плода.

Кроме торакотомичных операций, во время беременности широко применяют малоинвазивные чрескожные эндоваскулярные вмешательства (баллонная дилатация, катетерная абляция и т.д.), имплантацию электрокардиостимулятора и другие приемы «агрессивной кардиологии».

Если болезнь сердца операбельна, и операция не требует искусственного кровообращения, хирургическое лечение - лучшая альтернатива прерыванию беременности в позднем сроке.

Плановую операцию на сердце проводят в период между 16 и 26 неделями беременности. Этот оптимальный срок характеризуется безопасностью для плода, наименьшим риском прерывания беременности и оставляет достаточно времени для реабилитации больной до наступления родов.

Особые условия проведения хирургического лечения во время беременности:

- проведение медикаментозной профилактики произвольного прерывания беременности;
- обеспечение тщательного наблюдения за состоянием плода в послеоперационном периоде;
- организация совместного надзора больной кардиохирургом и акушером-гинекологом.

Если операцию на сердце проведено в оптимальные сроки, и эффект ее положительный, беременность пролангируют до физиологического срока родов и ведут их в соответствии с акушерской ситуацией без укорочения периода потуг.

Экстренное кардиохирургическое вмешательство, которое имеет целью спасение жизни больной, проводят в любом сроке беременности и во время родов.

Одновременное проведение операции на сердце и кесарева сечения в плановом порядке не рекомендуется. Если, учитывая тяжелое состояние больной, существует высокий риск наступления отека легких или других острых кардиологических осложнений, как исключение принимается решение об одновременном проведении кардиохирургической и родоразрешающей операций, первым выполняют кесарево сечение, затем - операцию на сердце.

Родоразрешение

Родоразрешение беременных группы I степени риска проводят в родовспомогательных учреждениях II уровня аккредитации; II степени - в заведении III уровня, III и IV степеней - в специализированном учреждении.

Беременные групп I и II степеней риска рожают в физиологическом сроке после спонтанного начала родовой деятельности.

Больные групп III и IV степеней риска нередко нуждаются плановой индукции родов, чтобы медицинская помощь им оказывала мультидисциплинарная бригада опытных и квалифицированных специалистов. Срок родоразрешения таких больных зависит от характера патологии и наличия осложнений у матери и плода.

Показания к досрочному родоразрешению со стороны матери:

- Неэффективность медикаментозной терапии при хронической сердечной недостаточности;
- прогрессирование коронарной патологии;
- расслоение аорты
- преэклампсия.

Показания к досрочному родоразрешению в интересах плода:

- наличие цианоза (врожденные пороки сердца синего типа);
- легочная гипертензия крайней степени (синдром Эйзенменгера)
- задержка внутриутробного роста, независимо от характера основного заболевания.

Во всех случаях, когда нет акушерских или специальных кардиологических показаний к кесареву сечению, роды начинают вести через естественные родовые пути.

Роженицы группы II степени риска, кроме врач-акушера-гинеколога, наблюдает врач-терапевт, групп III и IV степеней - врач-кардиолог и врач-анестезиолог.

В течение всего родового акта у больных высокого и крайне высокого риска проводят мониторинг артериального давления, частоты сердечных сокращений, ЭКГ, мобилизуют периферическую вену.

Обезболивания родовой деятельности может осуществляться различными немедикаментозными и медикаментозными средствами в том числе наркотическими анальгетиками.

Оптимальный способ обезболивания родовой деятельности у кардиологических больных - эпидуральная анестезия.

Как утеротоническое средство используют окситоцин. Производные эргометрина кардиологическим больным противопоказаны.

Больные I степени риска рожают самостоятельно. Вопрос о необходимости исключения второго периода у больных II степени риска решает терапевт в зависимости от состояния роженицы. В случае III или IV степени риска потуги обязательно исключают с помощью акушерских щипцов.

Кардиологические показания к плановому кесареву сечению:

- аневризма аорты любого генеза
- коарктация аорты
- значительная систолическая дисфункция левого желудочка (фракция выброса <40%);
- констриктивный перикардит.

Таблица 20 Степени риска беременности при заболеваниях сердца

Риск	Признаки заболевания	Комментарии
I степень Не высокий	Сердечная недостаточность клинически отсутствует Функциональный класс II Нормальное давление в легочной артерии (<25 мм рт.ст.) Гипертрофии и дилатации сердца нет	Беременность не противопоказана, вероятность осложнений не превышает таковую в популяции. Роды - по акушерской ситуации
II степень Умеренно высокий	Сердечная недостаточность I стадии Функциональный класс II Давление в легочной артерии умеренно повышено (> 25 мм рт.ст., но <50 мм рт.ст.) Начальная или умеренная гипертрофия отдела (отделов) сердца Небольшая дилатация отдела (отделов) сердца	Беременность является допустимой, хотя вызывает определенный риск ухудшения состояния больного. В большинстве случаев возможно естественное родоразрешение, иногда возникает необходимость укорочения периода потуг
III степень Высокий	Сердечная недостаточность II A стадии Функциональный класс III Активность ревматизма II-III степени Гемодинамически значимые нарушения ритма. Легочная гипертензия (давление в легочной артерии > 50 мм рт.ст., однако не достигает системного) Значительная гипертрофия, перегрузки отдела (отделов) сердца Большая дилатация отдела (отделов) сердца Коронарная патология (с синдромом стенокардии или без него) Обструкция выходного тракта желудочка (желудочков) аневризма аорты	Риск беременности значительно повышен, ход ее сопровождается многими кардиологическими и акушерскими осложнениями. Беременность противопоказана и должно быть прервана до 12 недель. Вопрос о позднего прерывания решается в каждом случае индивидуально. Если характер заболевания предполагает его хирургическое лечение, операция на сердце является альтернативой прерыванию беременности. В родах - плановое укорочение периода потуг или кесарево сечение (по показаниям)

	инфекционный эндокардит Необходимость постоянной антикоагулянтной терапии	
IV степень Очень высокий	Сердечная недостаточность II Б или III стадии Функциональный класс IV Легочная гипертензия крайней степени (давление в легочной артерии равен системном или превышает его) цианоз Значительная систолическая дисфункция левого желудочка (фракция выброса <40%) Расслаивающая аневризма аорты	Высокая вероятность материнской смерти. Показано прерывание беременности как в ранние, так и в поздние сроки. В родах - плановое выключение потуг или кесарево сечение (по показаниям)

Таблица 21 Основные вопросы тактики ведения беременных с заболеваниями сердца

Степень риску	Перерывание беременности		Врачебное наблюдение	Плановая госпитализа ция	Роды		Лактация	Выписка
	до 12 недель	в 13–22 нед.			учреждение	способ		
I	не показано	не показано	семейный врач или акушер- гинеколог и терапевт	в 39 недель	II уровень	Согласно акушерской ситуации	не противопо казана	3–5 сутки
II	не показано	не показано	акушер- гинеколог и терапевт	28–32 нед. 37–38 нед.	III уровень	согласно акушерской ситуацией под наблюдение м терапевта, в случае кардиологич еских осложнений - укорочение II периода	не противопо казана	6–7 сутки
III	показано	вопрос решается индивидуально в зависимости от динамики состояния	акушер- гинеколог и кардиолог, кардиохирург	I триместр 28–32 нед. 36 нед.	Перинаталь ный центр	с обязательны м укорочение м II периода, по	вопрос решается индивиду ально в зависимос ти от	8–10 сутки

		больного во время беременности				показаниям - кесарево сечение	состояния больного после родов	
IV	показано	показано	акушер-гинеколог и кардиолог, кардиохирург	I триместр 26–32 нед.	Перинатальный центр	с обязательным исключением потуг, по показаниям - кесарево сечение	противопоказана	вопрос решается индивидуально, возможна необходимость перевода в профильный стационар

Контрольные вопросы:

1. *Какие существуют степени риска беременности при заболеваниях сердца?*
2. *Какое обязательное обследование у беременной с кардиологической патологией?*
3. *Основные задачи амбулаторного этапа наблюдения за беременными с кардиологической патологией.*
4. *Каков оптимальный срок санаторного оздоровления для беременных с кардиологической патологией?*
5. *Противопоказания к санаторному лечению для беременных с кардиологической патологией?*
6. *В какие сроки беременности проводится плановая госпитализация беременных с кардиологической патологией?*
7. *Какие показания к экстренной госпитализации беременных с кардиологической патологией?*
8. *Особенности лечения беременных с аритмиями.*
9. *Особенности проведения антикоагулянтной терапии во время беременности с наличием кардиологической патологии.*
10. *В какой срок беременности проводят плановые операции на сердце?*
11. *Показания к плановой операции на сердце во время беременности.*
12. *Показания к досрочному родоразрешению со стороны матери при наличии кардиологической патологии.*
13. *Какие показания к досрочному родоразрешению со стороны плода при наличии кардиологической патологии у беременной?*
14. *Оптимальный способ обезболивания родовой деятельности у беременных с кардиологической патологией?*
15. *Какие кардиологические показания к плановому кесареву сечению?*

Тестовые задания

1. Женщина 25 лет, беременность первая. В 13 лет была диагностирована острая атака ревматизма. 7 лет назад при УЗИ обследовании был поставлен диагноз порок сердца. По результатам обследования: Беременность 8 недель, Ревматизм активная фаза. Эндомиокардит. Комбинированный митральный порок. ХНК IIб. Каковы дальнейшие действия врача?

- А) Оперативное лечение сердца без прерывания беременности.
- В) Сохранение беременности.
- С) Лечение ревматизма без прерывания беременности.
- *D) Лечение активной фазы ревматизма с прерыванием беременности.
- Е) Прерывание беременности.

2. Беременная 22 года, беременность первая, проходила без осложнений. При поступлении: первый период своевременных родов. Размеры таза: 26-28-30-20 см. Головное предлежание, головка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное – 135 уд/мин. В анамнезе: 2 года назад

митральная комиссуротомия с положительным результатом. Укажите тактику родоразрешения.

- *А) Вакуум-экстракция.
- В) Консервативное родоразрешение.
- С) Кесарево сечение.
- Д) Исключить II период родов.
- Е) Амниотомия.

3. В поликлинику обратилась женщина 21 год. Объективно: цианоз губ и носогубного треугольника, телосложение астеническое. В анамнезе: тетрада Фалло. Менструации с 17 лет, нерегулярные через 3-4 месяца. При гинекологическом осмотре: увеличение матки до 8 недель беременности, консистенция мягкая, своды свободны, придатки не пальпируются. Диагноз: Беременность 8 недель. Врожденный порок сердца – тетрада Фалло. Тактика врача?

- *А) Прерывание беременности.
- В) Продолжение беременности под наблюдением врача консультации.
- С) Госпитализация для сохранения беременности.
- Д) Госпитализация в терапевтическое отделение для дальнейшего обследования.
- Е) Оперативное лечение порока без прерывания беременности.

4. Первородящая 32 года. Срок беременности 36-37 недель. В анамнезе: в возрасте 5-ти лет, хирургическое лечение дефекта межпредсердной перегородки. При обследовании: нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы не выявлено. Какова дальнейшая тактика ведения родов?

- *А) Физиологические роды
- В) Кесарево сечение на 38 неделе.
- С) Кесарево сечение со стерилизацией.
- Д) Неотложное родоразрешение.
- Е) Консервативное родоразрешение.

5. Женщина 26 лет, беременность первая, срок 32 недели. На фоне митрального стеноза, выявлены признаки сердечной недостаточности. Улучшения состояния не произошло, несмотря на проведенную консервативную терапию. Какова дальнейшая тактика ведения беременности?

- А) Гормональная терапия.
- В) Пролонгирование беременности с терапевтическим лечением сердечной недостаточности.
- С) Консультация ревматолога.
- Д) Хирургическое лечение с сохранением беременности.
- *Е) Досрочное родоразрешение.

Задачи

№1

Беременная, срок 4-5 недель, обратилась в женскую консультацию. В анамнезе: в возрасте 15 лет перенесла ревматизм. Было установлено наличие комбинированного митрального порока сердца с преобладанием недостаточности митрального клапана. В какие сроки беременности необходимо стационарное лечение?

№2

Первобеременная, срок – 11 недель. В период беременности состояние здоровья ухудшилось: усилилась одышка, появились отеки на ногах. Из анамнеза известно: болеет ревматизмом с детства, был диагностирован порок сердца. Объективно: цианоз губ, пульс 87 уд/мин., аускультативно систоло-диастолический шум на верхушке сердца, печень выступает из подреберной дуги на 4 см. Установите диагноз.

№3

Беременная 25 лет. Беременность первая. Срок беременности 10 недель. При терапевтическом осмотре и осмотре и обследовании был установлен диагноз: беременность 10 недель, ревматизм активная фаза, митральная болезнь с преобладанием стеноза левого атриовентрикулярного отверстия, недостаточность кровообращение IIб ст. Укажите тактику ведения беременной.

№4

Беременная 27 лет, беременность первая, срок 33 недели. Поступила в отделение с жалобами на сердцебиение, общую слабость, одышку. Из анамнеза известно, что в детстве перенесла ревматизм. При объективном исследовании: на нижних конечностях отеки АД – 150/90 мм.рт.ст., дефицит пульса. Аускультативно: систолический шум над верхушкой, хлопающий II тон, акцент II тона над легочной артерией. ЭКГ – пароксизм мерцательной аритмии, тахисистолическая форма. Какой из симптомов обусловлен только сердечной недостаточностью.

6.3. Ведение беременности и родов при заболеваниях почек

Среди экстрагенитальной патологии у беременных заболевания почек и мочевыделительных путей занимают второе место после болезней сердечно-сосудистой системы и создают опасность как для плода, так и для матери.

Заболевание почек во время беременности привлекает внимание вследствие влияния прогестерона на рецепторы мочевыделительных путей, нарушения уродинамики, обусловленное изменением топографоанатомического соотношения из-за увеличения размеров матки. Кроме того, матка во второй половине беременности отклоняется вправо (ротируя в эту же сторону) и тем самым создает большее давление на участок правой почки, чем можно, судя по всему, объяснить большую частоту правостороннего поражения мочевыводящей системы. Наблюдается гипотония и расширение чашечно-лоханочной системы и мочеточников (емкость лоханок вместе с мочеточниками вместо 3-4 мл до беременности достигает во второй половине 20-40, а иногда и 70 мл). Восстановление тонуса начинается с последнего месяца беременности и продолжается в течение III месяцев послеродового периода. Снижение тонуса и амплитуды сокращений мочеточника начинается после III месяца беременности и достигает максимума к VIII месяца. Снижение тонуса верхних мочевых путей и застой мочи в них при беременности ведет к тому, что в почечной лоханке повышается давление - это имеет значение в развитии пиелонефрита. Этому способствует:

- ослабление связочного аппарата почек, что способствует патологической подвижности почек;
- увеличение частоты пузырно-мочеточникового рефлюкса;
- увеличение секреции эстрогенов и прогестерона, глюкокортикоидов, гормонов плаценты-хорионического гонадотропина и хорионического соматомаммотропина.

Инфекция проникает в мочевые пути восходящим, нисходящим - лимфогенным и гематогенным путем. Возбудители - кишечная палочка, грамотрицательные энтеробактерии, синегнойная палочка, протей, энтерококк, золотистый стафилококк, стрептококк, грибы типа *Candida*.

Следует отметить, что часто встречаются клинические формы - гидронефроза, бессимптомной бактериурии, пиелонефрита. Реже - туберкулез почек, мочекаменная болезнь, гломерулонефрит, аномалии развития мочевыводящих путей.(1,11)

Пиелонефрит

Пиелонефрит - это наиболее частое заболевание при беременности (от 6 до 12%), при котором страдает концентрационная способность почек. Пиелонефрит имеет негативное влияние на состояние плода и течение беременности. Наиболее частое осложнение - невынашивание беременности,

внутриутробное инфицирование плода, поздний гестоз. Грозными осложнениями являются острая почечная недостаточность, септицемия, септикопиемия, бактериальный шок. Чаще всего пиелонефрит обнаруживают в сроке беременности - 12-15 недель, 24-29 недель, 32-34 недель, 39-40 недель, в послеродовом периоде на 2-5 и 10-12 сутки. Пиелонефрит у беременных может возникнуть впервые, или проявиться (обостриться), если женщина болела им до беременности. Беременные, больные пиелонефритом, должны быть госпитализированы при каждом обострении заболевания, при появлении признаков позднего гестоза, ухудшении состояния плода.

Возбудителями пиелонефрита являются грамотрицательные микроорганизмы кишечной группы, синегнойная палочка, протей, грибы типа *Candida*, стафилококки. Возможен и восходящий путь - из уретры и мочевого пузыря. Инфекция распространяется гематогенным путем из очага воспаления - глоточных миндалин, зубов, гениталий, желчного пузыря.

Классификация

Различают:

- острый,
- хронический ,
- гестационный пиелонефрит;
- латентно текущий.

Клиника

Острый пиелонефрит у беременных и рожениц проявляется следующими признаками: внезапное начало заболевания, температура (39-40°C), общее недомогание, боли в поясничной области, адинамия, боли во всем теле, головная боль, озноб, который сменяется профузным потом, интоксикация. Боль - по ходу мочеточника, расстройство мочеиспускания, вынужденное положение на боку с приведенными нижними конечностями. Симптом Пастернацкого положительный. Усиление боли в пояснице объясняют переходом воспалительного процесса на капсулу почки и околопочечную клетчатку. Отеки - не характерны, диурез - достаточный, АД - нормальное. В осадке мочи - эритроциты, лейкоциты, различные цилиндры и клетки эпителия. Появление цилиндров свидетельствует о поражении паренхимы почек. Исследование мочи по Нечипоренко - в норме соотношение лейкоцитов и эритроцитов 2: 1 (в 1 мл мочи 4000 лейкоцитов и 2000 эритроцитов (указанная норма для беременных)). При пиелонефрите количество лейкоцитов в моче может быть нормальным, а в анализах по Нечипоренко наблюдают лейкоцитурию. Бактериурия - важный симптом при пиелонефрите. В моче по Зимницкому - уменьшение относительной плотности и нарушение соотношения дневного и ночного диуреза в сторону последнего, что говорит о снижении концентрационной способности почек. Гемограмма беременных, страдающих пиелонефритом, - уменьшение гемоглобина, лейкоцитоз, увеличение палочкоядерных форм. Биохимия крови -

изменение общего количества белка и белковых фракций за счет уменьшения альбуминов.

Хронический пиелонефрит - вне обострения бывают тупые боли в пояснице, в моче небольшое количество белка, слегка увеличенное количество лейкоцитов. Во время беременности может обостряться, иногда дважды, трижды. При каждом обострении женщина должна быть госпитализирована.

