

Ситуационные
задачи
по
АКУШЕРСТВУ

Е.Т.Михайленко
Г.М.Бублик-Дорняк

Е.Т. Михайленко
Г.М. Бублик-Дорняк

Ситуационные
задачи
по
АКУШЕРСТВУ

Допущено Главным управлением
учебных заведений Министерства
здравоохранения СССР в качестве
учебного пособия для студентов
медицинских институтов

Киев
Головное издательство
издательского объединения
«Вища школа»
1987

ПРЕДИСЛОВИЕ

Данное учебное пособие предназначено для самостоятельной подготовки студентов медицинских институтов, объективной оценки накопленных ими знаний по акушерству, т. е. для дальнейшего повышения качества подготовки будущих специалистов. Пособие состоит из трех разделов, включающих ситуационные задачи по 32 основным темам физиологического, патологического и оперативного акушерства.

В разделе по физиологическому акушерству наряду с задачами по специальным вопросам представлены задачи по организации акушерско-гинекологической помощи в стране, охраны материнства и детства, работы женской консультации и акушерского стационара. Задачи по диагностике беременности, оценке функционального состояния плода, определению наличия факторов риска плода по перинатальной и другой патологии построены с учетом данных инструментальных методов исследования (ультразвукового сканирования, кардиотоко-механогистерографии и т. д.), обуславливающих актуальность пособия.

Принцип построения задач заключается в основном в необходимости установления диагноза, определения акушерской и лечебной тактики, степени и группы риска по указанному в условии задач симптомам. Некоторые задачи построены в виде перечня вопросов, предусматривающих предварительный поиск информации, изучение соответствующего раздела или темы по основной литературе.

Решение той или иной задачи можно проверить по ответам, представленным в конце учебного пособия.

Замечания и предложения, направленные на улучшение пособия, авторы примут с благодарностью.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО

Тема 1

ОХРАНА МАТЕРИНСТВА И ДЕТСТВА В СССР. ЖЕНСКАЯ КОНСУЛЬТАЦИЯ

1.1.

Беременная А., 25 лет, с 8-недельного срока беременности регулярно наблюдается в женской консультации. Беременность протекает нормально, жалобы отсутствуют. На очередной прием к врачу пришла по истечении 32 недель для получения родового декретного отпуска.

Вопросы:

1. Время повторной явки беременной к врачу с учетом того, что срок беременности у нее будет более 8 месяцев.
2. Показатели, которые необходимо определить у беременной при повторном обследовании на 32-й неделе беременности.
3. Допустимая ошибка (в днях) при выдаче родового отпуска.
4. Перечень врачей-специалистов, которыми должна быть осмотрена каждая беременная в течение беременности.
5. Меры, которые нужно предпринять при неявке беременной на прием к врачу в назначенный день.
6. Выявление и отбор беременных с факторами риска плода.
7. Меры профилактики инфекции во время беременности.

1.2.

Беременная К., 24 лет, взята на учет в женской консультации с 20-недельного срока беременности. Во время повторного посещения, при 22-недельной беременности, в крови был обнаружен резус-отрицательный фактор. Результаты других исследований без патологии.

Вопросы:

1. Срок повторного посещения консультации этой беременной с учетом того, что началась вторая половина беременности.
2. Показатели общего обследования, а также лабораторного исследования, которые необходимо определять у беременных при каждом посещении ими женской консультации.
3. Показатели дополнительных исследований, которые необходимо провести этой беременной в связи с обнаруженным у нее резус-отрицательным фактором крови.
4. Рациональные сроки беременности для взятия на учет в женской консультации. Своевременно ли взята на учет эта беременная?

5. Сроки беременности, в которые следует начинать занятия по физио-, психопрофилактической подготовке беременных к родам.

6. Ведение беременных с факторами повышенного риска плода.

1.3.

В женскую консультацию обратилась первобеременная И., 24 лет, работающая ветеринарным фельдшером на птицеферме. Из анамнеза установлено: менструация началась в 14 лет, установилась сразу, продолжается 3 дня с интервалом 28 дней. Последняя менструация — 2 месяца назад. Половая жизнь — с 23 лет. Данные объективного обследования: телосложение правильное, со стороны внутренних органов патологические изменения не обнаружены, АД — 16/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.). При влагалищном исследовании обнаружена беременность сроком 8 недель.

Вопросы:

1. Срок повторного посещения консультации этой беременной с учетом того, что у нее первая половина беременности.

2. Функциональные показатели, которые необходимо определить у этой беременной при первом посещении женской консультации.

3. Среднее количество посещений женской консультации, которые должна сделать беременная в течение беременности.

4. Показания к проведению углубленного обследования беременных на токсоплазмоз. Нужно ли такое обследование данной беременной?

5. Показания для патронажных посещений беременных. Количество посещений при нормально протекающей беременности.

6. Организация обслуживания беременных в женской консультации.

1.4.

Беременная А., 24 лет, в браке не состоит, работает штукатуром на стройке. Беременность первая, протекает без осложнений, срок беременности — 22 недели. Со стороны внутренних органов патологии не установлено. При 16-недельном сроке беременности была переведена на более легкую работу, связанную с командировками и ниже оплачиваемую. Обратилась в социально-правовой кабинет женской консультации для получения разъяснений по поводу оплаты труда беременных и других интересующих ее вопросов.

Вопросы:

1. Сроки беременности, дающие право женщинам не ездить в командировки за пределы постоянного их места работы.

2. Положение о заработной плате при переводе беременной женщины на более легкую работу.

3. Продолжительность послеродового декретного отпуска при нормальном течении беременности и родов.

4. Размеры государственного пособия, выплачиваемого одинокой матери (не состоящей в браке) на содержание и воспитание одного ребенка. Возраст ребенка, до которого выплачивается это пособие.

5. Условие награждения матерей орденом «Материнская Слава» I, II и III степени.

6. Пренатальные факторы риска плода, их оценка.

1.5.

Беременная К., 33 лет, работает санитаркой в больнице, беременность четвертая, не осложненная, сроком 16 недель. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Обратилась в социально-правовой кабинет женской консультации для получения разъяснений по охране труда беременных и кормящих матерей, а также по другим интересующим ее вопросам.

Вопросы:

1. Сроки беременности, дающие право женщинам не работать в ночное время.

2. Продолжительность послеродового декретного отпуска при патологическом течении беременности и родов.

3. Положение о работе матерей, имеющих грудных детей, в ночное и сверхурочное время.

4. Размеры единовременного государственного пособия, выплачиваемого многодетной матери, имеющей трех детей, при рождении четвертого. Возраст последнего ребенка, до которого будет выплачиваться ежемесячное государственное пособие.

5. Условие награждения матерей медалью «Медаль материнства» I и II степени.

1.6.

Беременная И., 34 лет, работает ткачихой на трикотажной фабрике. Со стороны внутренних органов патологических изменений нет. Срок беременности — 16 недель. Обратилась в социально-правовой кабинет женской консультации для получения разъяснения по вопросам охраны труда беременной и кормящей матери.

Вопросы:

1. Срок беременности, на основании которого женщины освобождаются от сверхурочной работы на предприятиях и в учреждениях.

2. Продолжительность дородового декретного отпуска по беременности.

3. Положение о перерывах на кормление грудного ребенка матерью-работницей.

4. Размеры единовременного государственного пособия, выплачиваемого многодетной матери, имеющей семерых детей, при рождении восьмого ребенка. Размеры и возраст последнего ребенка, до которого она будет получать ежемесячное государственное пособие.

5. Условие присвоения почетного звания «Мать-героиня» с вручением ордена «Мать-героиня» и грамоты Президиума Верховного Совета СССР.

1.7.

На отпущенные районным исполкомом средства построен и сдан в эксплуатацию новый типовой родильный дом на 100 коек. Назначенный на должность главного врача акушер-гинеколог совместно с заведующим физиологическим акушерским отделением должны решить вопросы по размещению и работе отделения.

Вопросы:

1. Перечень отделений, которые необходимо развернуть в типовом здании роддома.

2. Удельный вес коек отделения физиологического акушерства в общем числе коек роддома.

3. Назначение комнат, палат и блоков отделения физиологического акушерства.

4. Причины перевода беременных, рожениц и родильниц из отделения физиологического акушерства в наблюдательное.

5. Температурный режим в родильном зале и обогревание новорожденных на пеленальном столе.

1.8.

На отпущенные государством средства в промышленном районе построен и сдан в эксплуатацию новый типовой родильный дом на 150 коек. Заведующий наблюдательным отделением совместно с главврачом роддома должны решить ряд организационных вопросов по размещению и работе данного отделения.

Вопросы:

1. Удельный вес коек наблюдательного отделения в роддоме. Количество коек во вновь развернутом отделении.

2. Причины госпитализации беременных в наблюдательное отделение роддома.

3. Оборудование предродовой палаты.

4. Организация моечной для мытья и стерилизации подкладных клеенок.

5. Причины перевода рожениц и родильниц из отделений роддома (в том числе и из наблюдательного) в специализированные отделения (хирургическое, гинекологическое, септическое).

6. Личная гигиена медицинских работников родильных домов.

1.9.

На отпущенные районным исполкомом средства построен и сдан в эксплуатацию родильный дом на 120 коек. Заведующий отделением патологии беременности вместе с главврачом роддома должен решить вопросы по организации работы отделения.

Вопросы:

1. Удельный вес в роддоме коек отделения патологии беременности. Какое количество коек во вновь развернутом отделении?

2. Патология, явившаяся причиной госпитализации беременных в отделение патологии.

3. Оборудование палаты для больных с эклампсией. Отделения роддома, для которых необходимы такие палаты.

4. Организация работы в отделении патологии беременности по физио-, психопрофилактической подготовке к родам.

5. Организация выписного зала в отделениях роддома.

1.10.

В новом типовом роддоме на 100 коек предусмотрено отделение новорожденных. Заведующий отделением совместно с главврачом роддома должен решить организационные вопросы по размещению и работе отделения.

Вопросы:

1. Величина полезной площади на одного ребенка в отделении новорожденных.
2. Оборудование, необходимое для устройства изолятора отделения новорожденных.
3. Температурный режим воздуха в палатах для доношенных новорожденных.
4. Методика проведения влажной уборки детских палат.
5. Методика проведения ежедневного профосмотра сотрудников отделения новорожденных.

1.11.

Решить организационные вопросы по размещению и работе отделения новорожденных в новом типовом родильном доме на 150 коек.

Вопросы:

1. Выбор палат в роддоме для отделения новорожденных.
2. Оборудование, необходимое для устройства палат травмированных и недоношенных детей.
3. Допустимые суточные колебания температуры воздуха в палатах новорожденных.
4. Методика проведения генеральной уборки в отделении новорожденных.
5. Санитарно-гигиенические мероприятия, проводимые сотрудниками отделения новорожденных при приходе на работу.

1.12.

Решить вопросы по организации работы в отделении новорожденных роддома на 120 коек.

Вопросы:

1. Суточный запас пеленок на одну детскую койку в отделении новорожденных.
2. Оборудование, необходимое для укомплектации палаты отделения новорожденных.
3. Температура воздуха в палатах для недоношенных новорожденных.
4. Частота проведения бактериологического исследования воздуха, смывов с рук персонала, инвентаря отделения новорожденных.
5. Исследования, которые регулярно должны проводить сотрудники роддома с занесением их результатов в санитарную книжку.

Т е м а 2

**АНАТОМИЯ И ФИЗИОЛОГИЯ ЖЕНСКИХ
ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ**

1. Строение больших половых губ: передняя и задняя спайка, кожа.
2. Строение эндометрия: функциональный и базальный слой.

3. Клетчатка малого таза, ее функция.
4. Широкая связка матки, ее топография, расположение яичника на ней.
5. Кровоснабжение наружных женских половых органов.
6. Строение малых половых губ.
7. Строение канала шейки матки.
8. Строение влагалища: величина, свод, строение стенки.
9. Круглая связка матки.
10. Маточная артерия, расположение, органы, которые она кровоснабжает.
11. Клитор, его строение.
12. Строение матки.
13. Маточная труба: длина, отделы, строение стенки.
14. Крестцово-маточная связка.
15. Кровоснабжение яичников и маточных труб.
16. Большие железы преддверия: топография, строение.
17. Шейка матки, ее строение, перешеек.
18. Брюшина, покрывающая матку и соседние органы.
19. Связки яичников, их расположение.
20. Иннервация внутренних половых органов.
21. Женский мочеиспускательный канал: размеры, строение стенки, парауретральные протоки.
22. Матка: размеры, форма, отделы тела.
23. Яичник: размеры, величина, строение.
24. Иннервация наружных женских половых органов.
25. Органолептические показатели выделений, определяющие первую степень чистоты влагалища.
26. Результаты микроскопического исследования, характеризующие первую степень чистоты влагалища.
27. Реакция выделений из влагалища, характерная для четвертой степени чистоты.
28. Органолептические показатели выделений, определяющие вторую степень чистоты влагалища.
29. Данные микроскопического исследования, указывающие на вторую степень чистоты влагалища.
30. Содержание палочек Дедерлейна, характерное для четвертой степени чистоты влагалища.
31. Органолептические показатели выделений, определяющие четвертую степень чистоты влагалища.
32. Данные микроскопического исследования, указывающие на четвертую степень чистоты влагалища.
33. Содержание палочек Дедерлейна, характерное для первой степени чистоты влагалища.
34. Органолептические показатели выделений, указывающие на третью степень чистоты влагалища.
35. Данные микроскопического исследования, определяющие третью степень чистоты влагалища.
36. Содержание палочек Дедерлейна, характерное для второй степени чистоты влагалища.

37. Название фазы яичникового цикла, которая начинается с первого дня менструального цикла и заканчивается на 11—12-й день.

38. Название фазы маточного менструального цикла, которая продолжается с 7—8-го до 14—15-го дня цикла.

39. Какой фазе в матке соответствует фаза овуляции в яичнике?

40. Каким органом и в какой фазе менструального цикла выделяются эстрогенные гормоны? Их названия.

41. Каким органом вырабатываются и какое действие оказывают на организм гонадотропные гормоны?

42. Механизм регуляции менструального цикла.

43. Название фазы яичникового цикла, наступающей на 11—13-й день менструального цикла.

44. Название фазы маточного цикла, которая продолжается с 14—15-го до 28-го дня цикла.

45. Какой фазе в матке соответствует фолликулиновая фаза яичника?

46. Каким органом и в какой фазе менструального цикла выделяется прогестерон?

47. Каким органом вырабатываются и какое действие оказывают на организм эстрогенные гормоны?

48. Схема менструальной функции у женщины.

49. Название фазы яичникового цикла, которая начинается с 11—13-го и продолжается до 28-го дня менструального цикла.

50. Название фазы маточного цикла, которая продолжается с 1-го до 5—6-го дня менструального цикла.

51. Какой фазе в матке соответствует лютеиновая фаза яичника?

52. Орган, выделяющий гонадотропные гормоны. Их названия.

53. Каким органом вырабатываются и какое действие оказывает на организм прогестерон?

54. Название костей (четырёх), из которых состоит женский таз.

55. Латинское полное и сокращенное название и величина размера таза между передневерхними остями подвздошных костей.

56. Точки расположения и величина поперечного размера входа в малый таз.

57. Измерение прямого размера выхода из малого таза, его величина.

58. Чему равна истинная конъюгата, если наружная равна 20 см, а окружность лучезапястного сустава составляет 13,5 см (с учетом индекса Соловьева)?

59. Название костей, из которых состоит каждая тазовая (или безымянная) кость.

60. Латинское (полное и сокращенное) название и величина размера таза между гребнями подвздошных костей.

61. Точки расположения и величина прямого размера входа в малый таз.

62. Измерение поперечного размера выхода из малого таза, его величина.

63. Чему равна истинная конъюгата, если наружная равна 20 см, а окружность лучезапястного сустава — 16 см (с учетом индекса Соловьева)?

64. Пограничные точки между большим и малым тазом.

65. Русское и латинское (полное и сокращенное) название и величина размера между серединой верхнего края лобкового симфиза и надкрестцовой ямкой.

66. Точки расположения и величина прямого размера плоскости широкой части полости малого таза.

67. Место расположения и величина лобкового угла у женщины.

68. Чему равна величина истинной конъюгаты (с учетом индекса Соловьева), если наружная конъюгата равна 20 см, а окружность лучезапястного сустава — 14,5 см?

69. Названия сочленений костей таза.

70. Латинское (полное и сокращенное) название и величина размера между большими вертелами бедренных костей.

71. Точки расположения и величина косога размера входа в малый таз. Какой из них называется правым, а какой — левым?

72. Измерение диагональной конъюгаты, ее величина.

73. Чему равна величина истинной конъюгаты, если наружная равна 20 см, а окружность лучезапястного сустава — 15 см (с учетом индекса Соловьева).

74. В каком слое мышц — наружном, среднем или внутреннем — лежит луковично-губчатая мышца?

75. Мышцы внутреннего слоя мышц тазового дна или диафрагмы таза.

76. Точки расположения наружного сфинктера заднего прохода.

77. Мышца, соединяющая нижнюю ветвь седалищной кости и клитор.

78. Функция луковично-губчатой мышцы.

79. В каком слое мышц — наружном, среднем или внутреннем — находится мышца, поднимающая задний проход.

80. Мышцы среднего слоя мышц тазового дна.

81. Точки расположения седалищно-пещеристой мышцы.

82. Мышца, соединяющая сухожильный центр промежности с седалищными буграми.

83. Функция наружного сфинктера заднего прохода.

84. В каком слое мышц — наружном, среднем или внутреннем — находится мочеполовая диафрагма?

85. Мышцы наружного слоя мышц тазового дна.

86. Точки расположения и прохождения луковично-губчатой мышцы.

87. Мышца, соединяющая сухожильный центр промежности с верхушкой копчика и охватывающая задний проход.

88. Функция мочеполовой диафрагмы.

Тема 3

ОПЛОДОТВОРЕНИЕ И РАЗВИТИЕ ПЛОДНОГО ЯЙЦА

1. Масса, длина, окружность головы, пояса верхней конечности, таза зрелого плода.
2. Степень развития у зрелого доношенного плода хрящевой ткани, волос и ногтей.
3. Функция и строение материнской поверхности плаценты.
4. Строение плодных оболочек.
5. Сосуды пуповины и узлы на ней.
6. Какое количество околоплодных вод является нормальным в конце беременности? Характер включений в околоплодных водах.
7. Признаки зрелости плода при рождении: крик, дыхание, состояние кожи и подкожной клетчатки.
8. Признаки развития половых органов у зрелого плода.
9. Форма, масса, диаметр и толщина плаценты к концу беременности. Строение плодной поверхности плаценты.
10. Строение децидуальной и ворсистой (хориона) оболочек плодного яйца.
11. Длина и диаметр пуповины. Виды прикрепления пуповины к плаценте.
12. Элементы, определяющиеся в околоплодных водах в конце беременности. Функция околоплодных вод во время беременности.
13. Швы головы плода, соединяющие между собой две теменные кости, лобные кости с теменными.
14. Какие кости соединяются затылочным и стреловидным швами?
15. Роднички, расположенные в месте соединения теменных и лобных костей стреловидного, лобного и венечного швов. Их название и форма.
16. Измерение малого и большого косога размеров головы новорожденного.
17. Величина малого косога размера и соответствующей ему окружности головы новорожденного. При каком предлежании голова пройдет этим размером?
18. Величина большого косога размера и соответствующей ему окружности головы плода. При каком предлежании голова пройдет большим косым размером?
19. Швы, соединяющие теменные кости с затылочной, лобные между собой.
20. Кости головы новорожденного, соединяющиеся лобным и венечным швами.
21. Какие швы образуют большой и малый роднички? Их форма.
22. Измерение на голове новорожденного вертикального и среднего косога размеров. При каком предлежании голова плода пройдет средним косым размером?
23. Величина прямого размера головы новорожденного и соот-

ветствующей ему окружности. При каком предлежании голова пройдет этим размером?

24. Величина большого поперечного размера головы новорожденного, его расположение.

25. Органы плода, соединяющиеся венозным (аранциевым) протоком при внутриутробном развитии.

26. Функция, которую выполняет в сердце плода нижней полый вены (евстахиева) заслонка.

27. Изменения, происходящие в составе крови плода после изливания ее из верхней и нижней полых вен в правое предсердие.

28. Сосуды, через которые у плода от плаценты до дуги аорты проходит артериальная кровь.

29. Изменения, происходящие с пупочной веной и венозным протоком после рождения ребенка и перевязки пуповины.

30. Органы плода, соединяющиеся артериальным (боталловым) протоком.

31. Какая кровь — артериальная или венозная — проходит у плода по пупочной вене, куда она направляется?

32. Изменения, происходящие в составе крови плода после слияния венозного протока с нижней полый веной.

33. Через какие сосуды плода идет смешанная, с низким содержанием кислорода кровь от верхней полый вены к плаценте?

34. Изменения, происходящие в кровообращении новорожденного после зарращения овального отверстия.

35. Органы плода, соединяющиеся овальным отверстием.

36. Какая кровь — артериальная или венозная — проходит у плода по пупочной артерии, куда она направляется?

37. Почему голова и верхние конечности плода получают кровь более насыщенную кислородом, чем вся нижняя половина его тела?

38. Сосуды, через которые у новорожденного кровь идет от правого к левому предсердию. Как называется этот круг кровообращения?

40. Что происходит с кровообращением новорожденного при первом вдохе — расправлении легких?

Тема 4

ИЗМЕНЕНИЯ В ОРГАНИЗМЕ ЖЕНЩИНЫ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

1. Изменения в сердечно-сосудистой и центральной нервной системе женщины при беременности.

2. Изменения объема циркулирующей крови и скорости кровотока в матке при беременности.

3. Длина полости и масса матки до беременности и к концу ее.

4. Изменения в молочных железах, влагалище и наружных половых органах женщины при беременности.

5. Действие эстрогенных гормонов и окситоцина на организм при беременности и родах.

6. Изменения в пищеварительной системе в связи с беременностью.
7. Изменения сосудистой системы матки при беременности.
8. Длина мышечных волокон матки до беременности и к концу ее.
9. Изменения, происходящие в мышечной оболочке матки во время беременности.
10. Выделение прогестерона и его действие на организм матери во время беременности.

Тема 5

ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ.

МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

5.1.

Пациентка Л., 22 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации в течение 2 месяцев, появившуюся тягу к острой пище. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Данные влагалищного исследования. С помощью влагалищных зеркал установлено: наружные половые органы развиты правильно, слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная, шейка чистая.

При бимануальном исследовании обнаружено: вход во влагалище свободный, шейка цилиндрической формы, отверстие матки закрыто, свод влагалища глубокий, матка в антефлексии, увеличена до размеров гусиного яйца, мягковатой консистенции; придатки не увеличены, безболезненные.

Матка изменяет свою консистенцию, плотнеет и сокращается, перегнута кпереди, как бы сложена вдвое; в области левого угла матки выпячивание (асимметрия); повышена смещаемость, подвижность шейки матки; перешеек матки очень размягчен, пальцы внутренней и наружной руки соединяются в области перешейка.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Вероятные признаки, указывающие на наличие беременности у этой женщины.
3. Как обозначить цифрами бимануальные признаки беременности в том порядке, в каком они описаны в условии задачи? Признаки: 1 — Горвица — Хегара; 2 — Снегирева; 3 — Пискачeka; 4 — Губарева—Гауса; 5 — Гентера.
4. Биологические методы диагностики беременности.
5. Иммунологическая диагностика беременности.

5.2.

Пациентка А., 26 лет, обратилась в женскую консультацию для определения беременности. Менструации после предыдущих родов не было, ребенку 7 месяцев, кормится грудью. В течение последних

2 недель беспокоит тошнота, рвота по утрам, сонливость. От беременности не предохранялась.

Со стороны внутренних органов, в том числе пищеварения, патологии не обнаружено, АД — 15,6/9,8 кПа (120/75 мм рт. ст.).

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты нормально, слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная, шейка цилиндрической формы, отверстие матки закрыто. Матка в антефлексии, увеличена до размеров куриного яйца. Трубы и яичники в норме.

Бимануальные признаки беременности: а) тело матки перегнута кпереди; б) шейка матки легко смещается; в) область перешейка матки размягчена так, что пальцы внутренней и наружной руки соединяются почти без сопротивления; г) форма матки несколько асимметричная за счет вытягивания в области левого угла; д) консистенция матки мягкая, но во время исследования стенка матки плотнеет и сокращается в размере.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Вероятные признаки, указывающие на наличие беременности у этой женщины.

3. В каком порядке следует обозначить цифрами бимануальные признаки беременности, описанные в условии задачи?

4. Как уточнить диагноз?

5. Методика биологической реакции Галли-Майнини.

5.3.

Пациентка И., 24 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на задержку менструации в течение 3 месяцев, появившееся отвращение к табачному дыму. В течение полугода жила половой жизнью, от беременности не предохранялась. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД — 15,6/7,8 кПа (120/60 мм рт. ст.). На лице и сосках молочных желез выражена пигментация кожи.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, выражен цианоз слизистой оболочки шейки и влагалища. Шейка матки цилиндрической формы, отверстие ее округлое, плотно закрыто. Матка в антефлексии, увеличена до размеров головы новорожденного, дно ее доходит до уровня верхнего края лобкового симфиза. Трубы и яичники не увеличены.

Результаты бимануального исследования: а) форма матки слегка асимметричная за счет вытягивания в области правого угла; б) консистенция матки мягковатая, но во время исследования матка уплотняется и сокращается в размере; в) шейка матки легко смещается, значительно размягчен перешеек; г) пальцы внутренней и наружной руки соединяются в области перешейка; д) матка сильно перегнута кпереди.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Вероятные признаки, указывающие на наличие беременности у этой женщины.

3. В каком порядке следует обозначить цифрами бимануальные признаки беременности, описанные в условии задачи?

4. Методика гормональной реакции Ашгейма—Цондека.

5. Перечень диагностикумов на беременность, принцип их использования.

5.4.

Повторнобеременная Л., 26 лет, обратилась за консультацией к участковому врачу женской консультации. Дату последней менструации и первого шевеления плода не помнит. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД — 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.).

Данные наружного акушерского исследования: дно матки на уровне мечевидного отростка, в правой боковой стороне матки прощупывается гладкая широкая поверхность плода, в левой — мелкие выступы, часто изменяющие положение. Предлежащая часть прощупывается в виде крупной, округлой, баллотирующей части, имеющей отчетливые контуры. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин), лучше прослушивается справа ниже пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки.

2. Положение и позиция плода.

3. Предлежащая часть плода.

4. Соответствует ли точка лучшего выслушивания сердцебиения плода описанному в задаче расположению частей плода.

5.5.

Первобеременная И., 23 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности. Срок последней менструации и первого шевеления плода не помнит.

Данные наружного акушерского исследования: дно матки на 3—4 пальца выше пупка, в области дна определяется крупная, шаровидная, баллотирующая часть плода, в правой боковой стороне матки прощупывается гладкая широкая поверхность плода, в левой — мелкие подвижные бугорки. Предлежащей частью является объемистая, мягкая часть плода, не способная к баллотированию. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,33 Гц, ясно выслушивается справа выше пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки.

2. Положение и позиция плода.

3. Предлежащая часть плода.

4. Соответствует ли точка лучшего выслушивания сердцебиения плода описанному членорасположению?

5.6.

Первобеременная А., 19 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности. Срок последней менструации и первого шевеления плода не помнит. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД — 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.).

Данные наружного акушерского исследования: дно матки на 2—3 пальца выше пупка, в левой боковой стороне матки прощупывается гладкая широкая поверхность плода, в правой — мелкие подвижные выступы. Предлежащая часть прощупывается в виде крупной, плотной округлой части, баллотирующей между пальцами. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин), ясно выслушивается слева ниже пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки.
2. Положение и позиция плода.
3. Предлежащая часть плода.
4. Соответствует ли точка лучшего выслушивания сердцебиения плода описанному членорасположению?

5.7.

Многорожавшая беременная, 30 лет, обратилась в женскую консультацию. Дату последней менструации и первого шевеления плода не помнит.

При наружном акушерском исследовании обнаружено: живот поперечно-овальной формы, дно матки на два пальца выше пупка, в левой боковой стороне матки прощупывается круглая, плотная, баллотирующая часть плода, в правом боковом отделе определяется объемистая, мягковатая, не баллотирующая часть плода. Предлежащая часть над входом в таз не прощупывается. Сердцебиение плода отчетливо прослушивается на уровне пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки.
2. Положение и позиция плода.
3. Предлежащая часть плода.
4. Соответствует ли точка лучшего выслушивания сердцебиения плода описанному членорасположению?

5.8.

Пациентка Ш., 20 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД — 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.). Выражена сглаженность пупка. Окружность живота — 82 см, высота стояния дна матки, измеренная сантиметровой лентой, — 28 см, длина плода в матке, измеренная тазомером, — 22,5 см, лобно-затылочный размер головы — 9,5 см.

Данные наружного акушерского исследования: дно матки — посредине расстояния между пупком и мечевидным отростком, в левой боковой стороне матки прощупывается гладкая широкая поверхность плода, в правой — мелкие подвижные бугорки, предлежащая часть — высоко над входом в малый таз в виде крупной, плотной, шаровидной части, способной к баллотированию. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин). Местом наиболее ясного сердцебиения является точка слева ниже пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности.

2. Дополнительные дифференциальные признаки беременности, указывающие на данный срок беременности.

3. Положение и позиция плода.

4. Предлежащая часть плода.

5.9.

Беременная И., 32 лет, обратилась в женскую консультацию с жалобами на похудение за последние 3 дня на 1500 г. При этом отмечает, что ей легче дышать. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД — 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.). При осмотре живота обнаружено заметное выпячивание пупка. Обхват живота — 98 см, высота стояния дна матки, измеренная сантиметровой лентой, — 32 см, длина плода в матке — 27,5 см, лобно-затылочный размер головы — 12 см.

Данные наружного акушерского исследования: дно матки — посредине расстояния между пупком и мечевидным отростком, в левой боковой стороне матки прощупывается плотная, гладкая, широкая поверхность плода, в правой — мелкие бугорки, легко изменяющие свое положение. Предлежащая часть крупная, плотная, хорошо контурируемая, плотно прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин), слева ниже пупка.

Вопросы:

1. Срок беременности.

2. Дополнительные дифференциальные признаки беременности, указывающие на данный срок беременности.

3. Положение и позиция плода.

4. Предлежащая часть плода.

5.10.

Пациентка А., 28 лет, беременность третья, 2 нормальных родов. Последняя менструация началась 25 декабря, первое шевеление почувствовала 9 мая. При первом посещении женской консультации 16 февраля была обнаружена беременность сроком 6 недель.

Вопросы:

1. Предполагаемый срок родов по менструации.

2. Предполагаемый срок родов по первому шевелению плода.

3. Предполагаемый срок родов по первому обращению в женскую консультацию.

4. Средняя предполагаемая дата родов.

5.11.

Пациентка И., 24 лет, беременность вторая, первые роды нормальные. Последняя менструация началась 16 февраля, первое шевеление плода почувствовала 30 июня, при первом посещении женской консультации 10 апреля обнаружена беременность 6 недель.

Вопросы:

1. Предполагаемый срок родов по менструации.

2. Предполагаемый срок родов по первому шевелению плода.

3. Предполагаемый срок родов по первому обращению в женскую консультацию.

4. Средняя предполагаемая дата родов.

5.12.

Пациентка Л., 20 лет, беременность первая, последняя менструация началась 20 мая, первое шевеление почувствовала 12 октября. При первом обращении в женскую консультацию 15 июля была обнаружена беременность сроком 7 недель.

Вопросы:

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

5.13.

Пациентка Ж., 22 лет, беременность первая, последняя менструация началась 22 августа, первое шевеление плода почувствовала 14 января. При первом обращении в женскую консультацию 24 октября была обнаружена беременность сроком 8 недель.

Вопросы:

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

5.14.

Пациентка В., 26 лет, в женскую консультацию обратилась впервые, дату последней менструации и первого шевеления плода не помнит.

Для установления срока беременности произведено акушерское исследование, во время которого установлено: дно матки — середине расстояния между пупком и мечевидным отростком, положение плода продольное, первая позиция, предлежащая часть — голова, баллотирующая над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин), слева ниже пупка. Высота стояния дна матки (C), измеренная сантиметровой лентой, — 28 см, высота стояния дна матки (T), измеренная тазомером, — 25 см, длина плода в матке (L), измеренная тазомером, — 23 см, лобно-затылочный размер головы (Γ) — 10 см.

Вопросы:

1. Срок беременности по формуле Скульского.
2. Срок беременности по формуле Жордания.
3. Срок беременности по формуле Бабадаглы (по высоте стояния дна матки, измеренной сантиметровой лентой).
4. Срок беременности по формуле Бабадаглы (по высоте стояния дна матки, измеренной тазомером).
5. Средний срок беременности.

5.15.

Пациентка Б., 20 лет, в женскую консультацию обратилась впервые, дату последней менструации и первого шевеления плода не помнит. Для установления срока беременности произведено акушерское исследование, при котором установлено: дно матки —

посредине расстояния между пупком и мечевидным отростком, положение плода продольное, позиция первая, предлежащая часть—голова, подвижная, над входом в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается слева ниже пупка, ясное, ритмичное, частота — 2,33 Гц. Высота стояния дна матки (C) — 32 см, высота стояния дна матки (T) — 29 см, длина плода в матке (L) — 25 см, лобно-затылочный размер головы (Γ) — 11 см.

Вопросы:

1. Срок беременности по формуле Скульского.
2. Срок беременности по формуле Жорданиа.
3. Срок беременности по формуле Бабадаглы (по высоте стояния дна матки, измеренной сантиметровой лентой).
4. Срок беременности по формуле Бабадаглы (по высоте стояния дна матки, измеренной тазомером).
5. Средний срок беременности.
6. Методы определения возраста и состояния плода с факторами повышенного риска.

7. Методика амниоцентеза.

5.16.

Беременная О., 29 лет, в женскую консультацию обратилась впервые, дату последней менструации и первого шевеления плода не помнит. Для установления срока беременности произведено акушерское исследование, при котором установлено: дно матки — посредине расстояния между пупком и мечевидным отростком, положение плода продольное, вторая позиция, предлежит голова, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 2,33 Гц, справа ниже пупка. Высота стояния дна матки (C) — 35 см, высота стояния дна матки (T) — 31 см, длина плода в матке (L) — 27,5 см, лобно-затылочный размер головы (Γ) — 13 см. Окружность живота 102 см, пупок выпячивается, голова плода стоит низко во входе в малый таз.

Вопросы:

1. Срок беременности по формуле Скульского.
2. Срок беременности по формуле Жорданиа.
3. Срок беременности по формуле Бабадаглы (по высоте стояния дна матки, измеренной сантиметровой лентой).
4. Срок беременности по формуле Бабадаглы (по высоте стояния дна матки, измеренной тазомером).
5. Средний срок беременности.

5.17.

В роддом поступила первородящая И., 32 лет, с доношенной беременностью и регулярной родовой деятельностью, продолжающейся 3 ч. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Масса тела (B) — 62 кг. Размеры таза: 24—27—29—18 см. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая голова прижата ко входу в малый таз. Окружность живота ($Ж$) — 101 см, высота стояния дна матки (C) — 34 см, высота стояния дна матки (T) — 29 см, длина плода (L) — 27 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 2,33 Гц.

Вопросы:

1. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева.
 2. Ориентировочная масса плода по формуле Стройковой, где I — индекс массы по Стройковой (при массе 57—62 кг=18).
 3. Ориентировочная масса плода по формуле Бабадаглы.
 4. Средняя ориентировочная масса плода.
 5. Ориентировочная длина плода по формуле Сутугина.
- 5.18.**

В роддом поступила первородящая К., 33 лет, через 3 ч от начала регулярной родовой деятельности с доношенной беременностью. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Масса тела (B) — 72 кг. Размеры таза: 24—27—29—18 см. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая голова прижата ко входу в малый таз. Окружность живота ($Ж$) — 103 см, высота стояния дна матки (C) — 35 см, высота стояния дна матки (T) — 29 см, длина плода (L) — 27,5 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 2,33 Гц.

Вопросы:

1. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева.
 2. Ориентировочная масса плода по формуле Стройковой, где I — индекс массы по Стройковой (при массе 66—73 кг=20).
 3. Ориентировочная масса плода по формуле Бабадаглы.
 4. Средняя ориентировочная масса плода.
 5. Ориентировочная длина плода по формуле Сутугина.
- 5.19.**

В роддом поступила первородящая Г., 32 лет, через 3 ч от начала регулярной родовой деятельности с доношенной беременностью. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Масса тела (B) — 84 кг. Размеры таза: 24—27—29—18 см. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая голова прижата ко входу в малый таз. Окружность живота ($Ж$) — 106 см, высота стояния дна матки (C) — 35 см, высота стояния дна матки (T) — 29 см, длина плода (L) — 28 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 2,33 Гц.

Вопросы:

1. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева.
 2. Ориентировочная масса плода по формуле Стройковой, где I — индекс массы по Стройковой (при массе 82 кг=22).
 3. Ориентировочная масса плода по формуле Бабадаглы.
 4. Средняя ориентировочная масса плода.
 5. Ориентировочная длина плода по формуле Сутугина.
- 5.20.**

В роддом поступила роженица Т., 23 лет, с доношенной беременностью и регулярными частыми схватками. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Положение плода продольное, позиция первая. Предлежащая голова плода прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, частота — 2,17 Гц (130 уд./мин). В приемном покое отошли околоплодные воды, окрашенные меконием. Через 10 мин после этого и преды-

дущего выслушивания частота сердечных сокращений плода в паузах между схватками снизилась до 1,63 Гц (98 уд./мин).

При дополнительном исследовании состояния плода обнаружено: а) на ЭКГ — выраженная брадикардия и изменение механической систолы в ответ на раздражение, связанное с пальпацией живота; б) кислородная насыщенность крови матери — 66 %; в) на кислородный тест плод прореагировал резким учащением ритма сердца — до 2,6 Гц (156 уд./мин), а после возобновления вдыхания кислорода роженицей наступило значительное снижение частоты сердечных сокращений плода — до 1,63 Гц.

Вопросы:

1. Диагноз, соответствующий аускультативным данным плода.
2. Что характеризует цвет околоплодных вод в данном случае?
3. Данные ЭКГ, характеризующие изменение состояния плода. Диагноз по данным ЭКГ.

4. Кислородная насыщенность крови, характерная для здоровых женщин во второй половине беременности. О чем свидетельствует показатель кислородной насыщенности крови у этой роженицы?

5. Расшифровка диагностической пробы, основанной на создании относительной гипоксии плода.

6. Методы диагностики функционального состояния сердечно-сосудистой системы плода в норме и при гипоксии.

7. Классификация нарушений сердечной деятельности плода.

5.21.

В родильный дом поступила повторнородящая Ш., 26 лет, с доношенной беременностью и активной родовой деятельностью. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Положение плода продольное, вторая позиция. Предлежащая часть — ягодицы, голова определяется в области дна матки. Только что отошли околоплодные воды, окрашенные меконием, начались потуги. Во время потуг сердцебиение плода участилось до 2,5 Гц (150 уд./мин), а в паузах между потугами — 2,17 Гц (130 уд./мин).

Произведены дополнительные методы исследования состояния плода: а) фоноэлектрокардиография — тоны сердца ритмичные, во время потуг отмечается большая амплитуда II тона, в конце потуг и в паузе — выравнивание высоты амплитуды тонов; б) определение кислородной насыщенности крови матери — 80 %; в) кислородный тест — после прекращения ингаляции кислорода частота сердцебиений плода не изменилась.

Вопросы:

1. О чем свидетельствует обнаруженное изменение ритма сердца плода?
2. Что характеризует цвет околоплодных вод в данном случае?
3. Какое состояние плода устанавливают с помощью фоноэлектрокардиографии?
4. Какое состояние плода диагностируется на основании показателя кислородной насыщенности крови у данной роженицы?

5. Состояние плода у данной роженицы на основании кислородного теста.

5.22.

В родильный дом поступила первобеременная М., 28 лет, через 10 ч с момента отхождения околоплодных вод и со слабой родовой деятельностью. Беременность доношенная, размеры таза нормальные. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая часть — голова, прижатая ко входу в малый таз. Сердцебиение плода глухое, тоны сердца ослаблены, частота сердечных сокращений — 1,83 Гц (110 в 1 мин). Женщина отмечает, что в последние 1,5—2 ч значительно усилилось движение плода. При дополнительном исследовании состояния плода обнаружено: а) на ЭКГ плода — выраженная брадикардия и изменение механической систолы во время схваток и в ответ на раздражения, связанные с пальпацией живота; б) на электроэнцефалограмме (ЭЭГ) — повышение вольтажа и появление умеренно медленных волн по типу пароксизма; в) на механогистерограмме — 11 движений плода за 30 мин; г) содержание ретикулоцитов в крови матери — 0,012.

Вопросы:

1. Диагноз, соответствующий аускультативным данным плода.
 2. Заключение о состоянии плода на основании данных ЭКГ.
 3. Заключение о состоянии плода по данным ЭЭГ.
 4. Нормальная средняя частота шевеления плода за 30 мин.
- Заключение о состоянии плода на основании механогистерограммы.
5. Заключение о состоянии плода на основании содержания ретикулоцитов в крови матери.

5.23.

Повторнородящая А., 24 лет, поступила в родильное отделение с перенесенной беременностью сроком 42—43 недели, хорошими родовыми схватками и с целыми околоплодными водами. Состояние внутренних органов без патологических отклонений. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая часть — голова, большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода имеет звучный, хлопающий, характер, частота 2,8 Гц (168 уд./мин). Роженица жалуется на усилившееся шевеление плода в последние 20—30 мин.

Произведены дополнительные исследования плода: а) на ЭКГ — выраженная тахикардия плода и изменение механической систолы во время схваток; б) на механогистерограмме — за 30 мин зарегистрировано 10 движений плода; в) данные амниоскопии — через оболочки плодного пузыря просвечивают зеленые околоплодные воды. Плодный пузырь был вскрыт и через 10 мин родился перезрелый плод массой 4800 г. У новорожденного определены показатели кислотно-основного равновесия, свидетельствующие о снижении напряжения кислорода в крови, основных резервов крови и накоплении недоокисленных продуктов обмена веществ. Параллельно ока-

зывались меры по борьбе с гипоксией новорожденного. Ребенок оживлен.

Вопросы:

1. Диагноз, соответствующий аускультативным данным плода.
2. Заключение о состоянии плода на основании данных ЭКГ.
3. Заключение о состоянии плода на основании механогистерографии.
4. Заключение о состоянии плода на основании амниоскопии.
5. Заключение о состоянии новорожденного на основании показателей кислотно-основного равновесия.
6. Методы диагностики двигательной активности плода

5.24.

В акушерское отделение клиники поступила беременная Г., 36 лет, со сроком беременности 32—33 недели и подозрением на предлежание плаценты и анэнцефалию. Жалуется на недостаточное ощущение движений плода, которое начала отмечать 5 дней назад. Врачи женской консультации определили приглушенное сердцебиение плода — частота 2 Гц (120 уд./мин).

При объективном исследовании экстрагенитальных заболеваний у беременной не выявлено. Показатели сердечно-сосудистой системы в норме. Высота стояния дна матки — посредине расстояния между пупком и мечевидным отростком. Положение плода продольное, предлежащая часть — голова, высоко над входом в малый таз, баллотирует. Сердцебиение плода едва выслушивается, частота 1,67 Гц (100 уд./мин), на уровне пупка слева, аритмия. Размеры большого таза в норме.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Методы исследования функционального состояния плода во внутриутробном периоде.
3. Характеристика данных ультразвукового исследования плода.

5.25.

Роженица И., 26 лет, находится в родильном зале во втором периоде родов. Срок беременности 40 недель. Первый период родов протекал без особенностей и продолжался 12 ч 35 мин. Полное раскрытие шейки матки наступило 40 мин назад. Потуги средней интенсивности, каждые 2—3 мин, продолжительностью 50—60 с. В первом периоде родов сердцебиение плода было ясное, ритмичное, частота — 2,29—2,33 Гц (136—140 уд./мин). Однако с началом потужной деятельности сердцебиение плода стало приглушенным, частота — 1,66—2 Гц (100—120 уд./мин). Вскоре началась аритмия сердца.

Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей женщины, раскрытие шейки матки полное. Нижний полюс головы плода на 3 пальца ниже intersпинальной линии, т. е. голова плода в полости малого таза. Ведущей точкой является малый родничок. Мыс крестца не достигается. Крестцовая впадина наполовину занята головой плода.

Вопросы:

1. Диагноз.
 2. Тактика врача.
 3. Диагностика патологии пуповины при беременности и в родах.
- Принципы ведения родов при этой патологии.

Тема 6

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА И ДИЕТИКА БЕРЕМЕННЫХ

1. Общие требования к питанию беременных женщин. Режим питания, рекомендуемый в первой и второй половине беременности.
2. Энергетическая ценность суточного рациона питания женщин во второй половине беременности. Суточная потребность в воде.
3. Продукты, содержащие кальциферолы, аскорбиновую кислоту, витамины группы D, их действие на организм.
4. Половая гигиена при беременности.
5. Уход за кожей во время беременности.
6. Одежда (белье, платье и т. п.) и обувь беременной женщины.
7. Продукты питания, рекомендуемые женщине во второй половине беременности.
8. Энергетическая ценность суточного рациона питания женщин в первой половине беременности. С какой целью и в каком виде рекомендуется употреблять минеральные элементы?
9. Продукты, содержащие токоферолы (витамины группы E), ретинол (витамин A). Их действие на организм.
10. Уход за молочными железами и половыми органами во время беременности.
11. Режим труда и отдыха беременной женщины.

Тема 7

ФИЗИОЛОГИЯ РОДОВ

7.1.

Первородящая Ж., 22 лет, поступила в родильный дом спустя 4 ч от начала регулярных, периодически повторяющихся схваток. Общее состояние удовлетворительное, АД 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.). Положение плода продольное, предлежащая часть — голова. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 2,17 Гц (130 уд./мин).

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, края ее тонкие, отверстие открыто на один палец. Плодный пузырь цел, напряжен, расположение головы плода не удается определить из-за опасности раннего вскрытия плодного пузыря.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у этой роженицы. Нормально ли идет темп раскрытия отверстия матки?

3. Характер схваток в первом периоде родов.
4. Плодный пузырь. Раннее отхождение околоплодных вод.
5. Продолжительность первого периода родов у этой роженицы.
6. Факторы риска плода в родах.

7.2.

Повторнородящая И., 23 лет, поступила в роддом с доношенной беременностью спустя 4 ч от начала регулярных, периодически повторяющихся схваток. Беременность вторая, первые роды 2 года назад протекали нормально. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД 16,3/10,4 кПа (125/80 мм рт. ст.). Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая голова прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 2,33 Гц (140 уд./мин).

Данные влагалищного исследования: влагалище широкое, шейка матки укорочена, края ее толстые, отверстие пропускает 2 пальца. Плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Расположение предлежащей головы плода не определяется из-за опасности раннего разрыва плодного пузыря.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у этой роженицы. Характер раскрытия отверстия матки.
3. Продолжительность и название первого периода родов.
4. Передние и задние околоплодные воды. Когда отхождение вод считается своевременным?
5. Продолжительность первого периода родов у этой роженицы.
6. Коррекция жизнедеятельности плода в первом периоде родов.

7.3.

Первородящая М., 20 лет, находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 16 ч. отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД — 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.). Окружность живота — 100 см, высота стояния дна матки — 32 см. Размеры таза: 25—28—30—20 см. Положение плода продольное, предлежащая голова плотно вставилась во вход в малый таз, но большая часть ее находится над входом. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 2,33 Гц (140 уд./мин).

Данные влагалищного исследования: шейка матки сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт, крестцовая впадина свободна, к мысу крестца можно подойти только согнутым пальцем, внутренняя поверхность лобкового симфиза доступна исследованию. Стреловидный шов головы плода стоит в правом косом размере, малый родничок определяется слева, ближе к лобковому симфизу, лежит ниже других точек головы.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.
3. В какой части таза определяется голова плода при влагалищном исследовании? Какие данные подтверждают это?

4. Каким размером головы пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина, окружность головы, соответствующая этому размеру?

5. Проводная точка головы плода при этом предлежании.

7.4.

Первородящая Ч., 23 лет, находится в родах, которые начались в срок и продолжаются 15 ч. Час назад отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Состояние удовлетворительное, АД — 16,3/11,1 кПа (125/85 мм рт. ст.). Окружность живота — 99 см, высота стояния дна матки — 30 см, размеры таза — 26—29—32—21 см. Положение плода продольное, предлежащая голова в полости таза и при наружном исследовании над входом в таз не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 2,17 Гц (130 уд./мин), слева ниже пупка.

Данные влагалищного исследования: шейка сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт. Крестцовая впадина полностью заполнена головой, седалищные ости не определяются, при потугах происходит выпячивание промежности. Стреловидный шов головы плода стоит в прямом размере таза, малый родничок обращен к лобковому симфизу, лежит ниже большого родничка.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Характер предлежащей части и вид предлежания.

3. В какой части таза определяется голова плода при влагалищном исследовании? Какие данные подтверждают это?

4. Каким размером головы пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина, окружность головы, соответствующая этому размеру?

5. Проводная точка головы плода при этом предлежании.

7.5.

Первородящая М., 22 лет, находится в родах, начавшихся в срок и продолжающихся 12 ч. Только что отошли светлые, в умеренном количестве, околоплодные воды, начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД — 15,6/9,1 кПа (120/70 мм рт. ст.). Окружность живота — 98 см, высота стояния дна матки — 29 см, размеры таза — 25—28—31—20 см. Положение плода продольное, предлежащая голова плода над входом в таз, определяется незначительная часть головы. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 2,17 Гц (130 уд./мин).

Данные влагалищного исследования: влагалище нерожавшей женщины, шейка сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт. Стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок определяется слева, ближе к крестцу, большой — справа, ближе к лобку. Оба родничка стоят на одном уровне. Верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности лобкового сочленения заняты головой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.
3. Часть таза, в которой определяется голова плода при влагалитном исследовании. Какие данные подтверждают это?
4. Каким размером головы пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина и окружность головы, соответствующая данному размеру?
5. Проводная точка головы плода при этом предлежании.

7.6.

Повторнородящая А., 30 лет, находится в родах, начавшихся в срок и продолжающихся 9 ч. Только что отошли светлые околоплодные воды и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД — 15,6/9,8 кПа (120/75 мм рт. ст.). Окружность живота — 102 см, высота стояния дна матки — 31 см, размеры таза — 25—28—30—20 см. Положение плода продольное, предлежащая голова плода большей своей окружностью находится ниже плоскости входа в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 2,33 Гц (140 уд./мин).

Данные влагалитного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт, стреловидный шов в левом косом размере, малый родничок справа, ближе к лобковому симфизу и лежит ниже других точек головы. Верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности лобкового сочленения заняты головой. Свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.
3. Часть таза, в которой определяется голова плода при влагалитном исследовании. Какие данные подтверждают это?
4. Каким размером головы пройдет плод при этом предлежании: название размера, его величина и окружность головы, соответствующая данному размеру?
5. Проводная точка головы плода при этом предлежании?

7.7.

Повторнородящая К., 29 лет, находится в родах, начавшихся в срок. Спустя 12 ч от начала регулярных схваток отошли светлые околоплодные воды в умеренном количестве и начались потуги. Общее состояние удовлетворительное, АД — 15,6/9,1 кПа (120/70 мм рт. ст.). Окружность живота — 100 см, высота стояния дна матки — 30 см, размеры таза — 26—29—31—21 см. Положение плода продольное, предлежащая часть — голова, полностью находится в полости таза и при наружном исследовании не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 2,33 Гц (140 уд./мин).

Данные влагалитного исследования: шейка матки сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт. Вся крестцовая впадина и внутренняя поверхность лобкового симфиза заняты

предлежащей головой. Легко достигаются только нижний край сочленения, внутренняя поверхность седалищных бугров и верхушка копчика. Стреловидный шов головы плода стоит в правом косом размере, близко к прямому. Малый родничок определяется справа, обращен к крестцу, большой — слева, ближе к симфизу, оба родничка стоят на одном уровне.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Характер предлежащей части, позиция и вид предлежания.
3. Часть таза, в которой определяется голова плода при влажной исследовании? Какие данные подтверждают это?
4. Каким размером головы проходил плод при этом предлежании: название размера, его величина и окружность головы, соответствующая данному размеру?
5. Проводная точка головы плода при этом предлежании.

7.8.

У роженицы М. через 16 ч от начала регулярной родовой деятельности родился живой доношенный ребенок мужского пола массой 3200 г. Голова мальчика долихоцефалической формы, вытянута в виде огурца спереди назад. На затылочной части головы определяется родовая опухоль с центром в области малого родничка. Тщательный осмотр формы головы плода и локализации родовой опухоли позволяет определить характер предлежащей части плода в родах.

Вопросы:

1. При каком предлежании головы плода произошли описанные роды?
2. Проводная точка головы при этом предлежании.
3. Каким размером головы проходил плод при описанных родах?
4. Измерение этого размера на голове плода. Величина его окружности головы, соответствующей этому размеру.

7.9.

У роженицы Л. через 18 ч от начала регулярной родовой деятельности родился живой доношенный ребенок женского пола массой 3100 г. Голова у девочки долихоцефалической формы, вытянута в виде огурца спереди назад. На затылочной части головы определяется родовая опухоль с центром посередине между большим и малым родничком.

Вопросы:

1. При каком предлежании головы плода произошли описанные роды?
2. Проводная часть головы плода при этом предлежании.
3. Каким размером головы проходил плод при описанных родах? Измерение его, величина.

7.10.

Определение наличия и ритма родовых схваток.

- 7.11. Когда в обязательном порядке следует проводить влажное исследование роженицы?

7.12. Как часто во время родов роженица должна опорожнять мочевой пузырь и каким образом?

7.13. Уход за половыми органами роженицы.

7.14. Правила защиты промежности при рождении головы плода (первые три момента).

7.15. Ведение первого периода родов с факторами повышенного риска плода.

7.16. Определение с помощью наружных приемов продвижения предлежащей головы плода.

7.17. Как часто во время родов следует проводить выслушивание сердцебиения плода?

7.18. Как часто во время родов роженица должна опорожнять кишки?

7.19. Причины, вызывающие во время родов задержку мочеиспускания.

7.20. Правила защиты промежности при освобождении плеч плода (после рождения головы).

7.21. Ведение второго периода родов с факторами повышенного риска плода.

7.22.

Роженица С., 26 лет, поступила в роддом с хорошей родовой деятельностью и спустя 3 ч родила живого доношенного мальчика массой 3200 г. Через 15 мин после рождения ребенка появилось кровотечение, кровопотеря — 120 мл, продолжается.

Данные проверки признаков отделения плаценты: а) лигатура, наложенная на пуповину у половой щели, опустилась на 10 см; б) матка уплощена, узкая, дно поднялось выше пупка и отклонилось вправо; в) при глубоком вдохе пуповина не втягивается во влагалище; г) пуповина удлинилась при потуживании и не укорачивается при прекращении его; д) при надавливании ребром кисти на подчревьё пуповина не втягивается во влагалище; е) при надавливании на матку пупочные вены не наполняются.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Произошло ли отделение плаценты от стенок матки?

3. В каком порядке следует обозначить цифрами признаки отделения плаценты, описанные в условии задачи? Признаки: 1 — Шредера; 2 — Альфельда; 3 — Кюстнера — Чукалова; 4 — Довженко; 5 — Клейна; 6 — Штрасмана.

4. Способы и порядок выделения отделившегося последа из полости матки.

5. Методика выделения последа по способу Абуладзе.

7.23.

У роженицы Ж., 22 лет, спустя 16 ч от начала регулярных схваток родилась живая доношенная девочка массой 3000 г. Через 10 мин после рождения ребенка появилось кровотечение из половых органов, кровопотеря — 100 мл, продолжается.

Данные проверки признаков отделения плаценты: а) матка шаровидной формы, дно достигает уровня пупка; б) лигатура, нало-

женная на пуповину, находится возле самой половой щели; в) при потуживании пуповина удлиняется, при прекращении потуживания — втягивается во влагалище; г) при глубоком дыхании пуповина то втягивается, то опускается; д) при надавливании рукой на матку пупочные вены наполняются кровью; в) при надавливании ребром кисти на подчревые пуповина втягивается во влагалище.

Вопросы:

1. Диагноз.
 2. Отделилась ли плацента от стенок матки?
 3. В каком порядке следует обозначить цифрами признаки отделения плаценты, описанные в условии задачи?
 4. Правила ведения третьего периода родов.
 5. Методика выделения последа по способу Креде — Лазаревича.
- 7.24.**

Роженица К., 22 лет, спустя 17 ч от начала регулярной родовой деятельности родила живого доношенного мальчика массой 3100 г. Через 5 мин после рождения ребенка появилось кровотечение из половых органов, кровопотеря — 50 мл, продолжается. АД — 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.). Общее состояние роженицы удовлетворительное.

Данные проверки признаков отделения плаценты: а) матка плохо контурируется, плоская, дно поднялось к правому подреберью; б) лигатура, наложенная на пуповину, опустилась на 10 см; в) пуповина удлинилась при потуживании и не поднимается во влагалище после прекращения его; г) при глубоком вдохе — выдохе пуповина не перемещается; д) при надавливании на матку пупочные вены не наполняются; е) при надавливании ребром кисти на подчревые пуповина не втягивается во влагалище.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Произошло ли отделение плаценты от стенок матки?
3. В каком порядке следует обозначить цифрами признаки отделения плаценты, описанные в условии задачи?
4. Методика выделения последа по способу Гентера.

Т е м а 8

АСЕПТИКА И АНТИСЕПТИКА В АКУШЕРСТВЕ

1. Когда и кто впервые в акушерстве предложил метод дезинфекции рук врачей и акушеров, ведущих роды?
2. Что является входными воротами для послеродовой инфекции?
3. Меры профилактики септических послеродовых заболеваний во время беременности.
4. Санитарный режим помещений родильного дома.
5. Перед какими манипуляциями в родильном доме необходимо в обязательном порядке дезинфицировать руки?

6. Меры профилактики септической инфекции во время родов и в послеродовом периоде.
7. Кто и когда впервые в России ввел асептику и антисептику в акушерскую практику?
8. Источники инфекции, являющиеся причиной послеродовых септических заболеваний.
9. Обработка рук по методу Фюрбрингера.
10. Туалет наружных половых органов. Когда он производится в обязательном порядке?
11. Асептика и антисептика в палатах новорожденных.

Т е м а 9

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ

1. Кем впервые предложен психопрофилактический метод обезболивания родов?
2. С какого срока беременности назначаются занятия по психопрофилактической подготовке к родам?
3. План-конспект пятого занятия по психопрофилактической подготовке.
4. Методика проведения второго приема психопрофилактического обезболивания родов. В каком периоде родов рекомендуется применять этот прием?
5. Показания и условия применения лекарственных средств для обезболивания родов.
6. Научная основа психопрофилактического метода обезболивания родов. Сущность его.
7. Оборудование кабинета для психопрофилактической подготовки женщин к родам.
8. План-конспект третьего занятия по психопрофилактической подготовке беременных к родам.
9. Методика проведения первого приема обезболивания родов. В каком периоде родов рекомендуется применять этот прием?
10. Требования к лекарственным средствам, применяющимся для обезболивания родов. Когда и в каком составе назначаются болеутоляющие микроклизмы?
11. Показания и противопоказания применения психопрофилактической подготовки к родам.
12. Сколько занятий предусматривает психопрофилактическая подготовка женщин к родам?
13. Краткий план-конспект шестого занятия по психопрофилактической подготовке.
14. Методика проведения третьего приема обезболивания родов. В каком периоде родов рекомендуется применять этот прием?
15. Когда и в каком составе применяются обезболивающие свечи?
16. Обезболивание родов у женщин с факторами повышенного риска плода.

Тема 10

ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

10.1.

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

Вопросы:

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

10.2.

Родильница С. на 5-е сутки после родов. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,8 °С, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота 1,2 Гц (72 в 1 мин). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Молочные железы увеличены в размерах, плотноватые, не гиперемизованы, соски в хорошем состоянии. Матка сокращена, безболезненна, дно ее определяется посередине расстояния между пупком и верхним краем лобка. Лохии кровянисто-серозные (желтые), в небольшом количестве. Мочепускание свободное, диурез положительный. Стул самостоятельный — 1 раз в сутки.

Вопросы:

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

10.3.

Родильница И. на 7-е сутки после нормальных родов. Общее состояние удовлетворительное, жалоб нет. Температура тела 36,5 °С, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и нап-

ряжения, частота 74 в 1 мин, АД — 16,9/9,75 кПа (130/75 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических изменений нет. Молочные железы мягкие, безболезненные, соски выпуклые, в хорошем состоянии. Матка сокращена, безболезненна, дно ее определяется на 3 поперечных пальца выше лобка. Лохии серозные, скудные. Мочеиспускание самостоятельное, диурез положительный, стул — 1 раз в сутки.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Динамика инволюции шейки матки.
3. Какой секрет выделяют молочные железы в зависимости от дней послеродового периода?
4. Изменения массы тела родильницы при нормальном течении послеродового периода.
5. Соответствует ли состав лохий и высота стояния дна матки у этой родильницы 7-м суткам послеродового периода?

10.4.

Родильница Н. на 10-е сутки после родов. Общее состояние удовлетворительное, жалоб нет. Температура тела 36,7 °С, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота 70 в 1 мин, АД — 16,3/9,75 кПа (125/75 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Молочные железы мягкие, безболезненные, соски в хорошем состоянии. Матка сокращена, безболезненна, дно ее определяется на уровне лобка. Лохии серозно-слизистого характера, скудные. Стул и мочеиспускание нормальные.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Изменения высоты стояния дна матки в послеродовом периоде.
3. Какой гормон выделяет молочная железа в послеродовом периоде и как он действует на организм родильницы?
4. Изменения, происходящие в сердечно-сосудистой системе женщины в послеродовом периоде.
5. Соответствует ли высота стояния дна матки и состав лохий у этой родильницы 10-у дню послеродового периода?

Тема 11

ФИЗИОЛОГИЯ ПЕРИОДА НОВОРОЖДЕННОСТИ

11.1.

У роженицы И. при нормальном течении родов родилась девочка массой 3250 г, длиной 51 см.

Данные функционального состояния ребенка при рождении:
а) сердцебиение ясное, частота 2,17 Гц (130 уд./мин); б) дыхание глубокое, крик громкий; в) окраска кожи ярко-розовая; г) тонус мышц снижен; д) при раздражении подошв (пяточный рефлекс) девочка отдернула ножку и громко закричала.

Вопросы:

1. Оценка состояния новорожденной по шкале Апгар (сумму баллов проставлять, следуя описанию состояния ребенка при рождении).

2. Оценка в баллах по шкале Апгар состояния здоровых новорожденных и детей, родившихся в удовлетворительном состоянии.

3. Через сколько часов после рождения можно приложить этого ребенка к груди матери для кормления?

4. Режим кормления новорожденного при 7-разовом приеме пищи, начиная с 6 ч.

5. Формула ориентировочного определения суточного количества молока, необходимого для ребенка первой недели жизни. Сколько молока требуется ребенку в сутки на 4-й день жизни?

6. Факторы и критерии риска матери и новорожденного в послеродовом периоде.

11.2.

У роженицы Л. при нормально протекающих родах родился живой мальчик массой 3400 г, длиной 52 см.

Данные состояния ребенка при рождении: а) сердцебиение ясное, частота 2,29 Гц (136 уд./мин); б) дыхание самостоятельное, но без первого крика; в) кожа лица и тела розовая, конечностей — синяя; г) движения активные, оказывает сопротивление при вытягивании конечностей; д) при раздражении подошв мальчик отдернул ножку, появилась гримаса на лице и начал громко кричать.

Вопросы:

1. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар с проставлением суммы баллов в соответствии с описанием состояния при рождении.

2. Оценка в баллах по шкале Апгар состояния новорожденных, родившихся в асфиксии и в состоянии клинической смерти.

3. Через сколько часов после рождения можно приложить этого ребенка к груди матери для кормления?

4. Режим кормления новорожденного при 6-разовом приеме пищи начиная с 6 ч.

5. Суточная потребность в молоке ребенка 3-го дня жизни.

11.3.

История родов № 1062. Первобеременная И. К. Петрова, 22 лет, спустя 18 ч от начала регулярной родовой деятельности, в переднем виде затылочного предлежания 8 марта в 19 ч 15 мин родила живого доношенного мальчика массой 3200 г. Окружность головы — 32 см, плеч — 35 см, таза — 28 см, рост — 51 см. Кожа розовая, крик громкий, движения активные. Спустя 5 мин самостоятельно отделился и выделился послед, кровопотеря — 200 мл.

Вопросы:

1. Первый этап первичной обработки пуповины новорожденного, производимой на родовом столе у ног роженицы.

2. Какие сведения записываются на браслетке новорожденного? Начертить форму браслетки и сделать на ней запись из условия задачи.

3. Уход за пупочной ранкой новорожденного.
4. Лечение новорожденных с молочницей.
5. Лечение новорожденных при появлении покраснения (опрелости) в области кожных складок.

11.4.

История родов № 1128. Повторнородящая В. Н. Пономаренко, 29 лет, спустя 8 ч от начала регулярной родовой деятельности, в переднем виде затылочного предлежания 26 марта в 8 ч 30 мин родила живого доношенного мальчика массой 3300 г. Окружность головы — 32 см, плеч — 35 см, таза — 28 см, рост — 51 см. Крик появился сразу, громкий, движения активные, кожа розовая. Через 5 мин самостоятельно отделился и выделился послед. Кровопотеря — 150 мл.

Вопросы:

1. Профилактика офтальмобленнореи при рождении ребенка.
2. Начертить форму браслетки и сделать на ней запись из условия задачи.
3. Вторичная лигатура пуповины. Когда и с какой целью она накладывается?
4. Обработка лица новорожденного.
5. Лечение при гнойничках на коже новорожденного.

11.5.

История родов № 1691. Повторнородящая И. А. Павлова, 24 лет, спустя 11 ч от начала регулярной родовой деятельности, в переднем виде затылочного предлежания 16 апреля в 12 ч 10 мин родила живого доношенного мальчика массой 3150 г. Длина 52 см, окружность головы — 32 см, плеч — 35 см, таза — 28 см, рост — 52 см. Кожа розовая, крик громкий, движения активные. Через 10 мин самостоятельно отделился и выделился послед, кровопотеря — 150 мл.

Вопросы:

1. Второй этап первичной обработки пуповины новорожденного, производимой на пеленальном столике в родзале.
2. Какие сведения необходимо записать на медальоне новорожденного? Начертить форму медальона и сделать на ней запись из условия задачи.
3. Уход за культей пуповины.
4. Профилактика туберкулеза у новорожденных.
5. Лечение при значительной опрелости на ягодицах новорожденного.

11.6.

В родильном отделении за год родились 3000 доношенных новорожденных (мальчиков — 1800, девочек — 1200). Из них родились живыми 2950 новорожденных, мертвыми — 20. Умерли в раннем неонатальном периоде (первые 6 сут) 30 новорожденных.

Вопросы:

1. Перинатальная смертность в родильном отделении.
2. Мертворождаемость в отделении.
3. Ранняя неонатальная смертность в отделении.

ПАТОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО

Тема 12

ФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ АКУШЕРСТВО, ПОГРАНИЧНОЕ С ПАТОЛОГИЕЙ

12.1.

Повторнородящая И., 25 лет, поступила в родильный дом через 12 ч от начала регулярной родовой деятельности с доношенной беременностью. Предыдущие роды два года назад прошли нормально. Общее состояние роженицы при поступлении удовлетворительное, АД — 14,7/10,4—14,7/9,9 кПа (110/80—110/75 мм рт. ст.). Живот овоидной формы, окружность живота — 99 см, высота стояния дна матки — 35 см. Размеры таза: 25—27—30—20 см. Положение плода продольное. Над входом в малый таз определяется подвижная крупная, объемистая, неправильной формы часть, не способная к баллотированию.

В области дна матки пальпируется крупная, плотная, округлой формы, баллотирующая часть плода. Сердцебиение плода определяется справа выше пупка, ясное, ритмичное, частота — 2,2 Гц (132 уд./мин). Схватки интенсивные, через 3 мин, продолжительностью 40 с.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие отверстия матки полное. Во время исследования отошли околоплодные воды, интенсивно окрашенные меконием. Предлежит объемистая мягковатая часть плода, на которой не определяются ни швы, ни роднички. При осторожной пальпации на предлежащей части удалось определить седалищные бугры, крестец, копчик, достигается паховый сгиб. Межгодичная борозда находится в левом косом, межвертельная линия — в правом косом размере, крестец обращен кзади и вправо. Мелкие части плода и пуповина не прощупываются.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные влагалищного исследования, подтверждающие диагноз.
3. План ведения родов.
4. Метод ручного пособия по Цовьянову при чистом ягодичном предлежании.
5. Как и в каких случаях приходится прибегать к классическому ручному пособию для освобождения головы плода?

12.2.

В акушерское отделение ЦРБ поступила повторнородящая Щ., 25 лет, с регулярными интенсивными схватками, начавшимися 10 ч назад. Роды и беременность вторые, первые роды — 3 года назад, нормальные. Беременность доношенная. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено, АД — 15,3/9,1—15,6/9,1 кПа (115/70—120/70 мм рт. ст.). Температура тела 36,6 °С. Окружность живота — 94 см, высота стояния дна матки — 36 см. Размеры таза: 26—29—31—21 см. Положение плода продольное, в области дна матки пальпируется крупная, плотная, округлая, баллотирующая часть плода. Над входом в малый таз определяется крупная, мягковатая, неправильной формы предлежащая часть, прижатая ко входу в малый таз. Сердцебиение плода наиболее отчетливо прослушивается слева выше пупка, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин), ритмичное, тоны сердца звучные. отошли воды с примесью мекония. Ориентировочная масса плода по Лебеву — 3200 г.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка сглажена, раскрытие отверстия на 3 поперечных пальца, плодный пузырь вскрыт, во влагалище определяются обе ножки плода, ягодицы не достигаются. Мыс крестца не определяется.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные акушерского исследования, подтверждающие диагноз.
3. План ведения родов.
4. Метод ручного пособия по Цовьянову при ножном предлежании.
5. Признаки, характеризующие выпавшую ногу плода и отличающие ее от руки.

12.3.

Беременная К., 35 лет, поступила в родильный дом при беременности сроком 36—37 недель с регулярными интенсивными схватками, продолжавшимися 6 ч. Настоящая беременность пятая, после 2 нормальных родов и 2 медицинских аборт. Роды и аборты протекали без осложнений.

Общее состояние женщины удовлетворительное, кожа и видимая слизистая оболочка чистые, нормальной окраски. Температура тела — 36,7 °С, пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД — 16,9/10,4—16,9/9,9 кПа (130/80—130/75 мм рт. ст.). Размеры таза: 26—28—30—20 см. Окружность живота — 107 см, высота стояния дна матки — 41 см. Ввиду большой окружности живота и высокого стояния дна матки при недоношенной беременности проведено тщательное наружное акушерское исследование, в результате которого обнаружено: положение плода продольное, над входом в малый таз пальпируется округлая, твердая, небольших размеров, баллотирующая часть плода, в области дна матки в левом подреберье определяется еще одна плотная, шаровидная, баллотирующая часть плода. Спра-

ва вдоль боковой поверхности матки пальпируется гладкая широкая поверхность — спина плода, слева — много мелких подвижных бугорков (мелкие части плода). Сердцебиение плода прослушивается справа ниже пупка, частота — 2,17 Гц (130 уд./мин), и слева на уровне пупка ближе к передней подмышечной линии, частота — 2,43 Гц (146 уд./мин). Подсчет сердечных ударов повторяли несколько раз и по-прежнему сохранилась отмеченная разница.

Данные влагалищного исследования: влагалище свободное, шейка матки почти сглажена, отверстие матки открыто на 3 пальца, края несколько утолщены, мягкие, податливые. Прощупывается напрягающийся при схватках плодный пузырь. Голова плода во время схваток прижимается ко входу в малый таз, стреловидный шов в поперечном, слегка в левом косом размере, малый родничок справа, ближе к лобку. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные наружного акушерского исследования, подтверждающие диагноз.
3. Какие осложнения могут быть в I—II—III периодах родов?
4. Какие дополнительные исследования можно провести для уточнения диагноза?
5. План ведения родов.

12.4.

Беременная Д., 30 лет, заблаговременно поступила в родильный дом по направлению врача женской консультации. Настоящая беременность третья, срок ее 38—39 недель. Две предыдущие беременности закончились нормальными родами. В первой половине настоящей беременности отмечалась тошнота, рвота до 2—3 раз в сутки. В течение последнего месяца беспокоят общая тяжесть, одышка, быстрая утомляемость, затрудненное дыхание, в последние 2—3 дня появилась небольшая отечность в области голеней. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не выявлено. Температура тела 36,6 °С, пульс ритмичный, частота — 1,26 Гц (72 в 1 мин), АД — 15,6/9,1—15,6/9,9 кПа (120/70—120/75 мм рт. ст.). Моча при кипячении прозрачная.

Данные наружного акушерского исследования: размеры таза — 26—29—31—21 см; окружность живота — 108 см; высота стояния дна матки над лобком — 38 см; в области дна матки определяется гладкая, широкая, ровная поверхность плода; справа, ближе к правому подреберью, — крупная, плотная, округлая часть плода с четкими контурами, слева, ближе к паховой области, пальпируется хорошо контурируемая шаровидная, плотная, крупная, баллотирующая часть плода. Предлежащей части нет, вход в малый таз свободный. Определяются много мелких подвижных бугорков, расположенных в разных частях матки. Сердцебиение плода отчетливо выслушивается справа выше пупка (частота — 2,30 Гц — 138 уд./мин) и слева ниже пупка (2,10 Гц — 126 уд./мин). Между этими

пунктами сердечные тоны не прослушиваются. Родовая деятельность отсутствует.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какие отклонения в течении беременности подтверждают диагноз?
3. Данные выслушивания сердцебиения плода, подтверждающие диагноз.
4. С какими осложнениями беременности следует провести дифференциальную диагностику и чем они характеризуются?
5. План ведения родов.

Тема 13

ТОКСИКОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

13.1.

Первобеременная О., 20 лет, поступила в клинику с жалобами на тошноту, рвоту и слюнотечение.

Данные анамнеза.

В детстве болела корью, в 15-летнем возрасте перенесла аппендэктомия, 3 месяца назад болела гриппом, осложнившимся бронхопневмонией.

Менструация началась в 13 лет, установилась сразу, продолжительность — 2—3 дня, интервал — 30 дней. Последняя менструация — около 2 месяцев назад, точную дату не помнит. Замужем 6 месяцев, брак не зарегистрирован.

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

Объективно: общее состояние средней тяжести, обильное слюнотечение, частая рвота небольшими кусочками пищи и мутной слезью с примесью желчи. Кожа и видимая слизистая оболочка бледные. Температура — 37,2 °С, пульс — 1,43 Гц (86 в 1 мин), АД — 14,7/7,9 кПа (110/60 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище узкое, шейка матки конической формы, чистая, слизистая оболочка шейки и влагалища синюшная, отверстие матки закрыто. Тело матки в антефлексии, мягковатой консистенции, шаровидной формы, размером больше куриного яйца, при пальпации сокращается. Придатки с обеих сторон не определяются, свод влагалища свободный, выделения слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Причины рвоты в анализируемом случае.
4. Можно ли лечить эту беременную в амбулаторных условиях и почему?
5. План лечения.

13.2.

Первобеременная Б., 23 лет, обратилась на прием к участковому врачу женской консультации с жалобами на общую слабость, отвращение к пище, рвоту. Первое обращение в консультацию было 2 недели назад при беременности сроком 6 недель. За это время состояние женщины заметно ухудшилось, она похудела на 2 кг.

Данные анамнеза. Росла здоровым ребенком, не болела, менструация с 14 лет, установилась сразу по 3 дня с интервалом в 28 дней. Последняя менструация — 2 месяца назад. Половая жизнь с 22 лет, брак зарегистрирован, беременность желанная.

С наступлением беременности у больной по утрам натошак появилась рвота, но общее состояние не нарушилось. В последние 8—10 дней рвота участилась до 16—20 раз в сутки, стала возникать даже от одной мысли о пище. В течение последних двух суток не ест, так как рвота появляется даже после приема воды.

Объективно: больная апатичная, вялая, температура тела — 37,4 °С, пульс — 1,67 Гц (100 в 1 мин) удовлетворительного наполнения, АД — 13,99/9,1 — 13,33/9,1 кПа (105/70 — 100/70 мм рт. ст.). Кожа сухая, дряблая. Подкожная клетчатка выражена слабо. Язык и губы сухие. Отмечается дурной запах изо рта. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище узкое, длинное, матка увеличена до размеров гусиного яйца, округлая, мягкая, уплотняется при пальпации. Придатки не пальпируются. Шейка сформирована, отверстие закрыто, слизистая оболочка влагалища и влагалищной части шейки матки синюшна.

При биохимическом исследовании крови обнаружено повышенное содержание билирубина и остаточного азота. В моче содержится ацетон и следы белка.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
4. Каковы лечение и прогноз?

13.3.

Повторнородящая М., 26 лет, обратилась в женскую консультацию по поводу беременности сроком 36 недель с жалобами на отеки, чувство тяжести в паховой области, одышку, повышенную жажду, быструю утомляемость, появляющиеся к концу дня.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена, в детстве болела корью и скарлатиной, в 16-летнем возрасте перенесла инфекционный гепатит (болезнь Боткина). Менструация с 12 лет, установилась сразу по 3—4 дня с интервалом в 4 недели, безболезненная.

Половая жизнь с 20 лет, муж первый, гинекологические заболевания отрицает.

Настоящая беременность третья. Первая закончилась искусственным абортom, вторая — срочными нормальными родами три года назад. Ребенок живой, здоровый.

Течение беременности. Женскую консультацию первый раз посетила по поводу беременности сроком 6—7 недель. Беременность протекала нормально, сопутствующих заболеваний не выявлено. Прошла физио-, психопрофилактическую подготовку к родам. Две недели назад беременная заметила отеки на ногах и обратилась к участковому врачу, который рекомендовал ограничить потребление жидкости и соли. Сначала отеки уменьшились, но затем вновь появились и стали увеличиваться. За последние 7 дней поправилась на 500 г и почувствовала тяжесть внизу живота. АД не повысилось, данные анализа крови и мочи нормальные.

Данные общего и акушерского исследования. Женщина правильного телосложения, рост — 160 см, масса тела — 79,5 кг. Имеются выраженные отеки на голенях, стопах и наружных половых органах, пастозность лица. Температура тела — 36,3 °С, пульс — 1,26 Гц (72 в 1 мин), ритмичный, АД — 14,7/9,9 — 14,7/9,1 кПа (110/70—110/75 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременности. Дно матки на уровне мечевидного отростка. Положение плода продольное, предлежащая голова подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Размеры таза: 25—28—30—20 см. Родовая деятельность отсутствует.

Данные влагалищного исследования: шейка матки сохранена, отверстие пропускает кончик пальца. Через переднюю часть свода определяется подвижная над входом в малый таз голова плода, мыс крестца не достигается.

Моча, полученная катетером, направлена на срочный анализ. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Анализ мочи: цвет соломенно-желтый, реакция кислая, относительная плотность — 1012. Белок и сахар отсутствуют. Микроскопия осадка: лейкоцитов — 2—3 в поле зрения, клетки плоского эпителия — единичные, цилиндров нет.

Анализ крови: содержание гемоглобина — 8,19 ммоль/л; количество эритроцитов — 4,1 Т/л, лейкоцитов — 5,8 Г/л; лейкограмм — без изменений; СОЭ — 16 мм/ч.

При осмотре глазного дна изменений не обнаружено.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику и что характерно для этих заболеваний?
4. Ранняя диагностика отеков у беременных. Методика ее проведения.
5. Лечение беременных с отеками.

13.4.

Первобеременная А., 20 лет, явилась в женскую консультацию на очередной осмотр в назначенный врачом день. В течение последних 3 дней ее беспокоят отеки на нижних конечностях, возникающие к концу дня.

Данные анамнеза. Женщина в прошлом не болела, с 7-недельного срока беременности регулярно посещает женскую консультацию, при обследовании со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено. При последнем осмотре (неделю назад) состояние беременной удовлетворительное, АД — 18,99/9,9 — 14,7/7,9 кПа (135/75—110/60 мм рт. ст.), отеков нет, моча при кипячении осадка не дала. Средняя прибавка массы за неделю составила 480 г. Диагноз: срок беременности 34 недели, состояние претоксикоза. Назначена бессолевая диета с ограничением жидкости до 700 г/сут и разгрузочный день (1 кг свежих яблок на день). Контрольный осмотр назначен врачом через неделю.

Данные общего и акушерского исследования через неделю: общее состояние остается удовлетворительным, но за прошедшую неделю, несмотря на проведенный разгрузочный день, беременная снова прибавила в массе на 600 г. Зрение не нарушено, головной боли нет, на голенях и стопах умеренные отеки, температура тела — 36,6 °С, АД — 20/11,1—19,33/11,1 кПа (150/85—145/85 мм рт. ст.), пульс удовлетворительного наполнения, частота — 1,27 Гц (76 в 1 мин). Тоны сердца чистые, границы — в норме. В легких — везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Родовой деятельности нет. Размеры таза: 26—28—31—21 см. Окружность живота — 95 см, высота стояния дна матки — 34 см, положение плода продольное, предлежащая голова свободно баллотируется над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Экстренно произведен анализ мочи: цвет соломенно-желтый; относительная плотность — 1019; реакция кислая; содержание белка — 0,6 г/л. При микроскопии осадка установлено: лейкоцитов — 3—5 в поле зрения, эритроциты и цилиндры отсутствуют.

По скорой помощи беременная в сопровождении акушерки направлена в отделение патологии беременности.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз. Подытожьте их.

3. Классификация этого токсикоза по степени тяжести клинического течения.

4. Дифференциальная диагностика нефропатии.

5. Когда и какие ошибки были допущены при ведении беременной А.?

13.5.

Беременная С., 27 лет, поступила в родильный дом по поводу беременности сроком 37—38 недель с жалобами на отеки и сильную жажду.

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена, в детстве болела корью, ветряной оспой, в 16-летнем возрасте — аппендэктомия. Менструация с 14 лет, без особенностей. Половая жизнь с 20 лет, брак один, зарегистрирован. Первая беременность 5 лет назад закончилась нормальными родами, затем в течение 3 лет предохранялась от беременности с помощью спирали, после извлечения которой наступила вторая беременность. На протяжении этой беременности женскую консультацию посещала регулярно, а после получения родового декретного отпуска уехала в деревню, где чувствовала себя вполне удовлетворительно и к врачу не обращалась. Появление отеков стала замечать 2 недели назад, с чем обратилась в родильный дом и сразу была госпитализирована.

Данные общего и акушерского исследования. При поступлении в роддом общее состояние беременной удовлетворительное, телосложение правильное, рост — средний, подкожная клетчатка выражена хорошо. Кожа нижней части живота отечная, нависает над лобком, при пальпации остаются глубокие вмятины. На нижних конечностях и больших половых губах отеки выражены значительно. Температура тела — 36,6 °С, пульс — 1,33 Гц (80 в 1 мин), ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД — 22,66/12—21,99/12 кПа (170/90—165/90 мм рт. ст.). Со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и пищеварения патологических изменений не выявлено. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный.

Окружность живота — 109 см, высота стояния дна матки над лобком — 35 см. Положение плода продольное, предлежащая голова подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясно выслушивается слева ниже пупка, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин). Размеры таза: 26—28—30—20 см. Родовая деятельность отсутствует.

Анализ мочи: относительная плотность — 1017; содержание белка — 2 г/л; количество гиалиновых цилиндров — 1—2, лейкоцитов — 2—3; уровень остаточного азота в крови — 28,6 ммоль/л.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз. Подытожьте их.

3. Лечение позднего токсикоза.

4. Ранние признаки позднего токсикоза, являющиеся показанием для направления беременной на стационарное лечение.

5. Профилактика поздних токсикозов беременных.

13.6.

Фельдшер скорой помощи, обслуживая вызов на дому, явился к больной И., которая лежала в постели с перевязанной головой. Возле нее на тумбочке находились таблетки анальгина, пирамидона и ацетилсалициловой кислоты, которые не приносили облегчения больной и совершенно не устраняли головную боль.

Фельдшер выяснил, что больная — беременная женщина, получившая декретный отпуск 2 недели назад. При выполнении домашней работы (побелка и покраска комнаты) делала сквозное проветривание квартиры, переутомилась. Вскоре появились отеки на голенях, а на следующий день прибавилась сильная головная боль.

Заболевание связывает с простудой. Беременность первая, женскую консультацию посещала регулярно, повторная явка назначена на послезавтра.

Объективно. Лицо одутловатое, верхние конечности отечные (не снимается обручальное кольцо, которое раньше было свободным), на голенях и стопах значительно выраженные отеки. Температура тела — 36,2 °С, пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота — 1,36 Гц (82 в 1 мин). АД — 23,3/13,3—24/15,6 кПа (175/100—180/120 мм рт. ст.). Зев чистый, миндалины не увеличены. Слизистая оболочка глаз и полости носа не гиперемирована. Тоны сердца чистые, в легких — везикулярное дыхание, хрипов нет, перкуторно — легочный звук. Живот мягкий, болезнен в надчревной области. Печень и селезенка не увеличены. Матка увеличена за счет беременности, сердцебиение плода ясное. Родовой деятельности нет.

При кипячении мочи выпал густой белый осадок.

Фельдшер применил больной рауш-наркоз эфиром, затем внутримышечно ввел 20 мл 25 % раствора магния сульфата и 1 мл 2,5 % раствора аминазина. Измеренное повторно артериальное давление на левой и правой руке соответственно 16,9/9,1—16,9/9,9 кПа (130/70—130/75 мм рт. ст.). Подкожно введено 1 мл 1 % раствора морфина гидрохлорида. После этого больная на носилках была госпитализирована в отделение патологии беременности.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз. Подытожьте их.
3. Дифференциальная диагностика с гриппом.
4. Какие осложнения можно было бы ожидать при описанном состоянии беременной?
5. Правильно ли поступил фельдшер скорой помощи, что в домашних условиях беременной женщине дал наркоз?

13.7.

Машиной скорой помощи доставлена в гастроэнтерологическое отделение клиники беременная К., 19 лет, с жалобами на сильную боль в области желудка, рвоту. Появление боли связывает с упот-

реблением винегрета. Винегрет ели муж и свекровь, но они чувствуют себя хорошо.

В экстренном порядке, сразу при поступлении, подкожно введено 1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата и сделано промывание желудка. Состояние больной немного улучшилось, но вскоре боль в надчревной области возобновилась и появились жалобы на головную боль и мелькание перед глазами.

Данные анамнеза. Женщина в прошлом не болела, беременность первая, женскую консультацию посещала регулярно. При последнем осмотре, неделю назад, установлена беременность сроком 35 недель, нефропатия I степени: АД — 16,3/12—16,3/12,7 кПа (125/90—125/95 мм рт. ст.), прибавка массы тела за неделю — 400 г, небольшие отеки на нижних конечностях, отсутствие белка в моче. Врач выписал беременной К. направление на стационарное лечение в отделение патологии беременности. Однако беременная в больницу не легла.

Объективно. Беременная правильного телосложения, кожа слегка бледная, на голенях и стопах значительно выраженные отеки. Язык влажный, не обложен, зев чистый, температура тела — 36,7 °С. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота — 1,36 кПа (82 в 1 мин), АД на правой руке — 21,3/12 кПа (160/90), на левой — 21,32/13,3 кПа (160/100 мм рт. ст.). Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Живот увеличен за счет беременности, болезнен в надчревной области. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Положение плода продольное, предлежащая голова подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин). Родовая деятельность отсутствует.

Анализ крови: содержание гемоглобина — 8,38 ммоль/л; количество лейкоцитов — 5,2 Г/л, эритроцитов — 4,4 Т/л; СОЭ — 17 мм/ч.

Анализ мочи: лейкоциты — 3—4; цилиндры гиалиновые и зернистые — 4—5 в поле зрения; содержание белка — 4 г/л; глюкоза отсутствует; относительная плотность — 1018. Беременная в состоянии легкого рауш-наркоза переведена в отделение патологии беременности в палату интенсивной терапии.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Дифференциальная диагностика с пищевой интоксикацией.
4. Лечение преэклампсии.
5. Какие допущены ошибки при ведении беременной К.?

13.8.

Беременная С., 22 лет, доставлена в приемное отделение роддома мужем в тяжелом состоянии с помраченным сознанием.

Из рассказа мужа удалось выяснить, что больная раньше ничем не болела, беременность первая, протекала без осложнений. Получив родовую декретный отпуск, беременная уехала на дачу,

расположенную в 20 км от города. Пробыла там две недели и возвратилась домой, так как почувствовала общее недомогание, появились отеки и головная боль. Во время ужина была рвота, усилилась головная боль, поэтому муж решил срочно проконсультироваться в рядом расположенном роддоме.

Объективно. Женщина полная, правильного телосложения. Лицо бледное, одутловатое, веки отечные, на голенях пастозность. Экстренно перед обследованием произведен рауш-наркоз эфиром. Несмотря на это во время измерения артериального давления (21,32/16,9 кПа — 160/130 мм рт. ст.) появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица, перекошились глаза, закатились и стали видимыми белки глазных яблок, зрачки расширились. Затем начались подергивания верхних конечностей, тело беременной вытянулось, позвоночный столб изогнулся, челюсти плотно сжались, дыхание прекратилось. Вслед за этим последовали клонические судороги, наступил сильный цианоз, яремные вены напряглись. Затем судороги стали реже и наконец прекратились, появился глубокий шумный вдох, на губах выступила пена, окрашенная кровью. Дыхание восстановилось, стало глубоким, беременная не приходила в сознание. Припадок длился 1,5 мин.

Во время приступа наркоз был прекращен, после восстановления дыхания больную перевели на наркоз закисью азота с кислородом. Во время глубокого сна произведено дообследование: температура тела — 36,8 °С, пульс — 1,43 Гц (86 в 1 мин), ритмичный, напряженный, АД — 20/15,6—20/13,33 кПа (150/120—150/100 мм рт. ст.). Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено.

Дна матки на 2 поперечных пальца ниже мечевидного отростка, положение плода продольное, предлежащая голова подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода слева, ниже пупка, ясное, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Размеры таза: 25—27—30—20 см. Родовой деятельности нет.

Данные влагалищного исследования. Шейка сохранена, отверстие матки закрыто, предлежит голова над входом в малый таз. Мыс крестца не достигается, емкость малого таза хорошая.

Анализ мочи: относительная плотность — 1019; содержание белка — 6,6 г/л; лейкоциты и эритроциты единичные; много гиалиновых и единичное количество зернистых цилиндров.

При осмотре глазного дна отмечается спазм сосудов сетчатки, отек и кровоизлияния.

Беременная помещена в затемненную палату с индивидуальным постом. В течение 10 дней проводилось активное лечение. Приступы больше не повторялись, отеки исчезли, АД нормализовалось, головная боль и рвота не беспокоили, уровень белка в моче снизился. Через 2 недели произошли самопроизвольные роды живого плода массой 2450 г. Последовый и послеродовой периоды прошли без осложнений, на 18-й день после родов женщина с ребенком выписались в хорошем состоянии.

Вопросы:

1. Какой диагноз следовало поставить при поступлении беременной в роддом?
2. Дифференциальная диагностика с эпилепсией.
3. Лечение и план ведения беременной.
4. Почему В. В. Строганов в своей методике лечения при позднем токсикозе беременных заменил морфин и хлоралгидрат магния сульфатом?
5. Возможные осложнения эклампсии.

13.9.

Роженица В., 22 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью по поводу родовой деятельности, продолжающейся 6 ч.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена, в детстве болела корью, ветряной оспой, в 19-летнем возрасте перенесла воспаление легких. Менструальная функция без особенностей. Первая беременность закончилась срочными нормальными родами. Настоящая беременность вторая. В первой половине беременности отмечалась тошнота и рвота по утрам, вторая половина протекала удовлетворительно. Женскую консультацию на протяжении беременности посещала нерегулярно, физио-, психопрофилактическую подготовку к родам не проходила. Во время последнего посещения женской консультации, две недели назад при сроке беременности 38 недель, впервые отмечено повышение артериального давления до 17,99/12—16,9/12 кПа (135/90—130/90 мм рт. ст.), небольшая пастозность голеней, содержание белка в моче составляло 0,06 г/л. Беременной предложили стационарное лечение, но она категорически отказалась и явилась в родильный дом только с началом родовой деятельности.

Объективно. Роженица вялая, предъявляет жалобы на периодическую боль в области затылка, лба и в надчревной области, понижение зрения. Лицо одутловатое, на конечностях, наружных половых органах значительно выраженные отеки. Пульс — 1,36 Гц (82 в 1 мин), ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД — 18,7/12 кПа (140/90 мм рт. ст.) на правой руке и 20,7/12 кПа (155/90 мм рт. ст.) — на левой. Температура тела — 36,6 °С. Со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и пищеварения патологических изменений не обнаружено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, дизурических расстройств нет. При кипячении мочи выпал хлопьевидный осадок.

Живот увеличен за счет беременности. Окружность живота — 101 см, высота стояния дна матки над лобком — 35 см, положение плода продольное, предлежащая голова прижата к входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Размер таза: 26—29—31—21 см. Для выяснения акушерской ситуации и тактики ведения родов произведено влагалищное исследование, во время которого у роженицы появилось двигательное беспокойство, мелкие фибриллярные подергивания отдельных групп мышц лица и рук, распространивши-

еся на все мышцы тела, тонические судороги. У больной остановилось дыхание, наступил цианоз лица, изо рта выделилась слюна с примесью крови. Приступ продолжался 1,5 мин, после чего наступило коматозное состояние. Сразу после окончания приступа женщине дали наркоз эфиром и влагалищное исследование было закончено. Шейка матки сглажена, края ее тонкие, податливые, легко растягиваются, открытие отверстия на 3 поперечных пальца, плодный пузырь цел, хорошо наливается, голова плода малым сегментом находится во входе в малый таз. Малый родничок располагается слева спереди ниже большого. Стреловидный шов в правом косом размере. Мыс крестца не достигается, деформаций таза нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие ошибки были допущены при ведении беременной и в родах?
4. Тактика дальнейшего ведения родов.
5. Лечение эклампсии у роженицы В.

13.10.

Роженица Л., 23 лет, в течение 12 дней находилась в отделении патологии беременности по поводу нефропатии; переведена в родовое отделение в связи с начавшимися преждевременными родами при беременности сроком 36 недель.

Данные анамнеза. Замужем с 22 лет, настоящая беременность первая, брак зарегистрирован. В детстве болела корью. Будучи взрослой, перенесла воспаление легких, грипп и ангину. Женскую консультацию посещала аккуратно, беременность до поступления в стационар протекала без осложнений.

Данные общего и акушерского исследования. Женщина среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимая слизистая оболочка нормальной окраски, на голенях небольшая пастозность. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено. АД на правой плечевой артерии 18,7/10,4 кПа (140/80 мм рт. ст.), на левой — 19,33/11,1 кПа (145/85 мм рт. ст.). Пульс — 1,36 Гц (82 в 1 мин), ритмичный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. В моче содержится 0,3 г/л белка.

Окружность живота — 90 см, высота стояния дна матки над лобком — 33 см. Положение плода продольное, предлежащая голова прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, частота — 2,17 Гц (130 уд./мин). Размеры таза: 26—29—31—21 см.

Данные влагалищного исследования. Шейка матки сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь, вскрылся во время исследования, отошли светлые воды в умеренном количестве, предлежит голова большим сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Мыс крестца не достигается.

Начались потуги. Через 30 мин родился живой мальчик массой 2400 г, длиной — 44 см. Послед родился через 10 мин без дефектов, оболочки все. Шейка матки и влагалище осмотрены с помощью зеркал — повреждений нет. Матка сократилась, кровопотеря — 300 мл. АД — 18,7/12—19,3/12 кПа (140/90—145/90 мм рт. ст.), пульс ритмичный, частота — 1,33 Гц (80 в 1 мин).

Через два часа родильница переведена в послеродовую палату, АД — 20/12—20,7/12,7 кПа (150/90—155/95 мм рт. ст.). Матка плотная. Кровотечения нет. Через 10 мин родильница стала жаловаться на сильную головную боль, нарушение зрения в виде тумана и пелены перед глазами, появилась рвота. АД — 22,7/14,7—22,7/15,6 кПа (170/110—170/120 мм рт. ст.). Для анализа с помощью катетера получено 100 мл мутной мочи, содержание белка в ней 6,6 г/л.

Под легким наркозом эфиром внутривенно введено 50 мл 40 % раствора глюкозы с 1 мл 2,5 % раствора аминазина, 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина, 5 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты; внутримышечно — 2 мл 0,5 % раствора дибазола. Во время выполнения процедур начались подергивания мышц лица, тонические, а затем клонические судороги всего тела. Во время припадка лицо родильницы посинело, изо рта появилась пена, окрашенная кровью, зрачки расширились, реагируют на свет. Приступ длился 50 с. После окончания наступило коматозное состояние: лежит неподвижно, сознание отсутствует, дыхание шумное, хриплое. Затем ее на каталке, осторожно, в состоянии наркоза перевели в палату интенсивной терапии. Во время перекладывания приступ повторился и продолжался около 1 мин, после чего опять наступила кома. Состояние больной стало тяжелым (АД — 25,3/15,6—26,7/15,6 кПа (190/120—200/120 мм рт. ст.), пульс — 1,53 Гц (92 в 1 мин), напряжен, ритмичен).

Наркоз больной поддерживают закисью азота с кислородом. Для создания длительного лечебно-охранительного режима и состояния нарколепсии комплексно введены следующие препараты: 10 мг дроперидола в 20 мл 40 % раствора глюкозы, 10 мг сибазона (диазепама), 2 мл 2,5 % раствора дипразина.

Для снижения артериального давления внутримышечно введено 20 мл 25 % раствора магния сульфата с 5 мл 0,5 % раствора новокаина, 2 мл 2 % раствора папаверина гидрохлорида и 1 мл 5 % раствора пентамина.

Для снятия спазма сосудов и усиления диуреза внутривенно введено 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина и 20 мг фуросемида. Для профилактики отека мозга начато внутривенное вливание гемодеза — 200 мл. Головной конец кровати приподнят, под голову, для охлаждения ее, подложен пузырь со льдом.

Прошло 4 ч после родов, состояние больной значительно ухудшилось, появилась одутловатость лица. АД — 26,7/15,6—25,3/15,6 кПа (200/120—190/120 мм рт. ст.), пульс — 1,66 Гц (100 в 1 мин), напряженный.

Срочно созван консилиум в составе акушеров, невропатолога и терапевта.

Повторился третий приступ эклампсии, который длился 50 с, после чего опять наступила кома.

Произведены венепункция вены локтевой ямки и кровопускание (400 мл), а также люмбальная пункция. Спинно-мозговая жидкость, окрашенная кровью, вытекала под давлением. Медленно выпущено 18 мл жидкости. Внутривенно введено 10 мл 10 % раствора хлорида кальция, внутримышечно, для повышения свертываемости крови,— 5 мл 0,3 % раствора викасола, подкожно — 10 мл 10 % раствора желатина медицинского. Для ликвидации изменений, возникших в результате кровоизлияния, введены следующие ганглиоблокирующие средства: внутримышечно 0,75 мл 2 % раствора бензогексония, 0,5 мл 5 % раствора пентамина, 0,5 мл 1 % раствора ди-меколина. Для снижения внутричерепного давления повторно внутримышечно введено 10 мл 25 % раствора магния сульфата и внутривенно 40 мл 40 % раствора глюкозы.

Несмотря на проведенную терапию ухудшение состояния больной прогрессирует. Она не приходит в сознание, ухудшается сердечная деятельность. АД снизилось до 13,3/5,3—12/5,3 кПа (100/40—90/40 мм рт. ст.), пульс участился, не сосчитывается. Появилось дыхание Чейна — Стокса. Больной проводят искусственную вентиляцию легких с интубацией трахей.

Через 6 ч после родов при явлениях прогрессирующего снижения сердечной деятельности наступила смерть.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Можно ли было у родильницы Л. предвидеть припадки эклампсии и предупредить их?
3. Какие ошибки допущены при ведении родов и послеродового периода у родильницы Л.?
4. Что явилось причиной смерти?
5. Роль В. В. Строганова в разработке принципов лечения эклампсии.

Тема 14

БЕРЕМЕННОСТЬ И РОДЫ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ

14.1.

Беременная Э., 35 лет, поступила в родильный дом с начавшейся родовой деятельностью при беременности сроком 36 недель с жалобами на головную боль и головокружение, появившиеся 2 дня назад.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве болела корью, взрослой — малярией и колитом. Два года назад при профилактическом осмотре было обнаружено повышенное артериальное давление. После проведенного лечения за медицинской помощью не обращалась.

Менструация с 14 лет, установилась сразу, протекает нормально.