Важно знать 3 степени риска беременности и родов у больных с пиелонефритом:

- к 1 степени относят больных с неосложненным пиелонефритом, который возник во время беременности;
- ко 2 степени - больных хроническим пиелонефритом, существующим до беременности;
- к 3 степени - женщины с пиелонефритом и гипертензией или анемией, пиелонефритом единственной почки.

Больным 1 и 2 степени риска можно позволить пролонгировать беременность с постоянным динамическим наблюдением у терапевта, нефролога. Больным с третьей степенью риска беременность противопоказана.

Дифференциальный диагноз - с острым аппендицитом, острым холециститом, почечной и печеночной коликой, общими инфекционными заболеваниями. Затруднение представляет дифференциальный диагноз с нефропатией, гипертонической болезнью. Выраженная протеинурия, изменения на глазном дне - ангиоретинопатия, нейроретинопатии, кровоизлияния и отек сетчатки указывают на присоединение гестоза.

Лечение

Лечение пиелонефрита беременных и рожениц проводят по общим принципам терапии воспалительного процесса почек под контролем посева мочи и чувствительности к антибиотикам. В комплекс лечебных мероприятий входит следующее: назначение полноценной витаминизированной диеты, коленно-локтевого положения на 10-15 минут несколько раз в день и сон на здоровом боку, диатермия около области почек, питье минеральных вод (Ессентуки № 20). Антибиотики 8-10 дней. Дезинтоксикационная терапия. Спазмолитики - баралгин 5 мл в / м, ависан по 0,05 3 раза в день; супрастин или димедрол по 1 табл. 1 раз в день, мочегонные средства - сбор трав толокнянки, почечный чай.

Если терапия не дает результатов, делают катетеризацию мочеточников. Родоразрешение проводится через естественные родовые пути. Кесарево сечение в условиях инфицированного организма крайне нежелателен и его выполняют по строго акушерскими показаниями. В 10% случаев выполняют досрочное родоразрешение, когда пиелонефрит сочетается с тяжелым гестозом и при отсутствии эффекта от проводимой терапии. В послеродовом периоде лечение пиелонефрита продолжают в течение 10 дней. Женщину выписывают из роддома под наблюдение уролога.

Гломерулонефрит

Гломерулонефрит беременных - от 0,1% до 9%. Это инфекционно-аллергическое заболевание, приводит к иммунокомплексному поражению клубочков почек. Возбудитель - гемолитический стрептококк. Чаще всего это заболевание возникает после ангины, гриппа.

Клиника

Боли в пояснице, головные боли, снижение работоспособности, учащенное мочеиспускание. Основной симптом при беременности - отеки на лице под глазами, на нижних конечностях, передней брюшной стенке. Повышение артериального давления, ретиноангиопатия. В моче - белок, эритроциты, лейкоциты, цилиндры. В анализах мочи по Нечипоренко количество эритроцитов преобладает над количеством лейкоцитов. При тяжелом течении - повышение уровня креатинина, мочевины, остаточного азота, анемия.

Дифференциальный диагноз - с сердечно-сосудистыми заболеваниями, пиелонефритом, поздним гестозом. Гломерулонефрит не является абсолютным показанием для прерывания беременности. Однако надо помнить, что прогноз для матери и плода может быть очень серьезным. Рано развивается поздний гестоз и протекает очень тяжело. У 11% женщин наблюдают самопроизвольные выкидыши, у 29% - преждевременные роды. Возможны такие осложнения, как энцефалопатия, сердечная, почечная недостаточность, которые могут привести к гибели женщины, внутриутробной гипотрофии плода, вплоть до его антенатальной гибели. Большая гибель недоношенных детей после родов. Возможны кровотечения во время беременности, в родах и послеродовом периоде, так как развивается тромбоцитопения, изменения в коагуляционной цепи, характерные для 1 фазы ДВС. В дальнейшем может быть тяжелая гипокоагуляция по типу 2-й и даже 3-й фазы синдрома ДВС.

В ранние сроки беременности необходимо выполнить обследования и решения вопроса о возможности сохранения беременности. Острый гломерулонефрит является показанием к прерыванию беременности. После перенесенного острого гломерулонефрита беременность возможна не ранее чем через 3-5 лет.

Хронический гломерулонефрит в стадии обострения с выраженной гипертензией и азотемией является противопоказанием для пролонгирования беременности.

Ведения и лечение женщин с гломерулонефритом проводят совместно акушер-гинеколог и нефролог. Кроме первичной госпитализации в ранние сроки беременности, показано стационарное лечение в любые ее сроки при ухудшении общего состояния, признаках угрозы прерывания беременности, позднего гестоза, дистресса и гипотрофии плода.

В сроке 36-37 недель необходима плановая госпитализация в отделение патологии беременных для подготовки к родам и выбора метода родоразрешения. Показанием для досрочного родоразрешения считают обострение хронического гломерулонефрита, сопровождающееся нарушением функции почек (нарушение белкового обмена, нарастание азотемии, повышение артериального давления, присоединение тяжелых форм позднего гестоза, отсутствие эффекта от

проводимого лечения уменьшение суточного диуреза, клубочковой фильтрации, почечного кровотока,). Назначают подготовку родовых путей и общепринятые схемы родовозбуждения. II период родов ведут в зависимости от цифр АД, состояния плода (акушерские щипцы, перинеотомия). управляемая гипотония, Кесарево сечение у беременных с гломерулонефритом делают редко, в основном, по акушерским показаниям. В послеродовом периоде при ухудшении состояния роженицу переводят в специализированный стационар, в дальнейшем она находится под наблюдением терапевта или нефролога.

Лечение

Лечение острого гломерулонефрита начинают с антибиотиков, используют гипотензивные средства в сочетании с мочегонными. При гипертонической форме гломерулонефрита используют периферические вазодилататоры, ганглиоблокаторы, средства, уменьшающие нагрузку на сердце. При острой почечной недостаточности следует прибегать прежде всего к катетеризации мочеточников с диагностической и лечебной целью. Диадинамические токи, гальванизация воротниковой зоны, УЗ на область почек в импульсном режиме; в / в белковые препараты: альбумин - 20% - 75-100 мл, витамины, десенсибилизирующие средства.

Мочекаменная болезнь (МКБ)

Данная патология встречается у 0.1-0.2% беременных и рожениц. В развитии МКБ играют роль: расширение мочеточников и чашек, снижение их тонуса, изменение фосфорно-кальциевого обмена, нарушение обмена мочевой и щавелевой кислоты, затруднение оттока и повышение концентрации мочи – все это способствует образованию камней. Большая роль принадлежит инфекции.

Хронический пиелонефрит осложняется мочекаменной болезнью у 85% беременных, у 80% к мочекаменной болезни присоединяется пиелонефрит. Нередко заболевание впервые обнаруживают во время беременности. Изменения уродинамики и гипертрофия мочеточников приводят к продвижению камней, поэтому течение мочекаменной болезни у беременных ухудшается.

Клиника

Клиника характеризуется классической триадой – гематурия, боль, отхождение конкрементов. Приступ возникает внезапно – боль в пояснице с иррадиацией в паховые области, половые губы, в ногу, эпигастрий. Больные пытаются найти удобное положение – коленно-локтевое, на боку. У беременных чаще возникает правосторонняя колика. Симптом Пастернацкого позитивный. Анализ крови в норме, в анализах мочи – эритроциты, лейкоциты, кристаллы солей. Приступ приводит к угрозе прерывания беременности, преждевременных родов. В некоторых случаях приходится проводить досрочное разрождение, если приступ не удается лечить.

Диагностика

Диагностика МКБ при беременности сложная. Рентгенологическое исследование в первой половине беременности – недопустимо, во второй – нежелательно, поэтому важно распознать эту болезнь до беременности.

Допустимо применение радиоизотопной ренографии, хромоцистоскопии, катетеризация мочеточников или лоханок, ультразвуковое сканирование, тепловидение.

Лечение

Экстренно оперируют женщин с наличием почечной колики, которая долго не прекращается, наличием анурии, атаки острого пиелонефрита и, когда путем катетеризации лоханок, не удалось восстановить отток мочи. Оперативное лечение МКБ в плановом порядке у беременных не проводят.

С целью прекращения приступа почечной колики применяют такие медикаментозные средства: 2% раствор промедола 1.0 в/м, 50% раствор анальгина 2.0 мл в/м, баралгин 5 мл, 2% раствор папаверина, 2% раствор но-шпы 2 мл, 1% раствор димедрола. Назначение диеты, которая препятствует образованию камней.

Пороки развития почек и беременность

Клинические формы аномалий: удвоенная почка, аплазия одной почки, дистопия почек, подковообразная почка. У всех беременных, которые страдают пороком развития матки, необходимо обследовать мочевыделительную систему для обнаружения возможных аномалий развития почек. Постановка диагноза не представляет большого затруднения благодаря в/в урографии. Вопрос о ведении беременности решают в зависимости от типа аномалии почек и степени сохранения их функции.

Наиболее неблагоприятной формой аномалии считают поликистозную почку. Она бывает крайне редко, но при ней, как правило, нарушена функция, поэтому вопрос о сохранении беременности должны решать индивидуально с учетом степени нарушения функции почек.

При дистопической почке ведение беременности и родов зависит от ее локализации. Если она расположена выше безымянной линии, то есть в области большого таза, целиком допустимы самостоятельные роды природным путем. Если почка расположена в малом тазу, то она может стать препятствием для нормального течения родов, или в процессе родов травмироваться. Поэтому своевременно решают вопрос о ведении беременности и родов.

При аплазии одной почки должна быть хорошо обследована функция другой почки. Если она полностью сохранена, беременность можно оставить. Такая же тактика должна быть при установлении у больной подковообразной или удвоенной почки.

Бессимптомная бактериурия

Наблюдается у беременных женщин по данным авторов от 10 до 45%. Это состояние, когда значительное количество вирулентных микроорганизмов находится в моче женщины без каких либо клинических симптомов инфекции мочевыводящих путей. Беременные с бессимптомной бактериурией должны быть тщательно обследованы на предмет обнаружения латентно протекающих заболеваний мочевой системы. К бессимптомной бактериурии относят те случаи, когда выявляют 100 000 или больше бактерий в 1 мл мочи, взятой с помощью катетера. Наиболее часто – это кишечная палочка, клебсиелла, энтеробактерии, протей. На фоне бессимптомной бактериурии приблизительно у 25% развивается

острый пиелонефрит, поэтому необходимо таким беременным проводить своевременное лечение.

Контрольные вопросы:

1. Актуальность темы.
2. Этиология.
3. Патогенез.
4. Пиелонефрит. Клиника, диагностика, классификация, тактика.
5. Гломерулонефрит. Клиника, диагностика, классификация, тактика.
6. Мочекаменная болезнь. Клиника, диагностика.
7. Пороки развития почек и беременность.
8. Бессимптомная бактериурия.
9. Осложнения беременности при заболевании почек. Тактика ведения беременности при заболевании почек.

Тестовые задания

1. Беременная 38 недель жалуется на боль ноющего характера в поясничной области справа, повышение температуры тела до 38.5⁰С, общую слабость. По данным УЗИ – расширение полостной системы правой почки. В общем анализе мочи – лейкоциты на все поле зрения, бактерии ++. Какая дальнейшая тактика врача?

А. Установка катетера-стента.

В. Консервативное лечение (антибактериальная и дезинтоксикационная терапия).

С. Коленно-локтевое положение.

Д. Оперативное вмешательство и нефрэктомия.

Е. Пункционная нефротомия.

2. У беременной женщины, срок беременности 25 недели, диагностировано пиелонефрит. Какие антибактериальные препараты показаны при пиелонефритах беременных?

А. Пенициллин и его полусинтетические производные.

В. Тетрациклины.

С. Фторхинолоны.

Д. Аминогликозиды.

Е. Сульфаниламиды.

3. Первобеременная 39 лет, 38-39 недель, вес плода 4300, признаки внутриутробной гипоксии плода. На фоне острого пиелонефрита и катетеризации мочеточников пассаж мочи недостаточный, жалобы на усиление головной боли, тошноту, рвоту, боли в крестце, которые усиливаются при дыхании и иррадиируют в паховую область, половые губы. Тактика врача.

А. Нефротомия, экстраперитонеальное кесарево сечение.

В. Нефротомия, роды через естественные родовые пути.

С. Лечение пиелонефрита, роды через естественные родовые пути.

- Д. Интраперитонеальное кесарево сечение, лечение пиелонефрита.
- Е. Кесарево сечение.

4. Беременная в сроке 21 недели доставлена в отделение патологии беременных с жалобами на повышение температуры тела до 39,5 ° С, боль в пояснице слева, дизурические расстройства. В анамнезе заболеваний почек не было. Симптом Пастернацкого положительный слева. В общем анализе мочи - белок 0,066 г / л, лейкоциты покрывают все поле зрения. Какой наиболее вероятный диагноз?

- А. Пиелонефрит беременных.
- В. Обострение хронического пиелонефрита.
- С. Мочекаменная болезнь.
- Д. Преэклампсия.
- Е. Угроза прерывания беременности.

5. Беременная В., 23 лет обратилась в женскую консультацию для учета с 1-й беременностью в сроке 11-12 недель. Эта беременность планируемая. Соматический анамнез отягощен хроническим пиелонефритом единственной почки. При углубленном обследовании остаточный азот крови 2,8 ммоль / л, мочевины 3,86 ммоль / л, мочевиная кислота 0,165 ммоль / л, креатинин 0,010 ммоль / л, натрий 132 ммоль / л, калий 4,2 ммоль / л, в моче - остаточный азот не обнаружен, мочевины 26 г / сутки, мочевиная кислота - 9 г / сут, креатинин 2 г / сут. Какова дальнейшая тактика ведения этой беременности?

- А. Искусственно прервать беременность немедленно.
- В. Искусственно прервать беременность при обострении хронического пиелонефрита.
- С. Искусственно прервать беременность при развитии акушерских осложнений.
- Д. Искусственно прервать беременность при развитии острой почечной недостаточности
- Е. Пролонгировать беременность до срока родов.

6. У беременной А., 22 лет на сроке беременности 21-22 недели при УЗИ обследовании выявлено гидронефроз обеих почек. При биохимическом исследовании крови выявлено нарастание мочевины и креатинина. Чем может осложниться дальнейшее течение беременности?

- А. Почечной недостаточностью.
- В. Печеночной недостаточностью.
- С. Поздним гестозом.
- Д. Острым пиелонефритом.
- Е. Почечной коликой.

Задачи

1. У беременной Т., 24 лет, с оперированной почкой срок беременности 19-20

недель. Выявлены признаки почечной недостаточности: креатинин до 280 ммоль / л, мочевины до 12,8 ммоль / л. Какова дальнейшая тактика ведения беременности?

2. У беременной З., 18 лет на сроке беременности 29 недель выявлено: нарастание гипертензии, снижение диуреза, азотемию. При УЗИ обследовании диагностирован поликистоз почек. При биохимическом исследовании крови креатинин 290 ммоль / л, мочевины 10,8 ммоль / л. Какое осложнение возникло у беременной? Какова тактика ведения беременной?

3. У беременной Ж., 27 нед., через 2 недели после ангины появилась головная боль, боли в пояснице, отеки, повышение t до 37,80С, незначительная одышка. Объективно: отеки ног и лица, более выражены утром; АД 140/90 мм рт.ст., с-м Пастернацкого положительный с обеих сторон; анализ мочи L- 2-3 в п / з, E 10-15 в п / з, белок-4 г / л, гиалиновые цилиндры. Наиболее вероятный диагноз? Тактика?

4. В женскую консультацию обратилась беременная в сроке 20 недель с жалобами на дизурические проявления: боль и кровянистые выделения во время мочеиспускания. После обследования анализ мочи по Нечипоренко - норма, по Зимницкому - норма, общий анализ мочи: лейкоциты - 20-30 в п / з, эритроциты - 5-10 в п / з. Какую патологию можно заподозрить? Что делать?

6.4 Анемия во время беременности

Анемия - патологическое состояние, характеризующееся уменьшением количества эритроцитов и/или содержания гемоглобина в единице объема крови. Частота анемии у беременных достигает 80%. Анемии у беременных делятся на две основные группы [27]:

1. Анемии, возникшие во время беременности, или вследствие беременности (гипохромная, железодефицитная или мегалобластная).
2. Анемии, существовавшие еще до беременности (апластическая или гипопластическая, гемолитическая и т.д.).

Анемия беременных – это анемия, которая развивается во время беременности (преимущественно II-III триместре) вследствие неудовлетворения повышенной потребности организма матери и плода в субстанциях, необходимых для кроветворения.

Классификация [27]

1. По этиологии (ВОЗ, 1992)

Анемии, связанные с питанием:

- железодефицитная;
- В12 дефицитная;
- фолиеводефицитная;
- другие, связанные с питанием.

Гемолитические анемии:

- вследствие ферментных нарушений;
- талассемия;
- серповидные нарушения;
- другие наследственные гемолитические анемии;
- приобретенная гемолитическая анемия.

Апластические анемии:

- приобретенная чистая красноклеточная аплазия (эритробластопения);
- другие апластические анемии;
- острая постгеморрагическая анемия.

Анемии при хронических болезнях:

- новообразованиях;
- других хронических болезнях;

Другие анемии.

Таблица № 19. По степени тяжести * (ВОЗ, 1991) [27].

степень тяжести	Концентрация гемоглобина (г / л)	Гематокрит (%)
легкая	109-90	37-31
средняя	89-70	30-24
тяжелая	69-40	23-13
очень тяжелая	<40	<13

* Приведенные критерии тяжести анемии рекомендованы исключительно для беременных женщин.

В большинстве случаев анемии у беременных - это железодефицитные (90%), половина из них имеет совмещенный железо и фолиеводефицитный генез. Другие виды анемии встречается у беременных сравнительно редко.

Железодефицитная анемия (ЖДА).

По оценке ВОЗ [27]. железодефицитная анемия - наиболее распространенное заболевание в мире. ЖДА регистрируется более чем в 51% женщин детородного возраста, что связано с ежемесячными кровопотерями и беременностями.

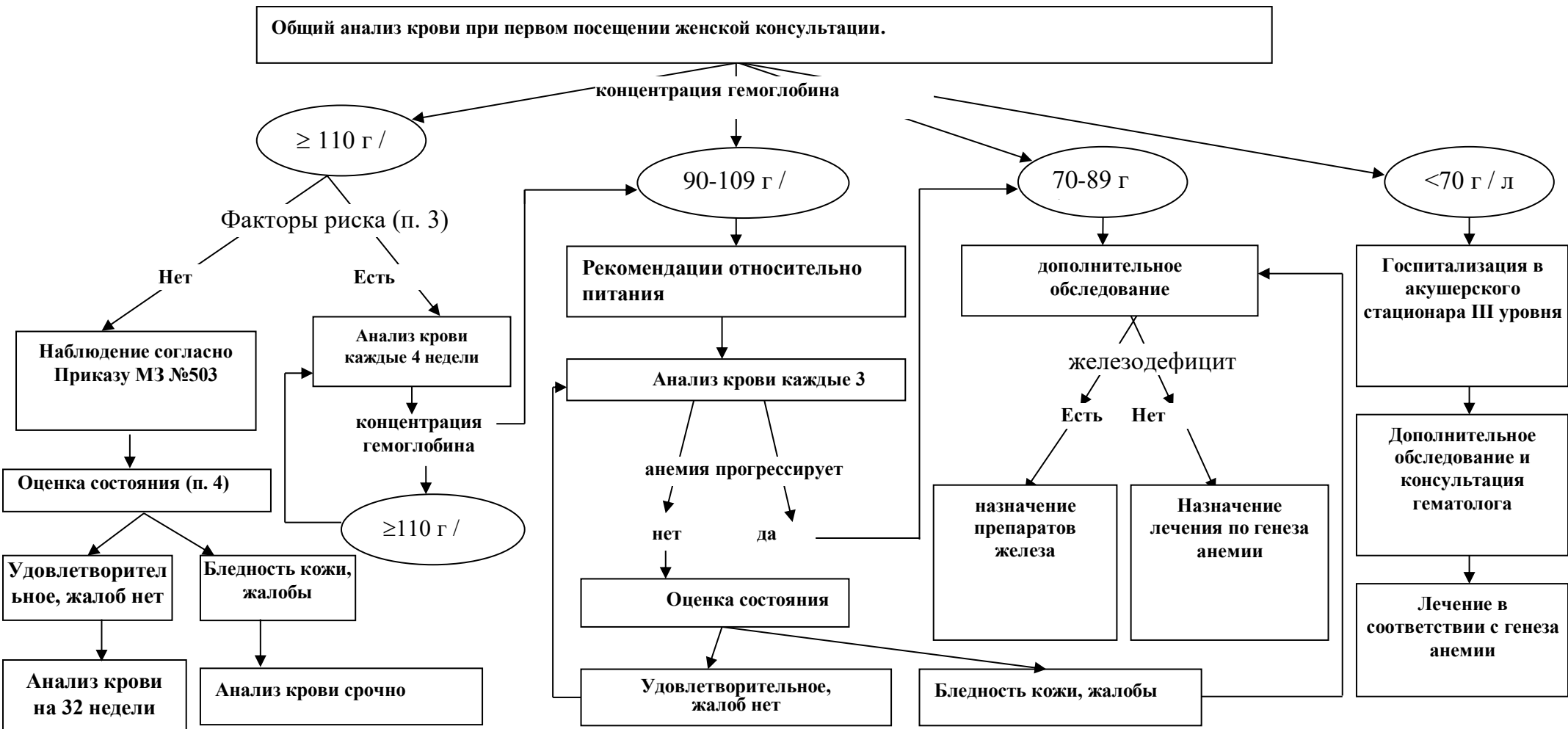
Во время беременности депо железа в организме женщины (ферритин, гемосидерин) достаточно быстро истощается - примерно до начала II триместра беременности. Железо интенсивно используется на рост плода, формирование маточно-плацентарного комплекса, увеличение массы эритроцитов беременной. В I триместре источником железа для беременной являются преимущественно депо (всасывание железа в кишечнике в этот период меняется мало). В начале II триместра депо опустошается. В дальнейшем обеспечение железом беременной, потребности которой существенно возрастают, происходит только за счет кишечника, а интенсивность всасывания у беременной увеличивается до 10 раз. Далее наступают роды, во время которых имеет место кровопотеря, а также последующая лактация, которая снова повышает потребности в железе. Затем восстанавливаются ежемесячные менструальные кровопотери. Таким образом, практически все женщины во время беременности и грудного вскармливания сталкиваются с дефицитом железа.

Факторы риска:

- неполноценное или недостаточное питание;
- обильные и длительные менструации;
- короткий интервал между родами (менее 2 лет);
- многоплодная беременность;
- более четырех родов в прошлом;
- любые кровотечения во время беременности (маточные, носовые, из пищеварительного тракта, гематурия и т.д.), геморрагические диатезы;
- болезни приводящие к нарушению всасывания железа (состояние после гастрэктомии или резекции желудка, состояние после резекции значительной

части тонкого кишечника, синдром мальабсорбции, хронический энтерит, амилоидоз кишечника), постоянный прием антацидных препаратов;

- Болезни приводящие к перераспределению железа (системные заболевания соединительной ткани, гнойно-септические состояния, хронические инфекции, туберкулез, злокачественные опухоли). Паразитарные и глистные инвазии.



Клинические проявления.

Признаки анемической гипоксии: бледность кожи и слизистых оболочек, тахикардия, жалобы на общую слабость, боли в области сердца, головокружение, одышку при физических нагрузках.

Признаки дефицита железа: утомляемость, ухудшение памяти, извращение вкуса, выпадение, ломкость волос, ногтей, голубые склеры (изредка, при тяжелой анемии), сухость кожи, гипо- или антацидность.

Диагностика.

Выяснение причин анемии.

Снижение концентрации гемоглобина не является доказательством железодефицита, поэтому проводят дополнительное обследование.

Лабораторными признаками железодефицита являются [9]:

- микроцитоз эритроцитов (обычно в сочетании с анизо- и пойкилоцитозом);
- гипохромия эритроцитов (цветной показатель $<0,86$);
- снижение уровня среднего содержания гемоглобина в эритроците (<27 пг)
- снижение средней концентрации гемоглобина в эритроците ($<33\%$);
- снижение среднего объема эритроцитов (<80 мкм³);
- снижение сывороточного железа ($<12,5$ мкмоль/л);
- уменьшение концентрации ферритина сыворотки (<15 мкг/л);
- повышение общей способности сыворотки (> 85 мкмоль/л);
- снижение насыщения трансферрина железом ($<15\%$);
- повышение содержания протопорфиринов в эритроцитах (<90 мкмоль / л).

Наиболее информативными показателями являются: определение уровня гемоглобина, количества эритроцитов, показатель гематокрита капиллярной крови, уровня сывороточного ферритина, процента гипохромных эритроцитов, цветового показателя и выявление микроцитоза в мазке крови.

Рекомендации по питанию.

Самым основным источником железа для беременной женщины является мясо. Для улучшения всасывания железа в рацион питания полезно включать фрукты, ягоды, зеленые овощи, соки и морсы, мед (темные сорта). Мясо и продукты, которые способствуют наиболее полному всасыванию железа из него, следует разделить по времени с чаем, кофе, консервированными продуктами, зерновыми, молоком и молочными продуктами, которые содержат соединения, подавляющие абсорбцию железа. При анемии, рекомендуются отвары или настои плодов шиповника, бузины, черной смородины, листьев земляники, крапивы.

Лечение.

Основой лечения ЖДА является назначение препаратов железа, но

легкую степень анемии можно ликвидировать путем сбалансированного и рационального питания, применением поливитаминов (элевит, прегнавит т.д.).

Показаниями к назначению препаратов железа во время беременности являются анемии средней, тяжелой, и очень тяжелой степени.

Принципы лечения.

- Очень важно устранить причину дефицита железа (чаще всего кровотечения желудочные, кишечные, носовые, из половых путей, гематурия, нарушение свертывающей системы крови и т.д.).

- Независимо от степени тяжести анемии, предпочтительнее препараты железа назначать *per os*.

- Предпочтение следует отдавать тем препаратам железа, которые содержат двухвалентное железо, биодоступность которого значительно выше, чем трехвалентного.

- При пероральном применении лечебная доза железа должна составлять 2 мг/кг массы тела (в среднем 100-200 мг/сут).

- Желательно применять препараты с высоким содержанием железа и замедленным его высвобождением (ретардные формы), что позволяет стабильно поддерживать достаточную концентрацию железа в сыворотке крови и уменьшить гастроинтестинальные побочные эффекты.

- Применение комбинированных препаратов более обосновано в связи с тем, что дополнительные компоненты:

- предупреждают окисление двухвалентного железа в трехвалентное (аскорбиновая, янтарная, щавелевая кислоты);

- активируют всасывание железа в кишечнике (аминокислоты, полипептиды, фруктоза);

- предохраняют от раздражающего действия ионами железа слизистой оболочки пищеварительного тракта (мукопротеаза);

- блокируют прооксидантное действие двухвалентного железа в организме (аскорбиновая кислота, другие антиоксиданты);

- поддерживают в активном состоянии щеточную каемку слизистой оболочки тонкого кишечника (фолиевая кислота).

Противопоказания к приему препаратов железа *per os*:

- индивидуальная непереносимость железа (постоянная тошнота, рвота, диарея);

- состояние после резекции тонкого кишечника;

- энтерит;

- синдром мальабсорбции;

- обострение неспецифического язвенного колита, язвенной болезни или болезни Крона.

Если есть противопоказания к приему железа per os можно назначить парентеральные препараты, которые содержат трехвалентное железо. При парентеральном применении суточная доза железа не должна превышать 100 мг.

При лечении анемии парентеральными препаратами следует следить за возможными побочными эффектами лекарственных средств.

Побочные эффекты пероральных препаратов железа:

- тошнота,
- боль в эпигастрии,
- расстройства пищеварения;
- аллергические реакции (кожная сыпь и т.д.).

Побочные действия парентеральных препаратов железа:

- артериальная гипотензия,
- боль в суставах,
- увеличение лимфатических узлов,
- лихорадка,
- головная боль,
- головокружение,
- анафилактикоидные реакции, анафилактический шок.

Если ЖДА является резистентной к монотерапии железом дополнительно назначают человеческий рекомбинантный эритропоэтин (В).

При наличии тяжелой симптоматической анемии в сроке беременности ≥ 37 недель, рассматривается вопрос о трансфузии эритроцитарной массы или отмытых эритроцитов.

П Р Е П А Р А Т Ы Ж Е Л Е З А

Таблица № 2I. Для перорального применения

Торговое название	Лекарственная форма	Содержание железа элементарного (мг)	Пролонгированные ванны	Аскорб. кислота	Аминокислоты / полипептиды	Фолиевая кислота
ионные						
<i>железа сульфат (Fe²⁺)</i>						
Активферин	Капс. капли сироп р-р	34,5 95/10 мл 34/10 мл 9,8 / мл	-	-	+	-
Сорбифер Дурулес	Табл.	100	+	+	-	-
Тардиферон	Табл.	80	+	+	+	-

Гино-тардиферон	Табл.	80	+	+	+	+
Фенотек	Капс.	45	-	+	+	-
Фероплект	Табл.	10	-	+	-	-
Ферофол	Табл.	30	-	+	-	+
Феррограду-мет	Табл.	105	+	-	-	-
Ферроплекс	драже	10	-	+	-	-
железа глюконат (Fe2 +)						
Мегаферин	Табл. шипучие	80				
Плюс железо + С	Табл. шипучие	35	-	+	+	-
Тотема	Р-р	50/10 мл	-	-	-	-
Ферронал	Табл.	300				
железа хлорид (Fe2 +)						
Гемофер	Р-н	45 мг / мл	-	-	-	-
железа фумарат (Fe2 +)						
Витафер	Капс.	?	-	+	-	+
Глобирон-Н	Капс.	100	-	-	-	+
Ранферон-12	Капс. эликсир	100 41/5 мл	-	+	-	+
Хемс	Капс.	65	-	-	-	+
Хеферол	Капс.	100	-	-	-	-
железа сахарат (Fe3 +)						
Железное вино	Р-р	40/10 мл	-	+	-	-
железа аспарагинат (Fe3 +)						
Феррамин-вита	Табл.	60	-	-	-	+
неионные						
Гидроксидно-карбоксиметилцеллюлозный комплекс (Fe3 +)						
Феростат	Табл.	28	-	-	-	-
Гидроксидно-полимальтозный комплекс (Fe3 +)						
Биофер	Табл. жев.	100	-	-	-	+
Глобирон	сироп	50/5 мл	-	-	-	-
Мальтофер	капли	50 / мл	-	-	-	-
	сироп	10 / мл				
	Табл. жев.	100				

Мальтофер фол	Табл. жев.	100	-	-	-	+
Ферролек- здоровье	Амп.	50 (2 мл)	-	-	-	-
Феррум лек	сироп Табл. жев.	10 / мл 100	-	-	-	-

II. Для парентерального применения

Торговое название	Состав	Лекарственн ая форма	Содержание железа (мг / мл)
Венофер	Комплекс гидроксида железа с сахарозой	Амп. 5 мл	20
мальтофер	Комплекс гидроксида железа с мальтозой	Амп. 2 мл	50
Ферролек- плюс	Комплекс гидроксида железа и низкомолекулярного декстрана	Амп. 2 мл	50

Тактика ведения беременности и родов при ЖДА.

В течение последнего десятилетия на основании результатов контролируемых клинических исследований, принципа доказательной медицины просмотренных отношение к предупреждению и лечению ЖДА у беременных, клинического значения этой патологии.

Дополнительное назначение железа беременным женщинам ведет к повышению уровня ферритина и сывороточного железа, снижение частоты анемии в поздние сроки беременности, но не влияет на течение беременности и родов, состояние плода и новорожденного (не изменяется частота преэклампсии, кровотечений во время беременности и после родов, преждевременных родов, инфекционно-воспалительных осложнений у матери не изменяются частота рождения детей с низкой массой, мертворождений, неонатальной заболеваемости и смертности).

На сегодняшний день не доказан вред рутинного дополнительного приема железа беременными, получающими полноценное питание, однако отсутствие существенной пользы несомненна.

Анемия легкой и средней степени обычно не вызывает ухудшения состояния беременной, а повышение концентрации гемоглобина в результате приема железа не ведет к субъективному улучшению самочувствия.

Тяжелая анемия (Hb <70 г /л) очень негативно влияет на состояние матери и плода, приводит к нарушению функций нервной, сердечно-сосудистой, иммунной и других систем организма, увеличение частоты преждевременных родов, послеродовых инфекционно-воспалительных заболеваний, задержки роста плода, асфиксии новорожденных и родовой травмы, а потому требует лечения.

Фолиеводефицитная анемия.

Преконцепционная подготовка.

Женщина должна иметь полноценное питание с достаточным содержанием зеленых овощей. Необходимо назначить женщине, планирующей беременность, фолиевую кислоту 0,4 мг/сутки во второй половине каждого менструального цикла.

1. Факторы риска:

1. Гемолиз любого генеза.
2. Многоплодие.
3. Постоянный прием противосудорожных препаратов.
4. После резекции значительной части тонкого кишечника.

2. Профилактика:

1. Прием фолиевой кислоты по 0,4 мг / сут показан всем беременным, начиная с самых ранних сроков.

2. Употребление достаточного количества фруктов и овощей, богатых фолиевой кислотой (шпинат, спаржа, салат, брокколи, капуста, картофель, апельсины, дыня и т.д.) в сыром виде (поскольку при термической обработке большая часть фолатов теряется).

3. Прием большой дозы фолиевой кислоты (3-5 мг / сут), на протяжении всей беременности, если женщина постоянно принимает антиконвульсанты или другие антифолиевые средства (сульфасалазин, триамтерен, зидовудин, др.).

3. Диагностика:

1. Выявление в мазке крови макроцитов, анизо- и пойкилоцитоза.
2. Установление дефицита фолиевой кислоты в эритроцитах.

4. Лечение:

Назначение фолиевой кислоты 1-5 мг / сут.

- Потребность в фолиевой кислоте с самого начала беременности возрастает в 2,5-3 раза и достигает 0,6-0,8 мг / сут.

- Прием фолиевой кислоты во время беременности не влияет на течение беременности, родов, состояние плода и новорожденных но уменьшает частоту дефицита фолатов и анемии.

- Дополнительный прием фолиевой кислоты женщинами в прееконтационном периоде и в I триместре беременности ведет к снижению частоты врожденных пороков развития ЦНС в 3,5 раза по сравнению с общепопуляционной. Прием фолиевой кислоты, начатый после 7 недель беременности не влияет на частоту дефектов невральнoй трубки.

Другие виды анемий.

В 12 дефицитная анемия.

Возникает при недостаточности синтеза внутреннего фактора Касла, необходимого для всасывания витамина В12 (это наблюдается после резекции или удаления желудка, при аутоиммунном гастрите) нарушении процессов всасывания в подвздошной кишке (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, гельминтозы, состояние после резекции подвздошной кишки); недостаточным содержанием витамина В12 в пище (отказ от животных продуктов). В 12 дефицитная анемия сопровождается неврологической симптоматикой. Диагностика базируется на определении содержания витамина В12 (снижается до 50 пг/мл и ниже) при наличии в крови гиперхромных макроцитов. Лечение. Назначают цианокобаламин 1000 мкг внутримышечно 1 раз в неделю в течение 5-6 недель.

Талассемия.

Наследственно обусловлена (аутосомно-рецессивный тип) количественная недостаточность синтеза α - или β -цепи молекулы гемоглобина. В Украине встречается чрезвычайно редко. В случае легкой формы α -талассемии беременность протекает без осложнений, лечение не проводят. Тяжелые формы требуют назначения препаратов железа per os, нередко трансфузии эритроцитарной массы. Особая форма α -талассемии, развивающаяся при условии мутации всех четырех α -глобиновых генов, почти всегда приводит к водянке плода и в конечном итоге к его внутриматочной смерти. Эта форма также ассоциируется с частым развитием преэклампсии. Если α -талассемия сопровождается спленомегалией, родоразрешение проводят путем кесарева сечения, во всех других случаях - через естественные половые пути. Легкие формы β -талассемии обычно не препятствуют вынашиванию беременности. Протекает без осложнений. Лечение предусматривает назначение фолиевой кислоты, иногда возникает необходимость в трансфузии эритроцитарной массы. Больные с тяжелой β -талассемией не доживают до детородного возраста.

Гемолитическая анемия.

Обусловлена усиленным разрушением эритроцитов, которое не компенсируется активацией эритропоэза. К ним относятся: серповидно-клеточная анемия, является проявлением наследственно обусловленной

структурной аномалии β-цепи молекулы гемоглобина; наследственный микросфероцитоз - аномалия структурного белка мембран эритроцитов - спектрина; анемии, обусловленные врожденными ферментативными нарушениями, чаще всего недостаточностью глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы эритроцитов. Беременные с гемолитическими анемиями во всех случаях нуждаются в квалифицированном ведении специалистом гематологом. Решение о возможности вынашивания беременности, характера лечения, срока и способа родоразрешения решает гематолог. Назначение препаратов железа противопоказано.