Замужем с 25 лет, две первые беременности закончились родами в срок, затем предохранялась с помощью спирали. Год назад спираль удалена. Настоящая беременность третья. Состоит на учете в женской консультации с 12-недельного срока, АД постоянно равно 18,7/12 кПа (140/90 мм рт. ст.), белок в моче не обнаружен, отеков не наблюдалось. От предложенной профилактической госпитализации отказалась, рекомендованное амбулаторное лечение значительно улучшало общее самочувствие. Женскую консультацию посещала регулярно.

Объективно. Состояние удовлетворительное, жалуется на головную боль, повышенную утомляемость, отеков нет, АД — 20/12 кПа (150/90 мм рт. ст.) на левой и 20,7/12 кПа (155/90 мм рт. ст.) на правой руке. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота — 1,33 Гц (80 в 1 мин). Со стороны сердца отмечено небольшое расширение границ влево и акцент II тона над аортой. Органы дыхания и пищеварения без отклонений от нормы. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Живот овальной формы, окружность живота — 98 см, высота стояния дна матки над лобком — 33 см. Положение плода продольное, предлежащая голова над входом в малый таз, сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,13 Гц (128 уд./мин). Размеры таза: 26—29—31—21 см.

Данные влагалищного исследования. Влагалище свободное, шейка матки укорочена, разрыхлена, раскрытие отверстия матки на 1 поперечный палец, плодный пузырь цел, предлежащая голова над входом в малый таз, мыс крестца не достигается.

Анализ мочи: относительная плотность — 1012, белка нет.

Остаточный азот крови — 21,4 ммоль/л.

Исследование глазного дна — соски зрительных нервов бледные, артерии сужены, вены без изменений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Дифференциальная диагностика гипертонической болезни с нефропатией у больной Э.
4. Какие осложнения бывают при беременности и в родах у таких больных?
5. Лечение и план ведения родов.

14.2.

Повторнородящая Р., 27 лет, при беременности сроком 36 недель поступила в родильный дом с регулярными родовыми схватками, начавшимися 6 ч назад.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве неоднократно болела ангиной, с 16-летнего возраста состоит на диспансерном учете по поводу порока сердца.

Менструация с 14 лет, без отклонений от нормы. Замужем с 22 лет. Первая беременность закончилась срочными самопроизвольными родами, ребенок жив. Два года предохранялась от беременности с помощью внутриматочной спирали. Настоящая беремен-

ность вторая. Находится под наблюдением в женской консультации с 8-недельного срока беременности. По совету врача избегала тяжелой физической работы, придерживалась диеты с ограниченным количеством жидкости и соли. В начале и в середине беременности находилась на профилактическом стационарном лечении.

Объективно. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожа и видимая слизистая оболочка нормальной окраски. На голенях и стопах небольшие отеки. Температура тела 36,5 °С. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, частота — 1,27 Гц (76 в 1 мин), АД — 15,6/9,9 — 15,3/9,9 кПа (120/75—115/75 мм рт. ст.). Сердечный толчок определяется в пятом межреберье на 1 см кнаружи от среднеключичной линии. Левая граница сердца совпадает с толчком, правая заходит за правый край грудины на 1 см. При аускультации у верхушки сердца определяется грубый систолический шум, акцент II тона над легочным стволом.

В легких при перкуссии ясный легочный звук, при аускультации — везикулярное дыхание. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Мочепуспускание безболезненное, симптом Пастернацкого отрицательный.

Живот овоидной формы, окружность живота — 96 см, высота стояния дна матки — 35 см, размеры таза — 25—28—30—20 см. Положение плода продольное, предлежащая голова над входом в малый таз. Сердцебиение плода определяется слева ниже пупка, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин), ясное, ритмичное.

Экстренно произведены обследования.

Данные рентгеноскопии грудной клетки: легочные поля прозрачны, отмечается небольшое увеличение левого желудочка и левого предсердия.

Анализ крови: содержание гемоглобина — 7,76 ммоль/л; количество эритроцитов — 4,2 Т/л, лейкоцитов — 5,8 Г/л; лейкограмма в пределах нормы; СОЭ — 16 мм/ч.

Анализ мочи: относительная плотность — 1015, белка нет, данные микроскопии без особенностей.

Дифениламиновая проба и реакция на содержание сиаловой кислоты без особенностей. С-реактивный протеин в крови не обнаружен. Через 1 ч после поступления в отделение отошли чистые околоплодные воды в умеренном количестве, начались потуги.

Данные влагалищного исследования. Влагалище свободное, шейка сглажена, края тонкие, раскрытие отверстия полное, плодный пузырь вскрыт, предлежащая голова большим сегментом в широкой части таза, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева спереди. Костный таз без деформаций.

Состояние роженицы удовлетворительное. Кожа обычной окраски. АД — 15,3/9,9—15,6/9,9 кПа (115/75—120/75 мм рт. ст.), пульс — 1,77 Гц (106 в 1 мин). Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,47 Гц (148 уд./мин).

Для профилактики внутриутробной гипоксии плода начато капельное внутривенное введение 200 мл 5 % раствора натрия гидрокарбоната.

Через 20 мин после отхождения вод и начала потуг родился живой мальчик, закричал сразу, масса тела — 2450 г, рост — 44 см.

После рождения ребенка состояние родильницы резко ухудшилось, кожа побледнела, появился липкий пот. Пульс участился, слабого наполнения и напряжения, АД — 12/6,7 кПа (90/50 мм рт. ст.). Сознание сохранено. После подкожного введения 1 мл 0,1 % раствора адреналина гидрохлорида состояние женщины улучшилось.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Причина ухудшения состояния родильницы после рождения ребенка. Как предотвратить это осложнение?
4. В каких случаях при сердечной патологии допустимо самостоятельное родоразрешение через естественные родовые пути?
5. Какие осложнения для матери и плода возможны при сердечной патологии при беременности и в родах?

14.3.

Первобеременная К., 24 лет, поступила в отделение патологии беременности с беременностью сроком 38 недель и жалобами на одышку, сердцебиение, быструю утомляемость.

Данные анамнеза. В детстве перенесла корь, часто болела ангиной, с 12-летнего возраста страдает пороком сердца, состоит на диспансерном учете у терапевта-ревматолога.

Менструация с 14 лет, установилась сразу по 3—4 дня через каждые 28 дней, умеренная. Половая жизнь с 23 лет. Брак зарегистрирован. С 6-недельного срока беременности состоит на учете в женской консультации. В первые месяцы беременности чувствовала себя удовлетворительно и, желая иметь ребенка, категорически отказалась от предложенного ей прерывания беременности.

Два раза (при взятии на учет и в середине беременности) во время беременности находилась на стационарном профилактическом лечении. На 36-й неделе беременности у больной появились одышка, сердцебиение, утомляемость, которые в дальнейшем быстро прогрессировали.

Объективно. Кожа и видимая слизистая оболочка бледные, с цианотичным оттенком. На нижних конечностях выраженные отеки. Температура тела — 37,2 °С, пульс — 1,64 Гц (98 в 1 мин), ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД — 14,7/9 кПа (120/60 мм рт. ст.). Сердечный толчок разлитой. В горизонтальном положении отчетливо видна пульсация вен шеи. Границы сердца: правая — на 2 см вправо от края грудины, левая — на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя доходит до II ребра. Над верхушкой прослушиваются систолический и пресистолический шумы, хлопающий I тон, акцент II тона над легочным стволом, раздвоение II тона.

В легких — везикулярное дыхание, перкуторно легочный звук. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, ее край уплотнен, болезненный при пальпации. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Размеры таза: 26—28—31—21 см.

Живот правильной овоидной формы, окружность живота — 96 см, высота стояния дна матки — 34 см. Положение плода продольное, предлежащая голова подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,2 Гц (132 уд./мин).

Данные влагалищного исследования. Влагалище нерожавшей женщины, шейка сформирована, отверстие закрыто. Мыс крестца не достигается.

При исследовании мочи патологических изменений не обнаружено.

Анализ крови: содержание гемоглобина — 8,69 ммоль/л; количество эритроцитов — 3,9 Т/л, лейкоцитов — 4,5 Г/л; лейкограмма без патологии; СОЭ — 36 мм/ч.

Рентгенологически установлено значительное расширение сердца с выраженной митральной конфигурацией.

Больной начато активное лечение. Через 10 дней после поступления при неизменившемся состоянии у больной началась регулярная родовая деятельность, и она была переведена в родильное отделение.

Вопросы:

1. Какой диагноз следует поставить при переводе женщины в родильное отделение?

2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.

3. План ведения родов.

4. Дополнительные методы исследования, выявляющие нарушения в функциональном состоянии сердца.

5. Прогноз родов для матери и плода.

14.4.

Повторнобеременная Н., 26 лет, переведена из кардиологического отделения в родильный дом для искусственного прерывания беременности.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве болела корью и скарлатиной, в 12-летнем возрасте перенесла острую атаку ревматизма, лечилась стационарно, после чего в школе освобождалась от занятий по физической культуре. Менструация с 13 лет, правильная. Замужем с 22 лет. Первая беременность наступила через год после замужества, закончилась срочными родами. В послеродовом периоде состояние ухудшилось, была одышка, сердцебиение, чувство давления в области сердца. Состояние не улучшалось и на 14-й день после родов — больная была переведена в кардиологическое отделение, где лечилась более двух месяцев. Выписана в удовлетворительном состоянии. Ребенка грудью не кормила. После выписки из больницы до наступления настоящей беременности самочувствие было удовлетворительным.

Настоящая беременность вторая. С раннего ее срока состояние больной стало быстро ухудшаться: появились выраженная одышка, кашель с кровохарканием, отеки на нижних конечностях, участилось сердцебиение. С этими жалобами больная обратилась в женскую консультацию. Установлена беременность сроком 8 недель, и больная сразу была направлена в кардиологическое отде-

ление, откуда через неделю без улучшения состояния переведена в родильный дом.

Объективно. Состояние средней тяжести, кожа бледная, губы синюшны, на голенях, стопах и в поясничной области умеренные отеки. Температура тела — 37,3 °С, АД — 13,3/9,9 — 14,9/9,9 кПа (100/75—103/76 мм рт. ст.), пульс — 1,67 Гц (100 в 1 мин), ритмичный, удовлетворительного наполнения. Сердечный толчок смещен влево, разлитой, определяется в надчревной области. Левая граница сердца определяется на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, правая — на 2 см вправо от правого края грудины.

Прослушиваются грубый систолический и диастолический шум над верхушкой сердца и раздвоение II тона, акцент II тона над легочным стволом. В легких при перкуссии — ясный легочный звук, при аускультации — влажные хрипы в нижних отделах. Живот мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под реберного края на 3 см, плотная, болезненная при пальпации. Селезенка не пальпируется. Мочепускание свободное, симптом Пастернацкого отрицательный.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально, слизистая оболочка влагалища синюшна, влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, отверстие матки закрыто. Матка в антефлексии, размеры ее соответствуют 9 неделям беременности, несколько размягчена, подвижна. Яичники не пальпируются. Выделения слизистые.

Данные рентгеноскопии — сердце митральной конфигурации со слаженной талией. Корни легких застойные.

ЭКГ — признаки гипертрофии правого желудочка, удлинение электрической систолы, дистрофические изменения в миокарде.

Анализ крови: содержание гемоглобина — 6,95 ммоль/л; количество эритроцитов — 3,9 Т/л, лейкоцитов — 8,5 Г/л; лейкограмма не изменена, СОЭ — 45 мм/ч. Спальная проба — 210 единиц, дифениламиновая проба — 0,22 единицы, обнаружен С-реактивный протеин.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Меры для улучшения состояния беременной Н.
4. В каких случаях при сердечной патологии противопоказано сохранение беременности?
5. В каких случаях при сердечной патологии беременность может быть сохранена?

14.5.

Беременная Х., 29 лет, живет в сельской местности. При беременности сроком 30 недель явилась на консультацию к врачу-акушеру-гинекологу и была направлена в отделение патологии беременности с жалобами на слабость, жажду, чувство ненасытного голода, повышенное употребление жидкости — до 5—6 л/сут, кожный зуд, обильное мочеотделение.

Женщина желает сохранить беременность, но опасается, так как в прошлом году при таких же явлениях (жажда, обильное пи-

ть) у нее на 7-м месяце беременности произошли преждевременные роды мертвого плода массой 2600 г.

Менструация с 14 лет, установилась сразу по 3 дня через каждые 28 дней. Половая жизнь с 26 лет, брак зарегистрирован. Настоящая беременность вторая, в женской консультации не наблюдалась. Считает себя здоровой.

Объективно. Телосложение правильное, подкожная клетчатка развита слабо. Температура тела 36,6 °С, АД — 14,7/9,1—14,7/9,9 кПа (110/70—110/75 мм рт. ст.), пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, частота — 1,36 Гц (82 в 1 мин). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Живот овоидной формы, окружность живота — 96 см, высота стояния дна матки — 29 см. Положение плода продольное, предлежащая голова подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,2 Гц (132 уд./мин). Размеры таза: 25—27—30—20 см.

Данные влагалищного исследования. Влагалище свободное, шейка матки сохранена, отверстие закрыто, через свод определяется подвижная голова плода. Костных деформаций нет, мыс крестца не достигается.

Клинические показатели крови и мочи в норме. Уровень глюкозы в крови — 10,2 ммоль/л, в моче — 5 ммоль/л. Реакция мочи на ацетон отрицательная.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие осложнения бывают при беременности, сопровождающейся сахарным диабетом?
4. Лечение и питание больной X.
5. Как нужно вести беременность у женщин с сахарным диабетом?

14.6.

Беременная Н., 23 лет, поступила в родильный дом с беременностью сроком 37 недель, с начавшимися схватками и жалобами на головную боль, насморк, мучительный сухой кашель, конъюнктивит, озноб, повышение температуры тела.

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена. Материальные условия хорошие, но живет с мужем и матерью в однокомнатной квартире. У родных в течение недели наблюдаются кашель, чиханье, повышение температуры, но они продолжают работать.

Менструация с 13 лет, нормальная. Замужем с 22 лет, брак зарегистрирован. Беременность первая, регулярно посещала женскую консультацию, обследована, сопутствующих заболеваний не обнаружено. Прошла физио-, психопрофилактическую подготовку к родам.

Данные общего и акушерского исследования. Общее состояние удовлетворительное, телосложение правильное. Кожа и видимая слизистая оболочка розовые. Отеков нет. Выражены конъюнкти-

вит, гиперемия слизистой оболочки полости носа, открытые участки тела покрываются «гусиной кожей», озноб, часто чихает. Температура тела — 37,3 °С, АД — 15,3/10,4—15,6/10,4 кПа (115/80—120/80 мм рт. ст.), пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота — 1,33 Гц (80 в 1 мин). Тоны сердца чистые, в легких — везикулярное дыхание, сухой кашель. Симптом Пастернацкого отрицательный. Язык чистый, влажный, зев слегка гиперемирован, миндалины не увеличены, глотание безболезненное. Печень и селезенка не пальпируются.

Матка овоидной формы, окружность живота — 95 см, высота стояния дна матки — 34 см. Положение плода продольное, предлежащая голова прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное, ритмичное, частота — 2,3 Гц (136 уд./мин). Размеры таза: 26—28—31—21 см. Схватки хорошей силы продолжительностью 20 с через 10—12 мин.

Данные влагалищного исследования. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки укорочена, отверстие свободно пропускает палец, через него пальпируются оболочки плодного яйца. Предлежащая часть — малый сегмент головы во входе в малый таз. Стреловидный шов — в поперечном, слегка в правом косом размере, малый родничок — слева ближе к лобку. Мыс крестца не достигается.

При кипячении мочи белок не обнаружен.

Вопросы:

1. Диагноз (вместе с диагнозом инфекционного заболевания).
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие осложнения беременности и родов может вызвать это заболевание?
4. Куда следует госпитализировать роженицу Н. и какие мероприятия рекомендуется провести?
5. План ведения родов и послеродового периода с учетом возможных осложнений.

14.7.

Первобеременная Ш., 24 лет, поступила в наблюдательное отделение роддома с беременностью сроком 37 недель, начавшимися схватками и с жалобами на боль в надчревной области, зуд кожи, снижение аппетита, обесцвеченный кал, мочу темного цвета. Заболела 2 недели назад. Сначала появились общее недомогание, слабость, изредка тошнота, затем — боль в надчревной области и в правом подреберье, повышение температуры до 37,3 °С—37,5 °С. Вчера появилось желтушное окрашивание кожи и склеры, значительно увеличившееся сегодня утром. Моча приобрела кирпично-красный цвет, усилилась боль в области правого подреберья.

Менструация с 13 лет, установилась сразу, регулярная. Половая жизнь с 22 лет, брак зарегистрирован. Беременность первая, женскую консультацию посещала регулярно, обследована, сопутствующих заболеваний не обнаружено, при недомогании к врачу не обращалась.

Данные общего и акушерского исследования. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Выраженная

желтуха кожи, видимой слизистой оболочки и склеры. АД — 13,3/7,9 кПа (100/60 мм рт. ст.), пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, частота — 1 Гц (60 в 1 мин). Границы сердца в норме, тоны несколько приглушены. Насморка, кашля нет. При перкуссии легких — ясный легочный звук, при аускультации — везикулярное дыхание.

Аппетит понижен, стул ежедневно, кал светло-желтого цвета. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Живот увеличен в объеме за счет беременности. При пальпации живота обнаружена увеличенная печень, выступающая из-под реберной дуги на 2 см, край ее острый, болезненный. Селезенку пальпировать не удается.

Мочепускание свободное, безболезненное, симптом Пастернацкого отрицательный. Моча кирпично-красного цвета, при взбалтывании образуется желтая пена. Окружность живота — 96 см, высота стояния дна матки — 30 см. Положение плода продольное, предлежащая голова подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, справа ниже пупка, частота — 2,13 Гц (128 уд./мин). Размеры таза: 25—28—30—21 см.

Данные влагалищного исследования. Влагалище нерожавшей женщины, стенки влагалища рыхлые, цианотичные, шейка размягчена, отверстие пропускает один палец. Через свод влагалища определяется голова, подвижная над входом в малый таз. Костный таз без деформаций, мыс крестца не достигается.

Данные лабораторных исследований. Анализ крови: содержание гемоглобина — 9,93 ммоль/л; количество эритроцитов — 4,5 Т/л, лейкоцитов — 4 Г/л; СОЭ — 8 мм/ч. Содержание билирубина в сыворотке крови по Ван-ден-Бергу — 70 мкмоль/л, качественная реакция на билирубин прямая, двуфазная.

Анализ мочи: цвет насыщенно-желтый; реакция кислая; относительная плотность — 1020; содержание белка — 0,3 г/л; лейкоцитов — 5—6 в поле зрения; цилиндры не обнаружены; определяется билирубин.

Вопросы:

1. Диагноз.
 2. Данные клинического обследования больной Ш., послужившие основанием для диагноза.
 3. Какие осложнения возможны при сочетании беременности и инфекционного гепатита (болезни Боткина)?
 4. Дифференциальная диагностика желтухи беременных и инфекционного гепатита.
 5. Лечение и ведение беременных при инфекционном гепатите.
- 14.8.**

Беременная Т., 25 лет, переведена из туберкулезного диспансера в акушерское отделение по поводу начавшихся 8 ч назад срочных родов.

Данные анамнеза. В течение последних 3 лет болеет туберкулезом легких, состоит на учете в тубдиспансере, лечилась стрептомицином сульфатом, фтивазидом, ПАСК-натрием, гормонами, витаминами, кислородом и т. п.

Настоящая беременность третья, две предыдущие закончились искусственным абортom по медицинским показаниям. Беременная находилась под наблюдением женской консультации и туберкулезного диспансера. На 36-й неделе беременности по поводу очаговой формы туберкулеза легких в фазе инфильтрации был наложен левосторонний пневмоторакс и проведена активная антибактериальная, гормоно- и витаминотерапия. Беременность развивалась нормально.

Данные общего обследования. При поступлении в отделение общее состояние удовлетворительное. Температура тела — 36,6 °С, АД — 15,3/9,1—15,6/9,1 кПа (115/70—120/70 мм рт. ст.), пульс — 1,17 Гц (70 в 1 мин), хорошего наполнения и напряжения.

Окружность живота — 99 см, высота стояния дна матки — 34 см, положение плода продольное, предлежащая часть — большой сегмент головы во входе в малый таз, сердцебиение плода — 2,17 Гц (130 уд./мин), ясное, слева ниже пупка. Размеры таза: 26—29—31—21 см. Схватки сильные, продолжительностью 35—40 с через 4—5 мин. Околоплодные воды не отходили.

Данные влагалищного исследования. Влагалище свободное, шейка сглажена, открытие отверстия матки на 3,5 пальца, плодный пузырь цел, наливается при схватках. Предлежащая голова большим сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов — в правом косом размере, малый родничок — слева ближе к лобковому симфизу. Мыс крестца не достигается. Деформация костей таза не установлена. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева — 3360 г.

В моче при реакции с сульфасалициловой кислотой белок не обнаружен.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План ведения родов.
3. В каких случаях мать, больная туберкулезом легких, может кормить своего ребенка грудью?
4. В каких случаях при туберкулезе беременность непременно должна быть прервана?
5. Как отражается туберкулезный процесс у матери на развитие плода и новорожденного?

14.9.

Беременная В., 29 лет, поступила в отделение патологии беременности с жалобами на слабость, головную боль, боль в области правого подреберья, повышение температуры тела по вечерам до 37,5 °С.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена, бытовые условия удовлетворительные, в течение последних 5 лет работает дояркой на молочной ферме.

В детстве болела корью, коклюшем. Четыре года назад перенесла какое-то тяжелое инфекционное заболевание, сопровождавшееся стойким повышением температуры тела и болевой реакцией в области печени. Несмотря на тщательное обследование, проведен-

ное в стационаре, окончательный диагноз точно не был установлен. После этого заболевания нередко возникает гриппоподобное состояние, сопровождающееся общей слабостью и повышением температуры тела.

Менструация с 14 лет, нормальная. Замужем с 22 лет, первая беременность закончилась нормальными срочными родами, вторая и третья — самопроизвольными абортами, четвертая — преждевременными родами. Ребенок умер через 3 дня. Настоящая беременность пятая. Последняя менструация была два месяца назад.

Данные общего обследования. Женщина правильного телосложения, несколько пониженного питания. Кожа и видимая слизистая оболочка чистые, бледно-розовой окраски. Температура тела — 37,5 °С, пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД — 14,9/7,9—13,3/7,9 кПа (105/60—100/60 мм рт. ст.). Со стороны сердца и легких патологических изменений не найдено. Язык чистый, влажный, зев гиперемирован, миндалины не увеличены. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации безболезнен, печень не увеличена, чувствительна при пальпации. Желчный пузырь не пальпируется, селезенка не увеличена, безболезненна. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет, стул нормальный.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, свободное. Шейка цилиндрической формы, чистая, отверстие закрыто, слизистая оболочка влагалища и шейки матки синюшная. Матка увеличена до размеров гусиного яйца, размягчена, округлая, признаки Горвица — Хегара и Снегирева положительные, яичники не определяются, области их расположения безболезненны.

Инфильтратов в области свода влагалища и периметрия нет.

Вопросы:

1. Диагноз. Предположительный диагноз инфекционного заболевания.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие обследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Какие осложнения беременности и родов может вызвать токсоплазмоз?
5. Лечение беременных с токсоплазмозом.

14.10.

Первобеременная С., 22 лет, поступила в отделение патологии беременности с угрозой преждевременных родов. Заболела накануне вечером, появились боль в надчревной области, тошнота. Приняв 2 таблетки бесалола, больная ночью спала спокойно. Утром возобновилась ноющая нарастающая боль, сильнее в правом подреберье, появились тошнота и рвота. Больная вызвала машину скорой помощи и была направлена в роддом с угрозой преждевременных родов при беременности сроком 36 недель.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена, в детстве болела корью. Менструация с 13 лет, нормальная. Замужем с

20 лет. Настоящая беременность первая, женскую консультацию посещала регулярно, обследована, сопутствующих заболеваний не обнаружено, беременность протекала без осложнений.

Объективно. Состояние удовлетворительное, кожа и слизистая оболочка чистые, нормальной окраски, отеков нет. Температура тела — 37,6 °С, АД — 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.), пульс ритмичный, частота — 1,67 Гц (100 в 1 мин), удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны сердечно-сосудистой системы и органов дыхания патологических изменений не установлено. Язык сухой, обложен сероватым налетом. При поверхностной пальпации в правом подреберье определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. Здесь же и несколько кверху при глубокой пальпации отмечается резкая болезненность. Симптом Щеткина — Блюмберга положительный. При перемещении больной на левый бок боль в правом подреберье усилилась (симптом Ситковского). Симптом Пастернацкого отрицательный.

Размеры матки соответствуют 36 неделям беременности, положение плода продольное, предлежащая голова подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Тонус матки нормальный. Размеры таза: 25—28—30—20 см.

Данные влагалищного исследования. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, отверстие закрыто. Мыс крестца не достигается. Костных деформаций нет. Параметральная клетчатка не инфильтрирована. Выделения из влагалища слизистые.

Анализ крови: содержание гемоглобина — 7,57 ммоль/л; количество эритроцитов — 4,2 Т/л, лейкоцитов — 10,7 Г/л; лейкограмма: сегментоядерные — 0,72, палочкоядерные — 0,03, эозинофильные гранулоциты — 0, лимфоциты — 0,14, моноциты — 0,11; СОЭ — 20 мм/ч.

Анализ мочи: относительная плотность — 1012; белка нет; лейкоцитов — 1—2 в поле зрения; эритроцитов и почечного эпителия нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Дифференциальная диагностика с угрозой прерывания беременности.

4. Лечение.

5. Прогноз для матери и плода.

14.11.

Роженица Р., 28 лет, поступила в акушерское отделение с доношенной беременностью через 6 ч от начала регулярной родовой деятельности.

Менструация с 13 лет, установилась сразу, нормальная. Беременность третья. Первая закончилась срочными родами, вторая — искусственным абортom на 7-й неделе беременности. В послеабортном периоде была отмечена субинволюция матки.

Данные общего и акушерского исследования. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. АД — 16,3/11,1—15,6/9,1 кПа (125/85—120/85 мм рт. ст.), пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, частота — 1,27 Гц (76 уд./мин). Температура тела нормальная. Отмечается частое мочеиспускание.

Окружность живота — 100 см, высота стояния дна матки — 34 см. У дна матки и на передней ее стенке пальпируются небольшие плотные узелки. Положение плода продольное. Высоко над входом в малый таз определяется баллотирующая голова плода. Над лобком пальпируется плотноватое образование, нижний полюс которого определить не удается. Тонус матки повышен. Сердцебиение плода ясное, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Схватки интенсивные, продолжительностью 30—35 с через 5—6 мин. Предположительная масса плода по формуле Лебедева — 3400 г. Отошло немного светлых вод. Размеры таза: 25—28—31—21 см.

Данные влагалищного исследования. Влагалище свободное, шейка гладкая, открытые отверстия матки на 3 поперечных пальца, плодный пузырь отсутствует. Полость малого таза выполнена плотноватой, бугристой опухолью округлой формы следующих размеров: 12×13×10 см. Опухоль исходит из передней стенки нижнего сегмента матки, нижний полюс ее доходит до плоскости узкой части малого таза. Предлежащая часть — голова — стоит высоко над входом в малый таз и едва достигается кончиками пальцев.

Анализ крови: содержание гемоглобина — 7,82 ммоль/л; количество эритроцитов — 4,1 Г/л, лейкоцитов — 4,9 Г/л; лейкограмма без особенностей; СОЭ — 12 мм/ч.

Анализ мочи: относительная плотность — 1012; белка нет; лейкоциты и эритроциты единичные; цилиндров нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие возможны осложнения в родах при этом заболевании?
4. Как родоразрешить роженицу Р., показания и условия?
5. Примерный план операции.

14.12.

Беременная Т., 38 лет, поступила в клинику с беременностью сроком 12 недель и с жалобами на кровянистые выделения из половых органов.

Данные анамнеза. В детстве ничем не болела, будучи взрослой болела только гриппом.

Менструация с 12 лет, нормальная. Беременность пятая, первые три закончились срочными родами, четвертая год назад прервалась самопроизвольно в раннем сроке беременности. Было произведено выскабливание полости матки, при котором обнаружилась эрозия шейки матки. Лечилась амбулаторно тампонами с рыбьим жиром и синтомициновой эмульсией. Эрозия зарубцевалась, однако при осмотре спустя 6 месяцев возобновилась. Больная снова начала амбулаторное лечение тампонами, но из-за возникновения настоящей беременности лечение было прервано.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное, со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Температура тела — 36,8 °С, АД — 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.), пульс — 1,17 Гц (70 в 1 мин), хорошего наполнения. Нарушений акта дефекации и мочеиспускания нет.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально, слизистая оболочка несколько синюшна. При осмотре с помощью зеркал — на шейке матки у отверстия площадью с 3-копеечную монету неровные, бугристые разрастания в виде цветной капусты. Поверхность их ярко-красная с участками некроза и кровоизлияний, при притрагивании они легко кровоточат.

Шейка матки гипертрофирована, деформирована, плотной консистенции, подвижная, отверстие зияет. Тело матки — в антефлексии, размягчено, подвижно, размеры соответствуют 12 неделям беременности. Яичники не определяются. Параметрий свободный, свод влагалища глубокий, крестцово-маточные связки не инфильтрированы, выделения кровянистые, жидкие, с ихорозным запахом.

При прямокишечно-влагалищном исследовании установлено: между введенными пальцами определяется хорошо подвижная слизистая оболочка влагалища и прямой кишки, в клетчатке прямокишечно-влагалищной перегородки инфильтратов нет. Проба Шиллера с раствором Люголя отрицательная.

Анализ крови: содержание гемоглобина — 7,14 ммоль/л; количество эритроцитов — 4,9 Т/л, лейкоцитов — 8,5 Г/л; лейкограмма не изменена; СОЭ — 20 мм/ч.

Реакция Вассермана отрицательная.

Анализ мочи: относительная плотность — 1014; белка нет; эритроцитов нет; лейкоцитов — 1—2 в поле зрения; цилиндров нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные клинического исследования больной Т., послужившие основанием для диагноза.
3. Дополнительные методы исследования, необходимые для подтверждения диагноза.
4. Тактика врача при данной беременности.
5. Как следует поступать в случае неоперабельного (III—IV стадия) рака шейки матки в сочетании с беременностью?

14.13.

Беременная Р., 25 лет, поступила в клинику для профилактического стационарного лечения с беременностью сроком 34 недели и резус-отрицательным фактором крови.

Данные анамнеза. В детстве болела корью, в 20-летнем возрасте перенесла аппендэктомия, гемотрансфузий не было.

Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через каждые 28 дней. Замужем с 22 лет.

Настоящая беременность вторая, первая 2 года назад закончилась преждевременными родами мертвого плода. Во время данной беременности с 6-недельного срока регулярно наблюдается в жен-

ской консультации, обследована, сопутствующих заболеваний не обнаружено. АД колебалось в пределах 15,6/7,9—16,9/7,9 кПа (120/60—130/60 мм рт. ст.), прибавка массы тела в пределах нормы, отеков не было. Клинические анализы крови нормальные. Содержание билирубина по Ван-ден-Бергу до 32—33 недель беременности составляло 85—103 мкмоль/л, а в 34 недели — 137 мкмоль/л. Анализы мочи нормальные. Реакция Вассермана проведена дважды, отрицательная. Кровь беременной А (II) (второй) группы, резус-отрицательная. Кровь мужа резус-положительная, В (III) (третьей) группы. Анализ крови на титр резус-антител проводился ежемесячно, титр постоянно составлял 1 : 2. С 32 недели беременности титр резус-антител заметно нарастал — 1 : 4, в 34 недели — 1 : 16.

Беременная дважды (в начале и в середине беременности) была госпитализирована в клинику для профилактического лечения.

Объективно. Общее состояние хорошее, температура тела — 36,6 °С, пульс — 1,26 Гц (72 в 1 мин), ритмичный, АД — 16,3/7,9 кПа (125/60 мм рт. ст.). Тоны сердца чистые, границы в норме. В легких — везикулярное дыхание. Живот мягкий, безболезненный, печень выступает из подреберья на 1,5 пальца, селезенка не прощупывается. Окружность живота — 92 см, высота стояния дна матки над лобком — 34 см. Положение плода продольное, предлежащая часть — голова, небольшого размера, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное, частота — 2,17 Гц (130 уд./мин). Размеры таза: 26—29—31—21 см.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище свободное, шейка матки сохранена, отверстие закрыто. Кости таза без деформаций, мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные, подтверждающие диагноз.
3. Какие осложнения могут быть у матери и плода при резус-конflikте?
4. Современные методы исследования, применяющиеся для диагностики резус-принадлежности.
5. План ведения беременной при резус-конflikте с момента взятия ее на учет.

14.14.

Беременная С., 23 лет, поступила в отделение экстрагенитальных заболеваний с беременностью сроком 32 недели (первый день в родовом декретном отпуске) и с жалобами на общую слабость, головокружение, головную боль, постоянное сонное состояние, мелькание перед глазами, утомляемость. Такие ощущения стала отмечать после 20 недель беременности. Из анамнеза установлено, что беременная болеет хроническим гастритом и гепатохолециститом.

Объективно. Кожа и слизистая оболочка бледной окраски. Пульс — 1,43 Гц (86 в 1 мин), ритмичный, слабого наполнения.

АД — 14,7/9,1 кПа (110/70 мм рт. ст.). Со стороны сердца выявлен слабый систолический (анемический) шум над верхушкой. В легких везикулярное дыхание.

Данные акушерского исследования. Высота стояния дна матки между мечевидным отростком и пупком. Положение плода продольное, первая позиция, передний вид, предлежит голова. Сердцебиение — 2,3 Гц (138 уд./мин), слева ниже пупка. Размеры таза нормальные.

Анализ крови: количество эритроцитов — 3,4 Т/л; содержание гемоглобина — 49,6 ммоль/л; цветовой показатель — 0,8; СОЭ — 48 мм/ч.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Характеристика гипохромной анемии.
3. План обследования и лечения больных с анемией.
4. Тактика ведения во время беременности и в родах.

14.15.

Беременная В., 25 лет, доставлена машиной скорой помощи в наблюдательное отделение клиники с беременностью сроком 24—25 недель и с жалобами на резкую боль в правой поясничной области, высокую температуру тела — 38,5 °С, периодический озноб, частое болезненное мочеиспускание.

Беременность первая. Начиная с 16-й недели периодически отмечала боль в поясничной области, чаще справа. Общее состояние при поступлении в стационар средней тяжести. Кожа и видимая слизистая оболочка бледные. Симптом Пастернацкого справа резко положительный. Анализ мочи — все поле зрения покрыто лейкоцитами. АД — 16,9/12 кПа (130/90 мм рт. ст.), пульс — 1,77 Гц (106 в 1 мин), ритмичный. Живот увеличен за счет беременной матки. Окружность живота — 85 см, высота стояния дна матки — 26 см (на уровне пупка). Положение плода неустойчивое. Сердцебиение плода — 2,43 Гц (146 уд./мин), ритмичное. При пальпации матка в повышенном тоне.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки чистая, сформирована, отверстие закрыто. Мыс крестца не достигается. Экзостозов нет. Выделения молочного цвета.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План обследования и лечения больной.
3. Какие осложнения могут быть у больной В. во время беременности и родов?
4. Меры профилактики данных осложнений.

ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЕ ПРЕРЫВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

15.1.

Беременная Э., 26 лет, поступила в гинекологическое отделение клиники для искусственного прерывания беременности.

Жалоб нет. В прошлом никаких заболеваний не отмечает. Менструация с 13 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 28 дней. Последняя менструация — 2,5 месяца назад. Настоящая беременность вторая, первая два года назад закончилась нормальными родами. При обращении в женскую консультацию 2 недели назад была установлена беременность сроком 6 недель. Прошла необходимое обследование для направления на медицинский аборт, желает прервать беременность.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворительное, кожа чистая, со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Температура тела — 36,6 °С, АД — 15,6/9,9 кПа (120/75 мм рт. ст.), пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), ритмичный. В контакте с инфекционными больными не была.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное, шейка цилиндрической формы, отверстие закрыто. Тело матки в антефлексии, увеличено до размеров гусиного яйца, мягковатой консистенции, шаровидной формы с некоторой асимметрией. Яичники не увеличены, безболезненны. При осмотре с помощью зеркал обнаружено разрыхление и цианоз слизистой оболочки шейки матки и влагалища. Шейка чистая, выделения молочного цвета в небольшом количестве.

Анализ крови: содержание гемоглобина — 8,38 ммоль/л; количество эритроцитов — 4,9 Т/л, лейкоцитов — 6,4 Г/л; СОЭ — 8 мм/ч.

Реакция Вассермана отрицательная.

Анализ влагалищного содержимого: гонококков и трихомонад нет, лейкоциты — 1—2 в поле зрения, палочки Дедерлейна.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Какие бывают противопоказания для производства медицинского аборта?
3. Техника медицинского аборта.
4. Возможные осложнения во время аборта.
5. Профилактика аборт. Физиологический метод предупреждения беременности.

15.2.

Беременная И., 35 лет, поступила в клинику с беременностью сроком 11—12 недель для искусственного ее прерывания.

Данные анамнеза. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжается 3 дня через каждые 28 дней, умеренная, безболезненная. Последняя менструация была 3 месяца назад. Замужем с 23 лет. Всего было 7 беременностей, из них 3 закончились рода-

ми и 4 — аборт. Последний аборт — 8 месяцев назад. Роды и аборты протекали без осложнений.

При поступлении состояние больной удовлетворительное, температура тела — 36,6 °С, пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), АД — 15,3/9,1 кПа (115/70 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено.

Данные влагалищного исследования. Влагалище свободное, стенки его и шейки матки рыхлые, синюшные. Шейка матки чистая, цилиндрической формы, отверстие закрыто. Матка в антефлексии, увеличена соответственно 12-й неделе беременности. Яичники не увеличены, безболезненны. Выделения из влагалища молочные в умеренном количестве.

Показатели крови без патологии. Исследование влагалищного содержимого показало вторую степень чистоты влагалища.

Противопоказаний к производству медицинского аборта нет.

После соответствующей подготовки произведен аборт путем выскабливания полости матки. Операция производилась под местной анестезией — введением в боковые части свода влагалища по 60 мл 0,5 % раствора новокаина. Длина полости матки, измеренная зондом, — 12 см. Канал шейки матки расширен дилататорами Хегара до 12-го номера. Кюреткой и абортцангом произведено разрушение и удаление плодного яйца. Во время операции врач почувствовал выступ на кишечной поверхности матки. При потягивании за ткани этого выступа были извлечены кусочки сальника. Операция прекращена.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Причины прободения матки во время аборта. Какую причину можно предположить у больной И.?
3. Признаки прободения матки при аборте.
4. Первые действия врача при обнаружении прободения. Методы оперативного вмешательства при перфорации матки.
5. Всегда ли при перфорации матки показано только оперативное лечение?

15.3.

Больная А., 30 лет, доставлена в гинекологическое отделение по поводу маточного кровотечения, наступившего после произведенного в этом же отделении медицинского аборта при беременности сроком 11—12 недель.

Данные анамнеза. В детстве болела корью, взрослой перенесла аппендэктомю.

Менструация с 13 лет, без патологических отклонений, последняя менструация — 3 месяца назад. Половая жизнь с 22 лет. Беременность четвертая: 2 первые закончились нормальными родами без осложнений, третья, 2 года назад, — медицинским аборт.

При поступлении больная очень бледная, температура тела — 36,6 °С, пульс — 1,67 Гц (100 в 1 мин), удовлетворительного наполнения, АД — 13,3/9,1 кПа (100/70 мм рт. ст.). Со стороны легких

и органов кровообращения патологических изменений не обнаружено.

Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания, при пальпации не болезненна. Печень, селезенка не пальпируются, диспептических явлений нет. Наружные половые органы, кожа бедер смочены кровью.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально, со стороны уретры и больших желез преддверия патологических изменений нет. Влагалище заполнено сгустками крови, после удаления которых видна чистая шейка матки со следами от щипцов Мюзо. Отверстие раскрыто на ширину одного поперечного пальца. В отверстии виднеется ткань красно-фиолетового цвета, верхний конец которой уходит в полость матки. Матка округлой формы, мягкая, увеличена соответственно 10—11-й неделе беременности, в антефлексии, безболезненна. Яичники не увеличены, безболезненны. Выделения кровянистые, обильные.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Действия врача. Лечение.
3. Какие следует соблюдать правила при производстве медицинского аборта (особенно при повторном выскабливании), чтобы избежать прободения матки?
4. Отдаленные осложнения аборта.
5. Профилактика аборт. Механические противозачаточные средства (кроме ВМС).

15.4.

Большая И., 25 лет, поступила в отделение патологии беременности с жалобами на тянущую боль внизу живота и в поясничной области, небольшие кровянистые выделения из половых органов. Заболела 2 дня назад, причины заболевания не знает.

Данные анамнеза. В детстве перенесла корь, ветряную оспу, взрослой — пневмонию. Материально-бытовые условия в семье родителей были неблагоприятными.

Менструация с 16 лет, установилась сразу, скудная, болезненная. После замужества характер менструации не изменился. Последняя менструация — 3 месяца назад. Замужем с 22 лет, муж здоров, контрацептивными средствами не пользовалась. Настоящая беременность первая. Встала на учет в женскую консультацию сразу же после задержки менструации, беременность протекала нормально.

При поступлении общее состояние удовлетворительное, температура тела — 36,6 °С, пульс — 1,23 Гц (74 в 1 мин), АД — 16,3/10,4 кПа (125/80 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Данные влагалищного исследования. Оволосение на лобке выражено скудно, малые половые губы не прикрыты большими, задняя спайка образована малыми губами, промежность втянутая. Влагалище узкое, короткое, шейка матки конической формы, длинная, сочная, цианотичная. Отверстие матки округлой формы, про-

пускает кончик пальца. Матка в антефлексии, шаровидной формы, мягковатой консистенции, увеличена до размеров головы новорожденного, подвижная, безболезненная. Яичники с обеих сторон не определяются. Свод влагалища свободный, безболезненный. Кровянистые выделения в небольшом количестве.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Какая причина могла вызвать заболевание у И.?
4. Лечение.
5. Как следовало вести беременную И. с первого посещения ею женской консультации?

15.5.

Больная М., 30 лет, доставлена машиной скорой помощи в отделение патологии беременности с обильным маточным кровотечением. В течение последних 2—3 дней больная чувствовала тупую ноющую боль внизу живота и в пояснице, но к врачу не обращалась. Час назад боль усилилась, приняла схваткообразный характер. Появилось кровотечение.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена, болела корью, скарлатиной, гриппом.

Менструация с 12 лет, нормальная. Последняя менструация — 3 месяца назад. Имела одни срочные роды и 2 медицинских аборта. Во время настоящей беременности (с 6-недельного срока) состояла под наблюдением врача женской консультации.

Объективно. При поступлении состояние больной средней тяжести, выражена бледность кожи и слизистой оболочки. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Температура тела — 36,6 °С, пульс — 1,47 Гц (88 в 1 мин), удовлетворительного наполнения, АД — 13,3/7,9 кПа (100/60 мм рт. ст.).

Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненный. Наружные половые органы и внутренние поверхности бедер обильно смочены кровью.

Данные влагалищного исследования. Влагалище заполнено сгустками крови, после удаления которых видна шейка матки цилиндрической формы, синюшной окраски. Из отверстия матки выпячиваются оболочки плодного пузыря и кусочек ткани красного цвета.

Канал шейки матки свободно пропускает палец. В канале определяется плодный пузырь, напрягающийся при схватках. Матка увеличена до размеров головы новорожденного, округлой формы, мягкой консистенции, в антефлексии, не болезненная, подвижная. Яичники не увеличены, безболезненные. Выделения кровянистые, обильные.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.

3. Действия врача. Лечение.

4. Как следовало бы поступить, если при тех же условиях срок беременности был бы 20 недель?

5. Профилактика аборт. Метод внутриматочной контрацепции.
15.6.

Беременная В., 24 лет, поступила в отделение патологии беременности с жалобами на тянущую боль внизу живота и в пояснице. Кровянистые выделения из половых органов отсутствуют. Два дня назад, после переутомления на работе, больная почувствовала ноющую боль в животе, которая вскоре прекратилась и возобновилась через 2 дня.

На 12-й неделе беременности находилась на стационарном лечении по поводу угрозы выкидыша. После проведенного лечения выписана с сохранившейся беременностью.

Данные анамнеза. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через каждые 28 дней. Последняя менструация — 4 месяца назад. Половая жизнь с 20 лет, брак зарегистрирован, муж здоров. Беременность четвертая; первые три закончились самопроизвольным аборт. на 14, 16-й и 20-й неделе беременности.

Объективно. При обследовании в женской консультации в крови установлен резус-положительный фактор; токсоплазмоз, листериоз, бруцеллез и сифилис отсутствуют.

Телосложение нормальное, кожа и слизистая оболочка чистые, розовые. Температура тела — 36,6 °С, пульс ритмичный, частота — 1,27 Гц (76 в 1 мин), АД — 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.). Патологических изменений со стороны сердечно-сосудистой системы и легких не обнаружено. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются, матка находится на середине расстояния между пупком и лобком, дно ее на 4 поперечных пальца выше лобка.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы сформированы правильно, слизистая оболочка влагалища и шейки матки сочная, цианотичная. На шейке матки патологических изменений не установлено.

Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки укорочена, отверстие свободно пропускает палец. Матка увеличена соответственно 16-й неделе беременности, мягковатой консистенции, округлой формы. Придатки и параметрий без особенностей. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие методы хирургического лечения нужно применять при описанной ситуации?
4. Лечение, понижающее сократительную функцию матки.
5. На каких стадиях аборта возможно сохранение беременности?

15.7.

Больная Л., 25 лет, доставлена в клинику с жалобами на боль в животе, непрерывную рвоту. Считает себя больной с вчерашнего вечера, когда ей на дому знакомым врачом был сделан аборт при 3-месячной беременности. Первые два часа самочувствие было удовлетворительное, после чего состояние стало ухудшаться.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве и во взрослом состоянии ничем не болела. Половая жизнь с 20 лет, брак зарегистрирован, муж здоров. Настоящая беременность третья: первые две закончились нормальными родами.

Объективно. Состояние больной тяжелое, температура тела — 37,4 °С, пульс — 2 Гц (120 в 1 мин), малого наполнения, слабый. Дыхание учащенное, поверхностное. Кожа бледная с серовато-землистым оттенком, глаза впалые, черты лица заострились, язык сухой, обложенный. Живот не вздут, но напряжен, болезненный при пальпации, симптом Щеткина—Блюмберга положительный. В нижних областях живота справа определяется притупление перкуторного звука.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище свободное, шейка матки чистая, на передней губе — следы-проколы, оставшиеся после накладывания пулевых щипцов. Шейка цилиндрической формы, отверстие пропускает палец, матка отчетливо не определяется из-за напряжения брюшной стенки. Слева яичник не увеличен, в боковой части свода справа — пастозность. Исследование очень болезненно. Выделения кровянистые, умеренные.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.
3. План лечения больной Л.
4. Медицинские показания к прерыванию беременности в поздние сроки, предупреждающее осложнения, опасные для жизни женщины.
5. Несет ли уголовную ответственность врач за производство аборта вне лечебного учреждения?

15.8.

Больная Н., 23 лет, доставлена машиной скорой помощи в гинекологическую клинику в тяжелом состоянии с высокой температурой тела, ознобом, кровянисто-серозными пенными выделениями из половых органов. Со слов больной, 2 дня назад для прекращения беременности она сама ввела в матку резиновым баллончиком около стакана прокипяченного мыльного раствора. Через сутки состояние резко ухудшилось, появился озноб, а на следующее утро поднялась температура до 39 °С, появилась сильная схваткообразная боль внизу живота.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. Перенесенных заболеваний не помнит. Менструация с 14 лет, нормальная.

Последняя менструация — 2 месяца назад. Половая жизнь с 22 лет, брак не зарегистрирован.

Объективно. Больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Состояние при поступлении тяжелое. Больная вялая, апатичная, на вопросы отвечает с трудом, выражена одышка. Кожа бледная, цианотичная, с желтушно-бронзовым оттенком. Температура тела — 40,1 °С, пульс — 1,77 Гц (106 в 1 мин), ритмичный, слабого наполнения, АД — 13,3/7,9 кПа (100/60 мм рт. ст.). Со стороны органов грудной клетки патологических изменений не выявлено, дыхание учащенное. Губы и язык сухие, живот мягкий, принимает участие в акте дыхания, болезнен в нижних областях. Симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный. Перистальтика кишок хорошо выслушивается над всеми областями живота. Газы отходят самостоятельно. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез — 350 мл, моча темно-шоколадного, коричневого цвета.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно, шейка матки цилиндрической формы, при осмотре с помощью зеркал не эрозирована, цианотичная, из отверстия выделяются ткани, пронизанные пузырьками газа. Матка болезненная, шаровидной формы, увеличена до размеров 10-недельной беременности, при пальпации отмечается выраженная крепитация. Яичники не увеличены, области их расположения безболезненные. Выделения кровянисто-серозные с пузырьками газа, без запаха.

Анализ крови: содержание гемоглобина — 4,65 ммоль/л; количество лейкоцитов — 10,2 Г/л; сдвиг лейкограммы влево; СОЭ — 36 мм/ч.

Анализ мочи: цвет темно-шоколадный; прозрачность мочи сохранена; относительная плотность — 1020; содержание белка — 0,66 г/л; лейкоциты 1—2 в поле зрения; эритроцитов нет, цилиндры — гемоглобиновые. При спектроскопии мочи определяется гемоглобин.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза, лечения и прогноза больной Н.?

4. Лечение.

5. Прогноз заболевания у больной Н.

15.9.

В клинику поступила беременная С., 23 лет, с жалобами на тянущую боль внизу живота и в поясничной области, общее недомогание.

Данные анамнеза. Заболела 2 месяца назад, когда после перенесенного гриппа была госпитализирована в отделение патологии беременности с явлениями, угрожающими абортom, при беременности сроком 12 недель. Лечилась в течение 2 недель. Выписалась

после прекращения кровянистых выделений, однако периодически продолжали беспокоить ноющая боль внизу живота, познабливание, тошнота, снижение работоспособности, размягчение и уменьшение молочных желез, отсутствие шевеления плода.

Менструация с 13 лет, нормальная. Последняя менструация — 5 месяцев назад. Замужем с 22 лет. Настоящая беременность первая. Состоит под наблюдением в женской консультации с 8-недельного срока беременности. Реакция Вассермана отрицательная, показатели крови и мочи нормальные, кровь резус-положительная.

Объективно. Больная среднего роста, правильного телосложения, температура тела — 36,6 °С, АД — 15,6/9,1 кПа (120/70 мм рт. ст.), пульс — 1,20 Гц (72 в 1 мин). Внутренние органы без отклонений от нормы.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально, влагалище узкое, шейка матки цилиндрической формы, отверстие пропускает кончик пальца. Матка в антефлексии, грушевидной формы, тестоватой консистенции, по величине соответствует 10 неделям беременности, подвижная, безболезненная. Яичники без особых изменений.

Шейка матки не эрозирована. Слизистая оболочка наружных половых органов, влагалища и шейки светло-розовой окраски, не рыхлая. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Лечение.
5. Какие осложнения могут возникнуть при несостоявшемся аборте?

Т е м а 16

НЕДОНАШИВАНИЕ И ПЕРЕНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ

16.1.

Беременная Р., 23 лет, поступила в отделение патологии беременности с жалобами на схваткообразную боль внизу живота и в поясничной области, усиливающуюся при малейшем напряжении.

Данные анамнеза. В детстве и во взрослом состоянии была здоровой, а неделю назад перенесла тяжелую форму гриппа. Менструация началась в 14-летнем возрасте, без нарушений. Последняя менструация — 8,5 месяца назад. Замужем с 22 лет. Настоящая беременность первая, женскую консультацию посещала регулярно, беременность протекала без патологических отклонений. Две недели назад получен дородовой декретный отпуск.

Объективно. Женщина правильного телосложения, среднего роста. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела — 36,6 °С, пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), АД — 15,6/9,1 кПа

(120/70 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических изменений не установлено.

Живот увеличен за счет беременности, окружность живота — 80 см, высота стояния дна матки над лобком — 28 см, дно матки на 3 поперечных пальца ниже мечевидного отростка. Размеры таза: 26—28—30—20 см. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая часть голова, подвижная над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Матка возбуждена. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева — 2240 г.

Данные влагалищного исследования. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, отверстие пропускает кончик пальца, перешеек закрыт. Через свод влагалища определяется предлежащая часть — голова, подвижная над входом в малый таз. Мыс крестца не достигается. Выделения слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Этиология заболевания. Какой этиологический момент послужил причиной заболевания у Р.?
4. Лечение.
5. Организация специализированной помощи женщинам при недонашивании беременности.

16.2.

Роженица С., 25 лет, поступила в родильный дом с часто повторяющейся схваткообразной болью внизу живота, начавшейся 4 ч назад. По дороге в родильный дом стали подтекать околоплодные воды.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена, в детстве перенесла корь, скарлатину, ветряную оспу, взрослой часто болела ангиной. Менструация с 13 лет, без отклонений от нормы. Последняя менструация — 8 месяцев назад. Замужем с 23 лет. Было 2 беременности, закончившиеся абортom без осложнений. Настоящая беременность третья. Регулярно наблюдалась в женской консультации, беременность протекала без патологических отклонений, через неделю должна была получить родовый декретный отпуск. Заболевание ни с чем не связывает.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворительное, температура тела — 36,7 °С, пульс ритмичный, частота — 1,3 Гц (78 в 1 мин), АД — 16,3/10,4 кПа (125/80 мм рт. ст.). Со стороны органов дыхания, кровообращения, пищеварения и мочевой системы патологических отклонений не обнаружено.

Данные акушерского обследования. Окружность живота — 80 см, высота стояния дна матки — 27 см, пупок сглажен. Размеры таза: 26—28—30—20 см. Дно матки — посредине расстояния между пупком и мечевидным отростком. Положение плода продольное, предлежащая голова прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, частота — 2,3 Гц (138 уд./мин). Схватки регулярные, интенсивные, продолжительностью 30 с через каждые 5—6 мин.

Данные влагалищного исследования. Влагалище емкое, шейка сглажена, открытие отверстия на 2 пальца, плодный пузырь вскрыт, подтекают светлые воды в умеренном количестве. Предлежащая голова плода прижата ко входу в малый таз, кости черепа мягкие, легкоподвижные, в области стреловидного шва одна кость находит на другую. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
 2. Симптомы, подтверждающие диагноз.
 3. Особенности и осложнения, присущие преждевременным родам.
 4. Ведение преждевременных родов.
 5. Отличительные признаки недоношенного плода.
- 16.3.**

Роженица М., 24 лет, поступила в клинику со схватками, начавшимися 2 ч назад. Диагноз женской консультации: переносимая беременность сроком 42 недели, начавшиеся запоздалые роды.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена, в детстве болела корью, аппендэктомия была 2 года назад. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через каждые 28 дней. Беременность третья: первая закончилась нормальными родами 4 года назад, затем один медицинский аборт. Женскую консультацию с этой беременностью первый раз посетила при 10-недельном сроке, наблюдалась регулярно.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Женщина правильного телосложения, повышенного питания, масса тела — 102 кг, рост — 156 см, АД — 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.), пульс ритмичный, частота — 1,23 Гц (74 в 1 мин), температура тела — 36,5 °С. Сердце и легкие без отклонений от нормы. Отеков нет. Передняя брюшная стенка имеет толстый слой жировых отложений.

Окружность живота — 114 см, высота стояния дна матки над лобком — 37 см. Длина плода в матке, измеренная тазомером, — 32 см. Размеры таза: 27—30—32—21 см. Положение плода продольное, позиция первая, предлежит крупная голова, плотно прижатая ко входу в малый таз. Признак Генкеля—Вастена отрицательный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Схватки через 8—10 мин продолжительностью 30 с, средней силы.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально, влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие отверстия на 2 пальца, плодный пузырь цел, напргается при схватках, предлежащая часть — голова, прижатая ко входу в малый таз. Кости черепа плотные, массивные, швы и роднички узкие, определяются с трудом, малый родничок слева спереди, стреловидный шов в правом косом размере. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Дополнительные методы исследования, уточняющие диагноз переносимости беременности.
4. План ведения родов у роженицы М.
5. Профилактика перенашивания беременности.

16.4.

Беременная Ш., 30 лет, поступила в родильный дом с жалобами на отхождение вод, начавшееся 2 ч назад. Отмечено появление усиленной двигательной активности плода в течение последних 2—3 дней. Схваток нет. Направлена врачом женской консультации с диагнозом: беременность сроком 41—42 недели.

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена. В детстве перенесла корь, эпидемический паротит, пневмонию, взрослой болела гриппом. Менструация с 16 лет, установилась через год, продолжительностью 2 дня через каждые 30 дней, скудная, болезненная. Половая жизнь с 24 лет, брак первый, муж здоров. Контрацептивными средствами не пользовалась. Беременность первая. В первой половине беременности беспокоили тошнота и рвота, вторая половина протекала без осложнений. Женскую консультацию посещала регулярно, прошла 5 занятий по физио-, психопрофилактической подготовке к родам.

Объективно. При поступлении состояние удовлетворительное, телосложение правильное. Температура тела — 36,6 °С, пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), удовлетворительного наполнения и напряжения, АД — 15,6/9,9 кПа (120/75 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. Окружность живота — 108 см, высота стояния дна матки над лобком — 38 см. Размеры таза: 25—27—30—20 см. Длина плода в матке, измеренная тазомером, — 30 см. Матка возбуждена. Схваток нет. Положение плода продольное, предлежит голова, прижатая ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, слева ниже пупка, частота — 2,17—2,3 Гц (130—140 уд./мин).

На ЭКГ плода определяются выраженные комплексы (высокий вольтаж) плода при головном предлежании. Частота сердцебиения — 2—2,4 Гц (120—142 уд./мин).

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сохранена, канал проходим для одного пальца, плодного пузыря нет, подтекают густые скудные воды, окрашенные меконием. Предлежит голова, прижатая ко входу в малый таз, кости черепа плотные, швы и роднички узкие. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.
3. Причины перенашивания беременности у Ш.

4. Какие осложнения родов наблюдаются при перенесенной беременности?

5. Какая врачебная тактика наиболее рациональна при описанной акушерской ситуации?

6. Методы возбуждения родов с факторами риска плода.

Тема 17

АНОМАЛИИ ЭЛЕМЕНТОВ ПЛОДНОГО ЯЙЦА

17.1.

В родильный дом поступила беременная К., 27 лет, по направлению врача женской консультации. Диагноз: беременность сроком 28 недель, гипотрофия плода. Жалоб нет, но беременная встревожена состоянием плода, так как очень хочет иметь ребенка.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В прошлом ничем не болела, материально-бытовые условия хорошие. Алкоголь не употребляет, курит с 16-летнего возраста. Раньше курила по 1—2 сигареты в день, а как начала готовиться к защите диссертации (более полутора последних лет), выкуривает по 2 пачки сигарет за сутки: курит даже ночью. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через каждые 4 недели. Замужем с 23 лет, муж здоров, много курит. В течение 3 лет после свадьбы пользовалась внутриматочной спиралью. Год назад спираль извлечена и спустя 4 месяца наступила беременность. Настоящая беременность первая, с 6-недельного срока регулярно посещает женскую консультацию. Беременность протекает без токсикоза. Реакция Вассермана отрицательная. Показатели крови и мочи нормальные. Кровь резус-положительная.

Объективно. Правильное телосложение, рост — 162 см, масса тела — 60 кг, температура тела — 36,6 °С, АД — 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.), пульс — 1,2 Гц (72 в 1 мин). Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено.

Живот продолговато-овальной формы, окружность живота — 78 см, высота стояния дна матки над лобком — 25 см. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая голова подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Размеры таза: 25—27—30—20 см.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище емкое, шейка матки цилиндрической формы, отверстие закрыто. Через свод влагалища определяется большая подвижная голова плода. Мыс крестца не достижается. Слизистая оболочка наружных половых органов и влагалища рыхлая, цианотичная.

Показатели крови и мочи без патологии.

По данным ультразвукового исследования, проведенного амбулаторно 3 раза с интервалами в 7 дней, прирост бипариетального размера головы составил 4 % за неделю (норма — 10 %).

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.
3. Какое патогенетическое влияние оказывает курение на развивающийся плод?
4. Диагностические методы исследования, устанавливающие гипотрофию развивающегося плода.
5. Лечение.
6. Медико-социальные и эмоциональные факторы, влияющие на развитие плода.

17.2.

Женица З., 27 лет, поступила в клинику с доношенной беременностью и схватками, начавшимися 5 ч назад.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена, перенесла дифтерию, скарлатину, брюшной тиф. Менструация с 16 лет, установилась через 6 месяцев, продолжительностью 3 дня через 21 день, умеренная, безболезненная. Замужем с 23 лет. Настоящая беременность четвертая: первая закончилась срочными родами, вторая и третья — абортom. Беременность протекала нормально. Наблюдалась в женской консультации. Реакция Вассермана отрицательная, кровь резус-положительная.

Объективно. Телосложение правильное, питание удовлетворительное. Температура тела — 36,5 °С, пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), АД — 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.). Патологии со стороны внутренних органов не обнаружено.

Живот овоидной формы, окружность живота — 109 см, высота стояния дна матки — 38 см, размеры таза — 26—28—30—20 см. Положение плода продольное, предлежащая голова находится высоко над входом в малый таз, подвижная, больших размеров. Прямой размер — 13,5 см. Кости черепа истончены, что создает впечатление пергаментного хруста при пальпации головы плода. Сердцебиение плода слева на уровне пупка, частота — 2,1 Гц (126 уд./мин). Схватки хорошей силы, продолжительностью 40 с через каждые 4 мин.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Шейка матки сглажена, открытие отверстия на 3 пальца, плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Вне схватки, осторожно, чтобы не разорвались оболочки пузыря, определена предлежащая часть — голова, расположенная высоко над входом в малый таз. Стреловидный шов — в правом косом размере. Обращает на себя внимание необычная ширина шва (более 1 см), обширный, флюктуирующий малый родничок слева, ближе к лобку, смещающиеся кости черепа. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Дополнительные диагностические методы исследования.

4. Что следует предпринять?

5. Прогноз родов.

6. Факторы риска внутриутробного развития плода.

17.3.

Беременная Н., 29 лет, поступила в клинику с жалобами на кровянистые выделения из половых органов, рвоту, отеки на голенях.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. Ничем не болела. Менструация с 13 лет, нормальная. Последняя менструация — 5 месяцев назад. Половая жизнь с 23 лет. Было 3 беременности: первая закончилась срочными родами, вторая — медицинским абортом, третья — самопроизвольным выкидышем. Настоящая беременность четвертая. Состоит на учете в женской консультации. После 8-недельного срока беременности дважды находилась в отделении патологии беременности в связи с появлением скудных кровянистых выделений из половых органов и схваткообразной боли внизу живота. Однако состояние беременной не улучшилось: появились кровянистые выделения, рвота и отеки на нижних конечностях, с чем больная была госпитализирована в клинику.

Объективно. При поступлении общее состояние женщины удовлетворительное, телосложение правильное, питание пониженное. Кожа бледная, на голенях и стопах отеки. Температура тела — 36,7 °С, пульс — 1,47 Гц (88 в 1 мин), ритмичный, АД — 20/10,4 кПа (150/80 мм рт. ст.). Со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем патологических изменений не выявлено. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный.

Окружность живота на уровне пупка — 80 см, высота стояния дна матки над лобком — 16 см. Дно матки на уровне пупка. Матка при пальпации тестоватой консистенции, безболезненная. Части плода не пальпируются, сердцебиение не прослушивается, шевеление плода беременной не ощущается.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, отверстие пропускает кончик пальца. Свод влагалища свободный. Матка увеличена как при 24-недельной беременности, тестоватой консистенции, не болезненна. При пальпации в области яичников с обеих сторон определяются овоидные образования тугоэластической консистенции, размером 5×6 см, подвижные, безболезненные.

Слизистая оболочка влагалища и шейки матки цианотичная, шейка не эрозирована. Выделения кровянистые в небольшом количестве, кровь темная, жидкая с мелкими тонкостенными пузырьками, соединенными между собой шнуровидными стебельками.

Анализ крови: содержание гемоглобина — 8,69 ммоль/л, количество эритроцитов — 4,5 Т/л, лейкоцитов — 5 Г/л; СОЭ — 12 мм/ч.

В моче обнаружен белок, содержание его — 3,3 г/л.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Дополнительные методы исследования, уточняющие диагноз.
4. Лечение.
5. Как наблюдаются женщины после удаления у них пузырного заноса?

17.4.

Больная С., 30 лет, поступила в клинику с жалобами на большие кровянистые выделения из половых органов, чередующиеся с серозно-бурыми белями, похудение, составившее за последние 2 месяца 4 кг.

Данные анамнеза. Менструация с 13 лет, установилась сразу, продолжительностью 5 дней через каждые 28 дней, безболезненная, обильная. Половая жизнь с 19 лет. После замужества характер менструации не изменился. Всего беременностей было четыре: первые две закончились нормальными родами, третья — внебольничным абортom с последующим выскабливанием полости матки. Четвертая беременность 6 месяцев назад закончилась пузырным заносом. После рождения пузырного заноса произведено выскабливание стенок полости матки, а через 2 месяца, в связи с непрекращающимися кровянистыми выделениями, — повторная госпитализация для диагностического выскабливания. В результате гистологического исследования установлены пласты децидуальной ткани и обрывки эндометрия с участками аденодецидуального полипа. Признаки злокачественного роста не обнаружены. Больная выписана под наблюдение женской консультации.

В последнее время менструация стала повторяться через 14—15 дней продолжительностью 8—10 дней, а в течение последнего месяца кровомазание почти не прекращалось. Неделю назад по назначению консультации проведена реакция Ашгейма—Цондека. Результат ее положительный.

Объективно. При поступлении в отделение кожа и видимая слизистая оболочка больной бледно-розового цвета, температура тела — 37,2 °С, пульс — 1,3 Гц (78 в 1 мин), ритмичный, АД — 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов (сердце, легкие, печень, почки) отклонений от нормы не обнаружено.

При осмотре с помощью зеркал — слизистая оболочка шейки и влагалища чистая, цианотичная.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы нормальные, влагалище рожавшей женщины, шейка матки цилиндрической формы, нормальной величины и консистенции, отверстие закрыто. Матка — в антефлексии, увеличена до размеров 9-недельной беременности, мягковатой консистенции, подвижная, безболезненная. Свод влагалища свободный, яичники с обеих сторон без заметных изменений. Выделения кровянистые, мажущие.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. На основании каких симптомов у больной С. поставлен диагноз?

3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

4. Лечение и прогноз.

17.5.

Роженица А., 34 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью через 2 ч от начала родовой деятельности.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена, в детстве болела корью, скарлатиной, взрослой — ангиной и гриппом.

Менструация с 12 лет, продолжительностью 3 дня через 4 недели. Замужем с 26 лет. Беременность третья: первая закончилась срочными родами живого плода в ножном предлежании, вторая — медицинским абортom. После этого в течение 3 лет пользовалась внутриматочной спиралью. Год назад спираль удалена.

В первой половине настоящей беременности отмечались тошнота и рвота, прекратившиеся после амбулаторного лечения. Во второй половине (с 5-месячного срока) беременности на нижних конечностях появлялись отеки. Уровень артериального давления не повышался, белок в моче отсутствовал. Психопрофилактическую подготовку к родам не проходила.

Объективно. Роженица среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Жалуется на прогрессирующую одышку, быструю утомляемость, общее недомогание. Кожа и видимая слизистая оболочка нормально окрашены, на голенях и стопах значительно выраженные отеки. Температура тела нормальная, АД — 15,6/9,1—16,3/9,1 кПа (120/70—125/70 мм рт. ст.), пульс — 1,3 Гц (78 в 1 мин). Со стороны внутренних органов (легких и сердца) патологических изменений не выявлено. Показатели крови и мочи без патологии.

Данные акушерского исследования. Живот больших размеров, окружность — 112 см, высота стояния дна матки — 38 см. Стенки матки напряжены, выражен симптом флюктуации, пальпация частей плода затруднена. Плод очень подвижен, положение плода продольное, предлежащая голова прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода приглушено, временами плохо прослушивается. Схватки регулярные, продолжительностью 20 с через 8—10 мин. Размеры таза: 28—30—32—21 см.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, раскрытие отверстия на 1,5 поперечных пальца. Плодный пузырь цел, напряжен. Предлежащая часть — голова, прижатая ко входу в малый таз, швы и роднички не определяются. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие осложнения беременности, родов и послеродового периода наблюдаются при многоводии?
4. Этиология многоводия.
5. Врачебная тактика во время беременности и родов при многоводии.

17.6.

Роженица Т., 29 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью, родовыми схватками, начавшимися 2 ч назад.

Данные анамнеза. В детстве болела корью, ветряной оспой, пневмонией, взрослой — инфекционным гепатитом, часто ангиной.

Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 4 дня через 4 недели. Замужем с 23 лет, муж здоров. Беременностей было три: первая закончилась абортom, осложнившимся задержкой частей плаценты, кровотечением, повторным выскабливанием полости матки, вторая — преждевременными родами. Ребенок живой. С 7-недельного срока настоящей беременности регулярно посещала женскую консультацию. Начиная с 8 месяцев беременности женщину постоянно беспокоит боль в животе, усиливающаяся при шевелении плода. Реакция Вассермана отрицательная, кровь резус-положительная.

Объективно. Роженица правильного телосложения, среднего роста, удовлетворительного питания, общее состояние удовлетворительное. АД — 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.), пульс ритмичный, частота — 1,27 Гц (76 в 1 мин), температура тела — 36,4 °С. Со стороны внутренних органов (сердца и легких) патологических изменений не обнаружено.

Живот овоидной формы, окружность живота — 92 см, высота стояния дна матки над лобком — 28 см. Размеры таза: 26—28—30—20 см. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая голова малым сегментом вставлена во вход в малый таз. При пальпации живота создается впечатление, что плод очень плотно обтянут маткой, почти неподвижен. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Схватки средней силы, продолжительностью 25 с через каждые 7—8 мин.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Шейка матки сглажена, открытие отверстия на 2 пальца. Плодный пузырь цел, обтягивает голову, при схватках не наливается. Предлежит голова — малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов — в правом косом размере, малый родничок — слева ближе к лобку. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. На основании каких клинических симптомов установлен диагноз у роженицы Т.?

3. Какие осложнения бывают при этой патологии?
4. Лечение маловодия.
5. Ведение родов при маловодии.

Тема 18 АНОМАЛИИ ИЗГОНЯЮЩИХ СИЛ

18.1.

Роженица К., 25 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и схватками, продолжающимися в течение 12 ч. Два часа назад отошли светлые воды в небольшом количестве.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве болела корью, коклюшем, взрослой — воспалением яичников. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 2—3 дня через каждые 4 недели, необильная, безболезненная. Замужем с 23 лет, муж здоров.

Беременность третья: первая закончилась медицинским абортом при сроке 8 недель, вторая — самопроизвольным абортом. Послеабортный период осложнился воспалением яичников. Во время настоящей беременности с 7-недельного срока наблюдалась в женской консультации. Беременность дважды (на 9-й и 28-й неделе) осложнялась угрозой преждевременного прерывания. Оба раза госпитализировалась в отделение патологии беременности. С помощью проведенного лечения беременность удалось сохранить.

Объективно. При поступлении общее состояние роженицы удовлетворительное, жалоб нет. Женщина правильного телосложения, рост — 162 см, масса тела — 74 кг. Периферических отеков нет. Температура тела — 36,6 °С, АД — 15,6/10,4 кПа (120/80 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот овоидной формы, окружность живота — 100 см, высота стояния дна матки над лобком — 37 см. Размеры таза: 26—28—30—20 см. Положение плода продольное, предлежит голова, прижатая ко входу в малый таз. Прямой размер головы равен 12,5 см. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,3 Гц (138 уд./мин). Предполагаемая масса плода по формуле Лебедева — 3700 г. Схватки продолжительностью 15—20 с через 10—12 мин, слабые.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие отверстия на 3 пальца. Плодного пузыря нет, предлежащая голова расположена большим сегментом во входе в малый таз. На голове намечается небольшая родовая опухоль. Мыс крестца не достигается, крестцовая впадина емкая.

Показатели крови и мочи без патологии. Окситоциновая проба положительная.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные клинического исследования, подтверждающие установленный диагноз.
3. Причины, вызывающие развитие первичной слабости родовых сил? Что явилось причиной слабости родовой деятельности у роженицы К.?
4. Окситоциновая проба. Методика ее проведения.
5. План ведения родов.

18.2.

Роженица Л., 30 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и схватками, начавшимися 20 ч назад.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена, ничем не болела. Менструальная функция не нарушена. Замужем один год. Настоящая беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно. Роженица утомлена, апатична, в промежутках между схватками дремлет. Общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. АД — 15,6/10,4—15,6/9,9 кПа (120/80—120/75 мм рт. ст.), пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), температура тела — 36,6 °С.

Живот овальной формы, положение плода продольное, вторая позиция, вид передний. Предлежащая голова расположена малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,13 Гц (128 в 1 мин). Размеры таза: 25—27—31—21 см. Схватки повторяются через 8—10 мин, слабые, короткие.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие отверстия на 2 поперечных пальца. Плодный пузырь цел, при схватках наливается. Предлежащая голова — малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов — в левом косом, почти поперечном, размере таза, малый родничок — справа, несколько кпереди. Мыс крестца не достигается, емкость таза хорошая.

Показатели крови и мочи без патологии. Окситоциновая проба отрицательная.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные клинического исследования, подтверждающие установленный диагноз.
3. На что указывает отрицательная окситоциновая проба?
4. Осложнения при затянувшихся родах.
5. План ведения затянувшихся родов.

18.3.

Роженица Я., 36 лет, доставлена в акушерское отделение из колхозного роддома через 15 ч от начала родов. Из выписки установлено, что сначала родовая деятельность развивалась нормально. Спустя 10 ч от начала родов при полном раскрытии отверстия матки отошли светлые околоплодные воды в умеренном количе-

стве. После этого родовая деятельность резко ослабла: потуги короткие, нерегулярные, слабые, голова плода не продвигается.

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена, ничем не болела. Замужем с 20 лет. Беременностей 7, закончившиеся нормальными родами. Беременности и роды протекали без осложнений.

Настоящая беременность восьмая, развивалась правильно.

Объективно. Состояние роженицы удовлетворительное, отеков нет. АД — 15,6/9,1—16,3/9,9 кПа (120/70—125/75 мм рт. ст.), пульс ритмичный, частота — 1,33 Гц (80 в 1 мин). Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено.

Живот овальной формы. Положение плода продольное, предлежащая голова — большим сегментом в полости малого таза. Сердцебиение плода четкое, ритмичное, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Размеры таза: 27—29—32—21 см. Потуги слабые, короткие через 6—7 мин.

Данные влагалищного исследования. Открытие отверстия матки полное, края шейки матки не определяются, плодный пузырь вскрыт. Предлежащая голова плода стоит в широкой части полости таза, стреловидный шов — в правом косом размере, малый родничок — слева у лобка, на голове определяется небольшая родовая опухоль. Прощупать удается только нижний край лобка, IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.
3. Причины, вызывающие вторичную слабость родовых сил. Что могло быть причиной слабости родовой деятельности роженицы Я.?
4. Какие осложнения угрожают роженице Я. и ее плоду в родах?
5. План ведения родов.

18.4.

Роженица С., 25 лет, поступила в родильный дом по поводу срочных родов. Жалуется на постоянную боль в пояснице. Схватки начались 12 ч назад.

Данные анамнеза. В детстве перенесла корь и скарлатину, взрослой ничем не болела. Менструация с 13 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через каждые 28 дней, умеренная, безболезненная.

Половая жизнь с 20 лет. Всего беременностей было четыре: первая закончилась срочными нормальными родами, вторая — медицинским абортom, третья — самопроизвольным абортom, осложнившимся воспалением внутренних половых органов. При настоящей беременности женскую консультацию посетила 10 раз. Первое посещение при 6-недельном сроке беременности, последнее — 3 дня назад. Беременность протекала нормально.

Объективно. Состояние удовлетворительное, телосложение правильное, рост — 156 см, масса тела — 66 кг. Температура тела —

36,7°C, пульс — 1,5 Гц (90 в 1 мин), АД — 14,7/9,1—14,7/8,7 кПа (110/70—110/65 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. В течение последних 6 ч не мочилась, попытки к самопроизвольному мочеиспусканию безуспешны. Эластическим катетером, вставленным без напряжения, выведено 400 мл прозрачной соломенно-желтой мочи.

Анализ мочи: относительная плотность — 1016, количество лейкоцитов — 1—2 в поле зрения, эритроцитов нет, патологическая микрофлора отсутствует.

Данные акушерского исследования. Живот овоидной формы, окружность живота — 102 см, высота стояния дна матки над лобком — 32 см. Тонус матки во время схваток неравномерный. Положение плода продольное, предлежащая голова прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,29 Гц (136 в 1 мин), слева ниже пупка. Схватки через 3—4 мин, продолжительностью 30—35 с, регулярные, болезненные, периодически ослабляются при сохраняющемся ритме. Воды не отходили. Размеры таза: 26—28—30—20 см. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева — 3264 г. Прямой размер головы плода — 11,5 см. Наружные половые органы развиты нормально.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена. Раскрытие отверстия матки на 2 поперечных пальца. Плодный пузырь цел, напрягается во время схваток. Предлежащая голова прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов — в правом косом размере, малый родничок — слева спереди. Мыс крестца не достигается, деформации таза не определяются.

Данные механогистерографии: сокращения матки при схватках начинаются не в верхнем, а в нижнем сегменте; ритмичность схваток сохранена, сила сокращений нерегулярная, сокращения нижнего сегмента матки значительно сильнее, чем сокращения тела.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, характерные для установленного диагноза.
3. Причины, вызывающие описанное осложнение.
4. Лечение.
5. Прогноз родов, если описанное осложнение ошибочно считать слабостью родовых сил.

18.5.

Роженица П., 30 лет, доставлена в отделение патологии беременности на машине скорой помощи с доношенной беременностью через 2 ч от начала схваток.

Данные анамнеза. Женщина ничем не болела. Менструация с 12 лет, продолжительностью 3 дня через каждые 28 дней, без отклонений от нормы. Половая жизнь с 17 лет.

Настоящая беременность пятая: предыдущие четыре закончились срочными родами. Последние 2 родов были очень быстрыми, завершились за 3—4 ч.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворительное, АД — 15,6/10,4—15,6/9,9 кПа (120/80—120/75 мм рт. ст.), пульс ритмичный, частота — 1,27 Гц (76 в 1 мин). Со стороны внутренних органов отклонений от нормы нет. Окружность живота — 110 см, высота стояния дна матки — 33 см. Размеры таза: 26—29—31—21 см. Положение плода продольное, предлежащая голова прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Схватки очень сильные, продолжительностью 40 с через каждые 2—3 мин. Во время наружного акушерского исследования отошло умеренное количество светлых околоплодных вод.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально, влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие отверстия матки на 3 пальца. Плодный пузырь вскрыт. Голова стоит малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов — в поперечном, слегка левом косом размере, малый родничок — справа, несколько ближе к лобку, большой — слева, выше малого. Мыс крестца не достигается. Деформаций таза не обнаружено.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие осложнения может вызвать описанная патология?
4. Причины описанной родовой деятельности у роженицы П.
5. План ведения родов.

18.6.

Роженица Т., 30 лет, поступила в акушерское отделение по поводу срочных родов, начавшихся 12 ч назад.

Данные анамнеза. Из перенесенных заболеваний отмечает корь, скарлатину и грипп. Менструация с 13 лет, установилась сразу, продолжительностью 3—4 дня через каждые 28 дней, умеренная, безболезненная. Половая жизнь с 28 лет. Настоящая беременность первая. Под наблюдением женской консультации находится с 8 недель беременности, обследована, патологических отклонений не обнаружено. Посетила консультацию 10 раз, последний раз — 4 дня назад. Физио-, психопрофилактическую подготовку к родам не проходила.

Объективно. При поступлении состояние роженицы удовлетворительное, телосложение правильное, рост — 158 см, масса тела — 61,9 кг, температура тела — 36,6 °С. Кожа и видимая слизистая оболочка чистые, нормальной окраски, без отеков. АД — 15,6/10,4—16,3/10,4 кПа (120/80—125/80 мм рт. ст.), пульс — 1,17 Гц (70 в 1 мин), удовлетворительного наполнения. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено.

Окружность живота — 96 см, высота стояния дна матки над лобком — 30 см. Положение плода продольное, позиция первая, предлежащая голова большим сегментом стоит во входе в малый таз. Сердцебиение плода — слева ниже пупка, ясное, ритмичное, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Размеры таза: 26—29—31—21 см.

Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева — 2880 г. Прямой размер головы — 11 см. Схватки в последние 2 ч стали болезненными, но остаются сильными, регулярными, продолжительностью 40 с через 3—4 мин.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, но края ее толстые, плотные, неподатливые. Открытие отверстия матки на 2 поперечных пальца. Плодный пузырь цел, слабо наливается при схватках. Предлежащая голова большим сегментом стоит во входе в малый таз, стреловидный шов — в поперечном, слегка правом косом размере, малый родничок — слева, несколько ближе к лобку, большой — справа, выше малого. Мыс крестца не достигается. Деформации таза нет.

Показатели мочи и крови без патологии.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Причины, вызвавшие ригидность (дистоцию) шейки матки во время родов.
4. Какие осложнения в родах вызывает ригидность шейки матки?
5. План лечения и ведения родов.

Тема 19

НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ ИЗЛИТИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

19.1.

В родильный стационар спустя 3 ч после отхождения околоплодных вод поступила беременная В., 32 лет, с беременностью сроком 37 недель.

Данные анамнеза. В детстве болела корью, взрослой — гриппом и брюшным тифом. Менструация с 14 лет, нормальная. Половая жизнь с 26 лет. Беременность третья: первая закончилась срочными родами, вторая — медицинским абортom, осложнившимся воспалением придатков матки.

Во время настоящей беременности женскую консультацию впервые посетила при беременности сроком 8 недель. Беременность протекала без осложнений.

Объективно. Состояние при поступлении удовлетворительное, телосложение правильное, отеков нет. Температура тела — 36,6 °С, АД — 15,6/10,4—16,3/11,1 кПа (120/80—125/80 мм рт. ст.), пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, частота — 1,27 Гц (76 в 1 мин). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот продолговато-овальной формы, окружность — 100 см, высота стояния дна матки над лобком — 33 см. Стенка матки не напряжена, не возбудима, схватки не определяются. Положение плода продольное, вторая позиция, предлежащая голова над вхо-

дом в малый таз. Сердцебиение плода — 2,43 Гц (146 в 1 мин), ясное, ритмичное, справа ниже пупка. Размеры таза: 26—28—30—20 см.

Данные влагалищного исследования. Влагалище свободное, шейка матки сохранена, канал шейки матки пропускает палец. Плодные оболочки не определяются, подтекают прозрачные воды. Предлежит голова над входом в малый таз. Мыс крестца не достигается. Деформации таза нет.

Показатели крови и мочи без патологии.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Исследования, уточняющие родовое вскрытие оболочек плодного пузыря.
4. Лечение.
5. В каких случаях и по какой схеме при преждевременном отхождении околоплодных вод назначается лечение, направленное на сохранение беременности?

19.2.

Роженица Ф., 26 лет, поступила в акушерское отделение с доношенной беременностью. Со слов женщины — схватки продолжают в течение 8 ч, 2 ч назад отошли воды, после чего схватки стали слабее.

Данные анамнеза. Менструация умеренная, безболезненная, началась с 13 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через каждые 4 недели. Половая жизнь с 23 лет. Настоящая беременность четвертая; первая закончилась нормальными родами, вторая и третья — медицинским абортom без осложнений. Женскую консультацию посещала регулярно, осложнений в течение беременности не было.

Объективно. Роженица среднего роста, правильного телосложения. Общее состояние удовлетворительное. Отеков нет. Температура тела 36,8 °С. Пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), ритмичный, АД — 15,6/10,4—16,3/10,4 кПа (120/80—125/80 мм рт. ст.). Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не обнаружено.

Размеры таза: 26—29—30—20 см. Живот овоидной формы. Окружность живота — 106 см, высота стояния дна матки — 32 см. Положение плода продольное, первая позиция, предлежащая часть — голова большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже пупка, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин). Схватки через 5—6 мин продолжительностью 35—40 с, слабые.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие отверстия на 2 пальца. Плодный пузырь вскрыт. Голова плода — большим сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов — в правом косом размере, малый родничок — слева ближе к лобку. На голове намечается небольшая родовая опухоль. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. В каких случаях излитие околоплодных вод считается своевременным и несвоевременным?
4. Осложнения при родовом излитии околоплодных вод.
5. Лечение.

19.3.

Роженица Ю., 27 лет, переведена в акушерское отделение из колхозного роддома с доношенной беременностью и жалобами на очень сильные болезненные потуги. Со слов сопровождающей роженицу акушерки — настоящие роды третьи, первые двое проходили нормально в колхозном роддоме и заканчивались в течение 10—12 ч. Первый период настоящих родов протекал нормально. Через 10 ч от начала схваток при полном раскрытии отверстия матки появились потуги, которые продолжаются 3 ч и приняли характер очень болезненных сокращений матки. Однако, несмотря на сильные потуги, голова плода не продвигается.

Объективно. Женщина правильного телосложения, среднего роста. АД — 15,6/10,4—16,3/10,4 (120/80—125/80 мм рт. ст.), пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин). Отеков нет. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Окружность живота — 102 см, высота стояния дна матки над лобком — 30 см. Положение плода продольное, предлежащая голова малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин), слева ниже пупка. Размеры таза: 26—29—31—21 см.

Данные влагалищного исследования. Влагалище емкое, шейка матки сглажена, открытие отверстия полное, плодный пузырь цел, во время потуги сильно напрягается, истончается и выполняет собою значительную часть влагалища. Голова плода — малым сегментом во входе в малый таз. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Причины, обусловившие возникновение этой патологии.
4. Какие осложнения может вызвать описанная патология?
5. Лечение.

Тема 20 **УЗКИЙ ТАЗ**

20.1.

Первородящая Р., 22 лет, поступила в клинику с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 8 ч назад. Роды в срок.

Данные анамнеза. В детстве болела корью и коклюшем, взрослой — гриппом. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через каждые 4 недели. Половая жизнь

с 20 лет. Настоящая беременность первая. Наблюдалась в женской консультации регулярно, патологических отклонений не было.

Объективно. Женщина правильного телосложения, рост — 145 см, масса тела — 52 кг. Общее состояние удовлетворительное, отеков нет. АД — 15,3/9 — 15,3/10,4 кПа (115/70—115/80 мм рт. ст.), пульс удовлетворительных качеств, частота — 1,33 Гц (80 в 1 мин). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Окружность живота — 98 см, высота стояния дна матки — 28 см. Размеры таза: 22—25—27—17 см. Окружность таза — 80 см, боковая конъюгата — 14 см. Окружность лучезапястного сустава (индекс Соловьева) — 14,5 см. Ромб Михаэлиса вытянут сверху вниз (боковые углы тупые, верхний и нижний — острые). Положение плода продольное, предлежит голова, прижатая ко входу в малый таз. Признак Генкеля — Вастена отрицательный. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин). Схватки хорошей силы, продолжительностью 30 с через 6—7 мин. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева — 2750 г, по данным ультразвукового исследования (УЗИ) — 2800 г.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки гладкая, открытие отверстия на 3 пальца. Плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Предлежащая голова плода прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов — в правом косом размере, малый родничок — слева ближе к лобку. Мыс крестца достижим, диагональная конъюгата — 10 см. Ориентировочная величина истинной конъюгаты — 8 см.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, на основании которых установлен диагноз.
3. Значение индекса Соловьева при определении размеров таза. Чему он равен? Как с его учетом определяют ориентировочный размер истинной конъюгаты? Расчет истинной конъюгаты у роженицы.
4. Прогноз и план ведения родов у роженицы Р.
5. Особенности биомеханизма родов при диагностированной у Р. форме таза.

20.2.

Роженица Ф., 28 лет, повторнородящая, поступила в клинику с начавшейся родовой деятельностью. Роды в срок. Схватки начались 6 ч назад.

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена. Детство прошло в тяжелых материально-бытовых условиях. Менструация началась с 15 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через каждые 30 дней. Имела две беременности: первая беременность закончилась рождением живого ребенка массой 2700 г, вторая — мертворожденного ребенка массой 2900 г. Первые роды длились около 2 сут, вторые тоже длительные. Во время настоящей бере-

менности чувствовала себя хорошо, регулярно посещала женскую консультацию.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворительное, температура тела — 36,5 °С. Рост — 149 см, масса тела — 56 кг. Телосложение правильное. Скелет не деформирован. АД — 15,6/10,7—16,3/10,7 кПа (120/80—125/80 мм рт. ст.), пульс ритмичный, частота — 1,23 Гц (74 в 1 мин). Внутренние органы без патологии. Живот овоидной формы, остроконечный. Окружность живота — 98 см, высота стояния дна матки над лобком — 35 см. Размеры таза: 25—28—30—17 см. Положение плода продольное, предлежащая голова плода прижата ко входу в таз. Признак Генкеля — Вастена — голова плода вровень с симфизом. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин). Схватки средней силы, продолжительностью 25—30 с через 8—10 мин. отошли в умеренном количестве светлые воды.

Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева — 3430 г.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище емкое, лобковый угол прямой. Шейка матки сглажена, открытие отверстия на 2 пальца, плодного пузыря нет. Голова плода — малым сегментом во входе в таз, стреловидный шов — в поперечном размере входа в малый таз. Родовой опухоли на голове нет. Мыс крестца достижается. Диагональная конъюгата — 9,5 см.

Дополнительные измерения: индекс Соловьева — 14,5 см; окружность таза — 78 см; боковые конъюгаты — по 13 см; высота лобкового симфиза — 4 см; лобковый угол тупой; размеры выхода таза — поперечный — 11 см, прямой — 7,5 см; ромб Михаэлиса измененной формы — верхний треугольник очень низкий. Размеры плода: прямой размер головы — 11,5 см, длина овоида плода, измеренная тазомером, — 24 см (длина плода примерно 48—50 см).

Показатели крови и мочи без патологии.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки у роженицы Ф., устанавливающие диагноз.
3. Значение измерения высоты лобкового симфиза. Чему она равна? Как с учетом высоты лобкового симфиза определяют ориентировочный размер истинной конъюгаты? Расчет истинной конъюгаты с учетом высоты симфиза у роженицы Ф.
4. Прогноз и план ведения этих родов.
5. Особенности биомеханизма родов при диагностированной у Ф. форме таза.

20.3.

Роженица Ч., 33 лет, доставлена в клинику из районной больницы в связи с затянувшимися срочными родами, продолжающимися 36 ч. Воды отошли 20 ч назад. От предлагаемого кесарева сечения женщина категорически отказалась. Потуги начались 3 ч назад. Продвижение головы плода не отмечается, несмотря на пол-

ное открытие отверстия матки. Отсутствуют плодный пузырь и родовая деятельность.

Данные анамнеза. В детстве была болезненным ребенком, ходить начала с 2 лет, взрослой перенесла брюшной тиф, грипп.

Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 28 дней. Половая жизнь с 23 лет. Муж здоров. От первой беременности на втором году замужества родилась девочка массой 2600 г. Две последующие беременности закончились медицинским абортom без осложнений. Четвертая беременность 3 года назад закончилась самостоятельными срочными родами, которые длились 32 ч. Новорожденный массой 2850 г умер на вторые сутки после рождения. Настоящая беременность пятая, женскую консультацию посещала регулярно, осложнений не было.

Объективно. Рост — 150 см, масса тела — 54 кг, голова большая, четырехугольной формы. Зубы редкие с поперечными желобками. Грудь впалая, реберные четки, нижние конечности укорочены, искривлены в виде X. Отеков нет. Живот большой, отвислый, кожа живота дряблая. АД — 15,6/10,7—15,6/11,3 кПа (120/80—120/85 мм рт. ст.), пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), удовлетворительного наполнения и напряжения. Температура тела 36,7 °С. Со стороны внутренних органов (сердца и легких) отклонений от нормы не обнаружено. Мочится самостоятельно.

Данные акушерского исследования. Окружность живота — 96 см, высота стояния дна матки над лобком — 36 см. Размеры таза: 26—26—31—17 см. Положение плода продольное, спина — справа, мелкие части — слева. Предлежащая часть — голова малым сегментом во входе в малый таз. Признак Генкеля — Вастена — голова вровень с симфизом. Сердцебиение плода прослушать не удается, движения не ощущаются в течение последних 2 ч. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева — 3450 г.

Данные влагалищного исследования. Влагалище свободное, шейка матки сглажена, раскрытие отверстия полное. Плодный пузырь нет, подтекают густые, мутные воды в небольшом количестве с примесью мекония. Голова — малым сегментом во входе в малый таз. Стреловидный шов — в поперечном размере входа в малый таз ближе к мысу крестца. На передней теменной кости пальпируется большая родовая опухоль. Мыс крестца достигается, диагональная конъюгата — 9,5 см.

Дополнительные измерения: индекс Соловьева — 14 см; окружность таза — 79 см; боковые конъюгаты — по 13,5 см; высота лобкового симфиза — 4 см; размеры выхода малого таза — поперечный — 11 см, прямой — 10,5 см; лобковый угол тупой; ромб Михаэлиса значительно деформирован, почти треугольной формы за счет уменьшения верхней половины ромба; прямой размер головы — 11,5 см; длина овоида плода, измеренная тазомером, — 24 см (длина плода примерно 48—50 см).

Показатели крови и мочи без изменений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Как измеряется, чему равен и какое имеет значение размер окружности таза?
4. План ведения этих родов.
5. Особенности биомеханизма родов при диагностируемой у роженицы Ч. форме таза.

20.4.

Роженица Х., 26 лет, направлена врачом женской консультации в акушерскую клинику со слабыми регулярными схватками для оперативного родоразрешения. Схватки начались 2 ч назад. Роды в срок.

Данные анамнеза. В детстве перенесла корь, взрослой — грипп. Менструация началась с 14 лет, установилась сразу продолжительностью 3 дня, через каждые 4 недели. Замужем с 23 лет, брак зарегистрирован. Первая беременность наступила через год после замужества, закончилась самопроизвольным абортom на 4-м месяце. Настоящая беременность вторая, протекала без осложнений. Находилась под наблюдением в женской консультации с 6-недельного срока беременности. Два раза проводилось профилактическое лечение по поводу угрозы прерывания беременности.

Объективно. Общее состояние роженицы при поступлении удовлетворительное, температура тела — 36,4 °С. Масса тела — 51 кг, рост — 148 см. Телосложение правильное. Отеков нет. Пульс — 1,23 Гц (74 в 1 мин), удовлетворительного наполнения, АД — 15,3/9,3—15,6/9,3 кПа (115/70—120/70 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено.

Живот остроконечный, овоидной формы, окружность — 85 см. Высота стояния дна матки над лобком — 32 см. Размеры таза: 23—26—28—15 см. Положение плода продольное, спина — слева, мелкие части — справа. Предлежащая часть — голова, баллотирует над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин), слева ниже пупка. Схватки регулярные, продолжительностью 15—20 с через 10—12 мин. Воды не отходили. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева — 2720 г.

Дополнительные измерения: индекс Соловьева — 13 см; окружность таза — 73 см; боковые (правая и левая) конъюгаты — по 13 см; высота лобкового симфиза — 4 см; лобковый угол прямой; размеры выхода таза — поперечный — 9 см, прямой — 5 см; размеры ромба Михаэлиса — вертикальный — 6,5 см, горизонтальный — 8 см; прямой размер головы — 10 см; длина овоида плода, измеренная тазомером, — 23 см (длина плода примерно 46—48 см).

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки не сглажена, отверстие пропускает конец пальца. Через свод влагалища определяется высоко стоящая над входом в малый таз

голова плода. Мыс крестца достижим, диагональная конъюгата — 8,5 см. Экзостозов нет.

Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Значение измерения боковых конъюгат. Как они измеряются и чему равны?
4. Прогноз и план ведения этих родов.
5. Особенности биомеханизма родов при диагностируемой у роженицы X. форме таза.

20.5.

Роженица Н., 29 лет, переведена в клинику из районного родильного дома по поводу затянувшихся (до 30 ч) срочных родов. Воды отошли 2 ч назад при почти полном раскрытии отверстия матки, после чего сразу начались слабые, непродолжительные, малопродуктивные потуги. Продвижение головы замедлилось, потуги стали еще слабее.

Данные анамнеза. В детстве перенесла корь и скарлатину, взрослой ничем не болела. Условия труда и быта удовлетворительные. Менструация с 13 лет, умеренная, безболезненная, продолжительностью 3—4 дня через 28 дней. Замужем с 23 лет, муж здоров.

Беременность четвертая. Первая на втором году замужества закончилась срочными родами живого плода массой 3500 г, вторая — медицинским абортom без осложнений, третья — 3 года назад срочными родами, продолжающимися, со слов роженицы, более суток, во время которых родился живой мальчик массой 3900 г. Начиная с 3-месячного срока настоящей беременности находилась под наблюдением в женской консультации. Беременность протекала без осложнений. Прошла физио-, психопрофилактическую подготовку к родам.

Объективно. Состояние роженицы при поступлении удовлетворительное. Температура тела — 36,6 °С. Рост — 162 см, масса тела — 79 кг. Телосложение правильное. Кожа и видимая слизистая оболочка нормальной окраски. Отеков нет. Пульс — 1,3 Гц (78 в 1 мин), правильный, АД — 15,6/10,7—16,3/10,7 кПа (120/80—125/80 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено.

Окружность живота — 114 см, высота стояния дна матки над лобком — 36 см. Матка овоидной формы. Размеры таза: 26—29—32—21 см. Положение плода продольное, спина — слева, мелкие части плода — справа. Предлежащая часть — голова — большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода — 2,3 Гц (140 уд./мин), ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева — 4100 г. Потуги короткие, слабые, не эффективные. Роженица утомлена, беспокойна, мочится самостоятельно. Моча прозрачная, соломенно-желтого цвета.

Дополнительные измерения: окружность таза — 85 см; боковые конъюгаты равны 15 см; высота таза — 13 см; высота лобка — 5 см;

индекс Соловьева — 15 см; лобковый угол — 100° ; размеры выхода таза — поперечный — 11,5 см, прямой — 10,5 см; крестцовый ромб имеет правильную форму, продольный размер — 10 см, поперечный — 9 см; прямой размер головы — 12 см; длина полуовала плода, измеренная тазомером, равна 26 см (ориентировочная длина плода — 52—54 см); размер Цангемейстера — 18 см (на 3 см меньше размера наружной конъюгаты); признак Генкеля — Вастена отрицательный.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие отверстия полное. Плодный пузырь вскрыт. Голова плода большим сегментом стоит во входе в малый таз, стреловидный шов — в поперечном размере входа, малый и большой роднички расположены на одном уровне. Стреловидный шов слегка отклонен к мысу крестца, немного ниже опущена правая теменная кость, на которой определяется небольшая родовая опухоль. Емкость таза хорошая. Экзостозов нет.

Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Значение размера Цангемейстера и признака Генкеля — Вастена. Какие нужны условия для их определения? Значение этих симптомов для прогноза родов у Н.
4. Клинически и анатомически узкий таз.
5. План дальнейшего ведения этих родов.

Тема 21

НЕПРАВИЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЕ И ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА

21.1.

Роженица А., 36 лет, поступила в родильный дом с родовой деятельностью, начавшейся 6 ч назад. Роды в срок.

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена. В детстве болела корью, взрослой перенесла аппендэктомию. Гинекологическими заболеваниями не болела.

Менструация с 12 лет без патологических отклонений. Половая жизнь с 26 лет. Первые две беременности закончились срочными нормальными родами, затем в течение 5 лет предохранялась с помощью спирали. Настоящая беременность третья, протекала нормально, женскую консультацию посещала нерегулярно, последнее посещение было 4 недели назад.

Объективно. Женщина правильного телосложения: рост 164 см, масса тела 80 кг. Состояние удовлетворительное, кожа и видимая слизистая оболочка чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Температура тела — $36,5^\circ\text{C}$. Пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД — 15,6/10,7—16,3/10,7 кПа (120/80—125/80 мм рт. ст.). Живот вытянут в поперечном направ-

лении. Брюшная стенка дряблая, справа ниже пупка небольшой линейный рубец после аппендэктомии. Изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

Окружность живота — 110 см, высота стояния дна матки над лобком — 28 см. Дно матки плоское, широкое, расположено низко. В боковых отделах матки определяются: справа — округлая, плотная, баллотирующая часть, слева — крупная мягкой консистенции часть. Предлежащая часть плода над входом в малый таз не определяется. Сердцебиение плода наиболее отчетливо прослушивается справа на уровне пупка, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин), ясное, ритмичное. Воды не отходили. Схватки средней силы, продолжительностью 30—35 с через каждые 4—5 мин. Размеры таза: 26—29—31—21 см. Индекс Соловьева — 14 см. Полудлина плода, измеренная тазомером, 24 см, прямой размер головы — 11 см. Размер истинной конъюгаты с учетом индекса Соловьева — 12 см.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие отверстия на 3 поперечных пальца. Плодный пузырь цел, во время схваток хорошо наливается. Предлежащую часть над входом в малый таз ни через плодный пузырь, ни через влагалищный свод обнаружить не удалось. Мыс крестца не достигается, емкость таза достаточная, экзостозов нет.

Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Возможные осложнения при описанном положении плода.
4. Тактика ведения родов.
5. Условия и вид обезболивания, необходимые для классического поворота плода на ножку.

21.2.

Роженица Н., 35 лет, поступила в родильный дом через 2 ч от начала схваток. Роды в срок. В приемном отделении роддома отошли воды в умеренном количестве.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве болела корью, ветряной оспой, взрослой ничем не болела. Менструация появилась в 13 лет, безболезненная, умеренная, установилась сразу продолжительностью 3 дня, через 28 дней. Замужем с 30 лет. Настоящая беременность первая, наступила через 4 года от начала половой жизни. Противозачаточными средствами не пользовалась. Женскую консультацию посещала регулярно, беременность протекала без осложнений. По семейным обстоятельствам весь дородовой отпуск беременная провела в деревне и у врача не была. Женщина хочет иметь ребенка.

Объективно. Состояние роженицы удовлетворительное, телосложение правильное, рост — 156 см, масса тела — 67 кг. Температура тела — 36,6 °С. Кожа и видимая слизистая оболочка чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Пульс — 1,17 Гц (70 в 1 мин), удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, АД —

15,6/10,7—15,6/11,3 кПа (120/80—120/85 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот увеличен за счет беременности, поперечно-овальной формы, окружность — 104 см. Высота стояния дна матки над лобком — 29 см. Размеры таза: 25—28—30—20 см. Индекс Соловьева — 14 см. Дно матки широкое, плоское, в боковых ее отделах пальпируются крупные части плода: слева — шаровидная баллотирующая голова, справа — тазовый конец. Над входом в малый таз предлежащая часть не определяется. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, лучше всего выслушивается слева на уровне пупка, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Схватки средней силы, продолжительностью 25—30 с через 6—7 мин. Полудлина плода, измеренная тазомером, 25 см; прямой размер головы — 11 см. Размер истинной конъюгаты, определенный по наружной конъюгате с учетом индекса Соловьева, равен 11 см.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки укорочена, отверстие матки пропускает один палец. Плодный пузырь вскрыт, подтекают воды с хлопьями первородной смазки. Предлежащая часть не определяется. Мелкие части плода и пуповины не выпадают. Мыс не достигается.

Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

Вопросы:

1. Диагноз.
 2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
 3. Какое положение плода называется поперечным? Прогноз родов при поперечном положении плода.
 4. Тактика ведения родов в данном случае.
 5. Пособия, исправляющие поперечное (косое) положение плода.
- 21.3.

Роженица Ш., 34 лет, доставлена машиной скорой помощи в родильный дом. Роды в срок. Дома, 10 ч назад, в обильном количестве отошли воды. Поскольку схваток не было, женщина решила дожидаться хорошей родовой деятельности. Спустя 6 ч после отхождения вод начались схватки, усиливающиеся со временем. Женщина решила направиться в роддом, но в это время у нее из влагалища выпала ручка плода, что заставило ее вызвать машину скорой помощи.

Данные анамнеза. Настоящая беременность четвертая: три предыдущие протекали нормально и закончились срочными нормальными родами. Гинекологические заболевания отрицает. Женскую консультацию не посещала.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное, женщина правильного телосложения, среднего роста. Кожа и видимая слизистая оболочка чистые, нормально окрашены. Отеков нет. АД — 15,6/10,7—15,6/10,1 кПа (120/80—120/75 мм рт. ст.), пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, ритмичный, частота — 1,27 Гц (76 в 1 мин). Температура тела — 36,7 °С. Со стороны сердечно-сосудистой системы, органов дыхания и пищеварения

патологических изменений не выявлено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, дизурических расстройств нет.

Живот увеличен за счет беременности, поперечно-овальной формы. Брюшная стенка дряблая с множественными рубцами беременности. Окружность живота — 99 см, высота стояния дна матки над лобком — 29 см. Справа в боковом отделе матки определяется плотная шаровидная голова плода, слева — ягодицы. Плод плотно охвачен стенками матки и совершенно неподвижен даже между схватками. Сердцебиение плода прослушать не удается, шевеление его не чувствуется роженицей более 2 ч. Схватки через каждые 2—3 мин, очень болезненные. Из половой щели свисает отечная кисть плода. Размеры таза: 26—29—30—21 см.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно, из половой щели свисает синюшная отечная левая кисть плода. Движение пальцев отсутствует. Идя вверх по выпавшей руке, достигается подмышечная ямка, закрытая вправо. Шейка матки сглажена, открытие отверстия полное. Спереди за лобком определяется грудная клетка и лопатка плода, плечо глубоко вклинилось в полость малого таза. Мыс не достигается. Деформации таза нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
 2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
 3. Как на ощупь можно отличить ногу плода от руки?
 4. Тактика ведения этих родов.
 5. Техника эмбриотомии путем декапитации.
- 21.4.

Роженица К., 29 лет, переведена в акушерскую клинику из отделения патологии беременности в связи с родовой деятельностью, начавшейся 6 ч назад. Роды в срок.

Данные анамнеза. Наследственность благоприятная. В детстве перенесла корь, взрослой болела гриппом. Менструация с 12 лет, без патологических отклонений. Замужем с 23 лет. Первые две беременности закончились срочными нормальными родами, затем в течение 3 лет предохранялась от беременности с помощью спирали. Настоящая беременность третья, женскую консультацию посещала регулярно. Две недели назад была госпитализирована по поводу поперечного положения плода. Проведенное лечение (корректирующая гимнастика, наружный поворот плода) оказалось безуспешным.

Объективно. Состояние удовлетворительное, температура тела — 36,4 °С. Пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), хорошего наполнения, АД — 15,6/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.). Телосложение правильное, рост — 162 см, масса тела — 69,5 кг. Отеков нет. Со стороны внутренних органов (сердца и легких) отклонений от нормы нет.

Живот поперечно-овальной формы, брюшная стенка дряблая с расхождением прямых мышц живота. Окружность живота — 99 см, высота стояния дна матки над лобком — 30 см. В боковых отделах матки определяются: слева — голова, справа — плохо очерченные контуры ягодиц плода. Прямой размер головы — 10,5 см.

Сердцебиение плода — 2,47 Гц (148 уд./мин), ясное, ритмичное, на уровне пупка слева. Размеры таза: 26—29—31—21 см. Индекс Соловьева — 14,5 см. Схватки через 3—4 мин продолжительностью 40—45 с, сильные, умеренно болезненные. Во время перевода женщины на гинекологическое кресло для влагалищного исследования отошли светлые воды в умеренном количестве.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище емкое, шейка матки сглажена, открытие отверстия почти полное, плодного пузыря нет. Во влагалище определяется шнуровидное пульсирующее образование, свисающее в виде большой петли. Предлежащую часть плода обнаружить не удается. Мыс не достигается, экзостозов нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Тактика ведения этих родов.
4. Техника классического поворота плода на ножку.
5. Методы лечения при предлежании и выпадении пуповины при головном предлежании плода.

21.5.

Роженица Н., 24 лет, поступила в родильный дом через 12 ч от начала регулярной родовой деятельности. Беременность доношенная.

Данные анамнеза. В детстве болела корью, 2 года назад перенесла малярию. Менструация с 13 лет, установилась сразу без отклонений от нормы. Половая жизнь с 22 лет. Беременность первая, протекала без осложнений, регулярно наблюдалась врачом женской консультации.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное, рост 158 см, масса тела — 64 кг, телосложение правильное. Отеков нет. Окраска кожи и видимой слизистой оболочки нормальная. Температура тела — 36,6 °С. Пульс — 1,17 Гц (70 в 1 мин), хорошего наполнения, АД — 15,6/10,7 — 15,6/10,1 кПа (120/80—120/75 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических отклонений нет, дизурические явления отсутствуют.

Живот овоидной формы, окружность — 100 см. Высота стояния дна матки над лобком — 32 см. Размеры таза: 25—28—31—18 см. Положение плода продольное, предлежащая голова большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное, ритмичное, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин). Индекс Соловьева — 13,5 см. Ориентировочная масса плода — 3200 г. Прямой размер головы — 11,5 см. Истинная конъюгата, вычисленная по наружной с учетом индекса Соловьева, составляет 10 см. Признак Генкеля — Вастена отрицательный.

Данные влагалищного исследования. Влагалище нерожавшей женщины. Шейка сглажена, края отверстия матки тонкие, раскрытие отверстия на 3,5 пальца. При исследовании плодные оболочки разорвались, излилось умеренное количество чистых вод. Голова плода — большим сегментом во входе в малый таз. Стреловидный

шов — в поперечном, слегка левом косом размере входа в малый таз. Большой родничок — справа, обращен к лобку, малый — слева, немного повернут к крестцу. Роднички стоят почти на одном уровне, большой — слегка ниже малого. Мыс крестца не достигается из-за стоящей во входе малого таза головы плода. Емкость таза достаточная.

Размеры выхода из малого таза: поперечный — 11 см, прямой — 9 см.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Биомеханизм родов при описанном вставлении головы плода.
4. Величина окружности головы плода, проходящей через таз при описанном предлежании. Какому размеру соответствует эта окружность головы? Какая форма головы будет у плода при этих родах?

5. Тактика ведения родов.

21.6.

Роженица К., 33 лет, поступила в роддом с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 6 ч назад. Роды в срок.

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена, в детстве перенесла корь, скарлатину, взрослой — отит и грипп. Менструация с 14 лет, установилась сразу без патологических отклонений. Половая жизнь с 23 лет, брак первый. Было 5 беременностей: первая и вторая закончились срочными нормальными родами (масса плодов — 2900 и 3000 г), третья и четвертая — медицинским абортом без осложнений, пятая — нормальными родами 2 года назад (масса плода — 3100 г, ребенок умер в 10-месячном возрасте от пневмонии). Настоящая беременность шестая, протекала без осложнений, женщина находилась под наблюдением в женской консультации, которую посетила 12 раз. Последнее посещение 2 дня назад.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное. Женщина правильного телосложения: рост — 160 см, масса тела — 76 кг. Температура тела — 36,6 °С, АД — 15,6/10,7—16,3/10,7 кПа (120/80—125/80 мм рт. ст.), пульс — 1,33 Гц (80 в 1 мин), ритмичный. Со стороны внутренних органов отклонений не обнаружено.

Живот увеличен за счет беременности, окружность живота — 109 см, высота стояния дна матки над лобком — 35 см. Размеры таза: 26—29—31—21 см. Индекс Соловьева — 14 см. Положение плода продольное, спина — слева, мелкие части — справа, голова подвижная — над входом в малый таз. В момент наружного исследования беременной излились околоплодные воды в большом количестве (более 3 л). Объем живота заметно уменьшился, окружность стала 100 см, высота стояния дна матки — 32 см. Положение плода осталось продольным, голова зафиксировалась во входе в малый таз. При этом слева пальпируется выступающая часть головы, образующая со спиной плода отчетливо прощупываемое углубление. Сердцебиение плода — 2,29 Гц (136 уд./мин), ясное, ритмич-

ное, наиболее отчетливо выслушивается справа ниже пупка со стороны мелких частей. Признак Генкеля — Вастена отрицательный. Предполагаемая масса плода (расчет сделан после отхождения околоплодных вод) — 3200 г. Схватки хорошей силы, умеренно болезненные, продолжительностью 40—45 с через 3—4 мин.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище емкое, шейка матки сглажена, открытие отверстия полное, плодного пузыря нет. Предлежащая голова плода малым сегментом во входе в таз. На голове слева, несколько кзади, определяются надбровные дуги, справа — рот и подбородок, повернутые к лобку. Лицевая линия расположена в левом косом размере таза. Крестцовая впадина свободна, верхний край симфиза прикрыт головой плода. Мыс крестца не достигается. Деформации в малом тазу не выявлены.

Размеры выхода из малого таза: прямой — 10 см, поперечный — 11,5 см.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Дифференциальная диагностика лицевого предлежания с ягодичным.
4. Биомеханизм родов при описанном вставлении головы плода. Чему равна окружность головы, проходящей через таз при описанном предлежании? Какому размеру головы соответствует эта окружность?
5. Тактика ведения родов.

21.7.

Роженица Ш., 26 лет, поступила в клинику с доношенной беременностью и активной родовой деятельностью, начавшейся 6 ч назад.

Данные анамнеза. Росла здоровым ребенком, в детстве перенесла корь, взрослой — грипп. Менструация началась в 14-летнем возрасте, нормальная, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 4 недели. Замужем с 22 лет. Первая беременность закончилась срочными родами (масса плода 3900 г, ребенок жив). Вторая и третья беременности прерваны искусственно, без осложнений, четвертая — закончилась самопроизвольными родами, продолжающимися около 2 суток. Ребенок родился массой 4150 г, умер через 1 ч после рождения. Настоящая беременность пятая, протекала без осложнений, женщина регулярно посещала женскую консультацию.

Объективно. Состояние при поступлении удовлетворительное, температура тела 36,6 °С, пульс — 1,2 Гц (72 в 1 мин), хорошего наполнения, АД — 16,3/10,7—15,6/10,1 кПа (125/80—120/75 мм рт. ст.). Телосложение роженицы правильное: масса тела — 76 кг, рост — 158 см. Отеков нет. Со стороны внутренних органов (сердца и легких) отклонений от нормы не обнаружено. Мочеиспускание частое, малыми порциями. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Живот овоидной формы, окружность — 116 см, высота стояния дна матки — 42 см. Размеры таза: 25—28—30—20 см. Индекс

Соловьева — 14,5 см. Положение плода продольное, предлежащая голова прижата ко входу в малый таз, спина определяется слева, мелкие части — справа. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Признак Генкеля — Вастена положительный. Размер Цангемейстера — 23 см. Прямой размер головы — 13,5 см. Ориентировочная масса плода — 4900 г. Истинная конъюгата, вычисленная по наружной с учетом индекса Соловьева, — 11 см.

Схватки частые, сильные, очень болезненные, продолжительностью 45—50 с через 2—3 мин.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, раскрытие отверстия на 3 поперечных пальца. Плодный пузырь цел, напряжен, вскрылся во время исследования. Излилось умеренное количество вод (около 500 мл). Предлежащая голова плода прижата ко входу в малый таз. Лобный шов — в поперечном размере входа в малый таз. Слева по ходу шва достигается передний угол большого родничка, справа пальпируются надбровные дуги и корень носа. Мыс крестца не достигается. Экзостозов нет.

Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Биомеханизм родов при описанном предлежании.
4. Величина окружности головы плода, проходящей через малый таз при описанном предлежании. Какому размеру головы соответствует эта окружность? Какая форма головы будет у плода при этих родах?
5. Тактика ведения родов. Прогноз родов при этом виде предлежания.

21.8.

Роженица И., 27 лет, поступила в родильный дом с хорошей родовой деятельностью, начавшейся 12 ч назад. По дороге в роддом излились околоплодные воды в умеренном количестве. Беременность доношенная.

Данные анамнеза. В детстве перенесла корь и коклюш, взрослой болела острыми респираторными заболеваниями. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3—4 дня через 28 дней, безболезненная, умеренная. Половая жизнь с 25 лет, брак первый, муж, со слов женщины, здоров. Первая беременность год назад закончилась медицинским абортom без осложнений, настоящая беременность вторая. Женскую консультацию посещала регулярно, беременность протекала без осложнений, последнее посещение — 3 дня назад.

Объективно. Женщина правильного телосложения. Кожа и видимая слизистая оболочка чистые, розовые. Отеков нет. Рост — 159 см, масса тела — 72 кг. Температура тела — 36,5 °С, пульс — 1,27 (76 в 1 мин), ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД — 15,6/10,7—15,6/10,1 кПа (120/80—120/75 мм рт. ст.). Внутренние органы патологически не изменены.

Окружность живота — 101 см, высота стояния дна матки над лобком — 39 см. Размеры таза: 25—28—30—20 см. Индекс Соловьев-ева — 15 см. Положение плода продольное, предлежащая голова малым сегментом стоит во входе в малый таз. По белой линии живота над лобком определяется плотный узкий выступ — подбородок. Сердцебиение плода — 2,3 Гц (138 уд./мин), ясное, ритмичное, отчетливо прослушивается по белой линии живота ниже пупка. Предполагаемая масса плода — 3900 г. Прямой размер головы, измеренный тазомером, — 9,5 см (в норме у доношенного плода — 11,5—12 см).

Схватки интенсивные, через 3—4 мин продолжительностью до 45—50 с, умеренно болезненные.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сглажена, края ее тонкие. Открытие отверстия на 3,5 поперечных пальца. Плодный пузырь вскрыт, подтекают светлые околоплодные воды. Предлежащая голова плода стоит малым сегментом во входе в малый таз (прикрывает собой верхнюю треть задней поверхности лобка, к мысу крестца можно подойти только согнутым пальцем). Стреловидный шов располагается в прямом размере входа в малый таз, большой родничок пальпируется спереди под лобком, малый — обращен кзади к крестцу и стоит выше большого. Отмечается выраженная конфигурация головы, при которой обе теменные кости заходят на лобную и затылочную. Измерить диагональную конъюгату не удастся из-за вставленной во вход в малый таз головы плода. Емкость таза хорошая.

Размеры выхода из малого таза: прямой — 9,5 см, поперечный — 11 см. Признак Генкеля — Вастена — голова плода вровень с симфизом. Размер Цангемейстера — 20 см.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.
3. Возможные осложнения при описанном предлежании головы плода.
4. Тактика ведения этих родов.
5. Как следовало бы вести роды, если бы при той же акушерской ситуации был бы передний вид высокого прямого стояния головы плода?

Тема 22

ПАТОЛОГИЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ И ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

22.1.

Беременная Ю., 25 лет, доставлена в родильный дом машиной скорой помощи через 30 мин после внезапно начавшегося кровотечения. Алая жидкая кровь появилась во время акта дефекации среди полного здоровья без каких-либо видимых причин. Беременность

сроком 37—38 недель. Боли и схваток нет. К моменту поступления в роддом кровотечение прекратилось, кровопотеря дома и в дороге составила около 200 мл.

Данные анамнеза. В детстве перенесла корь и скарлатину, взрослой неоднократно болела гриппом. Менструация с 12 лет, продолжительностью 3 дня через 28 дней, без патологических отклонений. Замужем с 23 лет, брак зарегистрирован. Первые две беременности были искусственно прерваны в ранние сроки в условиях больницы, последний аборт осложнился эндометритом с длительными кровянистыми выделениями, субфебрильной температурой. Проводилось инструментальное опорожнение полости матки в связи с задержкой остатков плодного яйца. Настоящая беременность третья, развивалась правильно. Женщина находилась под наблюдением в женской консультации.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворительное, кожа и видимая слизистая оболочка чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Телосложение правильное. Температура тела — 36,6 °С. АД — 14,7/9,3—14,7/10,1 кПа (110/70—110/75 мм рт. ст.), пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота — 1,33 Гц (80 в 1 мин). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Матка правильной овоидной формы, безболезненная. Окружность живота — 100 см, высота стояния дна матки — 32 см. Размеры таза: 25—28—30—20 см. Положение плода продольное, предлежащая голова высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода — 2,33 Гц (140 уд./мин), ясное, ритмичное, слева ниже пупка. Над входом в малый таз выслушивается шум со стороны сосудов матки. Матка не возбуждена. Родовой деятельности нет.

Данные влагалищного исследования. При развернутой операционной произведено бережное влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей женщины, шейка матки сохранена, отверстие закрыто. Через свод влагалища пальпируется массивное, мягковатой консистенции подушковидное образование, расположенное ниже головы плода и препятствующее ее пальпации. Мыс крестца не достигается. Кости таза без деформации. Пальцы исследующего слегка испачканы яркой алой кровью. При осмотре с помощью зеркал патологических изменений со стороны шейки матки, влагалища, наружных половых органов не обнаружено.

После влагалищного исследования кровотечение возобновилось, кровопотеря — 50 мл. Через 10 мин кровотечение прекратилось и не возобновляется. Состояние остается удовлетворительным. АД — 14,7/9,3 кПа (110/70 мм рт. ст.), пульс — 1,33 Гц (80 в 1 мин), удовлетворительного наполнения и напряжения. Родовая деятельность отсутствует. Матка безболезненная, не возбуждена. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин). Показатели крови и мочи без патологических изменений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Причины, способствующие возникновению предлежания плаценты. Причины предлежания плаценты у беременной Ю.
4. Дополнительные методы исследования при предлежании плаценты.
5. Лечение.

22.2.

Роженица Т., 38 лет, поступила в родильный дом по поводу кровотечения из половых органов, начавшегося 2 ч назад при появлении родовых схваток. К моменту поступления кровопотеря составила 50 мл. Беременность доношенная.

Данные анамнеза. Наследственность здоровая. В детстве перенесла корь, взрослой неоднократно болела гриппом. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 4 недели, умеренная, безболезненная. Замужем с 22 лет, брак второй. Всего беременностей пять: первые две закончились нормальными срочными родами, затем было 3 медицинских аборта, без осложнений. Настоящая беременность шестая. Впервые обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 8 недель. Беременность протекала без осложнений. Прошла физио-, психопрофилактическую подготовку к родам.

Объективно. При поступлении состояние женщины удовлетворительное, рост — 160 см, масса тела — 77 кг, телосложение правильное. Кожа и слизистая оболочка розовые. АД — 15,6/7,9—15,6/9,3 кПа (120/60—120/70 мм рт. ст.), пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот правильной овоидной формы, мягкий, безболезненный, окружность — 104 см, высота стояния дна матки над лобком — 32 см. Пальпация матки безболезненна. Положение плода продольное, предлежащая голова стоит высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Размеры таза: 25—28—30—21 см. Схватки через 5—6 мин продолжительностью 30—35 с, хорошей силы.

Влагалищное исследование проводилось очень бережно, в условиях операционной, с соблюдением правил асептики. При осмотре с помощью зеркал со стороны влагалища и шейки матки патологических изменений не обнаружено.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, раскрытие отверстия на 2 поперечных пальца. В шейке матки спереди слева за отверстием прощупывается мясистая, губчатая ткань с неровной поверхностью. Большая часть отверстия занята плодными оболочками, напрягающимися при схватках. Предлежащая голова плода подвижна над входом в малый таз. Мыс крестца не достигается. Деформации таза нет.

После влагалищного исследования кровотечение усилилось, выделилось одновременно 100 мл яркой алой крови.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Анатомическая и клиническая классификация предлежания плаценты.
4. Какую опасность для плода представляет предлежание плаценты?
5. План ведения родов.

22.3.

Роженица С., 32 лет, переведена в акушерскую клинику из отделения патологии беременности, где находилась в течение 20 дней по поводу повторного кровотечения из половых органов. Два часа назад вместе с начавшимися родовыми схватками появилось незначительное кровотечение. Беременность сроком 36 недель.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве болела скарлатиной, взрослой — малярией и пневмонией.

Менструация с 12 лет, продолжительностью 3 дня через 4 недели, безболезненная, умеренная. Половая жизнь с 23 лет, брак первый. Беременность шестая. Первая беременность закончилась срочными родами, три последующие — медицинским абортom без осложнений, пятая — самопроизвольным абортom на 16-й неделе. После этого дважды выскабливали полость матки.

Во время настоящей беременности с 10-недельного срока регулярно наблюдалась в женской консультации. На 33-й неделе беременности во время ночного сна внезапно началось кровотечение. Машинной скорой помощи роженица С. доставлена в отделение патологии беременности, где кровотечение трижды повторялось. Каждый раз оно было кратковременным, по 7—10 мин, но с увеличивающейся кровопотерей — 50—70—100 мл.

Объективно. Телосложение правильное. Кожа и слизистая оболочка бледные. Температура — 36,6 °С, пульс — 1,43 Гц (86 в 1 мин), удовлетворительного наполнения и напряжения, АД — 14,7/7,9—14,7/8,7 кПа (110/60—110/65 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Отеков нет.

Живот увеличен за счет беременности, окружность — 100 см, высота стояния дна матки — 32 см. Положение плода продольное, в области дна матки пальпируется баллотирующая крупная часть округлой формы. Предлежащая часть плода тоже крупная, неправильной формы, высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода выслушивается справа выше пупка, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин), ясное, ритмичное. Схватки средней силы, продолжительностью 30—35 с через 5—6 мин. Размеры таза: 25—28—30—20 см. Воды не отходили, выделения мажущие, кровянистые.

При развернутой операционной очень бережно произведено влагалищное исследование и осмотр с помощью зеркал.

Данные влагалищного исследования. Во влагалище находятся сгустки крови. Слизистая оболочка влагалища и шейки матки без

патологических изменений. Шейка матки сглажена, раскрытие отверстия на 2 поперечных пальца, перешеек полностью прикрыт толстой, губчатой тканью с шероховатой поверхностью, плодные оболочки не определяются. Мыс крестца не достигается. После влагалищного исследования кровотечение усилилось, кровопотеря достигла 200 мл.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Причины, обуславливающие кровотечение при беременности и во время родов.
4. Какую опасность для матери представляет предлежание плаценты?
5. Тактика ведения родов.

22.4.

Роженица Х., 29 лет, доставлена в клинику из колхозного родильного дома по поводу небольшого кровотечения из влагалища и сильной постоянной боли в животе, появившихся через 6 ч от начала регулярных схваток. Роды в срок.

Данные анамнеза. В детстве перенесла корь, взрослой — малярию, грипп. Последние 2 года болеет гипертонической болезнью. Менструация с 13 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 30 дней, безболезненная, скудная. Половая жизнь с 25 лет. Было 2 беременности: первая закончилась срочными родами, вторая — медицинским абортом без осложнений.

Настоящая беременность третья. На 20-й и 32-й неделе беременности госпитализировалась в отделение патологии беременности областного роддома для профилактического лечения гипертонической болезни. В последние две недели беспокоят головная боль и повышенная утомляемость.

Объективно. При поступлении общее состояние роженицы удовлетворительное, телосложение правильное, кожа и слизистая оболочка розовые, отеков нет. АД — 18,7/12—19,3/12 кПа (140/90—145/90 мм рт. ст.), пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, частота — 1,43 Гц (86 в 1 мин). Температура тела — 36,6 °С. Со стороны сердца, легких и других внутренних органов патологических изменений не выявлено. Дизурических явлений нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Живот овальной формы, болезнен при пальпации в области дна матки слева, где отмечается небольшое выпячивание. Окружность живота — 105 см, высота стояния дна матки — 31 см. Положение плода продольное, предлежащая голова — большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, глухое, частота — 2,83 Гц (170 уд./мин). Схватки продолжительностью 35—40 с через 4—5 мин, хорошей силы. Размеры таза: 26—29—31—21 см.

Данные влагалищного исследования. Во влагалище имеются незначительные кровянистые выделения со сгустками крови, на шейке матки и влагалище патологических изменений не обнаружено.

Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, раскрытие отверстия почти полное. Плодный пузырь цел, напряжен даже вне схваток. Предлежащая голова плода большим сегментом во входе в малый таз. На площади, доступной исследованию, плацентарная ткань не определяется. Мыс крестца не достигается.

Показатели крови и мочи без патологических отклонений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Причины, вызывающие преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты.
4. Какую опасность для матери и плода представляет преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты?
5. Тактика ведения родов.

22.5.

Роженица Ч., 34 лет, доставлена в акушерскую клинику по поводу боли в животе, общей слабости, головокружения и небольших кровянистых выделений из влагалища. Роды в срок, начались 4 ч назад.

Данные анамнеза. Имела 2 беременности, закончившиеся нормальными родами. Затем в течение 4 лет предохранялась с помощью внутриматочной спирали. Через 3 месяца после ее удаления наступила беременность. Находилась под наблюдением в женской консультации с 10-недельного срока. Беременность протекала нормально, но за 2 недели до поступления в клинику у беременной на голенях появились отеки, АД — поднялось до 16,9/11,3—18,9/11,3 кПа (130/85—135/85 мм рт. ст.), содержание белка в моче равно 0,33 г/л. От предложенной госпитализации беременная отказалась. Патронаж проводился через день, состояние стабилизировалось.

Объективно. При поступлении в клинику обращает на себя внимание выраженная бледность лица и губ роженицы, отеки на голенях и стопах. Температура тела — 35,8 °С. Пульс — 1,6 Гц (96 в 1 мин), слабого наполнения, АД — 13,3/9,3 кПа (100/70 мм рт. ст.). Живот увеличен за счет беременности, окружность — 105 см, высота стояния дна матки — 36 см. Матка шарообразной формы, твердая, вне схваток не размягчается, болезненная в области дна. Из-за твердости стенки матки части плода не прощупываются, сердцебиение не прослушивается. Размеры таза: 26—29—31—21 см. Схватки хорошей силы, продолжительностью 35—40 с через 3—4 мин. Во влагалище — кровянистые выделения.

Данные влагалищного исследования. Влагалище емкое, шейка матки сглажена, раскрытие отверстия почти полное. Плодный пузырь цел, резко напряжен даже вне схваток. Предлежащая голова плода — малым сегментом во входе в малый таз. На площади, доступной исследованию, плацентарная ткань не определяется. Мыс крестца не достигается.

При осмотре с помощью влагалищных зеркал патологических

изменений во влагалище и на шейки матки не обнаружено. Выделения кровянистые, темные с мелкими сгустками крови.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Дифференциальная диагностика преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и предлежания плаценты.
4. Формы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.
5. Тактика ведения этих родов.

22.6.

Роженица К., 29 лет, переведена в родильное отделение из отделения патологии беременности с начавшимися родовыми схватками при беременности сроком 35—36 недель.

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена. В детстве перенесла корь, взрослой — грипп. Менструация с 12 лет, умеренная, безболезненная, установилась сразу, продолжительностью 3—4 дня через 28 дней.

Половая жизнь с 20 лет. Первые две беременности закончились нормальными родами, третья и четвертая — медицинским абортom, пятая — самопроизвольным абортom на 15—16-й неделе беременности. Настоящая беременность шестая. Первая половина беременности протекала без осложнений, вторая — сопровождалась отеками. Лечилась амбулаторно с помощью диеты, а на 33-й неделе была госпитализирована в отделение патологии беременности.

Объективно. Состояние удовлетворительное, телосложение правильное: рост — 159 см, масса тела — 78 кг. За время беременности прибавила 17 кг. Отеки на голенях и стопах. АД — 18,9/11,3—18,9/10,7 кПа (135/85—135/80 мм рт. ст.), пульс 1,33 Гц (80 в 1 мин). Температура тела — 36,7 °С. Со стороны сердца, легких и других внутренних органов патологических изменений не выявлено.

Окружность живота — 99 см, высота стояния дна матки — 32 см. Матка в состоянии тонуса. Положение плода продольное, предлежащая голова прижата ко входу в малый таз, сердцебиение — 2,5 Гц (150 уд./мин), приглушенное, слева ниже пупка. Размеры таза: 25—29—31—21 см. Схватки продолжительностью 30 с через 4—5 мин, умеренно болезненные.

Во время санитарной обработки роженица пожаловалась на сильную боль в животе. Состояние ее заметно ухудшилось, появилась общая слабость, головокружение, зевота, лицо и губы побледнели, лицо покрылось холодным потом. Пульс стал нитевидным, частота — 2 Гц (120 в 1 мин), АД — 13,3/5,3—13,3/6 кПа (100/40—100/45 мм рт. ст.). Матка в состоянии выраженного тонуса, напряжена, резко болезненная в области дна и тела. Сердцебиение плода не выслушивается. Из половых органов появились скудные темнокровянистые выделения. Беременная срочно доставлена в операционную, где было произведено влагалищное исследование и осмотр с помощью влагалищных зеркал.

Данные влагалищного исследования. Во влагалище и на шейке матки патологических изменений не обнаружено. Шейка матки сглажена, открытие отверстия на 2 пальца. Плодный пузырь цел, напряжен. Предлежащая голова прижата ко входу в малый таз. На площади, доступной исследованию, плацентарная ткань не определяется. Мыс крестца не достигается. Скудные кровянистые выделения из половых органов.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Какие формы преждевременной отслойки плаценты различают по клинической картине заболевания?
4. Прогноз для матери и плода при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты.
5. Тактика ведения этих родов.

Т е м а 23

КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕДОВОМ И ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ

23.1.

Роженица В., 34 лет, поступила в родильный дом с хорошей родовой деятельностью. Настоящая беременность третья, протекала без осложнений. Первые две беременности искусственно прерваны.

Объективно. При поступлении состояние удовлетворительное. Рост — 159 см, масса тела — 64 кг. Температура тела — 36,5 °С. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Отеков нет.

Через 3 ч после поступления родился живой доношенный мальчик — масса 3000 г, рост — 50 см.

Общее состояние родильницы удовлетворительное, моча выведена катетером. Под таз женщины подставлен специальный лоток для сбора и учета количества теряемой крови. Матка на один поперечный палец ниже пупка, почти шаровидной формы. Кровотечения нет.

Через 10 мин после рождения ребенка появилась схваткообразная боль по типу родовой. Одномоментно выделилось 400 мл крови, кровотечение продолжается.

Общее состояние родильницы удовлетворительное, пульс — 1,33 Гц (80 в 1 мин), ритмичный, хорошего наполнения, АД — 15,6/9,3 кПа (120/70 мм рт. ст.). Форма матки изменилась — уменьшилась в поперечнике, стала узкой, дном своим поднялась выше пупка, почти до правого подреберья, над лобком появилось выпячивание. Свисающая из влагалища пуповина опустилась ниже, как бы удлинилась примерно на 8—10 см. При надавливании ребром кисти на подчревь пуповина не втягивается во влагалище. Кровотечение не прекращается, кровопотеря составляет около 450 мл.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие установленный диагноз.
3. Признаки отделения плаценты от стенок матки.
4. Лечение при задержавшейся в матке плаценте.
5. Показания, условия и техника выделения последа по способу Абуладзе.

23.2.

Роженица К., 36 лет, доставлена на машине скорой помощи с активной родовой деятельностью.

Данные анамнеза. В детстве перенесла корь, взрослой — грипп. Менструация с 14 лет, установилась сразу, без патологии. Замужем с 23 лет. Настоящая беременность шестая, предыдущие 5 закончились нормальными родами.

Общее состояние роженицы удовлетворительное, температура тела 36,9°C, пульс удовлетворительного наполнения и напряжения, частота — 1,33 Гц (80 в 1 мин), АД — 15,6/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Живот увеличен за счет беременности. Положение плода продольное, предлежащая голова в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин). Через 15 мин после поступления родилась живая доношенная девочка массой 3950 г.

Спустя 10 мин из половых органов родильницы появились кровянистые выделения. Матка плотная, округлой формы, дно ее располагается на уровне пупка. Свисающая из влагалища пуповина с лигатурой возле промежности при глубоком вдохе и выдохе вытягивается во влагалище и вновь опускается до прежнего уровня. При надавливании ребром кисти на подчрестье пуповина вытягивается во влагалище. Кровянистые выделения из половых органов усилились, кровопотеря, составляющая 400 мл, продолжается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Произошло ли отделение плаценты от стенок матки? Признаки отделения плаценты.
4. Акушерская тактика при кровотечении, возникшем при неотделившейся плаценте.
5. Показания и техника ручного отделения плаценты.

23.3.

Роженица Л., 29 лет, поступила в акушерскую клинику с активными схватками. Роды в срок.

Данные анамнеза. Менструация с 13 лет, продолжительностью 3 дня через 28 дней, умеренная, безболезненная. Половая жизнь с 22 лет. Имела 4 беременности: первая закончилась нормальными родами, 3 последующие — криминальным абортom с выскабливанием полости матки. После последнего аборта, 2 года назад, в течение месяца держалась высокая температура тела. После выписки

из больницы длительно лечилась амбулаторно в связи с воспалительным процессом в матке. Во время настоящей беременности регулярно посещала женскую консультацию, патологических отклонений в течении беременности не было.

Объективно. Состояние роженицы удовлетворительное, температура тела — 36,5 °С, АД — 15,6/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.), пульс ритмичный, частота — 1,33 Гц (80 в 1 мин). Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено.

Через 30 мин после поступления родился живой доношенный мальчик массой 4200 г.

Акушерская тактика в последовый период консервативная, так как нет показаний к активному выделению последа. АД — 15,6/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.), пульс удовлетворительного наполнения, частота — 1,33 Гц (80 в 1 мин). Через 1 ч после рождения ребенка моча выведена катетером. Схваток нет.

На протяжении 2 ч после рождения плода состояние родильницы остается хорошим: кровотечения нет, матка плотная, шаровидная, дно ее — на уровне пупка. Лигатура, наложенная на пуповину при отделении плода, находится на прежнем уровне. При глубоком вдохе пуповина втягивается во влагалище и вновь опускается до прежнего уровня. При потуживании пуповина удлиняется, при прекращении его — втягивается во влагалище. При надавливании ребром ладони над лобковым симфизом пуповина втягивается во влагалище. Кровянистых выделений из половых органов нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
 2. Клинические симптомы, на основании которых устанавливается диагноз. Какими исследованиями можно уточнить диагноз?
 3. Произошло ли отделение плаценты от стенок матки? Признаки отделения плаценты.
 4. Формы патологического прикрепления плаценты.
 5. Акушерская тактика при истинном приращении плаценты.
- 23.4.

Роженица У., 33 лет, поступила в акушерскую клинику с активной родовой деятельностью. Роды в срок.

Данные анамнеза. Росла и развивалась здоровым ребенком, взрослой ничем не болела. Менструация с 13 лет, без отклонений от нормы. Половая жизнь с 20 лет. Имела 4 беременности, из которых первая закончилась нормальными родами, а 3 последующие — искусственным абортom без осложнений. Настоящая беременность пятая, протекала нормально, регулярно наблюдалась в женской консультации.

Объективно. Роженица правильного телосложения. Со стороны внутренних органов у нее отклонений от нормы не отмечается. Через два часа после поступления родился живой доношенный мальчик массой 4100 г.

Через 10 мин после рождения ребенка появились кровянистые выделения, кровопотеря составила 250 мл. Матка шаровидной формы, дно ее стоит на уровне пупка. Моча выведена катетером. При

потуживании послед не выделился, кровопотеря достигла 300 мл. Выделение послета способом Абуладзе оказалось безуспешным. После выделения послета по способу Креде — Лазаревича кровотечение не прекратилось, а усилилось. При осмотре с помощью влагалитчных зеркал разрывов шейки матки и влагалитща не установлено, промежность и клитор целые.

При осмотре материнской поверхности плаценты при складывании надорвавшихся долек обнаружен участок размером 4×5 см, лишенный плацентарной ткани. Оболочки послета целые.

Женщина бледная, состояние ее удовлетворительное, АД — 14,7/7,9 кПа (110/60 мм рт. ст.), пульс удовлетворительного наполнения, частота — 1,47 Гц (88 в 1 мин). Матка плотная, шаровидная, дно ее на один поперечный палец ниже пупка. Кровотечение продолжается, кровопотеря достигла 550 мл. Кровь свернулась в сплошной плотный сгусток.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Причины, вызывающие кровотечение после рождения послета. Дифференциальная диагностика.
4. Лечебная тактика при кровотечении в раннем послеродовом периоде.
5. Показания, условия и техника выделения послета по способу Креде — Лазаревича. Правильно ли проводился последовый период у роженицы У.?

23.5.

Роженица С., 33 лет, поступила в роддом с активной родовой деятельностью, начавшейся 6 ч назад. отошли околоплодные воды.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. Из детских болезней перенесла корь и ветряную оспу, взрослой — цистит и грипп. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 28 дней, безболезненная. Половая жизнь с 23 лет. Беременность шестая: первые две закончились срочными нормальными родами, 3 последующие — искусственным абортom. Последний аборт осложнился воспалением придатков матки. Настоящая беременность протекала без осложнений, женскую консультацию посещала регулярно. Роды в срок.

Объективно. При поступлении состояние роженицы удовлетворительное. Женщина правильного телосложения: рост — 160 см, масса тела — 72 кг. Температура тела — 36,5 °С. АД — 15,6/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.), пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, частота — 1,8 Гц (78 в 1 мин). Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Живот увеличен за счет беременности. Положение плода правильное, сердцебиение ясное, ритмичное, частота — 2,13 Гц (128 уд./мин). Размеры таза: 26—29—31—21 см.

Данные влагалитщного исследования. Влагалитще рожавшей женщины, шейка сглажена, открытие отверстия полное. Плодного

пузыря нет. Предлежащая голова плода на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере таза, малый родничок спереди у лобка.

Через 10 мин родилась живая девочка массой 4250 г, рост — 56 см. Оценка по шкале Апгар — 9 баллов. Через 5 мин после рождения ребенка самостоятельно отделился и выделился послед. При осмотре — дольки плаценты и оболочки целые, т. е. целостность последа не вызывает никаких сомнений. Промежность и клитор целые. При осмотре с помощью влагалищных зеркал на шейке и влагалище разрывов не обнаружено. Матка мягкая, дряблая, плохо контурируется, дно ее стоит на 3 поперечных пальца выше пупка. Кровопотеря в последовом периоде составила 250 мл, кровотечение не прекращается. Мочевой пузырь опорожнен с помощью катетера, на низ живота положен пузырь со льдом. Внутривенно введено 1 мл метилэргометрина в 20 мл 40 % раствора глюкозы, произведен массаж матки через переднюю брюшную стенку. После этого матка уплотнилась, кровотечение остановилось, однако через 1—2 мин матка вновь расслабилась, кровотечение возобновилось, выделился большой плотный сгусток крови. Кровотечение продолжается. В течение 15 мин послеродового периода женщина потеряла более 500 мл крови.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.
3. Причины, вызвавшие кровотечение после рождения последа. Дифференциальная диагностика.
4. Методы остановки кровотечения при гипотоническом состоянии матки.
5. Может ли гипотония матки привести к смертельному кровотечению? Основные симптомы клинической смерти и методы реанимации.

23.6.

Повторнородящая И., 29 лет, через 20 мин после поступления в роддом самостоятельно родила живую доношенную девочку без асфиксии. Послед отошел самостоятельно, кровотечения нет, матка хорошо сократилась. При осмотре плаценты возникло сомнение в целостности ее. Но поскольку матка сократилась хорошо, кровотечение отсутствовало, врач решил провести наблюдение за родильницей без обследования полости матки, отметив в истории родов «детское место под сомнением». На 4-й день после родов у родильницы началось непрекращающееся маточное кровотечение, кровопотеря составила 500 мл. Матка плотная, безболезненная, дно ее на уровне пупка. АД — 14,7/7,9 кПа (110/60 мм рт. ст.), пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, частота — 1,47 Гц (88 в 1 мин). Температура тела — 36,6 °С. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Причины, вызвавшие кровотечение в позднем послеродовом (пуэрперальном) периоде.
4. Лечение.
5. Правильно ли проведены роды? В чем заключается ошибка врача?

23.7.

Роженица В., 28 лет, доставлена машиной скорой помощи в родильное отделение в первом периоде родов с беременностью сроком 40 недель. Схватки слабые, через 10—12 мин, продолжительностью 25—30 с.

Данные влагалищного исследования. Шейка матки укорочена, раскрытие отверстия на 2 см, плодного пузыря нет, подтекают воды, окрашенные меконием. Голова плода прижата ко входу в малый таз. После создания эстрогено-глюкозо-кальциево-витаминного фона проведена родостимуляция окситоцином. Через 10 ч от начала родостимуляции родилась девочка массой 3700 г, длиной 52 см, состояние которой равно 6—7 баллам по шкале Апгар. В последовом периоде началось гипотоническое маточное кровотечение, в связи с чем произведено ручное отделение плаценты и выделение последа, массаж на кулаке. Кровопотеря при этом составила 800 мл. Несмотря на проведенный массаж и окситоцические препараты (внутримышечно введен метилэргометрин), кровотечение продолжалось и через 10 мин после удаления последа составило 1800 мл. Несмотря на внутривенное вливание одногруппной крови, состояние больной резко ухудшилось. АД снизилось до 12/5,3, кПа (90/40 мм рт. ст.), пульс нитевидный, кожа бледная, слизистая оболочка синюшная, родильница возбуждена, задыхается, покрыта холодным потом, шоковый индекс = 1,5, ЦВД менее 0,5 кПа (50 мм вод. ст.), гематокритное число менее 0,25 (25 %), состояние декомпенсированного негазового (метаболического) ацидоза.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Этиология геморрагического шока.
3. Механизмы развития и стадии геморрагического шока.
4. Тактика лечения и профилактики геморрагического шока.

23.8.

В родильное отделение клинической больницы поступила роженица М. во втором периоде родов.

Данные акушерского исследования. Беременность сроком 41—42 недели, клиническое несоответствие между размерами таза матери и предлежащей части плода — головой. Ориентировочная масса плода — 4800 г. Сердцебиение плода приглушено, частота — 2,67 Гц (160 уд./мин). Установлены гипоксия плода, негазовый ацидоз у матери и плода. Матка при пальпации болезненная, между ее телом и нижним сегментом пальпируется идущая в косом направлении борозда (контракционное кольцо). Потуги повышенной

интенсивности, через каждые 2 мин продолжительностью 60 с, болезненные. Воды отошли дома 4 ч назад, чистые, в умеренном количестве.

Данные влагалищного исследования. Влагалище емкое, нерожавшей женщины, шейка матки раскрыта полностью, плодный пузырь отсутствует, предлежит голова, зафиксированная во входе в малый таз. Мыс недостижим. Тазовая впадина свободная.

В связи с выявленным клиническим несоответствием между размерами таза матери и плода и начавшейся угрозой разрыва матки решено в urgentном порядке произвести кесарево сечение. Операция прошла без особенностей. Родился живой мальчик массой 5000 г, оценка состояния по шкале Апгар — 4 балла. Операция началась через 30 мин после госпитализации роженицы. Во время операции обнаружена матка Кувелера, в связи с чем произведена ее экстирпация без придатков. Во время экстирпации матки возникло массивное маточное кровотечение и кровотечение из операционной раны. Кровь темного цвета без сгустков, фибриноген в крови не определялся. Начато струйное переливание одногруппной свежей крови. Общая кровопотеря составила 3,5 л. Перелито 4 л свежей крови. Проведены реанимационные мероприятия и интенсивная терапия роженицы.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Афибриногемия.
3. Состояние негазового (метаболического) ацидоза у плода.
4. Состояние негазового ацидоза у матери.

Т е м а 24 РОДОВОЙ ТРАВМАТИЗМ

24.1.

Роженица М., 32 лет, поступила с хорошей родовой деятельностью. Роды в срок.

Наследственность не отягощена. Ничем не болела. Половая жизнь с 27 лет. Настоящая беременность первая, протекала без осложнений.

Объективно. Роженица правильного телосложения: масса тела — 69 кг, рост — 156 см. Температура тела 36,7 °С. Пульс — 1,3 Гц (78 в 1 мин), хорошего наполнения, АД — 15,3/10,7 — 15,6/10,7 кПа (115/80—120/80 мм рт. ст.). Отеков нет. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не отмечается.

Живот овоидной формы, окружность — 107 см, высота стояния дна матки — 32 см. Положение плода продольное, голова в полости малого таза. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное, ритмичное, частота — 2,17 Гц (130 уд./мин). Размеры таза: 26—29—31—21 см. Схватки продолжительностью 45—50 с, через 2—3 мин, переходящие в потуги. Отошло умеренное количество светлых вод. Поступила на родовой стол.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка сглажена, отверстие отверстия полное. Плодный пузырь вскрыт. Голова плода в узкой части малого таза, стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок спереди у лобка, большой не достигается. Экзостозов таза нет.

Через 30 мин началось врезывание головы плода. При этом обращает на себя внимание чрезвычайно сильное выпячивание промежности. Кожа над промежностью стала блестящей и несколько синюшной. В области задней спайки во время потуги кожа бледнеет на площади $1,5 \times 2$ см, а с прекращением потуг из половой щели появляется небольшая струйка крови. При проведенной традиционной защите промежности родился живой доношенный мальчик массой 3400 г. Послед отделился и выделился самостоятельно через 10 мин, дольки и оболочки детского места целые. Осмотр с помощью влагалищных зеркал показал — шейка и влагалище матки целые. В области промежности определяется глубокий разрыв кожи почти до заднего прохода, задней стенки влагалища, мышц, кроме наружного сфинктера заднего прохода.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Акушерская тактика. Последовательность зашивания описанного разрыва промежности и уход за швами.
4. Классификация разрывов промежности в зависимости от объема повреждения тканей.
5. Можно ли было предвидеть разрыв промежности у роженицы М.? Профилактика разрывов промежности.

24.2.

Роженица С., 24 лет, первородящая. Поступила в акушерскую клинику с частыми схватками, которые начались 12 ч назад. Роды в срок.

Менструация с 14 лет, без патологических отклонений. Замужем с 23 лет. Беременность первая, протекала нормально.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворительное, температура тела — $36,6^{\circ}\text{C}$. Пульс ритмичный, частота — 1,43 Гц (86 в 1 мин), АД — $15,3/7,9$ — $15,3/8,7$ кПа (115/60—115/65 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Размеры таза нормальные. Положение плода правильное. Через 5 мин отошло умеренное количество светлых вод, начались потуги и родился живой мальчик массой 3950 г. Сразу после рождения ребенка началось небольшое кровотечение. Моча выведена катетером. Внутривенно введен 1 мл метилэргометрина в 20 мл 40 % раствора глюкозы. Через 10 мин самостоятельно родился послед, детское место без дефектов. Матка плотная, шаровидная, дно ее стоит на один палец ниже пупка. Кровотечение не прекращается, кровь свернулась в плотный сгусток. Кровопотеря составляет 450 мл. Промежность целая. При осмотре с помощью влагалищных зеркал справа обнаружен значительный разрыв шейки матки, доходящий до правой части свода влагалища.

Вопросы:

1. Диагноз.
 2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
 3. Классификация разрывов шейки матки в зависимости от тяжести повреждения.
 4. Акушерская тактика при разрывах шейки матки.
 5. Причины, способствующие разрыву шейки матки. Можно ли предупредить разрыв шейки матки и как?
- 24.3.