Апластическая анемия.

Возникает у беременных достаточно редко, причина в большинстве случаев остается неизвестной. Диагноз устанавливают на основании морфологического исследования пунктата костного мозга. Беременность противопоказана и подлежит прерыванию как в раннем, так и в позднем сроке. В случае развития или выявления апластической анемии после 22 недель беременности показано досрочное родоразрешение. Больные составляют группу высокого риска геморрагических и септических осложнений. Высока материнская смертность, очень часты случаи антенатальной гибели плода.

Контрольные вопросы:

- *Какие виды анемии наиболее часто встречаются у беременных женщин?*
- *Факторы риска анемии у беременных.*
- *Какой объем обследования применяется для выявления анемии беременных?*
- *Профилактика и лечение анемии во время беременности.*
- *Составьте схему лечения железодефицитной анемии у беременной.*
- *Какие особенности течения и ведения беременности у женщин с заболеваниями кроветворных органов?*

Задачи

К акушеру-гинекологу обратилась небеременная женщина 23 лет за советом, как правильно подготовиться к беременности. С детства страдает хроническим энтероколитом. В возрасте 15 лет перенесла резекцию тонкого кишечника, состоит на учете по поводу железодефицитной анемии. Какое обследование необходимо провести для прегравидарной подготовки?

В отделение патологии беременных поступила беременная П в сроке 38 недель беременности с целью дородовой подготовки. По данным амбулаторного обследования - изменения в общем анализе крови: Hb - 80 г / л, цветной показатель - 0,76. Какой клинический диагноз? Какая тактика ведения беременной?

Женщина 32 лет после перенесенной черепно-мозговой травмы в возрасте 20 лет страдает эпилепсией, постоянно принимает противосудорожные

препараты. Какой тип анемии может развиться у пациентки и какое обследование она должна пройти при планировании беременности?

Тестовые задания

Беременная С, 25 лет, поступила в отделение патологии беременных в сроке 33 недели с жалобами на слабость, головокружение, головную боль, постоянную сонливость, мерцание мушек перед глазами, усталость. В анамнезе: хронический гастрит и гепатохолецистит. Объективно: кожные покровы и слизистые оболочки бледные, Рс - 86 уд / мин, ритмичный, слабого наполнения. АД - 110/70 мм рт.ст. Положение плода продольное, предлежит головка, сердцебиение плода 138 уд / мин. Анализ крови: Нв - 90 г / л, эритроцитив- $3,1 \times 10^{12}$ / л, цветной показатель - 0,8. Какое осложнение возникло во время беременности?

- А. * Гипохромная анемия.
- В. Гестоз.
- С. Нарушение функции печени.
- Д. Нарушение системы гемостаза.
- Е. Угроза преждевременных родов.

Беременная К 24 недели беременности в течение последних 2-х месяцев отмечает слабость, повышение ломкости волос и ногтей; при лабораторном исследовании крови: эритроциты - $2,8 \times 10^{12}$ / л, Нв - 88 г / л, СОЭ - 20 мм / ч. Назначьте лечение.

- А. * Препараты, содержащие железо.
- В. Переливание эритроцитарной массы.
- С. Витаминотерапия.
- Д. Лечебное питание.
- Е. Иммуномодуляторы.

Беременная М находится в отделении патологии беременности в сроке 27 недель с жалобами на перманентные скудные кровянистые выделения из половых путей в течение 1 месяца вследствие подозрения на предлежание плаценты. Заболеваний кроветворных органов до беременности не было. Какой тип анемии может развиться у данной пациентки?

- А. * Железодефицитная анемия.
- В. Фолиеводефицитная.
- С. Талассемия.
- Д. Апластическая .
- Е. Гемолитическая.

Беременная В в сроке беременности 32 недели с анемией средней степени тяжести получает Сорбифер-Дурулес. При этом жалуется на тошноту, иногда жидкий стул, отсутствие аппетита. Какую дальнейшую врачебную тактику нужно выбрать?

- A.** *Прекратить прием этого препарата.
- B.** Назначить дополнительно сорбенты.
- C.** Продолжить прием этого препарата.
- D.** Заменить препарат из двухвалентного железом на препарат с трьохвалетним железом + витамин С + фолиевую кислоту.
- E.** Консультация гастроэнтеролога.

Раздел VII. Показания, противопоказания, условия и технические особенности оперативных вмешательств в акушерстве.

Отклонение от нормального течения беременности, родов и послеродового периода иногда предопределяет необходимость применения оперативных вмешательств. Решение о проведении той или другой операции принимает врач или консилиум врачей, учитывая акушерскую ситуацию и руководствуясь интересами матери и плода.

Классификация акушерских операций [7]

I. Операции, сохраняющие беременность

II. Операции для подготовки родовых путей

1. Амниотомия:

- ранняя амниотомия;
- своевременная амниотомия;
- запоздавшая амниотомия.

2. Подготовка шейки матки:

- расширение шейки матки пальцевое;
- с помощью расширителей Гегара;
- насечки на шейке матки;
- Ламинарии.

3. Разрез промежности:

- перинеотомия;
- эпизиотомия.

III. Операции по исправлению положения плода

Поворот плода на головку (наружный):

- предлежание тазовое;
- положение плода поперечное и косое.

Наружно-внутренний классический поворот плода на ножку

IV. Родоразрешающие операции

1. Щипцы акушерские:

- выходные;
- полостные.

2. Экстракция плода с помощью вакуума

3. Извлечение плода:

- за ножку;
- за паховый сгиб.

4. Кесарево сечение

V. Плодоразрушающие операции:

1. Краниотомия.

2. Декапитация.

3. Клейдотомия.

4. Спондилотомия.

5.Эвисцерация.

VI. Операции, выполняемые в последовом и в раннем послеродовом периоде:

- 1.Ручное отделение плаценты и выделение последа.
- 2.Ручное обследование полости матки.
- 3.Ревизия полости матки (кюретаж).
- 4.Восстановление целостности шейки матки и промежности.
5. Ампутация матки надвлагалищная.
- 6.Экстирпация матки.

I. Операции, сохраняющие беременность [7,11,13]

Истмико-цервикальная недостаточность - одна из причин невынашивания беременности. В связи с анатомической или функциональной неполноценностью шейки матки и перешейка плодное яйцо лишено необходимой опоры. Шейка матки во время беременности укорачивается, наружный и внутренний зев приоткрываются. Плодное яйцо опускается в цервикальный канал, оболочки инфицируются и разрываются, это приводит к прерыванию беременности. С целью профилактики этого осложнения проводят оперативное лечение.

Оперативное лечение истмико-цервикальной недостаточности (ИЦН) в II триместре беременности. Для сужения цервикального канала применяется циркулярный шов на шейку матки по методике Макдональда, Любимовой, Широкара, Сценди. Используют шовный материал, который не рассасывается.

Метод Широкара - применяется после разреза слизистой оболочки влагалища и смещении мочевого пузыря вверх путем наложения циркулярного шва на шейку матки в области внутреннего зева.

Метод Макдональда - кисетный шелковый шов без разреза слизистой оболочки в области сводов влагалища.

Метод А.И. Любимовой - циркулярный шов (из медного провода с полиэтиленовой оболочкой) в области внутреннего зева, который фиксируется узловыми швами.

Метод Сценди —ушивание наружного зева шейки матки после соскабливания слизистой цервикального канала.

Условия:

- оптимальные сроки операции 12-16 недель, хотя возможно наложение шва и в более поздние сроки. При диагностировании ИЦН до беременности шов накладывается и в более ранние сроки - в 8-10 недель;
- бакисследование материала из мочеполовых путей женщины, при необходимости - санация;
- токолитическая терапия во время операции и в послеоперационном периоде;

Операция противопоказана:

Со стороны беременной

- относительные: выраженный гипертонус матки, кольпит;
- абсолютные: невозможность вынашивания беременности по состоянию здоровья матери, внутриматочная инфекция.

Со стороны плода – уродства развития.

Послеоперационный период.

- На протяжении 1-2 суток постельный режим. Шов снимается в 37-38 недель, при ПИОВ, с началом родовой деятельности.
- Для снижения возбудимости матки показано капельное в/в введение партусистена (0.5 мг на 500 мл 0,9% физ. р-ра NaCl) .
- Пероральный прием партусистена показан за 30 мин до прекращения в/в его введения.
- Санация влагалища дезинфицирующими препаратами в течение 5-7 дней.
- На протяжении 2-3 недель ограничить влагалищные исследования.
- Снятие шва за 2 недели до предполагаемого срока родов. **Песарий** (Акушерский)

Разгрузочный песарий акушерский

- Безальтернативный способ коррекции ИЦН на поздних сроках беременности.
- Возможное использование песария как самостоятельного способа коррекции, так и после ушивания шейки матки при ИЦН, так и в комбинации с лекарственными препаратами.
- Использование песария начинают в любой срок с 14-й недели беременности

Показания к применению:

- Функциональная и органическая ИЦН, а также при невозможности наложения шва при ИЦН.
- Беременные с угрозой ИЦН.

Механизм влияния:

Суммарное влияние песария способствует закрытию маточного зева, уменьшению давления плодного яйца на шейку матки, лучшему формированию сократительной способности шейки матки.

II. Операции, готовящие родовые пути [7,17]

1. Амниотомия — это искусственный разрез плодного пузыря.

- *ранняя амниотомия* – в активной фазе родов при раскрытии шейки матки до 7 см;
- *своевременная амниотомия* - осуществляют при раскрытии шейки матки на 7 см и больше;

- *запоздалая амниотомия* - после 10 см раскрытия шейки матки .

Показания к амниотомии

- чрезмерно плотные оболочки;
- маловодие (как возможная причина преждевременного отслойки плаценты);
- аномалия родовой деятельности;
- многоводие;
- низкое прикрепление плаценты;
- задержка рождения плода при многоплодии;
- тяжелая преэклампсия;
- при оперативных вмешательствах.

Ход операции: В асептических условиях во влагалище вводят указательный и средний пальцы и разрывают ими оболочки напряженного во время схваток плодного пузыря. Если этот прием не удастся, пузырь разрывают пулевыми щипцами или корнцангом. Это делают под контролем зрения (во влагалище вводят зеркала) или пальцев (инструмент вводят вдоль пальцев и под их контролем разрывают оболочки). Рукой, введенной во влагалище, сдерживают поток воды, чтобы предотвратить выпадение мелких частей плода и пуповины.

2. Подготовка шейки матки [7,14,17]

Показания:

1. Экстрогенитальные заболевания, требующие прерывания беременности.
2. Аномальные состояния шейки матки:
3. Дистоция шейки матки.

Условия для проведения этих операций:

- сглаживание шейки матки;
- раскрытие шейки матки не меньше 2 см.

Пальцевое расширение шейки матки

Техника операции. В асептических условиях пальцами акушера растягиваются края цервикального канала.

Расширение шейки матки расширителями Гегара

Ход операции.

В асептических условиях шейку матки фиксируют пулевыми щипцами. Расширителями Гегара бужируют цервикальный канал.

Насечки на шейке матки

Ход операции.

В асептических условиях шейку матки фиксируют пулевыми щипцами. Под контролем зрения ножницами рассекают шейку матки не более чем на 1 см в направлении 10-, 13-, 19- согласно циферблату часов.

Палочки ламинарии (Осмотические дилататоры)

Безопасное и безупречное расширение шейки матки.

- Принцип действия - физические законы - ожидаемый положительный результат.
- Отсутствие влияния на маточно-плацентарный кровоток и артериальное давление.
- Полностью регулируемый процесс.

Палочки ламинарии изготавливают из естественного сырья - морской водоросли *Laminaria digitata*. При попадании во влажную среду цервикального канала, палочка ламинарии за 16-24 часа значительно увеличивает свои поперечные размеры при незначительном изменении длины.

Благодаря гигроскопичности и биохимическому составу водорослей, расширение цервикального канала происходит за счет механического влияния ламинарий и за счет синтеза эндогенных простагландинов в маточный зев.

Эффективность использования палочек ламинарии соотносится с современными медикаментозными средствами, но существенно безопаснее для матери и плода.

Показания до применения палочек ламинарии:

- Подготовка маточного зева;
- Подготовка к родоразрешению беременных с осложненным протеканием беременности (гестоз, гипотрофия плода);
- Подготовка маточного зева к внутриматочным вмешательствам (медицинский аборт, гистероскопия);
- Подготовка шейки матки к прерыванию беременности в поздних сроках.

Эффективное и безопасное использование ламинарий позволило добавить этот метод дилатации в приказы МОЗ Украины [21].

3.Разрез промежности [17]

Операции, при которых проводят разрез промежности:

- перинеотомия;
- эпизиотомия.

Показания к разрезу промежности:

- угрожающий разрыв промежности или признаки начавшегося разрыва;
- дистресс плода;
- аномальные состояния промежности (высокая промежность, рубцовые ее изменения, ригидная промежность).

Ход операции.

В асептических условиях после местной анестезии Sol. Novocaini 0,5%, браншу тупоконечных ножниц вне потуги вводят между подлежащей частью плода и стенкой влагалища по линии разреза. При потуге рассекают промежность. Длина и глубина его должна быть не меньшая 2 см.

При эпизиотомии разрез делают на 2-3 см выше задней спайки по направлению к седалищному бугру.

При перинеотомии разрез выполняют от задней спайки по направлению к анусу. Длина его не должна превышать 3-3,5 см, потому что длиннее разрез может перейти в разрыв промежности III степени.

III. Операции, исправляющие положение плода [7,14,30]

Акушерский поворот (*versio obstetrica*) – когда можно перевести неправильное или невыгодное положения плода на другое, более выгодное, но всегда на продольное.

- Наружный поворот плода на головку;
 - при тазовом предлежании;
 - при поперечном и косом положении плода.
- Классический наружно-внутренний поворот плода на ножку.

Наружный акушерский поворот [7,14]

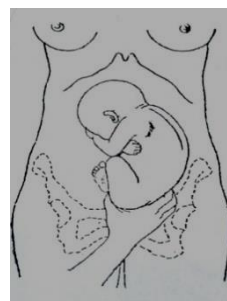
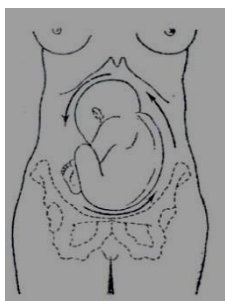
Операцию проводят при поперечном, косом положении и тазовом предлежании плода с целью поворота плода на головку.

Условия для операции:

- беременность 34-36 недель, живой плод;
- податливость и отсутствие напряжения брюшной стенки и стенок матки;
- нормальные размеры таза беременной;
- подвижность плода (достаточное количество околоплодных вод);
- согласие беременной.

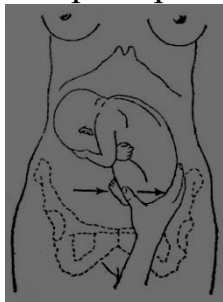
Противопоказания:

- осложнение беременности кровотечением;
- невынашивание беременности в анамнезе;
- многоводие и маловодие;
- многоплодие;
- узкий таз, рубцы или опухоли влагалища, которые не дают возможности самопроизвольного родоразрешения;
- осложнение беременности, стадия декомпенсации при экстрагенитальной патологии;
- рубец на матке;
- аномалии развития матки и плода.



1 – общее правило при наружном профилактическом повороте

2 – наружный поворот при тазовом предлежании (первый этап)



3 – смещение ягодиц в сторону (второй этап)

4 – третий этап

Классический комбинированный наружно-внутренний поворот плода на ножку [30]

Показания:

- неправильное положение плода;
- головные предлежания и их вставления, неблагоприятные для родоразрешения;
- ухудшение состояния матери и дистресс плода, требующие срочного родоразрешения.

Противопоказания:

- запущенное поперечное положение плода;
- угроза разрыва матки;
- разрыв матки;
- клинически узкий таз;
- гидроцефалия;
- рубцы на матке после любых операций или перфорации матки;
- мертвый плод.

Условия:

- раскрытие шейки матки 10-12 см;
- целый околоплодный пузырь или воды вылились недавно;
- плод достаточно подвижный в полости матки;
- нормальные размеры таза;
- живой плод.

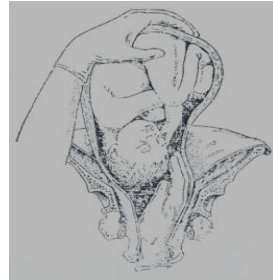
ЭТАПЫ ОПЕРАЦИИ

- введение руки в матку

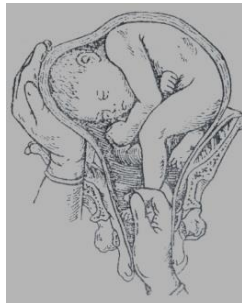
- поиск и захват ножки
- собственно поворот



Рука акушера



Отталкивание внутренней рукой головки, чтобы достать ножку плода



Захват ножки двумя пальцами



Ножка захвачена всей рукой

IV. Родоразрешающие операции [7,11,14]

Акушерские щипцы

- выходные;
- полостные.

Вакуум-экстракция плода

Извлечение плода:

- за ножку;
- за паховый сгиб.

Кесарево сечение

Акушерские щипцы [7,11,14]

Показания со стороны матери.

А. Патологическое течение беременности и родов:

1. Преэклампсия тяжелой степени или эклампсия.
2. Отслоение плаценты во II периоде родов.

3. Эндометрит в родах.
4. Аномалии во II периоде родов, не поддающаяся медикаментозному лечению.

5. Неотложные состояния, в т. ч. эмболия околоплодными водами.

Б. Экстрагенитальная патология во II периоде родов в стадии декомпенсации:

1. Декомпенсированные заболевания сердца и сосудов (сердечные пороки, нарушение ритма, стенокардия, инфаркт миокарда, гипертонический криз, и т.п.).

2. Угроза или начало отслоения сетчатки глаза.

3. Инсульт.

4. Почечная дыхательная, печеночная недостаточность.

5. Тромбоэмболия легочной артерии.

6. Отек легких, кровохарканье и пр.

Показания со стороны плода.

Дистресс II-III степеней тяжести, который может возникать в родах при выпадении и передавливании петли пуповины, оболочечному ее прикреплению, обвитию пуповиной частей плода при натягивании в связи с кровотечением при преждевременном отслоении плаценты.

Условия для наложения щипцов:

- плод доношенный, живой;
- соответствие головки плода размерам таза;
- отсутствие плодного пузыря;
- шейка матки раскрыта на 10-12 см;
- мочевой пузырь опорожнен;
- головка плода должна быть размещена в выходе таза или в плоскости узкой части полости таза;
- анестезия должна быть адекватной;
- акушер должен быть компетентным в наложении щипцов.

Противопоказания:

1. Мертвый плод.
2. Недоношенный (вес меньше 2000 г) или гигантский плод (вес больше 5000 г).
3. Пороки развития плода (гидроцефалия, анэнцефалия).
4. Клинически и анатомически узкий таз.
5. Разгибательное вставление головки (передний вид передне-лобного, лобного, лицевого).
6. Высокое расположение головки плода.

7. Неправильное вставление головки плода.
8. Тазовое предлежание плода.
9. Открытие шейки матки до 10 см.
10. Наличие на головке плода большой родовой опухоли.

Правила и этапы наложения акушерских щипцов

Накладывают выходные акушерские щипцы при головке плода, находящейся в плоскости выхода из малого таза. Полостные акушерские щипцы - при головке, находящейся в узкой части полости малого таза.

Операция экстракции акушерскими щипцами проводится в таком порядке:

Подготовительные этапы:

- 1) Освобождение мочевого пузыря.
- 2) Обработка гениталий.
- 3) Проведение обезболивания.
- 4) Вагинальное исследование проводится с целью уточнения условий для наложения щипцов.
- 5) Размещение щипцов в сложенном виде, определение левой и правой ветвей.

Выделяют моменты операции:

1. Введение и размещение ложек щипцов.
2. Замыкание ветвей щипцов.
3. Пробная тракция.
4. Рабочая тракция – извлечение плода.
5. Снятие щипцов.
6. Рождение плечиков.

Правила наложения акушерских щипцов

При изучении техники операции надо руководствоваться тройным правилом М.С.Малиновского.

Первое тройное правило — "три налево — три по правую сторону". Левая ложка вводится первой, левой рукой в левую половину таза. Правая ложка - второй, правой рукой в правую половину таза.

Второе тройное правило — "три оси": при наложении щипцов должны совпасть три оси — продольная ось таза, головки, щипцов. Для этого введение щипцов должно быть направленным верхушками вверх, ложки должны лечь на головку бипариетально, ведущая точка должна находиться в одной плоскости с замковой частью щипцов.

Третье тройное правило — "три позиции — три тракции".

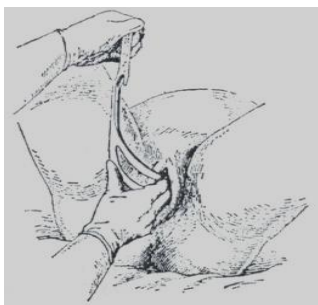
– I позиция — головка плода при входе в малый таз малым или большим сегментом. Тракции направлены на носки сидячего акушера. Щипцы,

наложенные при таком положении головки, называются высокими и в настоящее время не применяются;

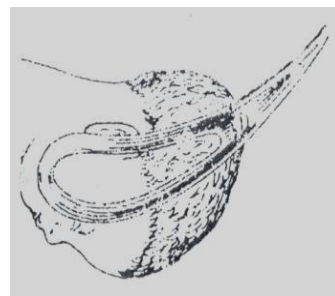
– II позиция — головка в полости малого таза. Тракции направлены на колени стоящего акушера. Щипцы, наложенные при таком положении головки, называются полостными;

– III позиция — головка в выходе из малого таза. Тракции направлены на себя, а после образования точки фиксации- вверх. Щипцы, наложенные при таком размещении головки, называются выходными.

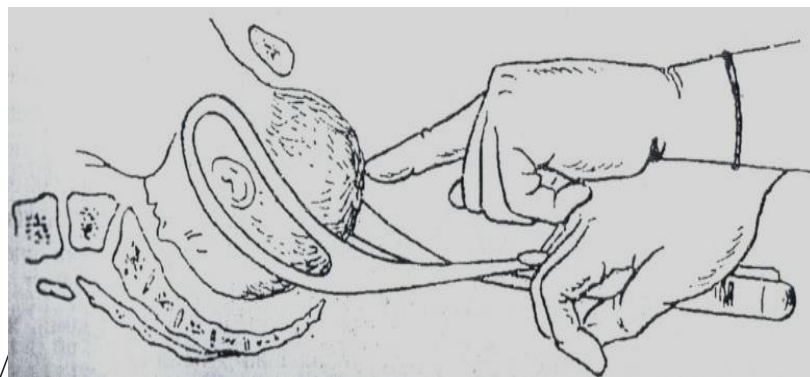
Техника операции:



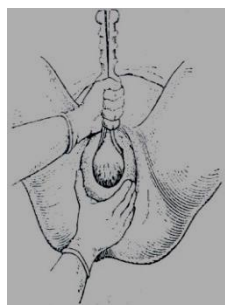
Введение левой ложки
акушерских щипцов



захват головки при
переднем виде
затылочного
предлежания



Пробная тракция



Выведение головки в щипцах
и защита промежности



Снятие щипцов

Возможные осложнения

1. Травмы мягких тканей родовых путей роженицы.
2. Кровоизлияние в мозг новорожденного.
3. Асфиксия новорожденного.
4. Родовые травмы новорожденного.

Вакуум-экстракция плода [30]

Извлечение плода с помощью вакуум-экстрактора.

Основные показания:

I. Со стороны матери — осложнения, требующие укорочения II периода родов:

II. Со стороны плода: дистресс плода во II периоде родов.

Противопоказания:

1. Клинически и анатомически узкий таз.
2. Мертвый плод.
3. Разгибательное вставление головки плода.
4. Высокое прямое стояние головки.
5. Тазовое предлежание плода.
6. Открытие шейки матки меньше 10 см.
7. Недоношенный плод (меньше 30 недель).
8. Для укорочения II периода родов при наличии акушерской или экстрагенитальной патологии.

Условия:

- живой плод;
- разрыв плодовых оболочек;
- раскрытие шейки матки 10-15 см;
- соответствие размеров головки плода и таза женщины;
- правильное вставление головки плода;
- активное участие роженицы;
- расположение головки плода в полости малого таза или в плоскости выхода из малого таза;
- обезболивание: пудендальная анестезия.

Возможные осложнения:

1. Соскальзывание чашки вакуум-экстрактора. При повторных соскальзываниях тракции необходимо прекратить и при наличии договорённости закончить роды операцией наложения акушерских щипцов.
2. Черепномозговая травма плода (кровоизлияние), кефалогематома.

Экстракция плода за тазовый конец [11]

При неполном или полном ножном предлежании плод извлекается за ножку(и).

Извлечение плода за паховый сгиб проводится при тазовом предлежании, если ягодицы стоят неподвижно, вколотились в таз или находятся на тазовом дне.

Показания со стороны матери:

- аномалия родовой деятельности;
- преэклампсия тяжелая форма;
- инфицирование, в том числе в родах;
- декомпенсация экстрагенитальных заболеваний;
- после классического поворота плода за ножку.

Показания со стороны плода:

- дистресс плода.

Условия:

- открытие шейки матки 10-12 см;
- разрыв плодных оболочек;
- соответствие размеров головки плода и таза женщины;
- живой плод.

КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ [14,23,25]

Кесарево сечение - это операция, во время которой хирургическим путем вскрывают беременную матку и из нее извлекают плод со всеми его дополнительными эмбриональными образованиями.

Распространенность: частота кесаревого сечения значительно возросла на протяжении последних десятилетий, как в следствие расширения показаний к операции со стороны плода, так и уменьшения противопоказаний к ней, и составляет в акушерских заведениях Украины согласно уровню аккредитации 10-20% от общего количества родов.

Кое-что из истории.

- Согласно Корану, запрещается вскрытие мертвой матери с целью извлечения ребенка.
- В Римской империи запрещалось погребение беременных без предыдущего извлечения ребенка.
- Началом научной истории кесаревого сечения можно считать кон. XVII ст., когда Леврет описал методику операции и прямое показание для нее - абсолютное сужение таза.
- Считается, что происхождение термина «кесарево сечение» (секцион цезарева) связано с именем Юлия Цезаря, который был сам извлечен абдоминальным путем, за что и получил такое имя.
- Первое (исторически достоверный факт) проведение кесаревого сечения на живой женщине было выполнено 21 апреля 1610 г. хирургом Траутманом с Виттенберга.

- В России эта операция была выполнена в 1756 году Эразмусом.
- В 1780 году Данил Самойлович защитил первую диссертацию, посвященную кесаревому сечению.



Показания к плановому кесаревому сечению [25]

1. Прикрепление края плаценты меньше чем на 2 см от внутреннего зева, подтвержденное при УЗИ обследовании после 36 недель беременности.
2. Противопоказания к вагинальным родам при наличии рубца на матке:
 - Любые противопоказания для вагинальных родов
 - Корпоральное КС в анамнезе
 - Атипичные (Т и J-подобный) разрезы на матке в анамнезе
 - Разрыв матки в анамнезе
 - Реконструктивные операции на матке, иссечение угла матки, удаление миоматозного узла с повреждением стенки матки, удаление миомы матки лапароскопическим способом
 - Беременные после двух КС имеющие в анамнезе хотя бы одни вагинальные роды
 - Несогласие женщины к проведению вагинальных родов.
3. Неудачная попытка наружного поворота плода в 36 недель беременности при тазовом предлежании плода или по настоянию женщины.
4. Многоплодная беременность (тазовое предлежание или неправильное положение I плода)
5. Поперечное положение плода.
6. Моноамниотическая двойня (КС в 32 недели беременности после профилактики СДР), в УОЗ III уровня.
7. ЗВУР одного из плодов при многоплодной беременности.
8. ВИЧ-инфицированные:
 - Беременные с вирусной нагрузкой более 50 копий в 1 мл, принимающие антиретровирусную терапию тремя препаратами;
 - Беременные, принимающие монотерапию зидовудином;
 - Ко-инфицированные женщины ВИЧ и вирусным гепатитом С;
 - Родоразрешение в 38 недель беременности до начала родовой деятельности и/или разрыва околоплодных оболочек.
9. Перенесенный за 6 недель до родов первичный генитальный герпес.

10. Диагноз профильного эксперта по экстрагенитальной патологии:

- кардиологическая - гипертензия артериальная III стадии, коарктация аорты, аневризма крупной артерии или аорты и др.
- офтальмологическая - ретинопатия геморрагическая, язва роговицы, травма глазного яблока, «свежий» ожог;
- пульмонологическая - угроза пневмоторакса, менее 4 недель до родоразрешения перенесенное легочное кровотечение;
- органов пищеварения - варикозное расширение вен пищевода и желудка с портальной гипертензией, спленомегалия, диафрагмальная грыжа;
- неврологическая - гипертензивно-ликворный синдром, перенесенный геморрагический инсульт.

11. Перенесенные травмы таза и опухоли органов малого таза.

12. Рак шейки матки.

13. Восстановительные операции на промежности.

14. Хирургическое лечение моче-половых и кишечно-половых свищей.

15. Гастрошизис, диафрагмальная грыжа, spina bifida, тератома у плода, сращение близнецов.

При отказе беременной от показанной операции собственноручно подписывается проинформированный отказ, что фиксируется в истории родов.

Сроки выполнения планового кесаревого сечения

- 39 недель беременности.
- 38 недель - при многоплодной беременности.
- 38 недель беременности - профилактика вертикальной трансмиссии при ВИЧ-инфицированной матери.
- 32 недели - моноамниотическая двойня после предшествующей профилактики СДР в УОЗ III уровня.

Кесарево сечение в ургентном порядке

Ургентное КС выполняется согласно клинической ситуации при наличии показаний и осведомленного согласия пациентки.

Показания к КС в ургентном порядке.

1. Кровотечение во время беременности или в I периоде родов при неподготовленных родовых путях.

2. Угроза разрыва матки.

3. Тяжелый гестоз при неподготовленных родовых путях.

4. Дистресс плода, подтвержденный дополнительными методами, при неготовых родовых путях.

5. Выпадение пульсирующих петель пуповины.

6. Обструктивные роды:

– не физиологическое вставление головки плода;

– излитии околоплодных вод при неправильном положении плода;

- узкий таз во время родов.
- 7. Нарушения в развитии родовой деятельности.
- 8. Индукция родов без эффекта.
- 9. Агония или смерть беременной при живом плоде.

Условия выполнения операции

- Плод живой (кроме абсолютных показаний).
- Целый амнион или безводный период до 12 часов.
- Нормальное состояние роженицы.

Организационные условия

- Согласие беременной или родственников.
- Выбор времени для проведения плановой операции.
- Выбор антибактериальной терапии.

Обезболивание операции

- Эндотрахеальный наркоз.
- Регионарная анестезия:
 - спинальная анестезия;
 - эпидуральная анестезия.

Предоперационное обследование и подготовка:

Обследование:

1. Определение показателей гемоглобина, гематокрита, тромбоцитов в анализе крови накануне планового КС. В случае ургентного КС лабораторное обследование проводится во время операции.
2. Группа крови и Rh фактор.
3. Дополнительное клинико-лабораторное обследование – по показаниям.

Подготовка к КС:

1. Катетеризация периферической вены.
2. Освобождение мочевого пузыря по показаниям.

Схема медикаментозного лечения

1. Профилактика инфекции.
2. Профилактика аспирационного пневмонита.
3. Профилактика тромбоэмболии.
4. Профилактика гипотензии у матери.
5. Анестезиологическое обеспечение кесарева сечения.

Методы операции КС

- Интраперитонеальный:
 - корпоральный;
 - поперечный разрез в нижнем сегменте матки.

- КС с временной изоляцией брюшной полости.
- Экстраперитонеальное КС.
- Метод Старка.

Выбор метода определяет акушерская ситуация, срок беременности.

Показания к проведению корпорального КС:

- Спаечный процесс в области нижнего сегмента матки.
- Situs arcuatus.
- Срощены близнецы.
- Опухоль матки в нижнем сегменте.
- Варикоз матки.

Подготовка к операции

- Обработка влагалища местными вагинальными антисептиками.
- Профилактика синдрома нижней полой вены.
- Катетеризация вены и налаживание внутривенной инфузии кровозаменителей.
- Освобождение мочевого пузыря. При повторной операции - установление постоянного катетера.
- Мытье рук бригады.
- Обработка операционного поля.

При проведении КС преимущество дается поперечному разрезу в нижнем сегменте матки.

Поперечная гистеротомия в нижнем сегменте матки

- Проводят чаще всего;
- Меньшая кровопотеря;
- Лучшее заживление рубца.

Вертикальная гистеротомия в нижнем сегменте

- Проводят редко;
- Преимущества: меньший риск повреждения кровеносных сосудов матки;
- Возможные показания: многоплодная беременность, поперечное положение плода, очень маленький плод, планируется гистеректомия в послеродовом периоде.

“Классическая” гистеротомия

- Выполняется лишь в исключительных случаях;
- Большая кровопотеря;
- Возможные показания: невозможность доступа к нижнему сегменту матки, плохо выраженный нижний сегмент или его отсутствие, плотно сжатый в полости матки плод, предлежание плаценты, большой плод с имеющейся патологией (гидроцефалия), плановая гистеректомия.

Кровотечение как осложнение во время операции

- массаж матки;
- введение утеротоников ;
- по показаниям инфузия кровозаменителей, гемотрансфузия;
- при атонии матки - перевязка сосудов, гистеректомия.

Послеоперационный уход

- сокращение матки;
- количество лохий;
- АД, Рs;
- обезболивание.

Перевязка маточных труб при КС

Стерилизация проводится по проинформированному желанию беременной после оформления медицинских документов согласно действующему законодательству.

Техника стерилизации за Помером:

- захватывается наименее васкуляризованная часть трубы зажимом;
- на основание выделенной трубы накладывается сосудистый зажим, который заменяют на лигатуру из шелка;
- проводится резекция выделенной трубы, перитонизация. Аналогично - со второй стороны.

V. ПЛОДОРАЗРУШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ (ЭМБРИОТОМИИ) [2,4,7,14]

Применение плодоразрушающих операций в наше время являются операциями выбора при внутриутробной гибели.

Плодоразрушающие – это операции, с помощью которых уменьшаются размеры плода и дают возможность родоразрешения через родовые пути.

Плодоразрушающие операции делятся на 3 группы:

1. Краниотомия, эвентерация - уменьшение объемных частей плода;
2. Декапитация, спондилотомия, экзартикуляция - расчленение и вытягивание плода по частям;
3. Клейдотомия, пункция черепа при гидроцефалии, переломы костей конечностей - уменьшение объема тела за счет максимального увеличения подвижности между отдельными частями тела плода.

Операции в зависимости от положения плода:

- краниотомия, клейдотомия - при продольном головном предлежании;
- перфорация последующей головки при продольном тазовом предлежании;
- декапитация при запущенном поперечном положении;
- эвисцерация. эвентерация, спондилотомия при поперечном или косом положении.

По частоте встречаемости операции распределяются следующим образом: краниотомия, декапитация и клейдотомии - чаще других, остальные очень редко.

Краниотомия — это уменьшение объема головки и последующее ее удаление в уменьшенном состоянии.

Декапитация — отделение головки плода от туловища при запущенном поперечном положении.

Клейдотомия — рассечение одной или обеих ключиц для уменьшения объема плечевого пояса.

Спондилотомия — рассечение позвоночника.

Эвисцерация и эвентерация — удаление внутренних органов грудной клетки и брюшной полости.

Краниотомия, декапитация и клейдотомия относятся к типичным эмбриотомиям, а спондилотомия и эвисцерация (эвентерация) — до атипичных эмбриотомий.

Краниотомия [17]

Операция для уменьшения объема предлежащей или последующей головки со следующим ее удалением в уменьшенном состоянии. Эта операция выполняется на мертвом плоде.

Показания для проведения краниотомии:

- мертвый или нежизнеспособный плод с тяжелыми пороками развития при возникновении акушерской ситуации;
- при мертвом плоде и неблагоприятном вставлении головки, лобном предлежании, литцмановском вставлении головки (задний асинклитизм) и отсутствие условий для кесаревого сечения и др.;
- экстрагенитальные заболевания, тяжелые формы гестозов, кровотечения в родах.

Условия для выполнения краниотомии:

- раскрытие маточного наружного зева не меньше, чем на 6 см;
- разрыв плодных оболочек;
- мертвый плод;
- размер истинной конъюгаты не меньше 6.5 см;
- головка плода прижата ко входу в малый таз.

Инструментарий: вагинальные зеркала, пулевые щипцы или щипцы Мюзо, ложечки Фолькмана или кюретки, перфоратор Бло, краниокласт, ножницы Зибольда или Феноменова (длинные и тупые).

Операция проводится под общим обезболиванием. Перед операцией проводится катетеризация мочевого пузыря и обработка наружных половых органов и влагалища.

Этапы операции:

1. Перфорация головки.
2. Эксцеребрация.
3. Краниоклазия.