Роженица Е., 29 лет, повторнородящая, доставлена в акушерскую клинику из колхозного родильного дома, где в течение 12 ч продолжалась хорошая родовая деятельность. Три часа назад отошли околоплодные воды и начались потуги, которые становились более частыми и сильными, но продвижения головы плода не отмечалось. Ввиду того, что роды затянулись, акушерка доставила роженицу в клинику.

Данные анамнеза, собранного со слов акушерки. Настоящая беременность третья: первая закончилась преждевременными родами живого ребенка, вторая — медицинским абортom без осложнений. В течение последующих 3 лет предохранялась с помощью внутриматочной спирали. Данная беременность протекала нормально.

При поступлении роженица ведет себя беспокойно — кричит, хватается руками за живот.

Объективно. Роженица среднего роста, правильного телосложения. Температура тела — 36,9 °С. АД — 16,9/10,7—16,3/10,7 кПа (130/80—125/80 мм рт. ст.), пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, частота — 1,43 Гц (86 в 1 мин). Со стороны внутренних органов патологических изменений не выявлено. Отеков нет. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание отсутствовало в течение 3 ч.

Окружность живота — 104 см, высота стояния дна матки над лобком — 36 см. Матка напряжена, в паузы почти не расслабляется, дно ее отклонено вправо. Во время потуг на уровне пупка наблюдается косо стоящая перетяжка (контракционное кольцо). Части плода из-за напряжения и болезненности матки плохо определяются, пальпация нижнего сегмента ее очень болезненна. Предлежит, по-видимому, голова, плотно прижатая ко входу в малый таз.

Сердцебиение плода ясное, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин). Признак Генкеля — Вастена положительный. Размеры таза: 24—26—28—29 см. Индекс Соловьева равен 15 см. Потуги следуют одна за другой, паузы между ними — 1—1,5 мин, длительность — 50—60 с.

Данные влагалищного исследования. Влагалище широкое, шейка матки сглажена, открытие отверстия полное, края дряблые, отечные, свободно свисающие во влагалище. Плодного пузыря нет. Предлежащая голова плотно прижата ко входу в малый таз. Стреловидный шов стоит в поперечном размере, малый родничок слева, несколько ниже большого. На голове плода имеется небольшая ро-

довая опухоль. Мыс крестца достигается, диагональная конъюгата — 12 см (истинная конъюгата — 10 см).

Исследование проводилось под наркозом эфиром.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Механические причины, вызвавшие описанную акушерскую патологию.
4. Лечение при описанном осложнении родов. Можно ли транспортировать таких рожениц?
5. Дальнейший план ведения родов у роженицы Е.

24.4.

Роженица К., 40 лет, многорожавшая, в тяжелом состоянии доставлена в акушерскую клинику на машине скорой помощи. Роды в срок.

Данные анамнеза. Настоящая беременность восьмая: первые пять закончились срочными нормальными родами (дети живые), шестая — искусственным абортom без осложнений, седьмая — 2 года назад срочными родами, осложнившимися кровотечением. Ручное отделение последа при этом сопровождалось в течение 10 дней повышением температуры. Выписана на 20-й день после родов. Во время настоящей беременности женскую консультацию не посещала, собиралась рожать дома. Через 6 ч от начала активной родовой деятельности отошли околоплодные воды и появились сильные болезненные потуги, которые вскоре приняли почти непрерывный характер. Затем внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, как удар ножом в живот. После этого родовая деятельность полностью прекратилась. Появились общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, постоянная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения. Общее состояние быстро ухудшалось, что заставило родственников роженицы вызвать машину скорой помощи.

Объективно. При поступлении состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатичность. На вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожа и видимая слизистая оболочка бледные, черты лица заострены. Температура тела — 35,8 °С. АД — 13,3/7,9—13,3/7,3 кПа (100/60—100/55 мм рт. ст.), пульс — 1,93 Гц (116 в 1 мин), слабого наполнения и напряжения. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено.

Живот несколько вздут, окружность — 112 см, болезнен при пальпации, симптом Щеткина — Блюмберга положительный, при перкуссии определяется тупость в отлогих местах. Контуры матки определяются нечетко. Под передней брюшной стенкой пальпируется подвижный плод. Сердцебиение плода не прослушивается, шевеление отсутствует более часа. Размеры таза: 25—27—30—20 см. Родовая деятельность отсутствует.

Данные влагалищного исследования. Влагалище свободное, шейка матки сглажена, передняя губа отечная, открытие отверстия полное. Плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется.

Мыс крестца не достигается, емкость малого таза хорошая. Имеются кровянистые выделения в небольшом количестве.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Теория Я. Ф. Вербова.
4. Акушерская тактика при разрыве матки.
5. Профилактика разрывов матки.

24.5.

Роженица И., 28 лет, поступила в родильный дом с регулярными схватками, жалобами на боль в области лобкового симфиза, усиливающейся при ходьбе. Роды в срок.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. Из детских заболеваний отмечает корь, скарлатину, взрослой болела гриппом. Менструация с 13 лет, умеренная, безболезненная, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 28 дней. Половая жизнь с 25 лет, брак первый, муж здоров. Было 2 беременности: первая завершилась срочными родами без осложнений (масса ребенка 2500 г), вторая — искусственным абортom при сроке беременности 10 недель без осложнений. При настоящей беременности взята на учет в женской консультации с 7-недельного срока. Первая половина беременности протекала без осложнений. С 28-й недели находилась в отделении патологии беременности со значительными отеками, которые после проведенного лечения исчезли. В течение последних двух недель стала беспокоить боль в области лобкового симфиза и крестца, особенно при движениях. В последние 2—3 дня появилась утиная походка.

Объективно. Женщина правильного телосложения, среднего роста, удовлетворительного питания. Кожа и видимая слизистая оболочка обычной окраски. На голенях и стопах умеренные отеки. Температура тела — 36,6 °С. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота — 1,27 Гц (76 в 1 мин), АД — 15,3/10,7—15,6/10,7 кПа (115/80—120/80 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Живот овоидной формы, окружность — 100 см, высота стояния дна матки над лобком — 32 см. Матка при пальпации возбуждима, между схватками расслабляется, при пальпации безболезненная. Положение плода продольное, предлежащая голова малым сегментом во входе в малый таз, сердцебиение — 2,43 Гц (146 уд./мин), ясное, ритмичное. Размеры таза: 26—29—31—21 см. Схватки продолжительностью 30—40 с, через 5—6 мин, средней силы, умеренно болезненны. При наружной пальпации лобкового симфиза определяется щель между лобковыми костями шириной около 0,8 см. Пальпация болезненная. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева — 3200 г.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, отверстие открыто на 2 см. Плодный пузырь цел, во время схваток хорошо наливается. Предлежащая голова пло-

да — малым сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов — в поперечном размере таза, малый родничок — слева, несколько кпереди. Мыс крестца не достигается. При пальпации лобкового симфиза определяется щель между лобковыми костями шириной около 0,8 см. Пальпация болезненная.

Показатели мочи и крови без патологических изменений.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Данные клинического исследования, подтверждающие диагноз.
3. Причины выявленного осложнения.
4. Как уточнить установленный диагноз?
5. План ведения родов и лечебная тактика в послеродовом периоде.

24.6.

Родильница Ф., 36 лет, переведена из отделения физиологического акушерства в наблюдательное на 6-е сутки после родов в связи с выделением мочи через влагалище. В течение последних 3—4 дней наблюдались субфебрильная температура и познание.

Данные анамнеза. Имела 2 беременности; первая закончилась преждевременными родами живого ребенка массой 2200 г. Настоящие роды затяжные, осложнились ранним отхождением околоплодных вод, слабостью родовых сил. В связи с этим были наложены полостные акушерские щипцы и извлечена живая девочка массой 3800 г.

После родов шейка матки и влагалище осмотрены с помощью влагалищных зеркал. Разрывы не обнаружены, место перинеотомии ушито кетгутowymi и шелковыми швами. После родов отмечаются задержка мочи, затрудненное мочеиспускание и трудности при катетеризации мочевого пузыря из-за отека наружных половых органов и передней губы шейки матки.

Объективно. Общее состояние родильницы удовлетворительное, температура тела — 37,4 °С. АД — 15,6/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов и матки патологических изменений не обнаружено.

По передней стенке влагалища в верхней трети его определен рубцовый тяж, достигающий места перехода влагалища в шейку матки и образующий щель размером 1×2 см. Из щели выпячивается ткань ярко-красного цвета и выделяется моча.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Дополнительные методы исследования, уточняющие диагноз.
4. Причины описанного осложнения.
5. Профилактика и лечение влагалищно-мочепузырных свищей.

24.7.

Роженица И., 18 лет, первородящая, доставлена в родильный дом на машине скорой помощи в тяжелом состоянии. Фельдшер скорой помощи, прибывший по вызову к И., застал ее в момент рож-

дения живого доношенного ребенка. Перевязав пуповину, применил способ Креде — Лазаревича с одновременным потягиванием за пуповину из-за обильного кровотечения для быстреешего выделения последа. Со слов фельдшера, послед легко выделился из половой щели, но вместе с ним выделилась какая-то большая опухоль, на верхушечной части которой распласталась плацента. Состояние роженицы резко ухудшилось, наступило обморочное состояние, появились тошнота, рвота, острая боль внизу живота. Фельдшер немедленно доставил женщину в родильный дом.

Объективно. При поступлении состояние женщины очень тяжелое, жалуется на боль внизу живота. Лицо бледное, покрыто холодным потом. АД — 12/6,7—12,7/7,3 кПа (90/50—95/55 мм рт. ст.), пульс слабого наполнения и напряжения, частота — 1,83 Гц (110 в 1 мин). Температура тела — 36,4 °С. Тоны сердца чистые, сердцебиение учащенное. В легких — везикулярное дыхание. При пальпации брюшной стенки отмечается резкая болезненность внизу живота, печень и селезенка не пальпируются, матка над лобком не определяется. В области входа в малый таз обнаруживается хорошо пальпируемое, очень болезненное воронкообразное углубление, уходящее в полость таза.

Вне половой щели впереди наружных половых органов определяется шаровидное образование мягкой консистенции, красно-фиолетового цвета. К центральной части свисающего образования прикреплена плацента, покрытая плодной оболочкой. От центра плаценты отходит пуповина. По правой боковой поверхности плацента и оболочки отделились от образования, обнажив ярко-багровую кровоточащую шероховатую поверхность.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Условия, способствующие послеродовому вывороту матки.
4. Лечение при вывороте матки.
5. Прогноз при описанном осложнении родов.

Т е м а 25

ПОСЛЕРОДОВЫЕ СЕПТИКО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

25.1.

Родильница В., 26 лет, переведена из отделения физиологического акушерства в наблюдательное на 4-й день послеродового периода.

Данные анамнеза. Настоящие роды вторые, протекали нормально. Разрыв промежности II степени ушит кетгутowymi и шелковыми швами. Послеродовой период в течение первых двух суток протекал без осложнений. К концу третьего дня повысилась температура тела — до 37,3 °С, появилось общее недомогание, головная боль, жжение и боль в области промежности и влагалища.

Объективно. Температура тела — 37,3 °С, АД — 15,6/7,9—15,6/8,7 кПа (120/60—120/65 мм рт. ст.), пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота — 1,33 Гц (80 в 1 мин). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Молочные железы не напряжены, гиперемии нет, соски в хорошем состоянии. Живот мягкий, безболезненный, дно матки на 3 поперечных пальца ниже пупка, матка плотная, безболезненная. Лохии в небольшом количестве с примесью сукровицы. Швы на раневой поверхности промежности покрыты гнойным налетом, окружающие ткани гиперемированы, отечны, болезненные при пальпации.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Причины послеродовых септических заболеваний.
4. Лечение при данном заболевании.
5. Принципы профилактики послеродовых септических заболеваний.

25.2.

Родильница Н., 27 лет, повторнородящая, переведена из отделения физиологического акушерства в наблюдательное на 7-е сутки после родов в связи с ухудшением общего состояния, появлением озноба, повышением температуры тела до 39 °С.

Настоящие роды были осложнены преждевременным отхождением вод (безводный промежуток 20 ч), слабостью родовых сил. При появлении признаков внутриутробной гипоксии плода, учитываемая стояние головы в полости таза и полное открытие отверстия матки, роды были закончены наложением полостных щипцов с извлечением живого ребенка массой 3800 г. Последовый период осложнился кровотечением, ручным отделением последа. Шейка матки и промежность целые. В течение первых трех суток состояние родильницы было удовлетворительное, температура тела нормальная. С 4-го дня общее состояние стало прогрессивно ухудшаться.

Объективно. Родильница жалуется на общую слабость, озноб, боль внизу живота и в левой паховой области. Кожа умеренно гиперемирована. Температура тела — 39 °С, пульс — 1,6 Гц (96 в 1 мин), ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД — 15,6/10,1 кПа (120/75 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов (сердца и легких) патологических изменений не обнаружено. Живот вздут, участвует в акте дыхания, верхние области при пальпации безболезненны. Дно матки определяется на 3 поперечных пальца ниже пупка. Дизурические расстройства отсутствуют. Стул нормальный.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы и влагалище без патологических изменений. Шейка матки сформирована, отверстие проходимо для одного пальца, свод влагалища свободен, глубок. Матка недостаточно сокращена, округлой формы, болезненная при пальпации. От левого угла матки отходит опухолеподобный конгломерат неправильной формы, ограниченно под-

вижный, величиной с куриное яйцо, очень болезненный при пальпации. Придатки справа не увеличены, безболезненны. Выделения бурого цвета с неприятным, гнилостным запахом.

При бактериологическом исследовании выделений обнаружен стафилококк, не чувствительный к пенициллину и стрептомицину.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Классификация послеродовых септических заболеваний по Бартельсу — Сазонову.
4. Лечение при послеродовых септических заболеваниях.
5. Дифференциальная диагностика послеродовых и интеркуррентных инфекционных заболеваний.

25.3.

Роженица Ш., 28 лет, первобеременная, 2 дня назад была доставлена в акушерскую клинику в родах, осложненных безводным промежутком (в течение 16 ч), лобным предлежанием головы плода и симптомами угрожающего разрыва матки. Экстренно было произведено корпоральное кесарево сечение, извлечен живой мальчик массой 3650 г.

Послеоперационный период в течение первых суток протекал нормально, самочувствие удовлетворительное.

На вторые сутки после родов состояние стало прогрессивно ухудшаться, появились икота, рвота, сильная боль сначала внизу, затем по всему животу, задержка газов и стула. Озноба нет.

Объективно. Кожа бледная с сероватым оттенком, черты лица заостренные, выражение лица страдальческое, губы и язык сухие, с серым налетом. Температура тела, измеренная в подмышечной ямке, — 38,5 °С, в прямой кишке — 40 °С. Пульс частый — 2 Гц (120 в 1 мин), АД — 14,7/7,9 кПа (110/60 мм рт. ст.). Живот вздут, болезнен при пальпации, имеется напряжение мышц, передней брюшной стенки, симптом Щеткина — Блюмберга положительный. При перкуссии определяется экссудат в нижних и боковых областях живота. При аускультации перистальтика кишок резко ослаблена.

Данные исследования крови: количество лейкоцитов — 17,5 Г/л; СОЭ — 39 мм/ч.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Причины, вызвавшие описанное осложнение.
4. Классификация перитонита по клиническому течению, распространению и характеру экссудата.
5. Лечение при перитоните.

25.4.

Роженица Т., 27 лет, повторнородящая, поступила из дома в акушерскую клинику спустя 20 ч от момента отхождения вод и 26 ч от начала регулярных схваток с повышенной температурой тела (37,5 °С) и ознобом. Роды в срок. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Через 40 мин

после поступления в роддом родилась живая доношенная девочка массой 3500 г. Послед выделился самостоятельно через 15 мин, плацента и оболочки целые. На шейке матки при осмотре с помощью влагалищных зеркал разрывов не обнаружено. Промежность целая.

Послеродовой период протекал с лихорадкой, ознобом, субфебрильной температурой. Лечение антибиотиками не улучшило течение заболевания. Наоборот, к концу 7-х суток после родов температура тела повысилась до 39,8 °С, что сопровождалось ознобом, одышкой, жалобами на сердцебиение. Кожа бледная, с серовато-желтушным оттенком, на сгибательной поверхности предплечья, животе и груди появились петехии. АД — 12,7/8,7 кПа (95/65 мм рт. ст.), пульс — 1,83 Гц (110 в 1 мин), ритмичный. Тоны сердца приглушены, систолический шум над верхушкой, акцент II тона над легочным стволом. В легких везикулярное дыхание, единичные сухие хрипы, перкуторно — легочный звук. Живот мягкий, слегка болезнен в нижних областях. Печень при пальпации болезненна, выступает из-под реберной дуги на один палец, селезенка — на 2 пальца. Симптомы Щеткина — Блюмберга отрицательный, Пастернацкого нерезко положительный с обеих сторон. Со стороны половых органов отмечается замедленное обратное развитие матки.

Для стимуляции регенеративных способностей организма произведено капельное переливание 125 мл одноклассной донорской крови, которое прошло без реакции. Через 12 ч после гемотрансфузии у больной появился проливной пот, температура тела упала до 36,3 °С, однако через 6 ч снова достигла 39,5 °С. В течение следующих 2 суток состояние родильницы остается тяжелым: сон беспокойный, бред, температура тела утром — 36,5 °С, вечером поднимается до 40 °С и сопровождается ознобом. Больная стала жаловаться на покраснение, болезненность и припухлость кожи на шее справа в надключичной ямке и на сгибательной поверхности средней трети левого предплечья. В этих местах пальпируется флюктуация.

В связи с продолжающимся лихорадочным состоянием на 10-й день после родов больной произведено влагалищное исследование: матка увеличена до размеров 15—16-недельной беременности, пастозна, неравномерно сокращена, чувствительна при пальпации; отверстие матки пропускает один палец, тазовая клетчатка с обеих сторон отечна, выделения умеренные, серозно-ихорозные с резким запахом.

Анализ крови: содержание гемоглобина — 5,27 ммоль/л; количество эритроцитов — 3,2 Т/л, лейкоцитов — 28,5 Г/л; молодых — 0,03, палочкоядерных — 0,1, эозинофильных — 0, сегментоядерных нейтрофильных гранулоцитов — 0,69; лимфоцитов — 0,15; моноцитов — 0,03; СОЭ — 67 мм/ч.

Анализ мочи: относительная плотность — 1018; содержание белка — 0,33 г/л; лейкоцитов — 10—12; эритроцитов выщелоченных — 6—8 в поле зрения; в осадке много бактерий.

В результате бактериологического исследования крови, взятой во время озноба, обнаружен гемолитический стафилококк.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Причина развития септической инфекции у роженицы Т.
4. Лечебная тактика в данном случае.
5. Прогноз заболевания.

25.5.

Родильница Ч., 22 лет, поступила в акушерскую клинику с жалобами на резкую боль в правой молочной железе и ухудшение общего состояния.

12 дней назад произошли первые нормальные роды, родился мальчик массой 3200 г. На 3-й день после родов появились поверхностные трещины сосков, которые лечили оксикортовой мазью. На 8-й день после родов и заживления трещин женщина выписана домой.

Утром следующего дня внезапно повысилась температура тела — до 39 °С, появились озноб, боль в правой молочной железе. За медицинской помощью не обращалась, применяла спиртовой компресс и грелку на пораженную грудь. Однако состояние ухудшалось, начался озноб, повторявшийся по нескольку раз в день, температура тела по вечерам поднималась до 39 °С, усилилась боль в области большой железы, исчез сон и аппетит.

Объективно. При поступлении температура тела — 39,2 °С, пульс — 1,5 Гц (90 в 1 мин), ритмичный, АД — 15,9/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. В правой подмышечной ямке определяются увеличенные лимфатические узлы. Матка под лобком не пальпируется, выделения скудные, слизистые.

Молочные железы большие, соски в хорошем состоянии. Правая молочная железа несколько увеличена в объеме по сравнению с левой, горячая на ощупь, напряжена, болезненна при притрагивании, кожа ее в верхненаружном квадранте отечна, гиперемирована, с цианотичным оттенком, ярко выражена поверхностная венозная сеть. При осторожной пальпации определяется плотный, резко болезненный инфильтрат величиной 8×8 см, в центре которого определяется флюктуация.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Классификация послеродового мастита.
4. Принципы лечения при начальных и последующих стадиях мастита.
5. Профилактика лактационного мастита.

25.6.

Роженица Б., 30 лет, доставлена в родильное отделение (обсервационное) в первом периоде родов с преждевременным отхождением околоплодных вод. Беременность первая, срок беременно-

сти — 43 недели. Сутки назад дома излились околоплодные воды. Сама женщина не придавала этому значения и вызвала машину скорой помощи после начала схваток. Женскую консультацию посещала нерегулярно.

Данные акушерского исследования. Положение плода продольное, предлежащая голова — малым сегментом во входе в малый таз. Размеры таза нормальные. Сердцебиение плода приглушено, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин), ритмичное.

Данные влагалищного исследования. Шейка матки укорочена, раскрытие отверстия на 3 см. Голова плода — малым сегментом во входе в малый таз. Гнойные выделения из матки взяты на бактериологическое исследование. Температура тела роженицы — 37,8 °С, пульс — 1,67 Гц (100 в 1 мин), ритмичный, удовлетворительных свойств, АД — 16,6/11,3 кПа (125/85 мм рт. ст.). Роженица жалоб не предъявляет. Отеков нет. Зрение и слух в норме.

Схватки редкие, через 8—10 мин, продолжительностью 25—30 с. В связи с первичной слабостью родовых сил сразу после создания эстрогено-глюкозо-кальциево-витаминного фона начата стимуляция окситоцином (5 ЕД в 500 мл 5 % раствора глюкозы). Параллельно проводится антибактериальная терапия антибиотиками широкого спектра действия.

Первый тур стимуляции оказался неэффективным. В связи с этим, после 6-часового медикаментозного сна-отдыха, начата повторная стимуляция сочетанным введением окситоцина (2—5 ЕД) и динопроста (простагландина $F_{2\alpha}$) 2,5 мг в 500 мл 5 % раствора глюкозы. При этом родовая деятельность активизировалась, схватки усилились, предлежащая часть продвинулась в полость малого таза. Начался период потуг.

Через сутки от начала родов родился мальчик массой 4000 г, длиной — 55 см, в состоянии асфиксии средней тяжести (5—6 баллов по шкале Апгар). В последовом периоде повысилась температура тела до 40 °С, появился озноб, снизилось АД до 13,3/9,3 кПа (100/70 мм рт. ст.), участился пульс — до 1,67 Гц (100 в 1 мин), появились сильная головная боль, боль в икроножных мышцах, акроцианоз, эйфория, рвота.

В связи с тем, что послед самостоятельно не отделился и началось маточное кровотечение, произведено ручное отделение плаценты и выделение последа.

После ручных манипуляций в матке (под наркозом) состояние родильницы резко ухудшилось: АД — 7,9/0 кПа (60/0 мм рт. ст.), пульс нитевидный. Сознание отсутствует.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Септический шок.

ПАТОЛОГИЯ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО

26.1.

Роженица Р., 19 лет, поступила в акушерскую клинику через 12 ч от начала схваток. Роды в срок.

Настоящая беременность первая, женскую консультацию не посещала.

Объективно. Женщина правильного телосложения: рост — 156 см, масса тела — 69 кг. На лице и нижних конечностях умеренные отеки. Температура тела — 36,6 °С, АД — 19,3/12,7 кПа (145/95 мм рт. ст.), пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин). Со стороны сердца, легких и других внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Размеры таза: 25—28—31—21 см. Окружность живота — 97 см. Высота стояния дна матки — 34 см. Положение плода продольное, позиция первая, вид передний, предлежащая часть — голова, малым сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода прослушивается слева ниже пупка, ритмичное, частота — 25 Гц (150 уд./мин), приглушенное. В течение последних 1,5—2 ч отмечается усиление и учащение шевеления плода. Схватки хорошей силы, продолжительностью 35—40 с через 5 мин. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева — 3300 г.

Данные влагалищного исследования. Влагалище узкое, шейка матки сглажена, раскрытие отверстия на 3 поперечных пальца. Во время исследования вскрылся плодный пузырь, отошло умеренное количество вод, обильно окрашенных меконием. Голова плода малым сегментом стоит во входе в малый таз, стреловидный шов — в правом косом размере, малый родничок — слева спереди. Мыс крестца не достигается. Костные деформации не обнаружены.

Анализ мочи: относительная плотность — 1022, содержание белка — 0,6 г/л; в осадке — единичные гиалиновые цилиндры.

Начато лечение нефропатии беременных.

Вопросы:

1. Диагноз. Какое состояние у плода?
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Дополнительные методы исследования, уточняющие состояние плода.
4. Лечение при нарушениях состояния плода.
5. План ведения родов.

26.2.

У роженицы Ю. после затяжных родов родился живой доношенный мальчик массой 3450 г. Состояние новорожденного: сердечные тоны глухие, частота сердцебиения — 1,6 Гц (96 уд./мин), дыхание поверхностное в виде редких вдохов, крика нет, мышечный тонус понижен, на раздражение слизистой оболочки рта и носа, а также подошвы стоп ребенок отвечает слабо выраженной гримасой, кожа бледная, с выраженным цианозом носогубного треугольника.

Состояние матери удовлетворительное, последовый период продолжался 10 мин, детское место, промежность и шейка матки целые, кровопотеря — 150 мл.

Вопросы:

1. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар в соответствии с описанием признаков. Общая сумма баллов.
2. Диагноз для новорожденного.
3. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
4. Методы оживления новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии.
5. Уход и лечение новорожденного, перенесшего асфиксию.

26.3.

В акушерскую клинику машиной скорой помощи доставлена роженица М., 36 лет, с активной родовой деятельностью, начавшейся 2 ч назад. Роды пятые, в срок. Через 20 мин после поступления в санпропускнике начались потуги и в течение 3 потуг родился живой доношенный мальчик массой 3950 г. Кожа лица и конечностей цианотичная, тело розовое, ребенок дышит, но не кричит, сердцебиение — 2,29 Гц (136 уд./мин), ритмичное. Тонус мышц хороший, на раздражение слизистой оболочки рта и носа отвечает гримасой, не кричит.

После предпринятых мер по борьбе с асфиксией появился слабый крик, но общее состояние новорожденного не нормализовалось.

При повторном осмотре через час после рождения обращает на себя внимание повышенное возбуждение и беспокойство ребенка. Новорожденный беспричинно кричит, часто пронзительно вскрикивает, стонет во время выдоха, дыхание поверхностное. Отмечается двигательное беспокойство, однообразные автоматические движения конечностями. Тонус мышц снижен, коленный и пяточный (ахиллов) рефлексы вялые. Кожа бледная, наблюдается выраженный периоральный цианоз. Ребенок лежит с открытыми глазами, устремленными в одну точку (симптом открытых глаз), периодически появляется сходящееся косоглазие.

Вопросы:

1. Оценка состояния новорожденного сразу после рождения по шкале Апгар.
2. Диагноз.
3. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
4. Правила ухода за новорожденным с церебральной родовой травмой.
5. Медикаментозное лечение ребенка.

26.4.

В родильный дом поступила роженица И., 28 лет, с активной родовой деятельностью, начавшейся 12 ч назад. Роды вторые, в срок. В приемном отделении начались потуги, отошли воды, окрашенные меконием, и самостоятельно родился плод до уровня пупочного кольца. В дальнейшем было применено ручное классическое пособие. Освобождение ручек прошло с затруднением из-за их

запрокидывания, головы — легко. Родился живой доношенный мальчик массой 3800 г. Крик появился сразу, громкий. Дыхание глубокое. Кожа розовая. На раздражение подошв отвечает громким криком. Сердцебиение ясное, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин). Мышечный тонус хороший, активно двигает нижними и верхней левой конечностями. Отмечается пониженный тонус мышц и ограничение активных движений правой верхней конечности. При пальпации вдоль правой ключицы и небольшом надавливании посредине ее обнаружена легкая крепитация, усиливающаяся при крике и пассивных движениях конечности. Движение в плечевых суставах сохранено в полном объеме.

Вопросы:

1. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар.
2. Диагноз состояния новорожденного.
3. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
4. Лечение.
5. Этиология и прогноз.

26.5.

Роженица А., 24 лет, доставлена в клинику из районной больницы с отягощенным акушерским анамнезом. Роды в срок, продолжаются 8 ч.

Настоящая беременность вторая, протекала нормально. Первая беременность год назад закончилась преждевременными родами мертвого плода.

Объективно. При поступлении состояние роженицы удовлетворительное, температура тела — 36,6 °С, АД — 15,6/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.). Отеков нет. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Положение плода продольное, предлежащая голова в полости малого таза, сердцебиение ясное, ритмичное, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин). Размеры таза: 26—29—31—21 см.

В приемном отделении в умеренном количестве отошли чистые околоплодные воды и появились потуги.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие отверстия полное. Предлежащая голова стоит в узкой части малого таза, стреловидный шов — в прямом размере таза, малый родничок — у лобка. Кости таза без деформации.

Через 30 мин от начала потуг нормально родилась живая девочка массой 3200 г. Асфиксии нет, крик появился сразу, громкий. Ребенок вялый, малоактивен. Кожа бледная, слегка желтоватая. Отеков нет. Живот мягкий, увеличены печень и селезенка.

Послед отделился и выделился через 10 мин, дольки и оболочки целые. Масса плаценты — 900 г, кровопотеря — 120 мл.

Исследования крови на резус-принадлежность показали, что у матери кровь резус-отрицательная А (II) группы, у ребенка — А (II) группы резус-положительная.

В крови, взятой из пуповины, общее содержание билирубина по Ван-ден-Бергу составляет 85 мкмоль/л, содержание гемоглобина —

8,69 ммоль/л, количество эритроцитов — 1,5 Т/л, единичное количество нормобластов и эритробластов, умеренный лейкоцитоз.

Вопросы:

1. Определение состояния новорожденного.
2. Признаки, подтверждающие диагноз.
3. Клинические формы этого заболевания.
4. Лечение.
5. Показания и техника заменного переливания крови.

26.6.

Новорожденная девочка П. переведена из роддома в детскую клинику на 7-й день жизни в тяжелом состоянии с выраженными симптомами общей интоксикации.

Больная — первый ребенок у здоровых родителей. Родилась от первой беременности, сразу и громко закричала. Роды у матери протекали нормально, без осложнений. Масса тела девочки при рождении — 3400 г, длина — 50 см. Первые двое суток при кормлении грудью сосала хорошо.

Заболевание началось внезапно на 3-й день жизни. Девочка в этот день вяло сосала, а затем вовсе отказалась от груди. Появились обильное срыгивание и жидкий стул, кожа побледнела. В последующие дни состояние ребенка прогрессивно ухудшалось, появились рвота (до 7—8 раз в сутки), частый стул (8—10 раз в сутки), водянистые, с характерной ярко-оранжевой окраской испражнения, напоминающие цвет охры. Температура тела сначала оставалась нормальной, а с 6-го дня жизни, не снижаясь, держится на 38°—38,5 °С. Масса тела прогрессивно снижается: на 2-й день жизни она составляла 3320 г (—80 г), на 3-й — 3220 г (—100), на 4-й — 3100 г (—120 г), на 5-й — 2950 г (—150), на 6-й — 2760 г (—190 г), на 7-й — 2550 г (—210 г). Таким образом, девочка за 7 дней похудела на 850 г, что составляет 24,7 %, т. е. почти на четверть своей первоначальной массы.

При поступлении в клинику девочка слабо реагирует на окружающее, жалобно плачет, адинамична. Кожа бледная, с серовато-цианотичным оттенком, дряблая, легко собирается в плохо расправляющиеся складки, подкожная клетчатка и жировые скопления почти отсутствуют, появилась геморрагическая мелкоочечная сыпь. Глаза запавшие, с выраженной синевой под ними. Температура тела — 38,2 °С. Дыхание учащено до 80 в 1 мин, при перкуссии грудной клетки определяется легочный звук, при аускультации — пуэрильное дыхание. Со стороны сердца отмечается учащение сокращений сердца до 2,5 Гц (150 уд./мин). Живот несколько вздут, печень выступает из-под реберной дуги на 2—3 см, селезенка и толстая кишка не пальпируются, жидкости в брюшной полости нет. Менингеальные явления отсутствуют.

Установлено, что в роддоме, откуда переведена девочка П., аналогичные заболевания появились несколько дней назад. Всего заболело 9 новорожденных, из них 2 умерло.

Вопросы:

1. Диагноз.
 2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
 3. Дополнительные клинические и бактериологические исследования, уточняющие установленный диагноз.
 4. Лечение.
 5. Профилактика этого заболевания.
- 26.7.

Беременная П., 27 лет, поступила в отделение дородовой подготовки клиники с беременностью сроком 37 недель. Гипотрофия и гипоксия плода.

Данные анамнеза. Настоящая беременность первая. Бытовые и производственные условия удовлетворительные. Беременная много курит и ежедневно употребляет натуральный кофе. Муж здоров.

Объективно. Экстрагенитальной патологии не выявлено. Высота стояния дна матки — посредине расстояния между пупком и мечевидным отростком. Положение плода продольное, головное предлежание, голова плода — высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода — 2,1 Гц (126 уд./мин), приглушенное, ритмичное. По данным ультразвукового исследования, размеры плода соответствуют размерам при 34-недельной беременности, плацента меньше и тоньше, чем при беременности сроком 37 недель. Расчеты по последней менструации и первому шевелению плода указывают на беременность сроком 37 недель.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Основные причины задержки развития плода.
3. Дородовая подготовка и возбуждение родовой деятельности у данной беременной.
4. Методика родовозбуждения и регуляции родовой деятельности.

26.8.

В отделение патологии беременности акушерской клиники поступила беременная М., 35 лет, с беременностью сроком 34 недели и жалобами на замедление роста плода. Отягощенный акушерский анамнез — самопроизвольные выкидыши при беременности сроком 20, 24, 27 недель. Предыдущие беременности сопровождалась поздним токсикозом (нефропатия). Беременная неоднократно лечилась в стационаре по поводу угрозы прерывания беременности на 12—13-й и 20—21-й неделе. Две недели назад в женской консультации отмечено несоответствие размеров матки сроку беременности. Шевеление плода стало маловыраженным, сердцебиение — приглушенным.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Антенатальная охрана плода.
3. Современные методы диагностики нарушений развития плода.
4. Мероприятия антенатальной охраны плода.

ОПЕРАТИВНОЕ АКУШЕРСТВО

Тема 27

ОПЕРАЦИИ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ПЕРЕРЫВАНИИ БЕРЕМЕННОСТИ

27.1.

Повторнобеременная И., 28 лет, поступила в гинекологическое отделение для искусственного прерывания беременности.

Данные анамнеза. Развивалась здоровым и физически крепким ребенком, не болела. Менструация с 14 лет, без патологических отклонений. Замужем с 22 лет. Было 3 нормальных срочных родов, настоящая беременность четвертая. Последняя менструация 2,5 месяца назад.

Беременность нежеланная, мотивирует это тем, что в ранние сроки (5—6 недель) переболела гриппом и получила много салицилатов и антибиотиков тетрациклинового ряда.

Объективно. Состояние удовлетворительное. Температура тела — 36,6 °С. Пульс ритмичный, частота — 1,27 Гц (76 в 1 мин), АД — 15,6/9,3 кПа (120/70 мм рт. ст.). Кожа и видимая слизистая оболочка чистые, розовые. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Показатели крови и мочи без отклонений от нормы. Чистота влагалища второй степени.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. При осмотре с помощью влагалищных зеркал установлено: влагалище свободное, шейка матки чистая, цилиндрической формы, отверстие закрыто, цианоз стенок влагалища и влагалищной части шейки матки.

Тело матки в антефлексии, увеличено до размеров, превышающих гусиное яйцо, но меньше, чем голова новорожденного. Форма матки шаровидная, консистенция мягковатая. Придатки не определяются, свод влагалища свободный, выделения слизистые.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Подготовка к искусственному аборту.
4. Методы обезболивания, применяющиеся при искусственном аборте.
5. Техника выскабливания полости матки.

27.2.

Беременная Я., 24 лет, поступила в гинекологическое отделение для искусственного прерывания беременности.

Данные анамнеза. Наследственные заболевания отрицает. В детстве болела корью, взрослой перенесла грипп и воспаление легких. Половая жизнь с 20 лет. Было 3 беременности, из них 2 закончились срочными нормальными родами (дети живые). Год назад был произведен искусственный аборт без осложнений.

Настоящая беременность четвертая, последняя менструация 2 месяца назад. В ранние сроки беременности (5—6 недель) переболела краснухой. Беременная обследована в женской консультации, противопоказаний к искусственному аборту нет.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Со стороны сердца, легких и других внутренних органов патологических изменений не установлено. Температура тела 36,4 °С, АД — 15,6/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.).

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы и влагалище без изменений. Шейка матки цилиндрической формы, тугоэластической консистенции, с гладкой поверхностью, отверстие матки закрыто. Тело матки в антефлексии, увеличено до размеров куриного яйца, шаровидной формы, мягковатой консистенции, подвижное, безболезненное. Придатки не определяются, область параметрия свободна. При осмотре с помощью зеркал отмечается цианотичность слизистой оболочки шейки матки и влагалища, шейка чистая, выделения слизистые, в небольшом количестве.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Противопоказания к производству искусственного аборта.
4. Техника вакуум-экскохлеации (искусственный аборт методом аспирации).
5. Осложнения при искусственном аборте с помощью вакуум-аспиратора.

27.3.

Пациентка А., 29 лет, поступила в гинекологическую клинику для прерывания беременности по медицинским показаниям. В направлении из женской консультации указано на ревматизм в активной фазе, эндокардит, комбинированный митральный порок сердца с преобладанием стеноза.

Данные анамнеза. В детстве болела корью, скарлатиной, ангиной, с 16-летнего возраста состоит на диспансерном учете в ревматологическом кабинете. Год назад после обострения ревматизма был установлен эндокардит, по поводу которого лечилась в ревматологическом отделении около 4 месяцев, удалены миндалины. Состояние заметно улучшилось; бабка-знахарка посоветовала родить ребенка.

Менструация с 13 лет, без патологических отклонений. Половая жизнь с 19 лет, состоит в первом браке. Вскоре после замужества наступила беременность, которая закончилась срочными нормаль-

ными родами. В последующие годы, несмотря на предохранение, имела еще 2 беременности, закончившиеся искусственным абортom в ранние сроки. Настоящая беременность четвертая, последняя менструация 20 недель назад. В женскую консультацию не обращалась, так как желала иметь ребенка и чувствовала себя относительно удовлетворительно. Однако 10 дней назад усилилась одышка, появились отеки на голенях и стопах, утомляемость. Женщина обратилась в женскую консультацию и после обследования была направлена в гинекологическое отделение.

Объективно. Беременная правильного телосложения, видимая слизистая оболочка и кожа бледные, выраженные отеки на нижних конечностях. Со стороны сердца наблюдаются выраженные признаки комбинированного митрального порока сердца с преобладанием стеноза. В легких — везикулярное дыхание, перкуторно-ясный легочный звук. Живот мягкий, безболезненный. Дно матки определяется на 2 поперечных пальца ниже пупка. Сердцебиение плода прослушивается, шевеление плода чувствует отчетливо. Части плода не определяются. Размеры таза: 26—28—30—21 см.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, отверстие закрыто. Матка увеличена до размеров 20-недельной беременности, придатки не определяются.

При осмотре с помощью влагалищных зеркал определяются выраженный цианоз слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Признаки, подтверждающие диагноз.
3. Методы прерывания беременности в поздние сроки.
4. Метрейриз. Сущность, показания и условия к нему.
5. Техника экстра- и интраамниального введения жидкости для прерывания беременности.

27.4.

Пациентка П., 26 лет, поступила в клинику с жалобами на появление кровянистых выделений из половых органов, тошноту, головную боль, отеки на голенях и стопах.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве болела ветряной оспой и корью, взрослой — гриппом. Менструация с 14 лет, установилась сразу без патологических отклонений. Половая жизнь с 22 лет, брак первый. Была одна беременность, закончившаяся нормальными срочными родами. В настоящее время считает себя беременной, так как в течение последних 4 месяцев отсутствуют месячные. Под наблюдением в женской консультации находится с 6-недельного срока беременности, течение беременности нормальное. Однако 2 недели назад появились отеки на нижних конечностях, тошнота, рвота. Проведенное амбулаторное лечение (разгрузочные дни 1 раз в неделю, бромкофеиновая терапия, внутривенное введение раствора глюкозы) не улучшило состояние, появились кровянистые выделения из влагалища и больная была направлена на стационарное лечение.

Объективно. Состояние при поступлении удовлетворительное. Кожа и видимая слизистая оболочка бледно-розового цвета. Отеки голеней и стоп. Температура тела — 36,9 °С, АД — 15,6/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.), пульс — 1,43 Гц (86 в 1 мин), ритмичный, удовлетворительного наполнения. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются. Дно матки располагается на уровне пупка. Матка тугоэластической консистенции, безболезненная. Части плода не определяются, сердечные тоны не выслушиваются, шевелений плода женщина не ощущает.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы без особенностей. Шейка матки чистая, цилиндрической формы, отмечается выраженный цианоз слизистой оболочки влагалища и влагалищной части шейки матки. Из отверстия матки выделяется кровь в умеренном количестве и мелкие пузырьки, похожие на гроздь винограда.

Влагалище рожавшей женщины, шейка матки размягчена, отверстие свободно пропускает палец. Матка в антефлексии, увеличена до размеров 23—24-недельной беременности, тугоэластической консистенции, безболезненная. Яичники увеличены — 6—7 см в диаметре, подвижные, безболезненные. Выделения кровянистые в умеренном количестве.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие установленный диагноз.
3. Лечение при пузырьном заносе.
4. Техника пальцевого удаления пузырьного заноса.
5. Какая операция считается наиболее предпочтительной для опорожнения матки при пузырьном заносе?

Тема 28

ОПЕРАЦИИ ПРИ ИСТМИКО-ЦЕРВИКАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Беременная Ф., 30 лет, поступила в клинику с жалобами на слабую боль внизу живота и незначительные кровянистые выделения из половых органов при беременности сроком 12 недель. Беременность желанная.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве перенесла корь, взрослой болела гриппом. Менструальная функция не нарушена. Половая жизнь с 20 лет. Первая беременность закончилась родами крупного плода массой 4050 г. Роды осложнились глубоким разрывом шейки матки, потребовавшим наложения швов. Последующие три беременности закончились самопроизвольным абортom при сроке 10, 12 и 15 недель. За каждой беременностью находилась на лечении в отделении патологии беременности, однако сохранить их не удалось.

Настоящая беременность пятая. С 6-недельного срока состоит под наблюдением в женской консультации, отклонений от нормального течения беременности не выявлено. Кровь резус-положительная, хронических инфекций, вызывающих преждевременное прерывание беременности (токсоплазмоз, листериоз, бруцеллез, сифилис), не обнаружено. Последний раз посетила консультацию 3 дня назад при беременности сроком 11—12 недель.

Объективно. При поступлении со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Живот мягкий, безболезненный. Дно матки на уровне лобка. Матка легко возбудима, безболезненная.

Данные влагалищного исследования. При осмотре с помощью влагалищных зеркал шейка матки цилиндрической формы, чистая. Слизистая оболочка влагалища складчатая, синюшная, покрыта слизисто-кровянистыми выделениями.

Наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки несколько укорочена, не сглажена, отверстие закрыто. Матка увеличена до размеров 12-недельной беременности, возбудима, безболезненная. Придатки не определяются, параметров свободен.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Какой метод гинекологического исследования проводится до наступления беременности у женщин, страдающих повторными выкидышами?
4. Подготовка беременных к операции по поводу истмико-цервикальной недостаточности.
5. Операции при истмико-цервикальной недостаточности.

Тема 29

ОПЕРАЦИИ, ПОДГОТАВЛИВАЮЩИЕ РОДОВЫЕ ПУТИ

29.1.

Роженица А., 22 лет, поступила в родильный дом через 7 ч от начала регулярной родовой деятельности. Беременность доношенная.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. В детстве перенесла корь, взрослой не болела. Менструация с 14 лет, без патологии. Замужем с 19 лет. Были одни срочные нормальные роды. Настоящая беременность вторая, протекала без осложнений.

Объективно. Роженица правильного телосложения, удовлетворительного питания. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Живот правильной овоидной формы, окружность — 102 см, высота стояния дна матки над лобком — 33 см. Размеры таза: 25—28—30—20 см. Положение плода продольное, предлежащая голова плода большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева ниже

пупка, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Потуги, появившиеся 1,5 ч назад, средней силы, продолжительностью 35—40 с через 2—3 мин.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Во время потуг у входа во влагалище показывается напрягающийся плодный пузырь. Шейка сглажена, раскрытие отверстия полное. Предлежащая голова плода стоит большим сегментом во входе в малый таз, стреловидный шов — в правом косом размере, малый родничок — слева, ближе к лобку. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Тактика ведения этих родов.
4. При каких показаниях проводится искусственный разрыв оболочек плодного пузыря?
5. Техника искусственного разрыва оболочек плодного пузыря.

29.2.

Роженица С., 35 лет, переведена из колхозного роддома в акушерскую клинику с активной родовой деятельностью, которая началась 16 ч назад. В течение последних 6 ч отверстие матки не увеличилось с 2,5 пальца. Поэтому 2 ч назад в толщу шейки матки было введено 1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата, который не оказал эффекта. По дороге в клинику отошло умеренное количество светлых вод.

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена. Из перенесенных заболеваний отмечает корь и грипп.

Менструация с 13 лет, установилась сразу, без патологических отклонений. Половая жизнь с 33 лет. Настоящая беременность первая, под наблюдением в женской консультации с 8-недельного срока. Беременность протекала нормально.

Объективно. Роженица правильного телосложения: рост — 159 см, масса тела — 64,9 кг. Кожа и видимая слизистая оболочка чистые, нормальной окраски. Температура тела — 36,5 °С, АД — 15,6/10,1 кПа (120/75 мм рт. ст.), пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), с удовлетворительными характеристиками. Со стороны внутренних органов отклонений от нормы не обнаружено.

Окружность живота — 99 см, высота стояния дна матки над лобком — 32 см. Размеры таза: 26—29—31—21 см. Положение плода продольное, первая позиция. Предлежащая часть — голова, большим сегментом стоит во входе в малый таз. Сердцебиение плода слева ниже пупка, ясное, ритмичное, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин). Схватки через 4—5 мин, продолжительностью 40 с, интенсивные. Предполагаемая масса плода по формуле Лебедева — 3160 г.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище нерожавшей женщины, шейка сглажена, открытие отверстия на 2,5 пальца, края плотные, неподатливые. Плодный пузырь вскрыт. Голова плода большим сегментом стоит во входе в малый таз, стреловидный шов — в попереч-

ном, слегка правом косом размере, малый родничок — слева ближе к лобку, большой родничок — справа, слегка обращен к крестцу. Определяется небольшая родовая опухоль и конфигурация головы. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Акушерская тактика.
4. Техника пальцевого расширения отверстия матки.
5. Техника рассечения краев отверстия матки.

29.3.

Роженица Т., 33 лет, доставлена в роддом машиной скорой помощи в связи с кровотечением из половых органов, внезапно начавшемся через 3 ч после появления родовых схваток. Беременность доношенная.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена. Росла и развивалась здоровым ребенком, взрослой болела гриппом. Менструальная функция без особенностей. Было 4 беременности: первая закончилась своевременными нормальными родами, две последующие — искусственным абортom без осложнений, четвертая — самопроизвольным абортom с последующим выскабливанием полости матки. Настоящая беременность пятая, протекала нормально.

Объективно. При поступлении состояние удовлетворительное, кожа и видимая слизистая оболочка розовой окраски. Пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД — 15,6/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот правильной овоидной формы, безболезненный, окружность — 99 см, дно матки на 32 см выше лобка. Положение плода продольное, предлежащая голова подвижная, над входом в малый таз. Сердцебиение плода определяется слева, ниже пупка, частота — 2,2 Гц (132 уд./мин), ритмичное. Размеры таза: 25—29—32—21 см. Из половых органов выделился небольшой сгусток крови. Схватки средней силы, продолжительность 20—25 с через 6—7 мин. Общая кровопотеря составила 150 мл.

Осмотр с помощью влагалищных зеркал показал — шейка матки цианотичная, чистая, из отверстия выделяется алая кровь. Слизистая оболочка влагалища также цианотичная, не изменена.

При развернутой операционной проведено *влагалищное исследование*. Наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, открытие отверстия на 2,5 пальца. Плодный пузырь цел. Справа прощупывается шероховатая, мягкая, губчатая ткань плаценты, занимающая почти половину окружности перешейка матки. Голова плода высоко над входом в малый таз. Мыс крестца не достигается, деформации таза не выявлено, емкость его достаточная.

Во время влагалищного исследования был произведен искусственный разрыв плодного пузыря, после которого излилось небольшое количество околоплодных вод, окрашенных кровью. Однако

кровотечение окончательно не остановилось, голова плода располагается высоко над входом в малый таз.

Общее состояние роженицы удовлетворительное, АД — 15,6/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.), пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, частота — 1,27 Гц (76 в 1 мин).

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Какие влагалищные операции показаны при описанной акушерской ситуации и какова их цель?
4. Возможные осложнения при метрейризе и кожно-головных щипцах.
5. Техника наложения кожно-головных щипцов Иванова — Гаусса.

29.4.

Первородящая Н., 26 лет, поступила в роддом спустя 5 ч от начала регулярной родовой деятельности. Роды в срок. Беременность протекала нормально, с 6 недель беременности регулярно наблюдалась в женской консультации.

Объективно. При поступлении общее состояние женщины удовлетворительное, рост средний, телосложение нормальное. АД — 15,6/9,3 кПа (120/70 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов никаких патологических изменений не обнаружено.

Живот правильной овоидной формы, окружность — 100 см, высота стояния дна матки над лобком — 30 см. Размеры таза: 26—29—31—21 см. Положение плода продольное, голова снаружи не прощупывается. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,3 Гц (140 уд./мин), слева, ниже пупка. При поступлении отошли воды и у роженицы появились потуги продолжительностью 45 с через каждые 2 мин.

Данные влагалищного исследования. Во время потуги промежность куполообразно выпячивается, становится цианотичной и отечной. На вершине потуги кожа промежности становится блестящей, бледнеет. Шейка сглажена, открытие отверстия полное. Плодный пузырь отсутствует. Голова плода — на тазовом дне, стреловидный шов — в прямом размере выхода из малого таза, малый родничок обращен к лобку, большой не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки у роженицы Н., подтверждающие диагноз.
3. Оперативное лечение при угрозе разрыва промежности. Каковы его преимущества?
4. Техника перинео- и эпизиотомии.
5. Уход за больным после перинео- и эпизиотомии.

Тема 30

АКУШЕРСКИЙ ПОВОРОТ

30.1.