Перфорация головки выполняется на кровати Рахманова в родзале и состоит из следующих моментов:

- введение зеркала во влагалище и обножение головки;
- захват кожи головки щипцами и ее фиксация;
- собственно перфорация.

Эксцеребрация

Ложкой Феноменова или большой кюреткой разрушают и удаляют мозг.

Краниоклазия

Краниоклазия - это операция, при которой уменьшенную перфорированную головку плода вытягивают с помощью краниокласта.

Перфорация последующей головки при тазовом предлежании плода.

При тазовом предлежании плода перфорацию последующей головки проводят в месте перехода затылка в шею, ближе к большой затылочной ямке или через большое затылочное отверстие.

Следующие этапы операции подобны таким же, что и при головном предлежании. Перфорированную и уменьшенную головку удаляют простым нажимом на головку сверху, редко с помощью краниокласта.

Декапитация [7,14]

Декапитация — отделение головки в области шейных позвонков от туловища плода со следующим их удалением.

Показание: запущенное поперечное положение плода.

Условия для декапитации:

- открытие шейки матки 10-12 см;
- доступность шеи плода;
- нормальные размеры таза.

Инструментарий: крючок Брауна, ножницы Зибольда или Феноменова, щипцы Мюзо.

Операция выполняется под общим обезболиванием.

Перед операцией проводится катетеризация мочевого пузыря.

Клейдотомия

Клейдотомия (Clavicotomia) выполняется для уменьшения объема плечевого пояса путем рассечения ключиц.

Суть операции состоит в рассечении одной или обеих ключиц.

Показания: большой плод при нормальном тазе или плод средних размеров при суженном тазе.

Окружность плечевого пояса при односторонней клейдотомии уменьшается до 2,5-3 см, при двусторонней – на 5-6 см.

Условия: рождение головки.

Спондилотомия - рассечение позвоночника.

Спондилотомия —рассечение позвоночника плода в грудном или поясничном отделе. Самостоятельно выполняется редко. Применяется в случаях, когда декапитация не может быть выполнена или как предыдущий, или как последующий этап при эвисцерации.

Показания: мертвый плод , запущенное поперечное положение плода, когда нельзя достичь его шеи.

Условия: раскрытие шейки матки 10-12 см.

Необходимые инструменты: крючок Брауна, ножницы Зибольда, щипцы Мюзо.

Эвисцерация (эвентерация)

Эвентерация - удаление внутренних органов брюшной или грудной полости.

Операция направлена на уменьшение размеров плода путем разрушения и удаления внутренних органов.

Показания: мертвый плод при поперечном положении из-за невозможности достичь его шеи. При высоко расположенной шеи плода декапитация не возможна. В этом случае должен быть уменьшен размер туловища плода с удалением органов брюшной или грудной полости, после чего плод извлекают в сложенном состоянии.

После эвентерации бывает необходимость сделать рассечение позвоночника на любом уровне - спондилотомию.

Условия:

- раскрытие шейки матки 10-12 см.

После каждой плодоразрушающей операции необходимо тщательно проверить целостность родовых путей, провести ручное обследование стенок полости матки с предыдущим удалением последа, чтобы убедиться в целостности ее стенок, провести катетеризацию мочевого пузыря.

Возможные осложнения (насильственные травмы, которые возникают во время вмешательства):

1. Травмы наружных половых органов и промежности.
2. Травмы влагалища.
3. Гематомы вульвы и влагалища.
4. Травмы шейки матки.
5. Перфорация матки.
6. Травма мочевыводящего канала, мочевого пузыря.
7. Травма костного таза.

VI.Операции, которые выполняются в последовом и в раннем

послеродовом периодах (операции выполняются под общим обезболиванием с соблюдением всех правил асептики и антисептики.) [7,14,17]

- Ручное отделение плаценты и выделение последа
- Ручное обследование стенок полости матки
- Инструментальная ревизия полости матки
- Зашивание разрывов шейки матки и промежности
- Надвлагалищная ампутация матки
- Экстирпация матки

Ручное отделение плаценты и выделение последа

Показания:

- кровотечение в послеродовом периоде родов, если плацента не отделена;
- задержка выделения последа, если другой способ оказался неэффективным.

Ручное обследование стенок полости матки

Показания:

- дефект плаценты или сомнение относительно ее целостности;
- маточные кровотечения;
- после акушерских операций;
- после плодоразрушающих операций;
- разрыв матки или сомнение относительно ее целостности;
- разрыв шейки матки III степени.

Инструментальная ревизия полости матки

- проводится с помощью большой (акушерской) кюретки под общим обезболиванием с соблюдением всех правил асептики и антисептики.

Надвлагалищная ампутация матки [17,25]

Показания:

- после кесаревого сечения при гипотонии или атонии матки;
- беременность при миоме матки;
- в случае гипотонического субкомпенсированного кровотечения в III периоде родов;
- при выполнении кесаревого сечения в условиях инфицирования организма женщины.

Техника операции

Разрез брюшной стенки путем нижней срединной лапоротомии. Ревизия органов брюшной полости и малого таза. После осмотра матки ее отводят в сторону, накладывают зажимы — один на круглую связку матки, второй — на собственную связку яичника и маточную трубу. Для предупреждения кровотечения накладывают контрклемы. Эти образования пересекают,

прошивают, лигируют. Верхний край широкой связки рассекают между наложенными зажимами. Зажимы заменяют лигатурами. Матку отводят в противоположный бок и выполняют такие же действия. Потом, подтянув матку назад, рассекают моче-маточную складку, мочевого пузыря отделяют от шейки и разрез брюшины продолжают в оба бока. Подтянув матку в сторону, накладывают зажимы и контрклемы на маточные сосуды (идущие по ребрам матки) на уровне внутреннего зева канала шейки матки, пересекают, накладывают лигатуры с обеих сторон.

На уровне внутреннего зева матку отсекают от шейки. На культю шейки накладывают 3 — 4 кетгутовых шва, которыми соединяют переднюю и заднюю части культи шейки матки.

Перитонизацию выполняют непрерывным кетгутовым швом. Сначала прокалывают тонкой иглой заднюю стенку культи шейки матки, потом соответствующий край брюшины моче-маточной складки. Культя шейки покрывается брюшиной. Проводится перитонизация культей круглой связки и придатков с помощью кисетного шва. Культя шейки и придатков погружаются в позабрюшинное пространство.

После контроля на гемостаз и ревизии брюшной полости брюшную стенку зашивают послойно.

Экстирпация матки [17,25]

Показания:

- гипо- и афибриногемическое маточное кровотечение;
- акушерский перитонит;
- разрыв матки.

Техника операции

Разрез брюшной стенки, ревизия органов брюшной полости.

На матке с обеих сторон, после наложения зажимов, перевязывают и рассекают круглые связки матки и собственные связки яичника вместе с трубой. Подтянув матку назад, рассекают моче-маточную складку брюшины и разрез доводят до круглой связки на каждой стороне. Мочевого пузыря отделяют от шейки до уровня внешнего зева шейки матки.

По ребрам матки на сосуды накладывают зажимы и перерезают их. Накладывают зажимы Кохера на параметрии, кардинальные связки; клетчатку перевязывают возле ребра матки.

Матку отклоняют кпереди. Перевязывают и перерезают маточно-крестцовые связки; между ними надсекают задний листок брюшины. Вскрывают свод влагалища в месте прикрепления его к шейке. Через отверстие в своде смазывают влагалище раствором йода.

Разрез увеличивают и через него захватывают щипцами Мюзо переднюю или заднюю губу шейки матки. Отсекают шейку матки от сводов и удаляют матку. Ушивание культи влагалища. Перитонизация. Осмотр брюшной полости, ушивание передней брюшной стенки. Катетеризация мочевого пузыря, санация

влагалища.

Вопросы для контроля знаний

1. Классификация акушерских операций.
2. Операции, сохраняющие беременность.
3. Назовите операции, которые готовят родовые пути.
4. Назовите показания для применения амниотомии.
5. Назовите показания для проведения рассечения промежности.
6. Виды акушерских поворотов.
7. Показания, противопоказания и условия классического наружно-внутреннего поворота плода на ножку.
8. Акушерские щипцы. Показания к наложению.
9. Акушерские щипцы. Условия для наложения.
10. Назовите этапы операций наложения акушерских щипцов.
11. Показания к применению вакуум-экстракции.
12. Противопоказания к применению вакуум-экстракции.
13. Дайте определение операции извлечения плода за тазовый конец.
14. Показания и условия для проведения экстракции за тазовый конец.
15. Кесарево сечение. Классификация.
16. Показания для проведения кесаревого сечения.
17. Послеоперационный период его ведения.
18. Краниотомия. Показания, условия.
19. Декапитация. Показания, условия.
20. Спондилотомия. Показания, условия.
21. Эвисцерация и эвентерация. Показания, условия.
22. Осложнения во время плодоразрушающих операций.
23. Какие операции выполняют в послевом и в раннем послеродовом периодах?
24. Ручное обследование полости матки. Показания.
25. Удаление матки. Показания, техника операций.

Задачи

Роды II в 30 лет. Две беременности закончились искусственными абортами, третья - родами в срок (вес плода 2900 г). Настоящие роды продолжаются 20 часов. Воды излились 6 часов назад. Таз 25-26-29-17 см. Схватки регулярные, болезненные. Положение плода продольное, головка прижата к входу в малый таз. Признак Вастена положительный. По правую сторону пальпируется напряженная болезненная круглая связка. Нижний сегмент матки болезненный при пальпации. Контракционное кольцо на уровне пупка. Сердцебиение плода слева ниже пупка, приглушенное. Мочеиспускание затруднено. PV: открытие шейки матки 10 см, головка прижата, сагитальный

шов в поперечном размере плоскости входа в малый таз. Con.diag.10 см. Анализ крови Нв - 118 г/л; Нт - 35; СОЕ - 32 мм/ч; анализ мочи - эритроциты на 1/2 поля зрения. Диагноз. Что делать?

Роды первые на 43 недели. Размеры таза 24-26-29- 18,5 см. Индекс Соловьева 1,4 см. Роды проолжаются 18 часов. Воды излились час тому назад. Пульс 94 за 1 мин., АД - 120/80 мм рт. ст. Положение плода продольное, I позиция. Головка прижата ко входу в малый таз. С/б плода ясное, 126 уд. за 1 мин. РV: раскрытие шейки матки 10 см, плодный пузырь отсутствует. Пальпируется лоб плода. Con.diag. 10,5 см. Диагноз. Тактика.

Роды третьи, продолжаются 12 часов. Состояние роженицы удовлетворительное, PS - 90 за 1 мин., АД -120/80 мм рт. ст. Положение плода поперечное, головка слева, передний вид. С/б плода ясное, на уровне пупка, 130 за мин. Плод подвижный. Раскрытие шейки матки 10 см. Плодный пузырь целый. Таз: 25-28-31 -20 см. Предполагаемая масса плода 2900 г. Диагноз. Что делать?

Роды II, в срок. Состояние роженицы удовлетворительное, PS - 96 за I мин., АД - I 15/70 мм рт. ст. Положение плода продольное, у дна матки пальпируется головка плода. Излились околоплодные воды. С/б плода 70-80 за 1 мин. РV: Раскрытие шейки матки 10 см. Во влагалище пальпируется стопа плода. Диагноз. Что делать?

Роды I, в срок, двойней. После рождения обоих плодов началось кровотечение. Признаки отделения плаценты негативные. Кровопотеря -400 мл. Роженица бледная, PS 110/ мин., АД - 100/70 мм рт. ст. Кровотечение продолжается. Диагноз. Тактика.

Роды вторые. Поперечное положение плода. Головка справа. Выпавшая ручка отечная. Роды продолжаются 31 час. Контракционное кольцо на 4 см ниже пупка. Круглые связки напряжены. С/б плода не прослушивается. Диагноз. Терапия.

Тестовые задачи

Беременная В., 24-х лет с ОАА поступила в ОПБ . В 12 недель беременности лечилась по поводу угрозы выкидыша. Выписана с сохраненной беременностью. Беременность IV, первые три закончились самопроизвольными абортами на 14, 16 и 20 недели беременности. Дно матки на середине между пупком и лоном, РV: шейка матки укорочена до 2,0 см, цервикальный канал свободно пропускает палец. Матка соответствует 16 неделям беременности. Выделение слизи. Диагноз.

- A*** Истмико-цервикальная недостаточность
- B** Угроза преждевременных родов
- C** Угроза самопроизвольного аборта
- D** Начавшийся самопроизвольный выкидыш
- E** Неполный самопроизвольный аборт

Беременная Н., 25 лет поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью на протяжении 7 часов и кровянистыми выделениями из влагалища, которые появились полчаса назад. Околоплодные воды целы. Беременность IV, роды I, предыдущие 3 беременности закончились абортами. ЧСС плода 136/мин. PV: шейка матки сглажена, раскрытие маточного зева 6-7 см, предлежит головка, плодный пузырь цел, сбоку пальпируется мягкая губчатая ткань. Установлен диагноз - боковое предлежание плаценты. Тактика врача.

- A*** Амниотомия
- B** Кесарево сечение
- C** Стимуляция родовой деятельности
- D** Наложение акушерских щипцов
- E** Кранеотомия

Роженица 18 лет поступила в II периоде родов с жалобами на сильную головную боль, ухудшение зрения, боли в эпигастрии. Через 3 минуты произошел приступ судорог с потерей сознания. Общее состояние тяжелое. Кожа бледно-сероватая, отеки рук и ног, брюшной стенки, лица. АД - 180\130 мм рт ст.; 150\110 мм рт ст., при аускультации сердечные тоны ослаблены, ритмичные. Положение плода продольное, головное предлежание. С/б плода 176/мин., глухое. PV: Открытие шейки матки 10 см. Плодный пузырь отсутствует. Головка в узкой части полости малого таза. Мыс не достигается. Экзостозив нет. Тактика.

- A*** Закончить роды наложением полостных акушерских щипцов
- B** Кесарево сечение
- C** Стимуляцию родовой деятельности
- D** Кранеотомия
- E** Вакуум-экстракцию плода, перинеотомия,

Б I, 22 года. Срок беременности 35-36 недель. Размеры таза: 25-26-31-20. Кровотечение из половых путей в количестве 150-200 мл появилось без родовой деятельности. Положение плода продольное, головное предлежание. ЧСС 150/мин. PV: шейка матки укорочена до 1,5 см, маточный зев пропускает I палец. За внутренним зевом определяется мягкая, губчатая ткань. Головка плода подвижная над входом в малый таз. Во время исследования кровотечение усилилось. Определите объем акушерской помощи.

- A *** Кесарево сечение

- B** Строгий постельный режим
- C** Амниотомия
- D** Токолитики
- E** Гемостатики

В течение 30 минут после рождения плода состояние роженицы удовлетворительное. При пальпации матка плотная, шарообразная, дно ее на уровне пупка, кровотечения нет. Признаки отделения плаценты отрицательные. Тактика врача.

- A*** Ручное отделение плаценты с общим обезболиванием
- B** Выделить послед способом Абуладзе
- C** Применить метод Креде-Лазаревича
- D** Кюретаж полости матки
- E** Внутривенное введение утеротоников

Роды в 39 недель беременности. В анамнезе искусственный аборт, осложненный эндометритом. В течение 40 мин. признаков отделения плаценты нет. Наружное и внутреннее кровотечение отсутствуют. При попытке провести ручное отделение плаценты началось кровотечение. Кровопотеря составила 400 мл. Плаценту отделить от стенки матки не удалось. Тактика врача.

- A *** Надвлагалищная ампутация матки
- B** Выскабливание стенок полости матки
- C** Назначение утеротоников
- D** Продолжать ручное отделение плаценты
- E** Провести экстирпацию матки

Роды закончились рождением ребенка массой 4500 г, ростом 52 см. Через 10 минут началось маточное кровотечение. Плацента отделена рукой, проведен массаж матки на кулаке, внутривенно введены утеротоники. Через 10 минут кровотечение повторилось. Консервативные методы повышения сократительной деятельности матки не дали эффекта. Кровопотеря составила больше 1200 мл. Тактика ведения родильницы.

- A *** Лапаротомия. Экстирпация матки
- B** Повторное введение утеротоников
- C** Выскабливание стенок полости матки
- D** Наружный массаж матки
- E** Наложение швов на шейку матки

Раздел VIII. Послеродовые септические заболевания.

Септические заболевания послеродового периода связаны непосредственно с беременностью и родами, которые развиваются на 2-3 сутки после родов до конца шестой недели послеродового периода и обусловлены бактериальной или же вирусной инфекцией [7].

Этиология

Послеродовые септические заболевания могут быть вызваны как условно патогенной флорой так и инфекциями, которые передаются половым путем (гонококки, вирус герпеса, уреоплазмы, хламидии, и др.), что негативно сказывается на местном и общем иммунитете. Иногда опередаются ассоциации из 2-3- микроорганизмов, которые усиливают свойства друг друга.

Осложнения послеродового периода инфекционного генеза можна разделить на три группы заболеваний:

- собственно послеродовые септические заболевания, что возникли в следствии попадания инфекции в родовые пути;
- интеркурентные заболевания инфекционного характера (грипп, ОРЗ, ангина и др.);
- экстрагенитальные послеродовые инфекции, когда гениталии могут и не вовлекаться (мастит, цистит, пиелонефрит).

Патогенез

Основное значение при послеродовой инфекции принадлежит макроорганизму, його реактивности и защитным свойствам. Патолофизиологический ответ на инфекцию состоит в активации механизмов на локальном и системном уровнях, что реализуются в неконтролируемую воспалительную реакцию [14]:

- активация нейтрофилов и моноцитов;
- освобождение медиаторов воспаления;
- диффузная вазодилатацию и увеличение проницаемости эндотелия;
- активация факторов свертывания крови.

Послеродовой эндометрит – воспаление внутренней оболочки матки.

Клиника. Возникает на 3-5 сутки после родов (иногда на 10). И проявляется болью внизу живота, повышением температуры, а также симптомами интоксикации, такими, как слабость, головная боль, боли в мышцах, озноб. Температура чаще повышена (до 39°C), появляется тахикардия до 100 уд./мин. Может быть задержка лохий или наоборот их обильное выделение. Лохии становятся мутными, имеют неприятный запах. При бимануальном исследовании имеют место следующие изменения: шейка матки не сформирована, цервикальный канал открыт, матка болезненная (больше по ребрам матки), мягкая, увеличена и не отвечает суткам послеродового периода.

В общем анализе крови выявляется лейкоцитоз с сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышенное СОЭ, может быть анемия. При обследовании таких больных, обязательным есть бактериологическое исследование выделений из влагалища, мочи, молока и крови.