Роженица В., 34 лет, направлена в роддом при беременности сроком 38 недель в связи с неправильным положением плода. Родовой деятельности нет.

Данные анамнеза. Беременность шестая, предыдущие пять беременностей закончились срочными родами. Четверо первых детей родились в головном предлежании, а пятый — в тазовом. Все дети живы.

Настоящая беременность протекала без осложнений, в женской консультации наблюдалась регулярно. Последнее посещение было накануне.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворительное, жалоб нет. Температура тела 36,6 °С, АД — 16,9/11,3 кПа (130/85 мм рт. ст.). Отеков нет. Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено. Размеры таза: 26—29—32—21 см. Передняя брюшная стенка тонкая, дряблая, на коже многочисленные рубцы. Окружность живота — 109 см, высота стояния дна матки над лобком — 29 см. Форма матки вытянута в поперечном направлении, дно широкое, плоское, в боковых отделах справа пальпируется крупная, округлая, баллотирующая часть плода, слева — также крупная часть, но мягче, с менее четкими границами. Мелкие части плода над входом в малый таз и его предлежащая часть не определяются. Сердцебиение плода наиболее отчетливо выслушивается справа, на уровне пупка, ясное, ритмичное, частота — 2,33 Гц (140 уд./мин). Матка не возбуждается, родовой деятельности нет.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Влагалище широкое, шейка матки цилиндрической формы, канал ее свободно проходим для одного пальца. Плодный пузырь цел. Предлежащая часть не определяется. Емкость таза хорошая, мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие установленный диагноз.
3. Какие гимнастические упражнения рекомендуются при описанной акушерской патологии? Методика их.
4. Тактика ведения данной беременности и родов в случае, если положение плода не исправится.
5. Техника наружного акушерского поворота плода.

30.2.

Роженица И., 38 лет, поступила в родильное отделение районной больницы с доношенной беременностью спустя 6 ч от начала регулярных схваток.

Данные анамнеза. Беременность седьмая. Первая беременность — в 20-летнем возрасте, закончилась срочными нормальными

ми родами (масса тела ребенка 3200 г), вторая — искусственно прервана на 9-й неделе без осложнений, третья, четвертая и пятая — срочными родами без осложнений, шестая 2 года назад — самопроизвольным выкидышем на 12-й неделе, после чего было произведено выскабливание полости матки. Настоящая беременность протекала без осложнений, женскую консультацию посетила 10 раз, последнее посещение неделю назад.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетворительное, температура тела — 36,5 °С. Телосложение правильное: рост — 162 см, масса тела — 76 кг. Пульс — 1,13 Гц (68 в 1 мин), ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД — 15,6/9,3 кПа (120/70 мм рт. ст.). Со стороны органов кровообращения, дыхания, пищеварения, нервной системы отклонений от нормы не выявлено. Живот отвислый, округлой формы, окружность его на уровне пупка — 110 см, высота стояния дна матки — 30 см. Предлежащая часть плода не пальпируется. Крупная, плотная, баллотирующая часть плода определяется слева, выше гребня подвздошной кости. Более мягкая крупная часть плода пальпируется справа также выше гребня подвздошной кости. Сердцебиение плода — 2,4 Гц (144 уд./мин), ясное, ритмичное, слева на уровне пупка. Околоплодные воды не изливались. Размеры таза: 26—28—31—21 см, индекс Соловьева — 14,5 см.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, раскрытие отверстия на 4 поперечных пальца. Плодный пузырь цел, напрягается во время схваток. Предлежащая часть плода не определяется. Мыс крестца не достигается. Деформации костей таза не выявлено.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Какие осложнения в родах возможны при описанной акушерской ситуации?
4. Показания и условия классического акушерского поворота плода на ножку.
5. Техника этой операции.

30.3.

Роженица С., 34 лет, поступила в родильный дом со схваткообразной болью внизу живота и в области поясницы, начавшейся 3 ч назад при беременности сроком 36 недель. По дороге в роддом отошли околоплодные воды.

Данные анамнеза. Настоящая беременность восьмая. Первые три беременности закончились нормальными родами, следующие три — искусственным абортom без осложнений, седьмая 2 года назад — самопроизвольным выкидышем на четвертом месяце беременности с последующим выскабливанием полости матки.

Во время данной беременности женскую консультацию посещала регулярно, отклонений от нормы выявлено не было.

Объективно. При поступлении общее состояние удовлетвори-
тельное. Пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), ритмичный, удовлетвори-

тельного наполнения, АД — 16,9/11,3 кПа (130/85 мм рт. ст.). Со стороны внутренних органов патологических отклонений не обнаружено.

Живот неправильной формы, вытянут в поперечном направлении, окружность — 105 см, высота стояния дна матки — 29 см. Размеры таза: 26—29—31—21 см. Дно матки широкое, плоское, в боковых отделах определяются крупные части плода — голова слева, ягодицы справа. Предлежащая часть над входом в малый таз не определяется. Подвижность плода в полости матки хорошая. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка. Схватки через 7—8 мин продолжительностью 20—30с.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Шейка матки сглажена, открытие отверстия на 2 пальца. Плодный пузырь вскрыт, подтекают светлые околоплодные воды. Предлежащая часть не определяется. Мыс крестца не достигается, экзостозов нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Тактика ведения родов.
4. Какие показания и условия необходимы для внутреннего несвоевременного акушерского поворота (операция Брекстона Гикса) плода на ножку при неполном открытии отверстия матки.
5. Техника операции Брекстона Гикса.

Тема 31

РОДОРАЗРЕШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ

31.1.

Роженица Р., 27 лет, доставлена в акушерскую клинику с частыми схватками, начавшимися 4 ч назад.

Данные анамнеза. В детстве болела корью, взрослой — гриппом и ангиной. Беременность третья. Первая прервана искусственным абортom, вторая закончилась нормальными родами. Настоящая беременность протекала нормально, находилась под наблюдением в женской консультации.

Объективно. Роженица среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Температура тела — 36,4 °С, пульс — 1,27 Гц (76 в 1 мин), ритмичный, АД — 16,9/10,7 кПа (130/80 мм рт. ст.). Сердце и легкие в пределах нормы. Показатели мочи и крови без патологии.

Беременность доношенная. Размеры таза: 26—28—31—21 см. Окружность живота — 98 см, высота стояния дна матки — 31 см. Положение плода продольное, спина — слева, мелкие части — справа. В области дна матки посредине определяется крупная, плотная, шаровидная, баллотирующая часть плода. Над входом в малый таз также прощупывается крупная, но не баллотирующая,

мягковатая часть плода. Сердцебиение плода лучше всего прослушивается слева, чуть выше пупка, частота — 2,67 Гц (160 уд./мин), тоны сердца несколько приглушены.

Схватки интенсивные, продолжительностью 35—40 с через 3—4 мин. отошли околоплодные воды, окрашенные меконием, началась потуги. В полость малого таза опустились ягодицы.

Ориентировочная масса плода — 3000 г.

Данные влагалищного исследования. Влагалище емкое, шейка матки сглажена, открытие отверстия полное. Плодный пузырь вскрыт. Предлежащие ягодицы во входе в малый таз, межягодичная линия в правом косом размере, крестец обращен кпереди к лобку, нижние конечности не достигаются. Впереди ягодиц справа определяется петля пульсирующей пуповины длиной около 20 см. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки у роженицы Р., подтверждающие диагноз.
3. Тактика ведения данных родов.
4. Показания и условия, необходимые для извлечения плода за тазовый конец.
5. Техника извлечения плода за паховый сгиб.

31.2.

Роженица И., 26 лет, переведена в родильное отделение из отделения патологии беременности, куда была госпитализирована при беременности сроком 36 недель с диагнозом: ревматизм, недостаточность митрального клапана.

Данные анамнеза. В 16-летнем возрасте перенесла атаку суставного ревматизма, в последующие годы состояла под наблюдением в ревматологическом кабинете.

Замужем с 23 лет. Было 2 беременности, из них первая закончилась срочными нормальными родами, вторая — искусственным абортом на 8-й неделе, без осложнений. Настоящая беременность третья. В женскую консультацию обратилась на 12-й неделе беременности. Первая половина беременности протекала удовлетворительно, от профилактической госпитализации отказалась. На 20-й неделе беременности появились повышенная утомляемость, одышка, слабость, учащенное сердцебиение. Срочно госпитализирована в кардиологический центр, где лечилась в течение месяца. После лечения состояние значительно улучшилось. На 36-й неделе беременности женщину госпитализировали в отделение патологии беременности для профилактического наблюдения и лечения перед родами. Состояние оставалось компенсированным.

Родовая деятельность началась в срок 7 ч назад. С появлением схваток началась одышка, участилось сердцебиение, появилась общая слабость.

Объективно. Телосложение правильное. Кожа и видимая слизистая оболочка бледно-розового цвета, цианоза нет. Небольшие отеки на нижних конечностях. Температура тела — 36,2 °С, АД —

14,7/9,3 кПа (110/70 мм рт. ст.) на правой и — 13,9/9,3 кПа (105/70 мм рт. ст.) на левой руке, пульс — 1,83 Гц (110 в 1 мин), ритмичный, удовлетворительного наполнения. Границы сердца увеличены влево и вверх на 1 см, над верхушкой прослушивается ослабление I тона и дующий систолический шум, а также акцент II тона над легочным стволом. В легких — везикулярное дыхание. Стул нормальный, язык чистый, влажный, печень пальпируется у края реберной дуги, чувствительна, селезенка не пальпируется. Мочепускание безболезненное, симптом Пастернацкого отрицательный, в моче белка нет.

Размеры таза: 26—29—31—21 см. Окружность живота — 98 см, высота стояния дна матки над лобком — 30 см. Положение плода продольное, предлежащая голова — в полости малого таза. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин), слева, ниже пупка. Ориентировочная масса плода — 3000 г.

30 мин назад отошли воды в умеренном количестве. Потуги средней силы.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы и влагалище без особенностей. Шейка матки сглажена, открытие отверстия полное. Плодного пузыря нет. Предлежащая голова близко стоит ко дну малого таза, стреловидный шов — в правом косом размере, приближается к прямому размеру таза, малый родничок обращен к лобку.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические данные, подтверждающие диагноз.
3. Тактика ведения родов.
4. Показания и условия, необходимые для наложения акушерских щипцов.
5. Техника наложения выходных, или типичных, акушерских щипцов.

31.3.

Роженица С., 36 лет, переведена в клинику из районной больницы через 16 ч от начала родовой деятельности. На основании выписки из истории родов установлено, что первые 10 ч родовая деятельность развивалась хорошо, схватки нарастали, открытие отверстия матки проходило нормально и 6 ч назад, при полном раскрытии отверстия, отошло умеренное количество светлых вод. После этого схватки прекратились полностью.

Через час было начато внутривенное капельное введение окситоцина (из расчета 1 мл (5ЕД) окситоцина в 500 мл 5 % раствора глюкозы). Появились слабые потуги, голова плода вставилась большим сегментом во вход в малый таз. Применен бинт Вербова. Роженица старательно тужилась, но сила потуг оставалась крайне слабой, движения головы плода не отмечалось.

Данные анамнеза. Всего беременностей шесть, из них 5 закончились срочными родами, протекавшими нормально через каждые 2—3 года. Все родившиеся дети живые. Данная беременность протекала без осложнений.

Объективно. При поступлении общее состояние роженицы удовлетворительное, кожа и видимая слизистая оболочка чистые, розовые, отеков нет. Температура тела 36,6 °С, АД — 15,9/9,9 кПа (120/75 мм рт. ст.), пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, частота — 1,3 Гц (78 в 1 мин). Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Окружность живота — 102 см, высота стояния дна матки над лобком — 30 см. Размеры таза: 26—28—31—21 см. Положение плода продольное, предлежащая голова плода — большим сегментом во входе в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева, ниже пупка, частота — 2,26 Гц (136 уд./мин). Потуги слабые, короткие.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие отверстия полное. Плодный пузырь вскрыт. Предлежащая голова плода большим сегментом стоит во входе в малый таз, стреловидный шов — в поперечном, слегка в правом косом, размере, малый родничок — слева ближе к лобку, большой — справа, обращен к крестцу. Емкость таза хорошая.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Дальнейшая акушерская тактика.
4. Показания и условия, необходимые для вакуум-экстракции плода.
5. Техника вакуум-экстракции плода.

31.4.

Беременная В., 29 лет, поступила в роддом 10.02.83 г. с жалобами на одышку при физической нагрузке.

Данные анамнеза. Ревматизм с 1975 г. В течение беременности дважды проводилось профилактическое лечение на 26-й и 36-й неделе в стационаре. С 32 недель — гемолитическая анемия. Беременность вторая, первая закончилась родами в 1978 г. без осложнений. Масса родившегося ребенка — 3500 г.

Объективно. Рост беременной — 160 см, масса тела — 68 кг, размеры таза: 25—28—31—20 см. Окружность живота — 100 см, высота стояния дна матки — 38 см. Кожа бледная, легкий цианоз губ. Пульс — 1,43 Гц (86 в 1 мин), экстрасистолия, АД — 16,3/10,7 кПа (125/80 мм рт. ст.). Со стороны сердца — I тон усилен, систолический и диастолический шум над верхушкой и в точке Боткина, акцент II тона над легочным стволом. Границы сердца расширены влево на 0,5 см. В легких — везикулярное дыхание, частота дыхательных движений — 20 в 1 мин. Язык влажный. Живот увеличен за счет беременности. Положение плода продольное, предлежание головное. Сердцебиение ясное, ритмичное, частота — 2,26 Гц (136 уд./мин). Плодный пузырь цел, предполагаемая масса плода — 3500 г. На нижних конечностях пастозность.

Анализ крови: содержание гемоглобина — 7,45 ммоль/л, количество лейкоцитов — 5 Г/л, СОЭ — 38 мм/ч, реакция на С-реактив-

ный протеин отрицательная, сиаловая проба — 170 единиц, содержание общего белка — 70 г/л. Результаты ЭКГ — нарушение возбудимости и гипертрофия желудочков, экстрасистолия, признаки нарушения метаболических процессов в миокарде. Осмотрена врачом-кардиологом, который назначил следующее лечение: сердечные гликозиды (0,06 % раствор коргликона внутривенно по 0,75 мл в 20 мл 20 % раствора глюкозы (ежедневно), антиадренергические препараты (анаприлин по 0,02 г или верапамил по 0,04 г 3 раза в день), диуретики (фуросемид по 0,04 г 1 раз в день), оксигенотерапию.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План ведения родов.
3. Тактика врача.

31.5.

Роженица Р., 27 лет, на носилках переведена в родильное отделение из палаты патологии беременности, где находилась в течение 20 дней по поводу повторного безболезненного кровотечения из половых органов. Два часа назад при доношенной беременности одновременно с начавшимися регулярными схватками появилось кровомазание, которое вскоре приняло характер кровотечения. Кровопотеря составила 500 мл.

Данные анамнеза. Настоящая беременность четвертая: первая беременность закончилась нормальными родами 3 года назад, последующие две — в ранние сроки искусственным абортom в условиях больницы. Последний аборт осложнился воспалением матки, которое сопровождалось субфебрильной температурой и длительными кровянистыми выделениями.

Объективно. При осмотре отмечается выраженная бледность кожи, лицо покрыто обильным потом. На вопросы отвечает вяло, безучастно. Отеков нет. Температура тела — 36,2 °С, АД на обеих руках — 12/7,33 кПа (90/55 мм рт. ст.), пульс — 1,83 Гц (110 в 1 мин), удовлетворительного наполнения. Со стороны сердца и органов дыхания патологических отклонений не обнаружено.

Живот правильной овоидной формы, мягкий, безболезненный, окружность — 100 см, высота стояния дна матки над лобком — 34 см. Положение плода продольное, предлежащая голова плода — высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, слева, на уровне пупка, частота — 2,26 Гц (136 уд./мин). Схватки регулярные, продолжительностью 25—30 с через 5—6 мин. Размеры таза: 26—28—30—20 см.

В связи с продолжающимся кровотечением при развернутой операционной произведено влагалищное исследование.

Данные влагалищного исследования. При осмотре с помощью влагалищных зеркал со стороны слизистой оболочки влагалища и шейки матки патологических изменений не обнаружено. Шейка матки сглажена, раскрытие отверстия на 2,5 поперечных пальца. Выше перешейка матки на всей площади, доступной исследованию, пальпируется подушкообразная мягкая губчатая ткань. Оболочки

плодного яйца не определяются. Предлежащая часть плода высоко, трудно определяется. Мыс крестца не достигается.

После исследования кровотечение усилилось, общая кровопотеря с начала родов достигла 850 мл.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Акушерская тактика.
4. Что является показанием для кесарева сечения?
5. Основные моменты техники корпорального кесарева сечения.

31.6.

Повторнородящая З., 26 лет, переведена в родильное отделение из палаты патологии беременности с регулярными схватками, начавшимися 2 ч назад. Роды в срок. Женщина хочет иметь ребенка.

Данные анамнеза. В детстве росла в тяжелых материально-бытовых условиях, перенесла корь, рахит, скарлатину и краснуху, взрослой — грипп, аппендэктомия. Менструация началась с 15 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 30 дней. Замужем с 23 лет, мужу 29 лет, здоров.

Настоящая беременность вторая, первая закончилась родами 2 года назад, которые длились около 2 суток. Родился мертвый мальчик массой 2750 г. Во время настоящей беременности чувствовала себя хорошо, регулярно посещала женскую консультацию. Перед родами заблаговременно госпитализирована в отделение патологии беременности, где была обследована. Патологических отклонений со стороны внутренних органов не обнаружено.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное, температура тела — 36,6 °С. Телосложение правильное: рост — 147 см, масса тела — 56 кг. Скелет без деформаций. АД на обеих руках 15,9/10,7 кПа (120/80 мм рт. ст.), пульс ритмичный, частота — 1,27 Гц (76 в 1 мин).

Живот в положении стоя остроконечный, окружность — 98 см, высота стояния дна матки над лобком — 34 см. Положение плода продольное, предлежащая голова слегка прижата ко входу в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,26 Гц (136 уд./мин). Размеры таза: 23—26—28—16 см, индекс Соловьева — 14,5 см, окружность таза — 74 см, боковые конъюгаты по 13 см (норма — 14,5—15 см), ромб Михаэлиса измененной формы — верхний треугольник ромба очень низкий, верхний угол тупой. Размеры выхода из малого таза: поперечный — 9,5 см, прямой — 7,5 см. Лобковый угол прямой, высота лобкового симфиза — 4 см. Размеры плода: прямой размер головы — 11,5 см, длина плода, измеренная тазомером, 48—50 см. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева — 3330 г. Схватки регулярные, продолжительностью 20—25 с через 8—10 мин. Воды не отошли.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки укорочена, размягчена, канал проходим для одного паль-

ца. Плодный пузырь цел, предлежащая голова плода прижата ко входу в малый таз. Швы и роднички из-за небольшого раскрытия шейки матки не пальпируются. Мыс крестца достигается, диагональная конъюгата — 9 см, истинная — 7 см.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Акушерская тактика.
4. Условия для проведения кесарева сечения.
5. Основные моменты проведения кесарева сечения в нижнем сегменте матки.

31.7.

Беременная Б., 32 лет, доставлена в роддом машиной скорой помощи 08.01.83 г. в 22 ч 45 мин с кровянистыми выделениями со сгустками из половых органов, начавшимися в 22 ч. В приемное отделение внесена на носилках.

Данные анамнеза. Ничем не болела, развивалась нормально. Менstrуальные с 14 лет, установились сразу, продолжительностью 3 дня через 28 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Половая жизнь с 21 года. Беременность четвертая: первая закончилась в 1975 г. преждевременными родами (масса ребенка 2200 г, живой), вторая — через год медицинским абортom без осложнений, третья — родами мертвого плода в 1977 г. Ребенок извлекался акушерскими щипцами под наркозом. После этого не беременела и не предохранялась. Последние месячные 15.04.82 г. Первое шевеление плода почувствовала 01.09.82 г. Беременность протекала без осложнений. Кровотечение появилось без видимой причины, кровопотеря составила около 100 мл. При поступлении на белье обнаружены небольшие пятна крови.

Объективно. Общее состояние удовлетворительное, жалоб нет. АД — 14,7/9,3 кПа (110/70 мм рт. ст.), пульс — 1,3 Гц (78 в 1 мин). Кожа обычной окраски. Высота стояния дна матки — 42 см. Окружность живота — 105 см. Тонус и форма матки обычные. Положение плода продольное, предлежащая часть — голова, баллотирующая высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода — 2,47 Гц (148 уд./мин), ритмичное, ясное. Схваток нет. В 23 ч 45 мин при развернутой операционной произведено влагалищное исследование.

Данные влагалищного исследования. Шейка матки мягкая, длина 2,5 см, свободно пропускает 2 пальца. Предлежит мягкая, шероховатая ткань. Предлежащая часть ребенка неясна, находится высоко над входом в малый таз. Во время осмотра началось кровотечение струйкой.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Объективные признаки, подтверждающие диагноз.
3. Причины маточного кровотечения.
4. Тактика врача.
5. Какие методы лечения показаны при данной ситуации?

31.8.

Беременная В., 32 лет, доставлена в родильное отделение машиной скорой помощи 07.06.85 г. в 8 ч 30 мин с жалобами на резкую схваткообразную и распирающую боль внизу живота.

Анамнез заболевания. Заболела внезапно в 7 ч утра. Проснулась от резкой боли внизу живота. Появились тошнота, рвота, слабость, головокружение. При поступлении в стационар — беспокойная, жалуется на боль в животе, «ватные» руки и ноги. Из опроса установлено, что до беременности страдала гипертонической болезнью II степени (АД — 24/15,6 кПа — 180/120 мм рт. ст.). При данной беременности дважды лечилась в стационаре по поводу сочетанной с гипертонической болезнью нефропатией II—III степени. Беременность четвертая, роды вторые, два искусственных аборта. Первые роды в 1983 г. закончились рождением мальчика массой 3500 г, длиной 52 см. В связи с начавшимся маточным гипотоническим кровотечением в последовом периоде было произведено ручное отделение плаценты и выделение последа, а также массаж матки на кулаке. Находилась на учете в женской консультации с 10-недельного срока беременности, посетила врачей 7 раз. Последние месячные — 06.10.84 г. Первое шевеление плода не помнит.

Объективно. Телосложение правильное, кожа бледная, отеки на нижних конечностях. Содержание белка в моче 0,66 г/л, АД — 13,3/7,9—12/7,33 кПа (100/60—90/55 мм рт. ст.), пульс — 1,67—2 Гц (100—120 в 1 мин), мягкий, ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, ритмичны, тахикардия. В легких — везикулярное дыхание.

Наружные размеры таза нормальные. Окружность живота — 106 см, высота стояния дна матки — 38 см. Матка напряжена, не расслабляется, форма ее неправильная за счет выпячивания в правом углу. Матка резко болезненна при пальпации. Голова плода стоит над входом в малый таз, сердцебиение не выслушивается.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сформирована, длина до 3 см.

Отверстие матки пропускает один поперечный палец. Плодный пузырь цел. Предлежащая часть — голова плода. Мыс крестца недоступен. Кровянистые выделения из матки отсутствуют.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Тактика врача в данном случае.
3. Тактика врача при ДВС-синдроме.
4. Лечение при ДВС-синдроме.

31.9.

Первородящая Н., 25 лет, находится в родовом блоке. Роды срочные, продолжают 18 ч. При влагалищном исследовании, произведенном 2 ч назад, установлено, что шейка матки сглажена, открытие на 2 см. Излились светлые околоплодные воды. Голова плода прижата ко входу в малый таз, сердцебиение из ясного, рит-

мичного стало уреженным, до 60 уд./мин во время схватки, вне схватки (около 120 уд./мин) — аритмичным, приглушенным.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Тактика врача.

31.10.

Роженица Б., 35 лет, первородящая. Поступила в родильный дом после отхождения 6 ч назад вод с дискоординированной родовой деятельностью. Беременность доношенная. Плод средних размеров, голова над входом в малый таз, сердцебиение ритмичное, ясное, частота 2,29 Гц (136 уд./мин).

При *влагалищном исследовании* установлено: шейка матки — 3 см, плотноватая, отклонена кзади, с трудом пропускает палец. Мыс крестца недостижим. Плодного пузыря нет. Голова плода находится над входом в малый таз.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Тактика врача.
3. Показания к кесареву сечению, обезболивание операции.

31.11.

Повторнобеременная Н., 30 лет, поступила в родильное отделение с беременностью сроком 38—39 недель. Первые роды 3 года назад закончились корпоральным кесаревым сечением из-за клинического несоответствия (масса плода — 4500 г) между размерами таза матери и подлежащей части плода (головы). Послеоперационный период протекал с лихорадкой, рана живота зажила вторичным натяжением.

Данные акушерского исследования. Положение плода продольное, головное предлежание. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин), слева, ниже пупка. Голова плода прижата ко входу в малый таз. При пальпации матки область рубца болезненна, имеется выпячивание по ходу рубца. Размеры таза нормальные. Околоплодные воды целые. Мыс крестца недостижим.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Тактика врача.

31.12.

Повторнородящая К., 30 лет, переведена в родильное отделение из отделения патологии беременности в первом периоде родов. Нефропатия средней тяжести. При *влагалищном исследовании*, проведенном час назад, установлено открытие отверстия матки на 3 см. Размеры таза нормальные, плода — средние. Предлежащая голова подвижная над входом в малый таз. Внезапно женщина пожаловалась на резкую боль в животе, сильнее справа, которая приобрела постоянный характер.

Объективно. АД — 15,6/9,3 кПа (120/70 мм рт. ст.), пульс — 1,13 Гц (68 в 1 мин), ритмичный. Тонус матки резко повышен, матка плотная, правильной формы, не расслабляется. Части плода,

хорошо пальпирующиеся до этого, определить не удастся. Сердцебиение плода не выслушивается. Выделений из половых органов нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. План ведения родов.

Т е м а 32

ПЛОДОРАЗРУШАЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ

32.1.

Роженица С., 26 лет, поступила в клинику с доношенной беременностью и активной родовой деятельностью, начавшейся 7 ч назад.

Данные анамнеза. Наследственность не отягощена, в детстве перенесла корь, краснуху, взрослой болела ангиной, гриппом. Менструация с 14 лет, установилась сразу, продолжительностью 3 дня через 27 дней, умеренная, безболезненная. Замужем с 22 лет, муж здоров. Было 3 беременности: первая закончилась нормальными родами, вторая и третья — искусственным абортom без осложнений. Настоящая беременность четвертая, протекала нормально, регулярно посещала женскую консультацию. Реакция Вассермана отрицательная, кровь резус-положительная 0(I) группы.

Объективно. При поступлении состояние удовлетворительное, кожа и слизистая оболочка чистые, розовые, отеков нет. Температура тела — 36,7 °С, пульс ритмичный, удовлетворительных характеристик, частота — 1,3 Гц (78 в 1 мин), АД на обеих руках — 15,6/10,1 кПа (120/75 мм рт. ст.). Сердце, легкие и другие внутренние органы без патологических отклонений.

Живот овоидной формы, окружность — 111 см, высота стояния дна матки над лобком — 37 см. Размеры таза: 26—28—30—20 см. Положение плода продольное, предлежащая голова подвижная, высоко стоит над входом в малый таз. Голова больших размеров, прямой размер — 14,5 см. Кости черепа истончены, подвижны, при пальпации ощущается пергаментный хруст. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота — 2,29 Гц (136 уд./мин). Схватки сильные, продолжительностью 40—45 с через 4—5 мин. Отшло большое количество (более 2,5 л) светлых вод. Начались потуги.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины, шейка матки сглажена, открытие отверстия полное. Плодный пузырь вскрыт. Предлежащая часть — голова, расположенная высоко над входом в малый таз, стреловидный шов — в поперечном размере входа, малый родничок — слева, большой — справа. Обращает на себя внимание чрезмерная ширина швов и родничков головы, в области которых четко определяется флюктуация. Кости черепа подвижные. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки у роженицы С., подтверждающие диагноз.
3. Акушерская тактика.
4. Показания и условия, необходимые для краниотомии.
5. Техника краниотомии.

32.2.

Роженица К., 36 лет, доставлена машиной скорой помощи в родильное отделение с сильными схватками и выпавшей из влагалища ручкой плода.

Данные анамнеза. Настоящая беременность шестая; первые три закончились нормальными родами, четвертая — искусственным абортom без осложнений, пятая — два года назад благополучными родами в тазовом предлежании. Токсикозов не было. При данной беременности женскую консультацию посещала регулярно до получения родового декретного отпуска. С тех пор консультацию не посещала. Беременность доношенная.

Объективно. При поступлении роженица беспокойная, встревоженная. Температура тела — 36,9 °С, пульс — 1,43 Гц (86 в 1 мин), ритмичный, АД — 15,6/10,1 кПа (120/75 мм рт. ст.). Отеков нет. Со стороны сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и мочевой систем патологических изменений не обнаружено. Окружность живота на уровне пупка — 106 см, высота стояния дна матки над лобком — 29 см. Размеры таза: 26—28—31—20 см. Матка неправильно-поперечной формы. Верхний отдел ее обособлен от нижнего перехватом, расположенным косо почти на уровне пупка и особенно хорошо определяющимся в момент схватки. Матка плотно обхватывает плод, перерастянута и болезненна в нижнем сегменте. Плод почти неподвижен. Части плода определяются с трудом. При осторожной пальпации, проведенной в паузах между схватками, крупная плотная часть плода пальпируется справа в боковом отделе матки, более мягкая — слева. Околоплодные воды, окрашенные меконием, слегка подтекают. Сердцебиение и шевеление плода не определяются. Из половой щели свисает отечная, цианотичная, неподвижная кисть верхней конечности плода. Хватательные движения пальцев отсутствуют.

Схватки частые, через 1—2 мин, сильные и очень болезненные. Под глубоким наркозом эфиром осторожно произведено влагалищное исследование.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы роженицы отечны, из половой щели свисает отечная, синюшного цвета левая кисть плода. Влагалище заполнено плечом плода. Шейка матки сглажена, полностью раскрыта. Спереди за лобком определяется грудная клетка и лопатка плода. Плечо глубоко вклинилось в полость малого таза. Плод неподвижен. Мыс крестца не достигается. Деформации костей таза нет.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Клинические признаки, подтверждающие диагноз.
3. Акушерская тактика.
4. Показания и условия, необходимые для декапитации.
5. Техника декапитации.

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ

К ТЕМЕ 1

1.1.

1. Повторные посещения консультации беременным после 8-месячного срока беременности назначают 3—4 раза в месяц. Этой беременной повторную явку к врачу следует назначить через 7—10 дней.

2. При 32-недельной беременности повторно назначают следующие лабораторные исследования: клинический анализ крови и мочи, реакцию Вассермана, анализ выделений из влагалища на микрофлору.

3. При выдаче родового декретного отпуска ошибки, не превышающие ± 14 дней, считаются допустимыми.

4. Каждая беременная, находящаяся под наблюдением в женской консультации, в обязательном порядке должна быть осмотрена врачом-терапевтом, стоматологом, а при необходимости — хирургом, окулистом, отоларингологом, эндокринологом и др.

5. При неявке беременной на прием к врачу в назначенный день ее должна посетить на дому в ближайшие дни патронажная акушерка.

6. Выявление беременных с факторами риска плода осуществляется для предупреждения возможных осложнений и проведения соответствующей терапии плода на последующих этапах беременности. Различают следующие факторы риска плода.

А. Биологические и супружеские факторы: а) *высокий риск* — возраст матери моложе 15 и старше 40 лет, ожирение высокой степени; б) *умеренный риск* — возраст матери 15—40 лет, не замужем, ожирение (масса тела на 20 % выше стандартной для данного роста), истощение (масса тела менее 45 кг, рост — менее 152 см).

Б. Факторы риска, обусловленные акушерским анамнезом:

а) *высокий риск* — аномалии родовых путей (неполноценность и аномалия развития тела и шейки матки), два и больше предшествующих аборта, внутриутробная гибель плода или смерть новорожденного во время предыдущей беременности, двое преждевременных родов или рождение плода в срок, но с недостаточной мас-

сой тела (менее 2500 г), рождение двух предыдущих чрезмерно крупных детей (масса тела более 4000 г), злокачественная опухоль, миома матки (подслизистая локализация), кистозно измененные яичники, 8 и больше родов, изоиммунизация у предыдущего ребенка, наличие эклампсии, наличие у предыдущего ребенка известных или подозреваемых наследственных или хромосомных болезней, врожденных пороков развития, наличие осложнений, требовавших специальной терапии в неонатальном периоде, или рождение ребенка с травмой, полученной в родах, медицинские показания к прерыванию предыдущей беременности; б) *умеренный риск* — преждевременные роды или рождение ребенка в срок, но с массой тела менее 2500 г, аборт, один чрезмерно крупный ребенок (масса тела более 4000 г), предыдущие роды, закончившиеся оперативным вмешательством (кесарево сечение, наложение щипцов, экстракция за тазовый конец), предыдущие роды с выраженной первичной слабостью родовой деятельности или значительно затрудненные, суженный таз, отрицательные эмоции, связанные с предыдущей беременностью или родами, операции на теле или шейке матки, количество родов (от 5 до 8), первичное бесплодие, несовместимость по системе АВО и резус-фактору, неправильное предлежание плода в предыдущих родах, наличие эндометриоза, беременность, возникшая через 3 месяца или раньше после последних родов.

В. Экстрагенитальная патология: а) *высокий риск* — гипертоническая болезнь II—III степени, болезни почек (гломерулонефрит, пиелонефрит), тяжелые болезни сердца (недостаточность сердца II—IV степени), сахарный диабет, удаление эндокринных желез, цитологические изменения шейки матки, серповидно-клеточная анемия, наркомания или алкоголизм, туберкулез, болезни органов дыхания (бронхиальная астма и др.), злокачественная опухоль, болезни органов пищеварения, предшествующая операция на сердце или сосудах; б) *умеренный риск* — начальная стадия и легкое течение во время беременности хронической гипертонической болезни, легкое течение болезней почек, сердца, перенесенный пиелонефрит, сахарный диабет (легкая форма), семейное заболевание сахарным диабетом, нарушения функций щитовидной железы, положительные результаты реакции Вассермана, чрезмерное употребление лекарственных средств, отрицательные эмоции, наличие серповидных эритроцитов в крови, эпилепсия.

При отборе беременных с высоким риском плода руководствуются следующими факторами риска.

А. Ранние сроки беременности: а) *высокий риск* — отсутствие увеличения матки согласно дате последней менструации или чрезмерное ее увеличение, действие тератогенных агентов (радиации, инфекции, химических веществ), беременность, осложненная изоиммунизацией, необходимость генетической диагностики в антенатальном периоде, тяжелая анемия (содержание гемоглобина — 5,59 ммоль/л — 9 г% или менее); б) *умеренный риск* — инфекция мочевых путей, не поддающаяся лечению, подозрение на несостояв-

шийся аборт, неукротимая рвота, положительная серологическая реакция на гонорею, анемия, не поддающаяся лечению препаратами железа (содержание гемоглобина 5,59—6,83 ммоль/л — 9—10,9 г%), вирусное заболевание, кровотечения из влагалища.

Б. Поздние сроки беременности: а) *высокий риск* — отсутствие роста матки или непропорциональное ее увеличение, тяжелая анемия (содержание гемоглобина менее 5,59 ммоль/л), срок беременности более 42 недель, преэклампсия, эклампсия, тазовое предлежание без оперативного родоразрешения, изоиммунизация, предлежание плаценты, много- или маловодие, внутриутробная гибель плода, тромбоэмболия, преждевременные роды, преждевременный разрыв плодного пузыря (раньше 38-недельного срока беременности), непроходимость родовых путей, вызванная опухолью, экзостозами или другими причинами, преждевременная отслойка плаценты, хронический или острый пиелонефрит, многоплодная беременность, измененная реакция миометрия на окситоцин, снижение уровня эстриола в моче беременной; б) *умеренный риск* — легкое течение гипертонической болезни во время беременности, тазовое предлежание с планируемым кесаревым сечением, неустановленное предлежание плода, необходимость определения степени зрелости плода, беременность сроком 41—42,5 недели, преждевременный разрыв оболочек (роды не наступают более 12 ч, срок беременности более 38 недель), возбуждение родов, предполагаемая диспропорция между размерами плода и таза к сроку родов, нефиксированное предлежание плода за 2 недели или раньше до предполагаемого срока родов.

7. Важнейшим мероприятием по предупреждению послеродовых септических заболеваний является раннее (до 3 месяцев беременности) тщательное обследование беременной с целью выявления и устранения очагов инфекции, находящихся в ее организме. Не менее важным является обучение беременной правилам личной гигиены, а также наблюдение за их выполнением. Для снижения восприимчивости к инфекции следует выполнять мероприятия (рациональное питание, физические упражнения, прогулки и пр.), направленные на повышение сопротивляемости организма беременной.

В настоящее время для профилактики стафилококковой инфекции среди матерей и новорожденных проводятся прививки стафилококковым анатоксином, которые создают активный иммунитет у матери и пассивный иммунитет — у новорожденного. Прививки анатоксином производят трехкратно по 0,5 мл: первое введение препарата — на 32—33-й неделе беременности, второе — на 36—37-й неделе, третье — в роддоме. Беременные женщины перед прививками должны осматриваться врачом, чтобы исключить противопоказания. Противопоказания к прививкам следующие: туберкулез в активной форме, болезни сердца в стадии декомпенсации, нефрозо-нефрит, гипертоническая болезнь, эндокринопатия, болезни крови, аллергия, повышение температуры тела, тяжелый токсикоз беременных и др.

1.2.

1. Повторные посещения консультации беременными во второй половине беременности назначают 2 раза в месяц. Этой беременной повторную явку к врачу следует назначить через 2 недели.

2. При каждом посещении беременными женской консультации необходимо проводить измерение артериального давления на обеих руках, массы тела, анализ мочи и тщательное акушерское исследование.

3. При обнаружении у беременной резус-отрицательного фактора крови необходимо определить резус-принадлежность и группу крови у мужа. В случае, если у мужа установили резус-положительный фактор, необходимо ежемесячно проводить анализ крови беременной на титр антител.

4. Самым рациональным сроком беременности для взятия на учет в женской консультации считается беременность сроком до 3 месяцев. Данная беременная взята на учет поздно.

5. Занятия по физио-, психопрофилактической подготовке беременных к родам назначаются с 32—33-недельной беременности.

6. Выявление и распределение беременных по группам проводят с учетом степени риска (высокой, умеренной и малой) для плода в перинатальном периоде. Предварительно необходимо выполнить следующие мероприятия: 1) тщательно собрать анамнез при первичной явке к врачу; 2) провести общее и специальное физическое обследование для выявления или исключения факторов риска матери и плода; 3) выполнить общие и специальные лабораторные исследования; 4) тщательно проводить обследование плода в течение всего срока беременности.

Во время первого обращения к врачу женской консультации и взятия на учет беременную необходимо обследовать. Определяют количество эритроцитов, лейкоцитов, лейкограмму, содержание гемоглобина и гематокритное число, проводят общий анализ и бактериологическое исследование мочи (с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам). Кроме этого, необходимо провести серологическое исследование крови на выявление возбудителя сифилиса, определение титра антител к вирусу краснухи, возбудителю токсоплазмоза, группы крови, резус-фактора и резус-антител, гемолитинов. Пробный тест на наличие антител (гемантиген или схожий тест) проводится в течение всей беременности.

Содержимое влагалища и шейки матки исследуют на наличие возбудителей гонореи.

В группу беременных с факторами повышенного риска матери и плода, нуждающихся в специальных диетических и медицинских рекомендациях, включаются женщины, у которых отмечают следующие факторы:

1. Анемия (уровень гемоглобина менее 5,59 ммоль/л), гематокритное число — 0,3, сахарный диабет, дисфункция щитовидной железы, колит, болезни сердечно-сосудистой системы и почек.

2. Масса тела на 10 % меньше или на 20 % больше стандартной массы для данного роста и возраста в ранние сроки беременности,

значительное прибавление или потеря массы тела во время беременности.

3. Наличие в анамнезе серьезных акушерских осложнений во время предыдущей беременности или нескольких предшествующих беременностей (повторяющиеся аборт, токсикоз беременных, преждевременная отслойка плаценты, недостаточная масса тела родившегося ребенка, небольшой промежуток времени между беременностями).

4. Подростковый возраст.

5. Осложнения беременности (нефропатия, преэклампсия, многоплодная беременность, язвенный колит, неукротимая рвота беременных и т. д.).

6. Неправильное и неполноценное питание (недостаток витаминов и минеральных солей).

1.3.

1. Повторные посещения консультации беременными в первой половине беременности назначают 1 раз в месяц. Этой беременной повторную явку к врачу следует назначить через 4 недели.

2. При первом посещении необходимо назначить следующее: клинический анализ крови, реакцию Вассермана, кровь на групповую и резус-принадлежность, анализ мочи, анализ выделений из влагалища, анализ кала на яйца гельминтов и бациллоносители.

3. Беременная в течение беременности должна сделать в среднем 15—17 посещений: с начала беременности до 20 недель — 1 раз в месяц — 4 посещения; с 20 до 32 недель — 2 раза в месяц — 5 посещений; после 32 недель — 1 раз в 7—10 дней — 6—8 посещений.

4. Проведение углубленного обследования на токсоплазмоз показано беременным с отягощенным акушерским анамнезом (мертворождения, уродства плода, выкидыши, преждевременные роды и т. п.) и работницам мясокомбинатов, птице- и животноводческих ферм. Эту беременную надо обследовать, так как она работница птицефермы.

5. Показания для патронажных посещений беременных: наблюдение за состоянием беременной и ознакомление с ее бытом, обучение правилам личной гигиены, проверка выполнения назначенного режима, проверка состояния беременной, если она не пришла на прием в назначенный день, если не поступила в стационар для госпитализации, проведение санпросветработы и др. За время беременности необходимо сделать 3—4 посещения.

6. Беременных женщин необходимо брать на учет в самые ранние сроки беременности — до 3 месяцев.

При первом обращении беременной в женскую консультацию заводится индивидуальная карта беременной, куда записываются тщательно собранный анамнез, данные общего осмотра и обследования женщины, а также все результаты акушерского исследования (размеры таза, окружность живота, высота стояния дна матки, сердцебиение плода, данные влагалищного исследования и т. д.), устанавливается срок беременности.

При этом должны быть назначены лабораторные исследования: клинический анализ крови, реакция Вассермана, кровь на групповую и резус-принадлежность, анализ мочи, анализ выделений из влагалища, анализ кала на яйца гельминтов и бациллоношение и т. д.

При отягощенном акушерском анамнезе (мертворождение, выкидыши, преждевременные роды, уродства плода и т. п.) проводится углубленное обследование беременной на токсоплазмоз.

Каждая беременная женщина уже в ранние сроки беременности должна быть осмотрена терапевтом, стоматологом, а при показаниях — другими специалистами (отоларингологом, эндокринологом, окулистом, хирургом и др.).

При каждом последующем посещении помимо опроса и акушерского исследования беременной необходимо обязательно измерять артериальное давление на обеих руках, массу тела и проводить анализ мочи.

При беременности сроком 32 недели назначаются повторные исследования: клинический анализ крови, реакция Вассермана, анализ выделений из влагалища на микрофлору. В конце беременности (37—38 недель) повторяется общий клинический анализ крови.

При наличии у беременной экстрагенитальных заболеваний диспансерное наблюдение осуществляет акушер-гинеколог совместно с соответствующим специалистом (терапевтом, урологом и др.). При наличии у беременной осложнений или заболеваний, требующих наблюдения и лечения в стационарных условиях, женщину госпитализируют в отделение патологии беременности или в другое лечебное учреждение по профилю заболевания.

Всем работающим женщинам выдается отпуск по беременности на 56 календарных дней, т. е. с восьмимесячного (32-недельного) срока беременности. Правильно решить вопрос о выдаче родового отпуска можно на основании комплексного обследования и наблюдения за беременной в динамике.

Важную роль в выдаче родового декретного отпуска, по определению срока 32-недельной беременности, играет ультразвуковое исследование плода.

Послеродовой отпуск, продолжительностью 56 календарных дней, предоставляется женщинам при нормальном течении беременности и родов. В случае патологических родов или рождения двух или более детей послеродовой отпуск увеличивается до 70 календарных дней.

Всех женщин с осложненной беременностью и экстрагенитальными заболеваниями берут на специальный учет (сигнальная картотека) и ведут за ними более строгое наблюдение, при необходимости своевременно направляют на стационарное лечение.

Если беременность может неблагоприятно отразиться на здоровье женщины, ее необходимо направить в стационар для обследования и лечения, а при явных противопоказаниях к продолжению беременности — для прерывания ее.

При патологическом течении беременности, экстрагенитальных

заболеваниях, отягощенном акушерском анамнезе проводят дородовую госпитализацию беременных. Кроме того, незадолго до родов госпитализации в акушерский стационар подлежат практически здоровые женщины, у которых можно ожидать осложненное течение родов или оперативное родоразрешение (узкий таз, поперечное положение плода и т. д.).

Важной частью работы женской консультации является психо-профилактическая подготовка женщин к родам, которую нужно начинать в виде индивидуальных бесед и занятий с первого посещения беременной женской консультации. Цикл этих занятий предусматривает 5—6 занятий.

После выписки из родильного дома женская консультация должна продолжать наблюдение за состоянием здоровья родильницы в течение всего послеродового отпуска. Для этого женщина должна посетить консультацию через 7—10 дней после выписки из роддома и вторично через 7—10 дней перед концом послеродового отпуска (если нет показаний к более частым посещениям).

Патронажные посещения беременных и родильниц проводятся преимущественно акушеркой под руководством участкового врача-гинеколога. За время беременности каждую женщину следует посетить 3—4 раза и не менее 2 раз в первые 6 недель после родов.

Результаты посещения акушерка записывает в патронажный лист, вклеенный в индивидуальную карту беременной (или амбулаторную карту гинекологической больной), и в журнал патронажных посещений.

1.4.

1. Женщин не должны посылать в командировку вне места постоянной работы без их согласия с 5-месячного срока беременности (ст. 177 Кодекса законов о труде УССР).

2. При переводе беременной женщины на другую, более легкую работу, согласно ст. 70 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о труде, она должна получать заработную плату из расчета среднего заработка за последние 6 месяцев прежней работы.

3. Продолжительность послеродового отпуска, согласно ст. 71 Основ законодательства Союза ССР и союзных республик о труде, при нормальном течении беременности и родов составляет 56 дней.

4. Одиноким матерям (не состоящим в браке) в соответствии с постановлением Совета Министров СССР «Об утверждении положения о порядке назначения и выплаты пособий беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям» № 659 от 12.08.70 г. (с изменениями и дополнениями) выплачивается государственное пособие в размере 20 р. в месяц на каждого ребенка. Пособие выплачивается до достижения детьми 16-летнего возраста (учащимися, не получающими стипендии, — 18 лет).

5. Орденом «Материнская слава» III степени награждаются матери, родившие и воспитавшие 7 детей, II степени — 8 детей, I сте-

пени — 9 детей (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 18.07.80 г.).

6. Оценка пренатальных факторов риска плода (табл. с. 165).

1.5.

1. Женщины не допускаются к ночным работам с 4-месячного срока беременности (ст. 175 Кодекса законов о труде УССР).

2. Продолжительность послеродового отпуска при патологическом течении беременности и родов составляет 70 дней (ст. 71 Основ законодательства СССР и союзных республик о труде).

3. Женщин, имеющих грудных детей, не привлекают к работам в ночное время, к сверхурочным работам и работам в выходные дни на все время кормления ребенка (ст. 69 Основ законодательства СССР и союзных республик о труде).

4. Многодетной матери, имеющей трех детей, при рождении четвертого выплачивается единовременное пособие в размере 65 р., ежемесячное — в размере 4 р. со второго года рождения ребенка и до достижения им 5-летнего возраста (постановление Совета Министров СССР № 659 от 12.08.70 г.).

5. Медалью «Медаль материнства» II степени награждаются матери, родившие и воспитавшие 5 детей, I степени — 6 детей (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 18.07.80 г.).

1.6.

1. Женщины освобождаются от сверхурочной работы на предприятиях и в учреждениях с 4 месяцев беременности (ст. 69 Основ законодательства СССР и союзных республик о труде).

2. Продолжительность дородового декретного отпуска по беременности составляет 56 дней (ст. 71 Основ законодательства СССР и союзных республик о труде).

3. Перерывы для кормления ребенка предоставляются в течение рабочего дня матерям, кормящим грудью, и женщинам, имеющим детей в возрасте до одного года, не реже чем через 3 ч, продолжительностью не менее получаса. Эти перерывы предоставляются помимо обеденных перерывов и оплачиваются по среднему заработку (ст. 72 Основ законодательства СССР и союзных республик о труде).

4. Многодетной матери, имеющей семерых детей, при рождении восьмого выплачивается единовременное пособие в размере 125 р., ежемесячное — в размере 10 р. со второго года рождения ребенка до достижения им 5-летнего возраста (постановление Совета Министров СССР № 659 от 12.08.70 г.).

5. Почетное звание «Мать-героиня» с вручением ордена «Мать-героиня» и грамоты Президиума Верховного Совета СССР присваивается матерям, родившим и воспитавшим 10 и более детей (Указ Президиума Верховного Совета СССР от 18.07.80 г.).

1.7.

1. В новом типовом родильном доме необходимо развернуть следующие отделения: физиологического акушерства, наблюдационное (сомнительное или второе отделение), патологии беременности и новорожденных.