Лечение включает системную антибактериальную, инфузионную, дезинтоксикационную терапию и местное лечение. Преимущество отдается целенаправленной антибиотикотерапии, что возможно при использовании быстрых методов идентификации возбудителя (система мультимикротестов). Если лихорадка продолжается 48-72 часа после начала антибактериального лечения, необходимо заподозрить резистентность возбудителя к примененным антибиотикам. Лечение внутривенными антибиотиками должно продолжаться еще 48 часов после снижения температуры и других симптомов. Таблетированные антибиотики следует назначать еще на 5 дней. Ниже приведены дозы основных антибактериальных препаратов при послеродовых септических заболеваниях [2, 14]:

- **Ванкомицин:** 1 г или 15 мг/кг в / в каждые 12 часов.
- **Импипенем с циластатином:** 500 мг в/в каждые 6 часов.
- **Клиндамицин:** 600–900 мг в/в каждые 8 часов.
- **Левофлоксацин:** 500 мг в/в каждые 24 часа.
- **Метронидазол:** 15 мг/кг в/в в течение 1 часа; поддерживающая доза - инфузия 7,5 мг/кг в/в в течение 1 часа, каждые 6-8 часов, начиная через 6 часов после нагрузочной дозы - не более 4 г за 24 часа.
- **Пиперациллин/тазобактам:** 3,375 г в/в каждые 6 часов (максимальная общая доза - 18 г пиперациллина или 2,25 г тазобактама в сутки в 3-4 приема).
- **Тикарциллин / клавуланат:** 3-5 г в/в каждые 4-6 часов.
- **Цефтриаксон:** 1 г в/в каждые 6–12 часов.
- **Цефотаксим:** 1–2 г в/в каждые 4 часа.
- **Цефепим:** 1–2 г в/в каждые 12 часов (при синегнойной инфекции дозы увеличиваются).
- **Ципрофлоксацин:** 400 мг в/в каждые 12 часов.

При назначении а/б, грудное вскармливание прекращают.

Для дезинтоксикации применяют растворы Рингера, 5% глюкозы, 0,9% натрия хлорид.

Для повышения иммунного ответа, используют кипферон или виферон. При вирусной инфекции, назначают противовирусные препараты, которые отличаются быстрой ударной волной действия.

Местной терапией при эндометрите является проточно-промывочное дренирование полости матки. Применяют **внутриматочные инфузии** охлажденным до +4° С раствором, который состоит из 0,02% раствора хлоргексидина и 0,9% раствора хлорида натрия. Скорость введения 10 мл/мин.

Аспирационно-промывное дренирование матки не проводят в случае: несостоятельности швов на матке после операции кесарева сечения, распространении инфекции за пределы матки, а также в первые дни (до 3-4 суток) послеродового периода. Если патологические включения (сгустки крови, остатки плодных оболочек) в полости матки путем промывочного дренирование отмыть не удастся, их необходимо удалить методом вакуум-аспирации на фоне антибактериальной терапии и при нормальной температуре тела [7].

К оперативному лечению прибегают при неэффективности консервативного лечения и при наличии отрицательной динамики в первые 24-48 часов лечения, а также при развитии синдрома системного воспалительного ответа. Хирургическое лечение заключается в лапаротомии и экстирпации матки с маточными трубами.

Послеродовой метроэндометрит. Если воспалительный процесс распространяется за пределы эндометрия, поражая мышечный слой, возникает метроэндометрит. Клинические проявления те же, что и при эндометрите, но более выражены. Температура тела повышается до 38-39 °С, учащается пульс, но соответствует температуре тела. Наблюдается озноб и явления интоксикации выраженный больше, чем при эндометрите. Чаще встречается лохиометра. **Лечение** аналогичное, как при эндометрите с объемом инфузионной терапии, в соответствии с тяжестью состояния больного.

Послеродовой параметрит. При распространении инфекции из матки лимфатическими путями возникает параметрит - воспаление околоматочной клетчатки. Заболевания начинается через 5-10 суток после родов. Повышается температура тела до 39-40°С, появляется выраженный озноб, головная боль, пульс - до 120 уд./мин. Наблюдается боль внизу живота, которая иррадирует в поясницу и нижние конечности.

При влагалищном исследовании наблюдается следующая картина: матка и шейка матки -см.эндометрит, но при этом с обеих сторон от матки пальпируются резко болезненные инфильтраты. При нагноении инфильтрата может определяться размягчения.

Лечение заболевания проводится на общих правилах антибактериальной и инфузионной терапии. Назначают холод на низ живота. Если есть нагноение инфильтрата проводят дренирование.

Пельвиоперитонит послеродовой (воспаление брюшины малого таза) – при прогрессировании послеродовых септических заболеваний. Он сопровождается, повышением температуры тела ремитирующего характера (до 38-40°С), тахикардией, пульс становится слабого наполнения. Появляется боль внизу живота, часто иррадирующая в прямую кишку, нижние конечности, живот вздут, может быть тошнота, рвота, выраженная общая слабость, определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В анализе крови - лейкоцитоз с резким сдвигом формулы влево и ускорение СОЭ.

При пельвеоперитоните верхний предел сформированного воспалительного конгломерата обычно доходит выше уровня лона и образуется припаянными петлями кишечника. Он, как правило, определяется путем поверхностной пальпации. Перкуссия этой зоны дает тимпанический звук. Сам выпот при перкуссии определяется ниже в виде притупления. Верхний предел притупления - «перкуторная граница» не совпадает с верхней границей, при пальпации - «пальпаторный предел». Это расхождение пальпаторной и перкуторной границ является одним из характерных диагностических признаков пельвиоперитонита.

При угрожающем прорыве абсцесса в прямую кишку или мочевого пузыря определяются соответствующие характерные симптомы: за 1-2 дня до прорыва в прямую кишку, отмечается понос со слизью и тенезмы. При угрожающем прорыве в мочевой пузырь - дизурические явления.

При *вагинальном исследовании* матку и придатки четко пальпировать не удается из-за болезненности и напряжения мышц.

Лечение состоит из комбинации трех антибиотиков и массивной дезинтоксикационной терапии. При скоплении гнойного экссудата в маточно-прямо-кишечное пространство - проводят пункцию или заднюю кольпотомию и дренирование нижнего отдела брюшной полости. Для дренажа пользуются тонкими резиновыми трубками, через которые проходит отток гнойного содержимого, и местно вводят антибиотики. При прогрессировании процесса - проводят лапаротомию с экстирпацией матки с маточными трубами.

Послеродовой перитонит - тяжелое гнойное воспаление брюшины, которое возникает в результате распространения инфекции из матки. Чаще перитонит возникает при переходе инфекции на брюшину при несостоятельности швов на матке после кесарева сечения или разрывах абсцессов маточных труб или же яичников. Следует отметить, что наивысшая степень риска развития перитонита после кесарева сечения. Начинается заболевание на 2-3-й день после родов (кесарева сечения). Имеет место следующая картина: повышается температура тела, значительно ускоряется пульс, возникает боль в животе, тошнота, рвота, задержка стула и газов. Выражение лица больной становится страдальческим. Язык и губы сухие, покрыты налетом, живот вздут, болезненный, симптомы раздражения брюшины - положительные. Перистальтика кишечника в начале заболевания замедленная, впоследствии прекращается совсем. Появляются изменения со стороны сердечно-сосудистой системы: пульс до 100/мин. и более, слабого наполнения, может быть аритмичный. АД падает. Дыхание учащается и имеет поверхностный характер. Живот ограниченно участвует в дыхании.

В брюшной полости может быть экссудат - серозный, серозно-фибринозный, гнойный и геморрагический. Бимануально: субинволюция матки, отсутствие ее контуров при пальпации и болезненность по ребрам. Также при вагинальном исследовании можно обнаружить выпот в маточно-прямокишечном

углублении (нависание заднего свода влагалища). Лохии кровянистые или мутные.

В крови значительный лейкоцитоз, эозино-, лимфо-, моноцитопения. Посев крови, чаще всего, на этой стадии стерил. В посевах из цервикального канала могут определяться возбудители.

Лечение перитонита включает антибактериальную терапию, детоксикационную терапию, средства, устраняющие парез кишечника - устранение гипопротейемии. При отсутствии эффекта от консервативной терапии в течение 6 часов - показано оперативное лечение. Целью операции при акушерском перитоните является удаление источника инфекции - инфицированной матки с дренированием брюшной полости. Матку необходимо удалять вместе с маточными трубами. Удаление яичников оправдано только при наличии пиовара или тубоовариального гнойного абсцесса.

Послеродовой тромбофлебит - воспаление стенки вены с последующим образованием на этом участке тромба, который полностью или частично закрывает просвет сосуда. По локализации послеродовой тромбофлебит делится на **тромбофлебит вен матки, вен таза и глубоких вен нижних конечностей**.

Метротромбофлебит - это осложнение метроэндометрита. Отграниченный тромбофлебит вен матки распознать сложно. Общее состояние больных, чаще удовлетворительное. Температура тела держится в пределах 37-38,5°C, пульс учащенный и не соответствует температуре. В анализе крови - незначительный лейкоцитоз, умеренный сдвиг формулы влево, сравнительно незначительное ускорение СОЭ. Обращают на себя внимание субинволюция матки, длительные и значительные кровянистые выделения из матки.

При бимануальном исследовании матка неоднородной консистенции, умеренно болезненная. Если процесс распространяется на вены таза, то пальпируется увеличенная матка и воспаленные вены в виде болезненных извилистых тяжей. Метротромбофлебит развивается на 6-13 дни послеродового периода, а тромбофлебит глубоких вен таза - не ранее 2 недель. При тромбофлебите вен таза повышается температура тела, появляется озноб, учащается пульс, иногда бывает боль в области матки, рвота (вследствие раздражения брюшины). Вены прощупываются сначала, как извилистые плотные шнуры ("дождевые черви").

Тромбофлебит глубоких вен нижних конечностей развивается на 2-3 недели после родов. Появляется сильная боль в нижних конечностях, озноб, повышается температура тела. Через 1-2 дня появляется отек конечности, ее похолодание. При тромбофлебите бедренной вены на первый план выходит симптом сглаживания паховой складки, болезненность в области скарповского треугольника, в глубине его пальпируются утолщенные сосуды, окружность конечности увеличена.

Прогрессирующий тромбофлебит характеризуется тем, что одновременно с воспалением сосудистой стенки и образованием тромба

патологический процесс распространяется дальше по вене. Тромбы иногда распадаются и с током крови попадают в легкие, вызывая эмболию ветвей легочной артерии. Эмболия крупных ветвей легочной артерии проявляется резкой болью в груди, снижением АД, тахикардией. Постоянным признаком тромбоэмболии легочной артерии является колющая боль при дыхании. Повышается температура тела, наблюдается лейкоцитоз.

Лечение. Постельный режим, при тромбофлебите нижних конечностей возвышенное положение ног; антибиотики, сульфаниламиды, препараты противовоспалительного действия (эскузан, бутадиион, диклофенак натрия, ацетилсалициловая кислота). Лечение антикоагулянтами нельзя начинать раньше 3-го дня после родов, так как имеет место опасность маточного кровотечения. Назначают антикоагулянты прямого и непрямого действия под контролем протромбинового индекса (его величина не должна быть ниже 40- 50%) и других показателей свертывания крови. Применяют промедол, папаверин, новокаин в свечах. При остром тромбозе вен нижних конечностей в первые сутки назначают в/в капельно фибринолизин или стрептокиназу (стрептодеказу) и гепарин.

Сепсис. В современных условиях определяют такие понятия, как синдром системного воспалительного ответа, сепсис, тяжелый сепсис и септический шок.

Синдром системного воспалительного ответа (Systemic Inflammatory Response Syndrom - SIRS) – проявляется на фоне клинической картины воспалительного процесса двумя или более из ниже приведенных проявлений:

- 1) температура тела выше 38°C или ниже 36°C;
- 2) ЧСС более 90 уд / мин .;
- 3) частота дыхания более 20 в минуту или Pa CO₂ ниже 32 мм рт.ст .;
- 4) количество лейкоцитов более 12 000 / мм, меньше 400 / мм или более 10% юных форм [14].

Сепсис - воспалительный ответ на достоверно выявленную инфекцию при отсутствии других причин изменений, характерных для SIRS. Клиническая картина включает два или более из ниже приведенных проявлений:

- 1) температура тела выше 38°C или ниже 36°C;
- 2) ЧСС более 90 уд/мин .;
- 3) частота дыхания более 20 в минуту или Pa CO₂ ниже 32 мм рт.ст .;
- 4) количество лейкоцитов более 12 000/мл, меньше 400/мл или более 10% юных форм [14].

Тяжелый сепсис/SIRS - сопровождается дисфункцией органов, гипоперфузией или гипотонией. Гипоперфузия и перфузионные нарушения могут включать (но не ограничиваться только ими) ацидоз в результате накопления молочной кислоты, олигоурии и острое нарушение психического статуса (энцефалопатия).

Септический шок (SIRS - шок) - это осложнение тяжелого сепсиса и определяется как сепсис - индуцированная гипотензия, не поддающаяся коррекции адекватными пополнениями жидкости. Перфузионные нарушения могут

включать (но не ограничиваться только ими) ацидоз, олигоурии или острое нарушение психического статуса. Пациенты, получающие инотропные препараты или вазопрессоры могут не иметь гипотензии, но тем не менее сохраняют признаки гипоперфузионных нарушений и дисфункции органов, относят к проявлениям септического шока.

Клинические проявления септического шока: гипертермия до 39-40 ° С, озноб. Определяется тахикардия, в легких выслушиваются сухие, а иногда влажные хрипы. В более поздний период прогрессирует легочная недостаточность, сопровождающаяся отеком легких. Одновременно появляются парестезии, мышечные боли, усиливающиеся при прикосновении даже постельного белья. Меняется психика больных: возникают сначала возбуждение, чувство беспокойства через 4-6 часов оно сменяется равнодушием или эйфорией. Багрово-красный цвет кожных покровов резко контрастирует с синюшной окраской губ, ногтевых лож и кончиков пальцев. Через 6-12 ч. на коже больных могут появиться высыпания геморрагического характера. Артериальное давление в большинстве случаев низкое (40-60/20-0 мм рт.ст.). При прогрессировании шока у больных появляются схваткообразные боли в животе, через 6-8 ч. - частые обильные испражнения. Моча кровянистая, определяется белок и разрушенные эритроциты. Олиго- и анурия свидетельствуют об острой почечной недостаточности.

В развитии септического шока выделяют две стадии:

- 1) гипердинамическая;
- 2) гиподинамического - нарушение перфузии и оксигенации, вазоконстрикция и дисфункция миокарда.

Диагностика

В случае развития тяжелого сепсиса наблюдаются:

- тромбоцитопения $<100 \cdot 10^9/\text{л}$, которую невозможно объяснить другими причинами;
- повышение уровня С-реактивного белка;
- повышение уровня прокальцитонина $> 6,0 \text{ нг/мл}$;
- положительный посев крови с выявлением циркулирующих микроорганизмов;
- положительный тест на эндотоксин (LPS-тест).

Диагноз **септического шока** устанавливается, при присоединении клинико-лабораторных признаков. Таких как артериальная гипотензия (систолическое давление ниже 90 мм рт.ст. или снижен более чем на 40 мм рт. ст. от исходного уровня); тахикардия более 100 уд/мин; тахипноэ более 25 в минуту; нарушение сознания (менее 13 баллов по шкале Глазго); олигурия (диурез менее 30 мл/ч); гипоксемия (PaO_2 менее 75 мм рт. ст. При дыхании атмосферным воздухом) ; $\text{SpO}_2 < 90\%$; повышение уровня лактата более 1,6 ммоль/л; петехиальная сыпь или некроз участков кожи.

Лабораторные данные отражают наличие тяжелого воспаления и степень полиорганной недостаточности: в большинстве случаев встречается анемия нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево; лейкоцитоз $> 12000/\text{мл}$, в отдельных случаях может отмечаться лейкомоидная реакция с количеством лейкоцитов до 50-100 тыс. и выше (иногда может встречаться лейкопения) морфологические изменения нейтрофилов включают токсическую зернистость, появление телец Доле и вакуолизацию; тромбоцитопения, лимфопения.

Основные принципы лечения

Лечение септического шока должно быть комплексным и направленным на борьбу с шоком, инфекцией, на профилактику острой почечной недостаточности, дыхания и кровообращения.

Основные принципы интенсивной терапии септического шока:

1. Немедленная госпитализация в отделение интенсивной терапии
2. Коррекция гемодинамических нарушений, путем проведения инотропной терапии и адекватной инфузионной терапии с постоянным мониторингом гемодинамики
3. Поддержка адекватной вентиляции и газообмена.
4. Хирургическая санация очага инфекции.
5. Нормализация функции кишечника и раннее энтеральное питание.
6. Своевременная коррекция метаболизма под постоянным лабораторным контролем.
7. Антибактериальная терапия под постоянным микробиологическим мониторингом.
8. Антимедиаторная терапия.

Применяют **растворы кристаллоидов** (изотонический раствор натрия хлорида, Рингер-лактат) в следующей дозировке: 1-2 л изначально с последующей оценкой гемодинамического ответа. Титровать необходимо отдельными болюсами по 500 мл каждые 15 минут до достижения диуреза $> 0,5$ мл/кг в час или ЦВД $> 8-12$ мм рт.ст. Возможным осложнением является отек мозга или легких, поэтому важно тщательно наблюдать за сердечно-сосудистой и дыхательной системами. Инфузию прекращают, если получен желаемый гемодинамический ответ или появляются признаки отека легких.

Следующие растворы – это **коллоиды**, потому как они содержат осмотически активные вещества, что позволяет увеличивать ОЦК. А также их применение уменьшает вероятности развития отека легких и мозга.

С целью коррекции гипопротеинемии назначают концентрированные растворы **альбумина - 20-25%**. Также в состав инфузионных сред необходимо включать свежемороженную плазму (600-1000 мл), как донатор антитромбина.

Антитромбин назначают с целью ингибирования активации лейкоцитов, и предотвращения повреждения эндотелия сосудов. Его применение ведет к уменьшению проявлений системного воспалительного ответа. Также введение

свежезамороженной плазмы необходимо при ДВС-синдроме, который, как правило, развивается при прогрессировании септического шока.

Следующий шаг – это назначение **вазопрессоров**. Они показаны пациентам со стойкой гипотонией (АДс <90 мм рт.ст. или САД <65 мм рт.ст. с признаками гипоперфузии), которая не корректируется с помощью адекватной инфузионной терапии. У пациентов с критической гипотонией возможно раннее назначение вазопрессоров. Вазопрессоры повышают САД, усиливают вазоконстрикцию и улучшают сердечный выброс. В таких случаях применяют **норадреналин** в дозировке: 2-20 мкг в минуту в/в. *Особенности применения:* стимулирует α -адренорецепторы, чем вызывает сильную вазоконстрикцию, имеет β -адреномиметический эффект, чем вызывает повышение сердечного выброса. Считается препаратом выбора при рефрактерном к волевической ресусцитации септическом шоке. Также можно назначать **дофамин** в дозировке: 1-20 мкг/кг в минуту в/в. Необходимо не забывать, что при низких дозах (2-5 мкг/кг в минуту) он действует на дофаминергические рецепторы в почках и сосудах внутренних органов, вызывая вазодилатацию. В средних дозах (5-15 мкг/кг в минуту) действует на β_1 -повышает ЧСС и сократимость миокарда. В высоких дозах (15-20 мкг/кг в минуту) - повышает системное сосудистое сопротивление и САД. Может использоваться как вазопрессор первой линии при септическом шоке. До назначения дофамина важно корректировать гиповолемию кристаллоидами или компонентами крови. Также применяют **адреналин** в дозировке: 1 мкг в минуту в/в, титруя в соответствии с гемодинамическим ответом; обычно доза колеблется в пределах 1-10 мкг в минуту. Он используется для коррекции гипотензии, рефрактерной к дофамину и норадреналину. **Вазопрессин** (0,01-0,1 ЕД в минуту в/в, титруя согласно ответу) назначают с целью повышения всасывания воды эпителием дистальных канальцев нефрона и стимулирует сокращение гладкомышечных клеток почечных, портальных и внутрипеченочных, коронарных, мозговых, легочных и других висцеральных и периферических сосудов. Концентрация вазопрессина снижается во время септического шока. В малых дозах экзогенный вазопрессин обеспечивает значительную вазоконстрикцию, но возможна рефлекторная депрессия миокарда.

Из кортикостероидных препаратов назначают **гидрокортизон** (100 мг в/в каждые 8 часов в течение 24-48 часов; после стабилизации состояния пациента переводят на пероральное введение гидрокортизона - 50 мг каждые 8 часов в течение следующих 48 часов; возможно постепенное снижение дозы до 30-50 мг в сутки).

С целью антимиediatorной терапии применяют **дипиридамол**.

Методов **экстракорпоральной детоксикации** возможно после стабилизации состояния пациентки.

Показания к лапаротомии и экстирпации матки с маточными трубами: отсутствие эффекта от проведения интенсивной терапии наличие в матке гноя

маточное кровотечение; гнойные образования в области придатков матки; выявление при ультразвуковом исследовании наличия остатков плодного яйца.

Поддержка адекватной вентиляции и газообмена.

Показания к ИВЛ:

- PaO₂ <60 мм рт.ст.;
- PaCO₂, > 50 мм рт.ст. или <25 мм рт.ст.;
- SpO₂ <85%;
- Частота дыхания более 40 в минуту.

Хирургическая санация очага инфекции.

Показания к лапаротомии и экстирпации матки с трубами:

1. Неэффективность интенсивной терапии.
2. Наличие гноя в матке.
3. Маточное кровотечение.
4. Гнойные образования в области труб и яичников.
5. УЗИ признаки наличия остатков плодного яйца.

Одной из важных составляющих при лечении послеродовых женщин с сепсисом является нормализация функции кишечника и раннее энтеральное питание. Это возможно достигнуть путем энтерального капельного введения 0,9% раствора натрия хлорида и введением негазированной минеральной воды по 400-500 мл в сутки через желудочный зонд.

Также необходимо одновременное применение прокинетики (метоклопрамид) и глутаминовой кислоты, которая нормализуют обмен веществ в ворсинках кишечника.

После стабилизации состояния больного для дальнейшей профилактики бактериальной транслокации возможно проведение селективной деконтаминации кишечника: 4 раза в сутки в кишечник вводят смесь полимиксина - 100 мг, тобрамицину - 80 мг и амфотерицин - 500 мг.

Лактационный мастит - это воспаление молочной железы (преимущественно одностороннее) во время лактации в послеродовом периоде. Чаще развивается через 2-3 недели после родов.

Чаще всего входными воротами инфекции являются трещины сосков, интраканальярные проникновения возбудителя инфекции через молочные протоки железы при кормлении грудью или сцеживании молока, крайне редко возбудитель распространяется из эндогенных очагов. Факторами риска являются трещины сосков и лактостаз.

По характеру течения воспалительного процесса мастит может быть: серозный, инфильтративный, гнойный, инфильтративно-гнойный, диффузный, узловой, гнойный (абсцедирующий): фурункулез ареолы, абсцесс ареолы, абсцесс в толще железы, абсцесс позади железы; флегмонозный, гнойно-некротический; гангренозный.

По локализации очага мастит может быть: подкожным, субареолярного, интрамамарным, ретромамарным и тотальным.

Клиническая картина серозного мастита характеризуется: острым началом, выраженной интоксикацией, повышением температуры тела до 38-39°C, лихорадкой, болью в области молочной железы, усиливающаяся при кормлении или сцеживании. Молочная железа увеличивается в объеме, гиперемирована имеет место инфильтрация тканей без четких границ.

При неэффективном лечении в течение 1-3 суток серозный мастит переходит в инфильтративный. В таком случае при пальпации определяется плотный, резко болезненный инфильтрат, лимфаденит. Продолжительность этой стадии длится 5-8 дней.

Если инфильтрат не рассасывается на фоне проводимого лечения, происходит его нагноение - гнойный мастит (абсцедирующий). Наблюдается усиление местных симптомов воспаления, значительное увеличение и деформация молочной железы, если инфильтрат расположен неглубоко, то при нагноении определяется флюктуация. Нагноение инфильтрата происходит в течение 48-72 часов. В тех случаях, когда в молочной железе нагнаивается и имеет несколько инфильтратов, мастит называют флегмонозным. Температура тела при этом 39-40°C, имеет место озноб и выраженная слабость, нарастают симптомы интоксикации. При осмотре: молочная железа резко увеличена, болезненна, пастозная, инфильтрат занимает почти всю железу, кожа над пораженным участком отечная, блестящая, красная с синюшным оттенком, часто имеет место лимфангит. При флегмонозном мастите возможна генерализация инфекции с переходом в сепсис.

Диагностика

Осмотр молочной железы (см. в тексте), оценка клинических признаков, жалоб, анамнеза. Общий анализ крови, общий анализ мочи, бактериологическое и бактериоскопическое исследование экссудата, иммунограмма, коагулограмма и биохимия крови. Ультразвуковое исследование.

Лечение послеродового мастита может быть консервативное и хирургическое.

Антибиотикотерапию начинают с первых признаков заболевания - это способствует предотвращению развития гнойного воспаления. При серозном мастите вопрос о грудном вскармливании решается индивидуально. Необходимо учитывать: мнение роженицы, анамнез (например, гнойный мастит в анамнезе, многочисленные рубцы на молочной железе, протезирование молочных желез), данные бактериологического и бактериоскопического исследования экссудата, наличие и выраженность трещин сосков и применение антибиотиков в анамнезе. Начиная с инфильтративного мастита кормление ребенка противопоказано. При отсутствии эффекта от консервативной терапии мастита в течение 2-3 суток и развития признаков гнойного мастита показано хирургическое лечение, которое заключается в радикальном разрезе и адекватном дренировании. При этом продолжают антибиотикотерапию, дезинтоксикацию и десенсибилизирующую

терапию. Своевременное хирургическое лечение позволяет предупредить прогрессирование процесса, развитие системной общей ответа.

Вопросы

1. *Что такое послеродовые инфекционные заболевания?*
2. *Какая этиология послеродовых инфекционных заболеваний?*
3. *Назовите основные моменты патогенеза послеродовых инфекционных заболеваний?*
4. *Какие основные клинические проявления послеродового эндометрита?*
5. *Какие бимануальные признаки при послеродовом эндометрите?*
6. *Какие бимануальные признаки при послеродовом параметрите?*
7. *Укажите основные клинические проявления послеродового пельвиоперитонита?*
8. *Перечислите проявления синдрома системного воспалительного ответа.*
9. *Укажите основные этапы лечения септического шока.*
10. *Назовите показания к ИВЛ.*
11. *Принципы лечения септического шока.*
12. *Каким по локализации бывает послеродовой тромбоз вен.*
13. *Классификация лактационного мастита.*

ЗАДАЧИ

У роженицы на десятые сутки после родов общее состояние ухудшилось, появилась лихорадка, боль в правой молочной железе, t тела повысилась до 39°C . Объективно: правая молочная железа несколько больше, в верхне-наружном квадрате пальпируется болезненный плотный инфильтрат размерами 5×7 см с участком размягчения в центре, кожа над ним гиперемирована с синюшным оттенком. Подмышечные лимфатические узлы справа увеличены, болезненны при пальпации. Какой наиболее вероятный диагноз?

- A.** *Гнойный мастит.
- B.** Серозный мастит.
- C.** Рак молочной железы.
- D.** Фиброаденома молочной железы.
- E.** Лактостаз.

На 10 сутки послеродового периода роженица жалуется на боли и чувство тяжести в левой молочной железе. Температура тела - $38,8^{\circ}\text{C}$, пульс - 94 в минуту, правая молочная железа с отеком, во внешне-верхнем квадранте кожа гиперемирована. Симптом флюктуации отсутствует. При нажатии из сосков выделяются капельки молока. Тактика врача?

- A.** *Антибиотикотерапия, иммобилизация и сцеживания молочной железы.
- B.** Физиотерапевтическое лечение.

- C. Раскрытие абсцесса и дренирование молочной железы.
- D. Компресс на молочные железы.
- E. Подавление лактации.

Роженица была доставлена машиной скорой помощи в родильный дом. Роды первые. Околоплодные воды отошли 16 часов назад. Лобное предлежание плода, угроза разрыва матки. Проведено кесарево сечение. Извлечен плод массой 3800,0. Послеоперационный период в течение первых суток после родов средней тяжести. Появилась икота, рвота, головная боль. Живот болезненный вдоль брюшины. Появились симптомы раздражения брюшины. Объективно: кожные покровы бледные с серым оттенком, обострились черты лица, губы и язык сухие. Температура 38,5°C; ЧСС 120 уд. в мин; АД 110/60 мм рт. ст. При аускультации кишечника - перистальтика отсутствует. Какая врачебная тактика?

- A. *Релапаротомия. Экстирпация матки.
- B. Инфузионная терапия.
- C. Антибактериальная терапия.
- D. Кюретаж матки.
- E. Внутриматочная инфузия.

Роженица находится в послеродовом отделении. Роды первые. Родился плод массой 4350,0, ростом 50 см. При осмотре родовых путей, выявлено разрывы шейки матки второй степени, наложены швы. На 4 сутки после родов у роженицы повысилась температура до 39°C; ЧСС 88 уд. в мин; АД 120/60 мм рт. ст.; лейкоцитоз с сдвигом в лево. Молочные железы мягкие, не болезненные. Живот мягкий, безболезненный. Дно матки на 4 см ниже пупка. Симптомов раздражения брюшины нет. Выделение кровянисто-серозные, незначительные, с неприятным запахом. Анализ мочи без патологических изменений. Какой вероятный диагноз?

- A. *Послеродовой эндометрит.
- B. Послеродовой пельвиоперитонит.
- C. Субинволюция матки.
- D. Нормальный послеродовой период.
- E. Свищ.

Роженица - 4 сутки после родов. Первые 2 суток проходили без осложнений. На третьи сутки послеродового периода температура повысилась до 38°C; ЧСС 88 уд. в мин; АД 120/80 мм. рт. ст. ; значительный лейкоцитоз со сдвигом влево. Со стороны внутренних органов патологических изменений нет. Живот мягкий, безболезненный. Дно матки ниже пупка на 3 пальца. Выделение гнойно-сукровичные . Газы отходят. Стул самостоятельный. УЗИ: полость матки расширена, визуализируются положительные включения. Статус роженицы

значительно ухудшилось: АД 60/0 мм рт.ст., ЧСС - 120 уд. в мин.
Предварительный диагноз?

A. *Сепсис.

B. Синдром системного воспалительного ответа.

C. Септический шок.

D. Разлитой перитонит.

E. Эндометрит.

Литература

1. Айламазян Э.К., Радзинский В.Е, Кулаков В.И., Савельева Г.М. «Акушерство»: национальное руководство Российского сообщества акушер-гинекологов; Ассоциация медицинских сообществ по качеству.-М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013-1197с. Глава 55.
2. Баскакова П.Н. «Патологическое и оперативное акушерство»: учебник - М: ВСВ «Медицина», 2012. - С. 63-71.
3. Беловол А.Н., Князькова И.И. «Дифференциальная диагностика анемий на современном этапе. Медицинские аспекты здоровья женщины ». - 2014. - № 4 (79) - С.60-68
4. Венцкивський Б.М., Сенчук А.Я., Зелинский А.А. «Неотложные состояния в акушерстве»: учебник для студентов - М.: "Здоровье матери и ребенка", 2013. - С. 5-17.
5. Вернигородский В.С., Вдовиченко Н.Н. «Современные проблемы сахарного диабета и беременности» - Винница, 2003. 128 с.
6. Грищенко В.И, Щербина Н.А. «Акушерство и гинекология» в 2 книгах. Книга 1. Акушерство, 2012 г. 416 стр.
7. Громова А.Н. «Акушерство и гинекология»: учебник - Полтава "Полтава", 2000.-284с., Ил.
8. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. «Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии». М.: Триада-Х, 2004. - 176с.
9. Гусева Н.К. «Болезни системы крови». - М.: МЕДпресс-инф., 2004. - 488 с.
10. Запорожан В.Н., Цегельский М.Р., Рожовська Н.М. «Акушерство и гинекология» учебник в 2 томах. Том-1.- Одесса: Одес. Гос. Мед.ун-т, 2005-472с.
11. Запорожан В.М. «Акушерство и гинекология» в 4 томах - национальный учебник - М.: ВСВ "Медицина", 2013. - 840с.
12. Запорожан В.Н., Низовая Н.М. «Беременность с высокой степенью риска при сахарном диабете». - Одесса, 2001. 178 с.
13. Ипастова И. Д. «невынашивания и недонашивание: единство профилактики Status Praesens. - 2014. - №2 [19]. - С.15-20
14. Лихачев В.К. «Оперативное акушерство с фантомным курсом» 2014-496с.

15. Мазорчук Б.Ф., Жученко П. «Акушерство и гинекология» в 2-х томах. Т.-2: учебник для семейных врачей - М.: Просвита, 2007. - 464 с.
16. Медведь ВІ «Сахарный диабет у беременных: особенности проблемы в Украине». Эндокринология - 2003. - №1. - С.4-9.
17. Назарова И.Б, Самойленко В. Б., Муштенко Н.П., соавт. «Патологическое и оперативное акушерство» учебник- К.: ВСВ «Медицина», 2012. - С. 248-254.
18. Приказ Министерства здравоохранения Украины от 24.03.14 № 205 Клинический протокол "Акушерские кровотечения"
19. Приказ Министерства здравоохранения Украины от 03.11.2008 № 624 Клинический протокол по акушерской помощи "Невынашивание беременности"
20. Приказ Министерства здравоохранения Украины от 03.11.2008 № 624 Клинический протокол по акушерской помощи "Невынашивание беременности"
21. Приказ Министерства здравоохранения Украины от 27.12.2006 № 901 Клинический протокол по акушерской помощи "Переношенная беременность"
22. Приказ Министерства здравоохранения Украины от 31.12.2004 № 676 Об утверждении клинических протоколов по акушерской и гинекологической помощи
23. Приказ Министерства здравоохранения Украины от 15.12.2003 № 582 Об утверждении клинических протоколов по акушерской и гинекологической помощи
24. Приказ Министерства здравоохранения Украины от 27.01.2011 № 42 Об утверждении клинических протоколов по акушерской помощи "Ведение беременности и родов у женщин с болезнями сердца"
25. Приказ Министерства здравоохранения Украины от 27.12.2011 № 977 Клинический протокол по акушерской помощи "Кесарево сечение"
26. Приказ Министерства здравоохранения Украины от 15.07.2011 № 417 Об организации амбулаторной акушерско-гинекологической помощи в Украине

27. Приказ Министерства здравоохранения Украины от 29.12.2005 № 782 Клинический протокол по акушерской помощи "Анемия у беременных"
28. Сидельникова В. М., Сухих Г. Т. «невынашивания беременности». - М: МИА, 2010. - 536
29. Словянова Изабелла «Акушерство и гинекология» 2014г.-573 стр.
30. Шатило В.И. «Практикум по фантомного акушерства»: учеб. пособие. - М.: ВСВ «Медицина», 2010-112 с.
31. Шифман Е.М. «Преэклампсия, эклампсия, HELP-синдром». - Петрозаводск: Интел Тек, 2003. - 430 с.
32. Шляпников С.А., Кожевников В.Б. «Антибактериальная профилактика инфекционно-воспалительных осложнений в хирургии». Материалы 3-й Российской науч.-метод. конференции. С.-Пб. -2003.- С.222-224.
33. Яковлев С.В. «Современное значение цефалоспоринов при лечении инфекций в стационаре». Российский медицинский журнал, 2005г. -Том.13, №10. - С.720-724.
34. Bellomo R., Baldwin I., Ronco C. «Extracorporeal blood purification therapy for sepsis and systemic inflammation: its biological rationale». Contrib Nephrol. -2001. №132. - P. 367-374
35. Brunkhorst FM, Wegscheider K., Forycky ZE, Brunkhorst R. «Procalcitonin for early diagnosis and differentiation of SIRS, sepsis, severe sepsis, and septic shock» Intensive Care Med. 2000. - №26. - P. 148-152.
36. Brugnara C. «Iron deficiency and erythropoiesis: new diagnostic approaches». Clin Chem 2003; 49: 1573-1578
37. Casey BM., Lucas MI, McIntire DD, Leveno KI »Pregnancy outcomes in women with gestational diabetes compared with general obstetric population» Obstet. Gynaecol. 1997,90, №6, 869-873.
38. Litchiner N., Frazer R., Heller S. «The St. Vincent declaration and pregnancy - how close we to achieving its aims? »Abstr. Of the XIV Eur. Congr. Gynaecol. Obstet. Granada, 1999, p. 192.
39. Li TC, Macris M. «Recurrent miscarriage: etiology, management and prognosis». Journal of Human Reproduction Update. - 2002. - Vol. 8, p.463-481.

40. Smith JL, Brooker S. «Impact of hookworm infection and deworming on anaemia in non-pregnant populations: a systematic review.» Trop. Med. Int. Health.- 2010 May
41. Tsokos M., Reichelt U., Jung R., Nierhaus A., Pischel K. «Interleukin-6 and C-reactive protein serum levels in sepsis-related fatalities during the early postmortem period» Forensic Sci I.