Т а б л и ц а. Оценка пренатальных факторов риска плода

№ п/п	Факторы риска	Баллы
<i>Социально-биологические</i>		
1	Возраст матери	
	до 20 лет	2
	30—34	2
	35—39	3
	40 лет и более	4
2	Возраст отца 40 лет и более	2
3	Профессиональные вредности:	
	у матери	3
	у отца	3
4	Вредные привычки	
	матери:	
	курение 1 пачки сигарет в день	1
	употребление алкоголя	2
	отца:	
	употребление алкоголя	2
5	Эмоциональные нагрузки	1
6	Ростовесовые показатели матери:	
	рост менее 150 см	2
	вес на 25 % выше нормы	2
	Сумма баллов	
<i>Акушерско-гинекологический анамнез</i>		
1	Количественный паритет	
	4—7	1
	8 и более родов	2
2	Аборты перед первыми родами	
	1	2
	2	3
	3 и более	4
3	Аборты перед повторными родами или после последних родов	
	3 и более	2
4	Преждевременные роды	
	1	2
	2 и более	3
5	Мертворождение	
	1	3
	2 и более	8
6	Смерть в неонатальном периоде	
	1	2
	2 и более	7
7	Аномалии развития у детей	3
8	Неврологические нарушения	2
9	Масса доношенных детей до 2500 г и более 4000 г	2
10	Бесплодие	
	2—4 года	2
	5 лет и более	4
11	Рубец на матке после операции	3
12	Опухоли матки и яичников	3
13	Истмико-цервикальная недостаточность	2
14	Пороки развития матки	3
	Сумма баллов	

№ п/п	Факторы риска	Баллы
<i>Экстрагенитальные заболевания матери</i>		
1	Сердечно-сосудистые: пороки сердца без нарушения кровообращения пороки сердца с нарушением кровообращения гипертоническая болезнь I—II—III степени вегетососудистая дистония	3 10 2—8—12 2
2	Болезни почек до беременности обострение заболевания при беременности болезни надпочечников	3 4 7
3	Эндокринопатии сахарный диабет сахарный диабет у родных дисфункции щитовидной железы	10 1 7
4	Анемия: Hb (ммоль/л) — 5,59—6,21—6,83	4—2—1
5	Коагулопатии	2
6	Миопия и другие заболевания глаз	2
7	Хронические специфические инфекции (туберкулез, бруцеллез, сифилис, токсоплазмоз и др.)	3
8	Острые инфекции при беременности	2
Сумма баллов		
<i>Осложнения беременности</i>		
1	Выраженный ранний токсикоз	2
2	Поздний токсикоз водянка нефропатия I—II—III степени эклампсия преэклампсия	2 3—5—10 12 11
3	Кровотечение в I и II половине беременности	3—5
4	pH и АВО изосенсибилизации	5—10
5	Многоводие	4
6	Маловодие	3
7	Тазовое предлежание плода	3
8	Многплодие	3
9	Переношенная беременность	3
10	Неправильное положение плода (поперечное, косое)	3
Сумма баллов		
<i>Оценка состояния плода</i>		
1	Гипотрофия	10
2	Гипоксия	4
3	Содержание эстриола в суточной моче 4,9 мг/сут в 30 нед. 12 мг/сут в 40 нед.	34 15
4	Изменение вод при амниоскопии	8
Сумма баллов		

По сумме баллов определяют степень риска и группу:
низкого риска — до 4 баллов;
среднего риска — 5—9 баллов;
высокого риска — 10 баллов и выше.

2. Койки отделения физиологического акушерства должны составлять 50 % от общего числа коек в роддоме. В построенном роддоме отделение физиологического акушерства надо развернуть на 50 коек.

3. Состав помещений в отделении физиологического акушерства: смотровая комната с душевой, предродовая палата, родовой зал, операционная, послеродовые палаты, палаты для больных с эклампсией, палата новорожденных, раздаточная комната, бельевая, моечная, уборные, выписной зал.

4. Из физиологического в наблюдательное отделение переводятся роженицы и родильницы, имеющие повышенную до 38°C и выше температуру тела при 3-кратном измерении ее через каждый час, субфебрильную (до $37,5^{\circ}\text{C}$) неясной этиологии в течение 2—3 дней, экстрагенитальные заболевания (ОРВИ, грипп, ангина, диарея и т. д.), гнойные выделения на швах, расхождения швов, застойные явления в молочной железе и т. д.

5. Температура воздуха в родильном зале не должна быть ниже 22°C . Для создания направленного обогрева новорожденного, лежащего на нижней половине рахмановской кровати или на пеленальном столе, надо иметь отражательные электронагревательные приборы, укрепленные на стене, или передвижные лампы соллюкс. Лампу соллюкс с раструбом укрепляют над пеленальным столом на высоте 70—75 см.

1.8.

1. Койки наблюдательного отделения должны составлять 20 % от общего числа коек в данном родильном доме. В новом роддоме наблюдательное отделение следует развернуть на 30 коек.

2. Госпитализация в наблюдательное отделение подлежат беременные и роженицы с ОРВИ, гриппом, ангиной, в лихорадящем состоянии при температуре тела $37,6^{\circ}\text{C}$ и выше неясной этиологии, диареей, микозом волос и кожи, тромбофлебитом, гнойничковыми заболеваниями, пиелонефритом, циститом, венерическими заболеваниями, туберкулезом различной локализации, токсоплазмозом, листериозом, с проявлениями инфекций родовых путей, в затянувшемся безводном периоде (12 ч и более), с внутриутробно погибшим плодом, родильницы после родов дома или на улице и др.

3. Оборудование предродовой палаты: кровати с тюфяками, наглухо обшитыми клеенкой, прикроватные тумбочки, индивидуальные подкладные судна на подставках, вешалка для халатов. В предродовой или рядом с нею должен быть стол для дежурного врача, аппарата для наблюдения за роженицей (тонометр, кардиотокограф, наркозный аппарат, сантиметровая лента, стетоскоп, фонендоскоп, секундомер, тазомер, ультрасканограф, аппарат «Малыш»), шкаф с медикаментами для обезболивания родов и борьбы с внутриутробной гипоксией плода и т. д.

4. Моечная комната должна иметь специальный мраморный или обитый жостью стол, стоящий в наклонном положении к водопроводной раковине и снабженный резиновым шлангом. Подкладные клеенки моют щетками в развернутом состоянии, затем дезинфици-

руют в баке или ванне в течение 2 ч 1 % раствором хлорамина и высушивают на стойке, укрепленной над ванной.

5. Переводу из всех отделений роддома (в том числе из observationalного) в специализированные отделения (хирургическое, гинекологическое, инфекционное, септическое) подлежат роженицы и родильницы, имеющие острый аппендицит, гнойный мастит, гнойный эндометрит, перитонит и другие гнойно-воспалительные заболевания.

6. Медицинский персонал, работающий в родильном доме, обязан строго соблюдать все правила асептики и антисептики и личной гигиены. К работе допускаются только здоровые лица, не являющиеся носителями инфекции. Все медицинские работники роддома, согласно приказу МЗ СССР № 1230 от 1979 г., 1 раз в квартал должны проходить медицинский профилактический осмотр, исследования на бациллоносительство, бактериологические исследования смывов с рук, микрофлоры полости рта и зева. Сотрудники роддома не допускаются к обслуживанию новорожденных и приему родов при наличии повышенной температуры тела, ангины, гнойных поражений кожи, ссадин, гнойничков, контакта с инфекционными больными.

Перед началом работы дежурный медицинский персонал должен принять гигиенический душ и надеть чистое хлопчатобумажное платье, а сверху — свежий чистый халат и косынку, полностью закрывающую волосы. При работе в родовом блоке и в палатах новорожденных обязательно ношение маски, закрывающей нос и рот, повторно сменяемой в течение дежурства.

1.9.

1. В родильном доме койки отделения патологии беременности должны составлять 30 % от общего количества коек акушерского стационара. В новом роддоме отделение патологии беременности надо развернуть на 40 коек.

2. В отделение патологии беременности госпитализируют беременных со следующей патологией: ранние и поздние токсикозы беременных, привычное и угрожающее преждевременное прерывание беременности, кровотечение вследствие предлежания плаценты, узкий таз, поперечное положение плода, резус-конфликтная беременность, экстрагенитальная патология (болезни сердца, крови, печени, почек и т. д.).

3. Палата для больных с эклампсией должна размещаться в реанимационном отделении, быть изолированной от шума, затемненной (темная штора на окне, синяя лампочка на потолке, настольная лампа с сильно затеняющим абажуром на столе). В палате должно быть только 1—2 кровати, которые размещают так, чтобы к ним был свободный доступ со всех сторон. По бокам кровати необходимо приспособить две доски, предохраняющие больную от падения. Около кровати на столике помещается все необходимое для лечения и для наркоза эфиром, а также 1—2 подушки с кислородом или маска от централизованной подачи кислорода. На

втором столике — все необходимое для принятия родов, которые принимают в этой же палате. Такие палаты необходимы в физиологическом акушерском, наблюдательном отделениях и в отделении патологии беременности.

4. В отделении патологии беременности с женщинами, имеющими беременность 32 недели и больше, проводят занятия по физио-, психопрофилактической подготовке к предстоящим родам (по общей программе). Для этого выделяют специальный кабинет, оснащенный по типу психопрофилактического кабинета женской консультации, в котором проводят занятия по психопрофилактике, а затем в гимнастическом зале или в этом же кабинете занимаются гимнастикой с теми беременными, состояние здоровья которых позволяет делать физические упражнения.

5. Выписной зал с отдельным выходом организуют в физиологическом акушерском, наблюдательном отделениях и в отделении патологии беременности. В этой комнате родильница и ребенок переодеваются в личную одежду. Оборудование зала: пеленальный стол, кушетка, бак для грязного белья, гладильная доска и утюг, трюмо, столик для документации.

1.10.

1. Величина полезной площади на одного ребенка в отделении новорожденных должна составлять 3 м².

2. Для изолятора отделения новорожденных необходимо следующее оборудование: индивидуальные детские кровати, пеленальный стол, детские весы, умывальник для подмывания новорожденных, предметы туалета и ухода за детьми, дезинфицирующие растворы для обработки рук и замачивания пеленок, переносные ширмы и т. д.

3. В палатах для доношенных новорожденных температура воздуха должна быть в пределах 21—22 °С.

4. Влажная уборка детских палат с проветриванием помещения должна проводиться не менее 3—4 раз в сутки.

5. При приходе на работу дежурный врач или старшая медицинская сестра проводит обязательный ежедневный профосмотр всех сотрудников отделения новорожденных — термометрию, осмотр зева, кожи, ногтей, проверка чистоты белья и т. д.

1.11.

1. Палаты для новорожденных в роддоме следует выбирать светлые (с окнами на южную сторону), теплые, с хорошей вентиляцией, удаленные от мест общего пользования.

2. Палаты для травмированных и недоношенных детей должны иметь следующее оборудование: индивидуальные детские кровати, кувезы, пеленальные столы, детские весы, умывальник для подмывания новорожденных, предметы туалета и ухода за детьми, кислородную установку с проводкой кислорода к каждой кровати, аппарат для искусственного дыхания и отсасывания слизи, ванночки, грелки, аппараты для ингаляции аэрозолей и т. д.

3. В палатах новорожденных суточные температурные колебания воздуха не должны превышать 1—1,5 °С.

4. Генеральная уборка детских палат в отделении новорожденных должна проводиться каждые 7—10 дней с учетом режима очередного заполнения детских палат.

5. При приходе на работу все сотрудники отделения новорожденных проходят профосмотр, обязательно принимают гигиенический душ с последующей сменой одежды (платья, чулок, обуви). Рекомендуются ежедневно менять халат, шапочку или косынку. Маски надо менять через каждые 3 ч работы.

1.12.

1. Суточный запас пеленок на одну детскую койку в отделении новорожденных должен составлять не менее 20 пеленок.

2. Детские палаты отделения новорожденных должны иметь следующее оборудование: индивидуальные детские кровати, пеленальные столы, детские весы, умывальник с теплой водой для подмывания новорожденных, тумбочку с необходимыми лекарственными средствами для проведения туалета новорожденных, тумбочку с чистыми пеленками, бак с крышкой для грязного белья, столик для кормления новорожденных со стерильными пузырьками, сосками, ложками, кварцевые и бактерицидные лампы, каталки для развоза детей на кормление.

3. В палатах для недоношенных новорожденных температура воздуха должна быть не менее 24 °С.

4. Бактериологическое исследование воздуха, смывов с рук обслуживающего персонала, твердого инвентаря в палатах новорожденных следует проводить не реже 1 раза в месяц.

5. В санитарную книжку заносятся результаты профосмотра у врача-терапевта, фтизиатра, дерматовенеролога, а также бактериологического исследования на кишечное, дифтерийное и стафилококковое бациллоношение.

К ТЕМЕ 2

1. Большие половые губы — парные толстые кожные складки. Спереди они переходят в кожу лобка, образуя переднюю спайку, сзади сходятся в тонкую поперечную складочку — заднюю спайку. Кожа больших половых губ покрыта волосами, содержит потовые и сальные железы.

2. Эндометрий — слизистая оболочка матки. Покрыт однослойным цилиндрическим мерцательным эпителием с многочисленными железами, изменяющими свою форму и величину в зависимости от стадий менструального цикла. Этот поверхностный слой эндометрия называется функциональным, а глубокий, не изменяющийся, плотно прилегающий к базальной мембране — базальным. Он состоит из соединительно-тканной стромы, богатой веретенообразными клетками.

3. Клетчатка таза заполняет свободное пространство между тазовыми органами, кровеносными и лимфатическими сосудами и нервами. Она способствует сохранению нормального положения

внутренних половых органов, обеспечивая некоторую подвижность. Клетчатка, окружающая матку и пространство между листками широких связок, называется параметральной, вокруг влагалища — паравагинальной.

4. Широкая связка матки — двойной листок брюшины, спускающийся с маточных труб и отходящий от боковых ребер матки к боковым стенкам таза. Благодаря им матка с придатками находится в малом тазу как бы в подвешенном и развернутом состоянии. На заднем листке широкой связки, ближе к ампулярному концу маточной трубы, располагается яичник.

5. Наружные женские половые органы кровоснабжаются от наружной половой артерии, отходящей от внутренней подвздошной артерии.

6. Малые половые губы — тонкие складки кожи, сзади переходящие во внутренние поверхности больших половых губ. Спереди малые половые губы расщепляются на две складочки: верхняя образует крайнюю плоть клитора, нижняя — уздечку клитора. Кожа малых половых губ лишена волос, не имеет потовых и сальных желез, обильно снабжена сосудами и нервными окончаниями, что обуславливает их сексуальную чувствительность.

7. Канал шейки матки имеет веретенообразную форму, сужен у входа в полость матки и во влагалище. Внутренняя поверхность канала имеет продольную косую складчатость, покрыта высоким цилиндрическим мерцательным эпителием, содержащим трубчатые железы, которые продуцируют густую слизь, образующую кристаллеровскую пробку.

8. Влагалище — эластическая, легко растяжимая трубка, длина по передней стенке — 7—8 см, по задней — 11—12 см. Ширина влагалища очень варьирует: верхний отдел шире, чем нижний, в спавшемся состоянии ширина влагалища равна 3 см. Место перехода купола влагалища во влагалищную часть шейки матки называется сводом влагалища. Различают переднюю часть (впереди шейки), боковую (правую и левую) и заднюю (сзади шейки), самую глубокую, части. Стенка влагалища образована двумя оболочками: слизистой и мышечной. Слизистая оболочка покрыта многослойным сквамозным эпителием, поверхностный слой которого циклически отторгается в зависимости от фаз менструального цикла. Эпителий состоит из 4 слоев клеток: поверхностный ороговевающий, промежуточный, парабазальный и базальный. Мышечная оболочка состоит из внутреннего кругового и наружного продольного слоя мышц.

9. Круглая связка матки — парное образование, имеет вид канатика длиной 10—15 см, идет от передневерхнего угла матки через паховый канал и разветвляется в толще большой половой губы и в клетчатке лобковой кости. Круглые связки удерживают матку дном кпереди (положение антеверзии).

10. Маточная артерия отходит от внутренней подвздошной артерии, проходит над мочеточником и идет в основании широкой связки, подходя к матке на уровне перешейка ее, где разделяется

на восходящую ветвь, питающую матку и трубу, и нисходящую (шеечно-влагалищную), питающую шейку матки и влагалище.

11. Клитор — аналог мужского полового члена, состоит из двух пещеристых тел, головки, окруженной сверху крайней плотью, и уздечки. Покрыт клитор тонкой слизистой оболочкой, обильно снабженной сосудами и нервными окончаниями. Является органом сексуальной чувствительности.

12. Матка состоит из 3 слоев: эндометрий — слизистая оболочка, покрытия однослойным цилиндрическим мерцательным эпителием, миометрий — мышечная оболочка, состоящая из 3 слоев мышечных волокон (внутренний и наружный имеют продольное направление волокон, средний — круговое), периметрий — серозная оболочка (брюшина).

13. Маточная, или фаллопиева, труба — парный орган, соединяющий полость матки с брюшной полостью. Длина трубы — 10—12 см. Различают 3 части: маточную, проходящую в толще матки и открывающуюся в полость матки, истмическую, или абдоминальную, и ампулярную, открывающуюся в брюшную полость. Стенка трубы состоит из слизистой, покрытой однослойным цилиндрическим мерцательным эпителием, средней мышечной (продольный, круговой и продольный слои) и серозной (брюшина) оболочек.

14. Крестцово-маточные связки — парные органы. Они отходят сзади у места перехода тела матки в шейку, затем обхватывают прямую кишку и прикрепляются к передней поверхности крестца. Удерживают матку в нормальном положении.

15. Яичники кровоснабжаются яичниковой артерией, отходящей от брюшной части аорты на уровне I поясничного позвонка, а также соответствующими ветвями маточной артерии. Кровоснабжение маточных труб происходит от яичниковой артерии и восходящей ветви маточной артерии.

16. Большие железы преддверия, или бартолиновые железы, располагаются у основания (нижняя треть) больших половых губ. Длина железы — 10—15 мм, ширина — 6—8 мм, выводной проток длиной 15 мм, открывается у основания малых половых губ и девственной плевы. Железа выстлана железистым эпителием, продуцирующим секрет для увлажнения преддверия влагалища.

17. Шейка матки делится на 3 части: влагалищная, обращенная во влагалище, покрытая многослойным плоским эпителием с открывающимся в центре наружным отверстием канала шейки, средняя, расположенная между передней и задней частями свода влагалища, надвлагалищная, расположенная выше прикрепления задней части свода влагалища. Перешеек представляет собой узкий участок матки, расположенный между надвлагалищной частью шейки матки и ее телом.

18. Брюшина является наружной, или серозной, оболочкой матки. С передней стенки матки брюшина переходит на мочевой пузырь и образует пузырно-маточное углубление, или складку. Охватив дно, тело и шейку матки сзади, брюшина переходит на прямую кишку, образуя прямокишечно-маточное углубление, или дугласово прост-

ранство. Сбоку матки брюшина образует дубликатуру — широкие связки матки, идущие к боковым стенкам таза.

19. Связки яичников: собственная связка яичника, соединяющая маточный конец яичника с телом матки; связка, подвешивающая яичник, фиксирует трубный конец яичника к брюшине боковой стенки таза. Под брюшинным покровом этой связки проходят яичниковая артерия и вена.

20. В иннервации внутренних женских половых органов принимают участие как симпатическая, так и парасимпатическая части вегетативной нервной системы. Тело матки иннервируется в основном симпатическими волокнами подкрестцового нерва, исходящего из верхнего подчревного сплетения, который, в свою очередь, берет начало от брюшного аортального сплетения. Перешеек, шейка матки и влагалище иннервируются в основном парасимпатическими нервами, идущими от маточно-влагалищного нервного сплетения. Яичники получают иннервацию от яичникового сплетения, к которому подходят нервные волокна аортального и почечного сплетения.

21. Женский мочеиспускательный канал, или уретра, открывается в преддверие влагалища на 1 см ниже клитора. Длина — 3—4 см, ширина — 0,8—1 см. Слизистая оболочка уретры покрыта многослойным сквамозным эпителием, мышечная — состоит из внутренних продольных и наружных циркулярных мышечных волокон. Из мышечного слоя образован внутренний сфинктер уретры. Наружный сфинктер образован исчерченными мышцами тазового дна (из мочеполовой диафрагмы). Наружное отверстие мочеиспускательного канала окружено валиком, куда открываются отверстия параретральных протоков.

22. Матка — орган из неисчерченной мышечной ткани, грушевидной формы. Длина матки у нерожавших женщин — 7—8 см, у рожавших — 8—9 см; ширина в области дна — 4—5 см, толщина стенок — 1,5—3 см, масса — 50—70 г. В матке различают тело, перешеек и шейку. Тело матки делится на дно, обращенное кверху (выше места отхождения маточных труб), и собственно тело.

23. Яичник — парный орган овоидной формы, длиной 3 см, шириной 2 см, толщиной 1—1,5 см, массой 6—8 г. Располагаются яичники на заднем листке широкой связки матки. Покрываются однослойным зародышевым кубическим эпителием, под которым располагается соединительно-тканная белочная оболочка. В яичнике различают корковое и мозговое вещество. Корковое вещество прилегает к белочной оболочке и содержит примордиальные фолликулы в разных стадиях развития. Мозговое вещество состоит из соединительно-тканной стромы, в которой проходят многочисленные сосуды и нервы.

24. Наружные женские половые органы иннервируются в основном парасимпатическими нервами, веточками полового нерва, который берет начало от тазового внутренностного нерва. В области клитора имеются рецепторные окончания (тельца Догеля), обуславливающие сексуальную чувствительность женщины.

25. На первую степень чистоты влагалища указывают выделения молочно-белого цвета, крошковатой консистенции.

26. Результаты микроскопического исследования выделений из влагалища с первой степенью чистоты: большое количество палочек Дедерлейна, отсутствие лейкоцитов и другой посторонней микрофлоры, умеренное количество эпителиальных клеток. Первая степень чистоты влагалища характерна для здоровых женщин и для девушек.

27. При четвертой степени чистоты влагалища выделения имеют щелочную реакцию, гнойного характера, отсутствуют палочки Дедерлейна, присутствуют кокки, трихомонады и лейкоциты в большом количестве.

28. На вторую степень чистоты влагалища указывают слегка желтоватого цвета с молочным оттенком выделения, примесь слизи, кислая реакция.

29. Результаты микроскопического исследования выделений из влагалища со второй степенью чистоты: большое количество палочек Дедерлейна, единичные лейкоциты, бактерии (изогнутые палочки). Вторая степень чистоты влагалища может быть у здоровых женщин и считается нормальной.

30. Для четвертой степени чистоты влагалища характерно полное отсутствие палочек Дедерлейна.

31. На четвертую степень чистоты влагалища указывают гнойного характера выделения.

32. Для четвертой степени чистоты влагалища характерны следующие данные микроскопического исследования: отсутствуют палочки Дедерлейна, много лейкоцитов, различные бактерии и простейшие (кокки, трихомонады и т. п.). Четвертая степень чистоты влагалища свидетельствует о наличии патологического процесса в половых органах женщины.

33. Для первой степени чистоты влагалища характерно большое количество палочек Дедерлейна.

34. На третью степень чистоты влагалища указывают слизистогнойного характера выделения.

35. Данные микроскопического исследования при третьей степени чистоты влагалища: небольшое количество палочек Дедерлейна, много лейкоцитов, эпителиальных клеток и различных бактерий (чаще кокки).

36. Для второй степени чистоты влагалища характерно большое количество палочек Дедерлейна, но меньше, чем для первой степени.

37. Фаза яичникового цикла, которая начинается с первого дня менструального цикла и заканчивается на 11—12-й день, называется фазой созревания фолликула, или фолликулиновой фазой.

38. Фаза маточного менструального цикла, которая продолжается с 7—8-го до 14—15-го дня цикла, называется фазой пролиферации.

39. Фаза овуляции в яичнике соответствует концу фазы пролиферации в матке, или началу фазы секреции.

40. Яичником в фолликулиновой фазе выделяются эстрогенные гормоны: эстрадиол, эстриол, фолликулин. Синтетические аналоги эстрогенов: синэстрол, эстрон, эстрадиола дипропионат, диэтилстильбэстрол и др.

41. Гонадотропные гормоны вырабатываются аденогипофизом (передней долей гипофиза). К ним относятся: а) фоллитропин (фолликулостимулирующий гормон), стимулирует рост и созревание фолликулов в яичнике; б) лютропин (лютеинизирующий гормон), стимулирует развитие зернистого слоя фолликула и способствует превращению его после овуляции в желтое тело; в) пролактин (лютеотропный гормон), стимулирует секрецию прогестерона желтым телом яичника, а в послеродовом периоде стимулирует лактацию.

42. В регуляции менструального цикла участвует пять звеньев: кора большого мозга, подбугорная область, гипофиз, яичники, матка. Действие половых гормонов максимально проявляется на матке и яичниках.

Функция половой системы регулируется корой большого мозга, однако локализацию центра регуляции не установлено. Доказано, что удаление коры большого мозга у животных не нарушает овуляции, наступления беременности и родов. У человека кора большого мозга оказывает влияние на течение менструального цикла. Показательны аномалии менструального цикла в результате тяжелых психических травм. С другой стороны, кастрация ослабляет функцию коры большого мозга.

Подбугорная область (гипоталамус) является важным звеном в регуляции менструального цикла. Здесь выделяются рилизинг-гормоны (РГ) (releasing factors — разрешающие факторы) — нейрого르몬ы. Различают три рилизинг-гормона: фоллитропин-РГ (стимулирующий образование фоллитропина); лютропин-РГ (стимулирующий образование лютропина); пролактин-РГ (стимулирующий образование лютропина); пролактин-РГ (стимулирующий образование пролактина). Через сосудистую (портальную) систему рилизинг-гормоны попадают в аденогипофиз, где способствуют образованию гонадотропных гормонов, стимулирующих функцию яичников. Циклическая функция подбугорной области играет роль пускового механизма в менструальном цикле. Прекращение нейрогормональной связи между подбугорной областью и гипофизом приводит к прекращению менструального цикла.

В начале менструации (фаза десквамации) низкий уровень половых гормонов усиливает фолликулостимулирующую функцию гипофиза. Фоллитропин ускоряет созревание фолликула (как правило, ежемесячно развивается только один фолликул).

По мере созревания фолликула повышается секреция эстрогенных гормонов, которые по принципу обратной связи тормозят выработку фоллитропина. При высокой концентрации эстрогенов гипофиз начинает выделять лютропин, стимулирующий разрыв зрелого фолликула (овуляция). После овуляции образуется желтое тело яичника и гипофиз продуцирует пролактин, поддерживающий функ-

ционирование желтого тела. Желтое тело выделяет прогестерон, повышение концентрации которого угнетает выработку лютропина. Если не наступила беременность, желтое тело существует недолго. В связи с угасанием его функциональной активности количество половых гормонов в организме снижается, что способствует росту гонадотропной активности гипофиза. Гипофиз опять начинает усиленно выделять фолликулостимулирующий гормон. Начинается новый менструальный цикл.

В регуляции менструального цикла кроме гонадотропных гормонов принимают участие окситоцин, серотонин и простагландины, а также ферментная система гиалуронидаза — гиалуроновая кислота. Окситоцин, простагландин $F_2\alpha$ и серотонин влияют непосредственно на оболочку фолликула. Мышечные элементы оболочки при этом сокращаются, в связи с чем повышается внутрифолликулярное давление и оболочка фолликула разрывается. Эти вещества действуют также на моторную функцию матки. Доказано их влияние на процесс овуляции, образование пролактина и опорожнение молочной железы в лактационном периоде. Серотонин и простагландины оказывают влияние на некоторые звенья метаболизма и тонус сосудов матки.

43. Фаза яичникового цикла, наступающая на 12—13-й день менструального цикла, называется фазой овуляции.

44. Фаза маточного цикла, которая продолжается с 14—15-го до 28-го дня цикла, называется фазой секреции.

45. Фолликулиновая фаза яичника соответствует фазе пролиферации в матке.

46. Прогестерон выделяется яичником в лютеиновой фазе.

47. Эстрогенные гормоны образуются в фолликулах яичников (в фолликулиновой фазе). Их действие на организм: вызывают развитие вторичных половых признаков, в эндометрии вызывают фазу пролиферации, повышают тонус и сокращение неисчерченных мышц матки, повышают функцию молочных желез, усиливают половое чувство.

48. Схематически в менструальной функции женщины можно выделить четыре цикла.

1. **Гипоталамический цикл.** Циклически вырабатываемые гормоны (фоллитропин-РГ, лютропин-РГ, пролактин-РГ) регулируют выделение фоллитропина, лютропина и пролактина.

2. **Гипофизарный цикл.** Аденогипофиз в течение менструального цикла последовательно выделяет три гормона: фоллитропин, обеспечивающий развитие и созревание фолликула и выделение последним эстрогенных гормонов; лютропин, способствующий овуляции и развитию желтого тела; пролактин, поддерживающий функционирование желтого тела.

3. **Яичниковый цикл.** Фолликулиновая фаза (рост и созревание фолликула) на 14—16-й день менструального цикла сменяется фазой овуляции. В этих двух фазах в фолликуле вырабатываются эстрогенные гормоны. Лютеиновая фаза характеризуется развитием желтого тела. Желтое тело вне беременности проходит следующие

стадии: пролиферации, васкуляризации, расцвета и обратного развития. Такое желтое тело называется менструальным (*corpus luteum menstruationis*). Через 2—3 недели оно превращается в белое тело (*corpus albicans*). При беременности желтое тело после фазы расцвета продолжает развиваться до 12—14 недель беременности (*corpus luteum graviditas*), пока его функцию не возьмет на себя плацента. Желтое тело вырабатывает прогестерон.

4. **Маточный цикл.** В слизистой оболочке матки, соответственно гипофизарному и яичниковому циклам, наблюдаются четыре фазы: фаза десквамации (менструация) — от первого до шестого дня; фаза регенерации — от шестого до восьмого дня; фаза пролиферации — от восьмого до шестнадцатого дня; фаза секреции — от шестнадцатого дня до начала очередной фазы десквамации, т. е. до 28—30-го дня.

49. Фаза яичникового цикла, которая начинается с 11—13-го и продолжается до 28-го дня менструального цикла, называется лютеиновой фазой, или фазой желтого тела.

50. Фаза маточного цикла, которая продолжается с 1-го до 5—6-го дня цикла, называется фазой десквамации.

51. Лютеиновая фаза яичника соответствует фазе секреции в матке.

52. Аденогипофиз выделяет гонадотропные гормоны: фоллитропин, лютропин и пролактин.

53. Прогестерон выделяется желтым телом яичника во время лютеиновой фазы яичникового цикла. В слизистой оболочке матки (эндометрии) он вызывает секреторную фазу, снижает возбудимость и сократительную деятельность матки, что способствует развитию беременности, подготовке молочных желез к лактации.

54. Женский таз состоит из четырех костей: двух тазовых, крестца и копчика.

55. Размер таза между передневерхними остями подвздошных костей называется *Distantio spinarum* (*D. sp.*) и равен 25—26 см.

56. Поперечный размер входа в малый таз расположен между отдаленными точками безымянных линий, равен 13 см.

57. Прямой размер выхода из малого таза измеряется тазомером, равен 9,5 см. Во время прохождения головы плода, учитывая отклонение копчика кзади, величина прямого размера выхода из малого таза увеличивается примерно на 2 см и становится равной 11,5 см.

58. Величина истинной конъюгаты определяется вычитанием из величины наружной конъюгаты индекса Соловьева: при величине окружности лучезапястного сустава, меньшей 14 см (в задаче — 13,5 см), индекс Соловьева равен 9, а истинная конъюгата — 20 см — 9 = 11 см.

59. Тазовая кость состоит из трех костей — подвздошной, лобковой и седалищной, которые соединяются своими телами в области вертлужной впадины.

60. Размер таза между гребнями подвздошных костей называется *Distantio cristarum* (*D. Cr.*) и равен 28—29 см.

61. Прямой размер входа в малый таз — истинная конъюгата — расположен между крестцовым мысом и наиболее выдающейся точкой внутренней поверхности лобкового симфиза, равен 11 см.

62. Поперечный размер выхода из малого таза измеряется сантиметровой лентой или обратным тазомером между внутренними поверхностями седалищных бугров, равен 11 см.

63. Величина истинной конъюгаты определяется вычитанием из величины наружной конъюгаты индекса Соловьева, который при величине окружности лучезапястного сустава большей 15 см (в задаче — 16 см) равен 10. Тогда истинная конъюгата равна: $20 \text{ см} - 10 = 10 \text{ см}$.

64. Граница между большим и малым тазом проходит по пограничной линии, образованной спереди верхним краем сращения лобковых костей, сзади — мысом крестца, с боков — дугообразными линиями подвздошных костей.

65. Размер таза между серединой верхнего края лобкового симфиза и надкрестцовой ямкой называется наружной конъюгатой, или *Conjugata externa* (C. ext.), равен 20—21 см.

66. Прямой размер плоскости широкой части полости малого таза проходит от соединения II—III крестцовых позвонков до середины внутренней поверхности лобкового симфиза, равен 12,5 см.

67. Лобковый угол расположен под лобковым симфизом, образован соединением нижних ветвей лобковых костей. При нормальных размерах таза равен $90^\circ - 100^\circ$.

68. Величина истинной конъюгаты определяется вычитанием из величины наружной конъюгаты индекса Соловьева, который зависит от толщины костей. При величине окружности лучезапястного сустава 14—15 см индекс Соловьева равен 9 (нормальная толщина костей). Истинная конъюгата в данном случае равна: $20 \text{ см} - 9 = 11 \text{ см}$.

69. Женский таз имеет следующие соединения: крестцово-подвздошный (правый и левый) и крестцово-копчиковый суставы, лобковый симфиз.

70. Размер между большими вертелами бедренных костей называется *Distantio trochanterica* (D. tr.) и равен 30—31 см.

71. Косой размер входа в малый таз расположен между крестцово-подвздошным суставом справа и лобковым возвышением слева — правый, а между крестцово-подвздошным суставом слева и лобковым возвышением справа — левый. Он равен 12 см.

72. Диагональная конъюгата (*Conjugata diagonalis*) измеряется при влагалищном исследовании — от нижнего края лобкового симфиза до мыса крестца. Она равна 12,5—13 см.

73. Величина истинной конъюгаты определяется вычитанием из величины наружной индекса Соловьева. При величине окружности лучезапястного сустава 14—15 см индекс Соловьева равен 9. Истинная конъюгата равна: $20 \text{ см} - 9 = 11 \text{ см}$.

74. Луковично-губчатая мышца находится в наружном слое мышц тазового дна.

75. Внутренний слой мышц тазового дна называется диафрагмой

таза и состоит из парной мышцы, поднимающей задний проход, образованной лобково-копчиковой, подвздошно-копчиковой и рудиментарной копчиковой мышцами.

76. Наружный сфинктер заднего прохода идет от верхушки копчика и, обхватывая задний проход, прикрепляется к сухожильному центру промежности.

77. Нижнюю ветвь седалищной кости с клитором соединяет седалищно-пещеристая мышца.

78. Луковично-губчатая мышца обхватывает и прикрывает вход во влагалище.

79. Мышца, поднимающая задний проход, находится во внутреннем слое мышц.

80. Средний слой мышц тазового дна состоит из мочеполовой диафрагмы, образованной глубокой поперечной мышцей промежности и сфинктером мочеиспускательного канала.

81. Седалищно-пещеристая мышца идет от нижней ветви седалищной кости к клитору.

82. Сухожильный центр промежности с седалищными буграми соединяет поверхностная поперечная мышца промежности.

83. Наружный сфинктер заднего прохода прикрывает задний проход.

84. Мочеполовая диафрагма находится в среднем слое мышц тазового дна.

85. Наружный слой мышц тазового дна состоит из луковично-губчатой, седалищно-пещеристой мышц, наружного сфинктера заднего прохода и поверхностной поперечной мышцы промежности.

86. Луковично-губчатая мышца идет от сухожильного центра промежности и, обхватывая вход во влагалище, прикрепляется к клитору.

87. От сухожильного центра промежности к верхушке копчика, обхватывая задний проход, направляется наружный сфинктер заднего прохода.

88. Мочеполовая диафрагма служит запирающим аппаратом для мочеиспускательного канала и влагалища.

К ТЕМЕ 3

1. К концу беременности зрелый плод имеет следующие признаки: средняя масса 3000—3300 г (от 2500 г до 4000 г), длина 50—52 см (более 45 см), окружность головы 32—34 см, пояса верхней конечности 35 см, таза 28 см.

2. У зрелого плода хрящи ушных раковин и носа плотные, ногти твердые, выступают над кончиками пальцев, волосы на голове достигают 2 см, брови и ресницы хорошо очерчены.

3. К концу третьего месяца беременности ворсинчатый хорион превращается в плаценту, через которую осуществляется обмен веществ между матерью и плодом. Плацента выполняет функции органа дыхания (производит газообмен), пищеварения (выделяет

ферменты для расщепления белков, жиров и углеводов), выделения (выделяет в материнское кровяное русло продукты обмена), эндокринной железы (вырабатывает плацентарный лактоген, хорионический гонадотропин, эстрогены и прогестерон), является барьером для проникновения в кровь плода некоторых микроорганизмов, токсинов и антител, находящихся в крови матери.

Материнская поверхность плаценты красного цвета с сероватоматовым оттенком, обусловленным цветом отпадающей оболочки, покрывающей разросшиеся ворсины хориона. Разделена на 15—20 долек. Между дольками имеются неполные перегородки, образованные децидуальной тканью.

4. Околоплодные оболочки состоят из 3 листков: водной оболочки — амниона, которая является внутренней оболочкой плодного мешка, прилегающей к хориону и покрытой однослойным цилиндрическим эпителием; ворсистой оболочки — хориона — гладкой, полупрозрачной, лишенной сосудов и прилегающей к децидуальной; отпадающей, или децидуальной, оболочки, представляющей собой видоизмененный функциональный слой эндометрия. Децидуальная оболочка интимно прилегает к хориону и является наружной оболочкой плодного мешка.

Водная оболочка является внутренней оболочкой плодного яйца, омываемой околоплодными водами. К концу беременности она представляет собой тонкую, бессосудистую, покрытую цилиндрическим эпителием оболочку, состоящую из двух слоев: внутреннего эпителиального, обращенного к плоду, и наружного соединительнотканного, тесно прилегающего к хориону.

5. Пуповина образована пупочными сосудами — двумя артериями и одной веной, водной оболочкой, покрывающей сосуды. По артериям течет венозная кровь от плода к плаценте, по вене — артериальная кровь от плаценты к плоду, обогащенная кислородом.

На пуповине могут быть ложные узлы-утолщения в тех местах, где пупочные артерии резко закручены или имеют варикозные расширения, и истинные узлы, образующиеся во время движения плода.

6. К концу беременности в амниальном мешке содержится от 500 до 1000—1500 мл околоплодных вод.

Они содержат пушковые волосы кожи плода, чешуйки эпидермиса, комочки отделяемого сальных желез (первородная смазка), а при внутриутробной гипоксии — примесь мекония, который может служить диагностическим признаком степени гипоксии.

7. Зрелый плод при рождении издает громкий крик, активно двигается, ровно и глубоко дышит. Кожа у него розовая, пушковые волосы сохранены только на плечах и верхней части спины, подкожная клетчатка развита хорошо, на коже остатки сыровидной смазки.

8. У зрелого доношенного плода хорошо развиты половые органы: у мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек малые половые губы и клитор прикрыты большими половыми губами.

9. Плацента образуется из ворсинчатого хориона, имеет вид толстой плоской лепешки массой 500—600 г. Диаметр ее около 18 см, толщина около 3 см.

Плодная поверхность плаценты покрыта тонкой гладкой водной оболочкой, через которую вырисовывается хорошо развитая сеть кровеносных сосудов, радиально расходящихся от места прикрепления пуповины к периферии.

10. К моменту имплантации оплодотворенного яйца децидуальная оболочка становится утолщенной, складчатой, оба слоя ее — компактный и губчатый — достигают максимальной толщины (5—7 мм). Часть децидуальной оболочки, расположенная под имплантированным яйцом, называется *decidua basalis*, оболочка, покрывающая выпячивающееся в полость матки яйцо — *decidua capsularis*, остальная часть децидуальной оболочки, покрывающая полость матки, не занятую яйцом, — *decidua parietalis*.

Ворсистая оболочка, или хорион, образуется из трофо- и мезобласта, на втором месяце беременности со всех сторон покрывается многочисленными ворсинками. На третьем месяце беременности часть хориона, прилегающая к *decidua capsularis*, теряет свои ворсинки и превращается в гладкий хорион, а у части хориона, прилегающего к *decidua basalis*, ворсинки сильно разрастаются, образуя ворсинчатый хорион (*chorion frondosum*), который идет на построение плаценты.

11. Длина пуповины 50—60 см, диаметр 1—1,5 см.

Пуповина чаще всего прикрепляется в центре плаценты — центральное прикрепление, реже к краю плаценты — краевое прикрепление. Еще реже пуповина прикрепляется не на тканях плаценты, а на зародышевых оболочках — оболочечное прикрепление.

12. Околоплодные воды в конце беременности слегка мутноваты, что обусловлено наличием примесей в них: чешуек эпидермиса плода и амниона, пушковых волос, капелек жира и комочков сыровидной смазки.

Физиологическое значение околоплодных вод велико. Они обеспечивают плоду возможность активно двигаться, защищают пуповину и детское место от сдавления крупными частями плода, предохраняют плод от толчков и ушибов извне, препятствуют образованию сращений между амнионом и кожей плода. Во время родов влияют на раскрытие отверстия матки.

13. Две теменные кости головы плода соединяются между собой стреловидным швом, а лобные с теменными — венечным швом.

14. Затылочным швом соединяются 2 теменные и затылочная кости, стреловидным — теменные кости головы плода между собой.

15. В месте соединения теменных и лобных костей (стреловидного, лобного и венечного швов) расположен большой родничок. Он имеет ромбовидную форму.

16. Малый косой размер измеряется от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка, большой — от затылочного бугра до подбородка.

17. Малый косой размер равен 9,5 см, соответствующая ему окружность головы — 32 см; голова плода пройдет через этот размер при переднем виде затылочного предлежания.

18. Величина большого косога размера 13 см, окружность головы плода, соответствующая этому размеру, 35—36 см; голова пройдет этим размером при лобном предлежании.

19. Теменные кости с затылочной соединяются ламбдовидным, или затылочным, швом, лобные кости — лобным швом.

20. Венечным швом соединяются лобные кости с теменными.

21. Большой родничок образуется соединением стреловидного, лобного и венечного швов; он имеет ромбовидную форму. Малый родничок треугольной формы образуется соединением стреловидного и затылочного швов.

22. Вертикальный размер на голове плода измеряется от середины большого родничка до подъязычной кости. Средний косой размер измеряется между подзатылочной ямкой и границей волосистой части лба. Голова плода пройдет этим размером при заднем виде затылочного предлежания.

23. Величина прямого размера головы новорожденного 12 см, окружность ее по этому размеру 34 см; голова пройдет этим размером при переднеголовном предлежании.

24. Величина большого поперечного размера головы новорожденного 9,5 см. Он расположен между теменными буграми.

25. Во время внутриутробного развития плода венозный (аранциев) проток соединяет пупочную вену с нижней полой веной.

26. Евстахиева (нижней полой вены) заслонка — это клапанообразная складка в первом предсердии сердца плода, благодаря которой насыщенная кислородом кровь из нижней полой вены через овальное отверстие направляется в левое предсердие и левый желудочек, а венозная кровь — из верхней полой вены в правый желудочек.

27. Благодаря наличию в правом предсердии заслонки нижней полой вены полного смешения крови из верхней и нижней полых вен сердца плода не происходит.

28. Ток артериальной крови (начиная от плаценты до дуги аорты) у плода происходит в следующем направлении: плацента — пупочная вена — воротная вена — венозный (аранциев) проток — нижняя полая вена — правое предсердие — овальное отверстие — левое предсердие — левый желудочек — аорта.

29. После рождения ребенка и перевязки пуповины сразу же запустевают пупочная вена и венозный проток, которые впоследствии превращаются в круглую связку печени (*lig. teres hepatis*).

30. При внутриутробном развитии плода с помощью артериального (боталлова) протока соединяются легочные артерии с нисходящей частью дуги аорты ниже места отхождения сосудов, питающих кровью голову и верхние конечности плода.

31. По пупочной вене в направлении от плаценты к плоду проходит артериальная кровь.

32. Артериальная кровь, прошедшая через венозный проток и

поступившая в нижнюю полую вену плода, смешивается с венозной кровью, идущей от нижних конечностей, тазовых органов, печени и кишок.

33. Ток смешанной, с низким содержанием кислорода крови от верхней полой вены до плаценты у плода имеет следующее направление: верхняя полая вена — правое предсердие — правый желудочек — легочная артерия — артериальный проток — нисходящая часть аорты — подвздошные артерии — пупочные артерии — плацента.

34. У новорожденного при заращении овального отверстия в перегородке между предсердиями происходит полное разобщение правого и левого предсердия, вследствие чего кровь из правого предсердия целиком изливается в правый желудочек и смешения артериальной крови с венозной не происходит.

35. При внутриутробном развитии плода овальное отверстие соединяет правое предсердие сердца с левым.

36. По артериям пуповины проходит венозная кровь от плода к плаценте.

37. У плода голова и верхние конечности получают кровь более насыщенную кислородом, чем вся нижняя половина его тела. Происходит это в результате того, что во время систолы насыщенная кислородом кровь из левого желудочка сердца выталкивается в аорту, а из аорты — в крупные сосуды, питающие кровью голову и верхние конечности. Для питания нижней части туловища кровь из правого предсердия, куда поступила венозная кровь из верхней полой вены, должна перелиться в правый желудочек, а затем в легочные артерии. Из-за отсутствия у плода легочного дыхания бедная кислородом кровь в легкие поступает в незначительном количестве, основная же ее масса через артериальный проток направляется в нисходящую часть дуги аорты ниже места отхождения сосудов, снабжающих кровью голову и верхние конечности. Поэтому нижняя половина тела плода получает кровь менее насыщенную кислородом.

38. У родившегося ребенка ток крови от правого предсердия к левому имеет следующее направление: правое предсердие — правый желудочек — легочная артерия — легочные капилляры — легочная вена — левое предсердие. Это называется малый, или легочный, круг кровообращения.

39. У новорожденного при расправлении легких происходят изменения в кровообращении. Механизм этих изменений состоит в том, что после прекращения плацентарно-плодного кровообращения возникает кислородное голодание, стимулирующее активность дыхательного центра у новорожденного. Это вызывает первый вдох. При вдохе воздух заполняет спавшиеся легкие, расправляет легочные альвеолы и расширяет проходящие в них кровеносные капиллярные сосуды, присасывающие кровь из легочной артерии. Большое количество крови устремляется в легкие, и артериальный проток прекращает свою функцию, спадается и постепенно превращается в соединительно-тканый тяж.

1. В центральной нервной системе беременной женщины нарастает торможение коры большого мозга, что выражается сонливостью, легкой ранимостью психики, повышенной раздражительностью, переменчивостью настроения и т. д.

В сердечно-сосудистой системе появляется дополнительный плацентарный круг кровообращения, смещение сердца приподнимающейся диафрагмой, увеличение сети кровеносных сосудов в растущей матке и молочных железах. В новых условиях гипертрофируется сердечная мышца, что повышает функциональную способность сердца. Увеличивается проницаемость стенки капиллярных сосудов для воды, минеральных солей и белков (альбуминов). Артериальное давление при нормально протекающей беременности в первой половине ее не изменяется. В последние месяцы наблюдается тенденция к некоторому повышению его. Частота пульса не изменяется.

2. Объем циркулирующей крови во время беременности составляет $\frac{1}{12}$ — $\frac{1}{14}$ массы тела, т. е. увеличивается на 450—550 мл.

Скорость кровотока в матке к концу беременности возрастает в 4 раза, а насыщенность крови кислородом — почти в 15 раз.

3. Длина полости матки до беременности составляет 7—8 см, к концу беременности — 37—38 см, т. е. увеличивается в 5—6 раз.

Масса матки к концу беременности возрастает до 1000—1200 г, т. е. примерно в 20 раз.

4. Изменения в молочных железах начинаются с первых дней беременности, когда происходит небольшое набухание и появляется молозиво, что используют в качестве раннего признака беременности. Позднее увеличивается количество железистых долек, а также объем каждой дольки, усиливается пигментация соска и околососкового кружка. К концу беременности молочные железы достигают значительного развития, однако активная секреторная деятельность их развивается только в послеродовом периоде, когда начинается выработка и выделение молока.

Наружные половые органы во время беременности становятся отечными, гиперемированными и цианотичными. Слизистая оболочка преддверия влагалища приобретает цианотичный оттенок. Влагалище утолщается, разрыхляется и становится легко растяжимым, приобретает синюшный оттенок. Мышцы и соединительнотканые элементы влагалища гипертрофируются и гиперплазируются, складчатость стенок становится более выраженной, увеличивается количество выделений.

5. Эстрогенные гормоны во время беременности (до 3-месячного срока) вырабатываются фолликулами яичника, а затем — плацентой, т. е. содержание их в организме женщины не уменьшается. Перед родами и во время родов содержание эстрогенов несколько увеличивается. Эстрогенные гормоны (эстрадиол) сенсibiliзируют нервно-мышечный аппарат матки к веществам окситоического

действия (окситоцину, простагландинам) и биологически активным веществам (катехоламинам, серотонину, ацетилхолину), обеспечивают рост матки, усиливают кровообращение в ней, стимулируют пролиферацию выводящих протоков молочных желез, но тормозят их лактационную функцию и т. д. После родов содержание эстрогенов резко снижается и остается на низком уровне до возобновления менструального цикла.

В сократительной функции матки во время родов важную роль играет окситоцин, который вырабатывается в надзрительных и паравентрикулярных ядрах подбугорной области, а затем направляется в нейрогипофиз и в кровь. Окситоцин обладает кратковременным действием, так как инактивируется окситоциназой, активность которой зависит от времени суток; например, ночью она минимальна, поэтому содержание окситоцина в крови ночью максимально. Это согласуется с тем, что родовая деятельность, как правило, развивается и усиливается ночью.

6. С наступлением беременности у многих женщин наблюдаются нарушения пищеварения, выражающиеся тошнотой, рвотой, слюнотечением, вкусовыми и обонятельными извращениями. При правильном режиме питания эти нарушения исчезают к середине беременности. С ростом матки происходит смещение петель кишок, желудка и печени. Нередко наблюдается гипотония кишок, что обуславливает запоры при беременности.

7. Во время беременности в связи с увеличением матки подвергается значительной морфологической перестройке ее сосудистая система: кровеносные сосуды, особенно вены, удлиняются, расширяются, штопоробразно извиваются, стенки сосудов гипертрофируются, значительно увеличивается кровенаполнение.

8. Длина мышечных волокон матки до беременности составляет 44—90 мкм, к концу беременности — около 500—800 мкм, т. е. каждое мышечное волокно удлиняется примерно в 10 раз. Одновременно происходит размножение мышечных волокон и увеличение их количества.

9. В мышечной оболочке матки во время беременности происходят значительные изменения в виде гипертрофии (удлинение мышечных волокон примерно в 10 раз, утолщение их в 3—5 раз по сравнению с волокнами небеременной матки) и гиперплазии (образование новых мышечных волокон). Соединительная ткань между мышечными волокнами становится сочной и рыхлой, размягчается, что обеспечивает значительную подвижность мышечных волокон. Стенка матки начинает значительно утолщаться в первые месяцы беременности, до 7-го месяца беременности наблюдается гипертрофия эластических и волокнистых элементов матки и частичное превращение некоторых элементов соединительной ткани в неисчерченные мышечные волокна (неогенез мышечной ткани). В конце беременности в связи с перерастяжением стенки матки происходит относительное истончение ее.

10. До 3-месячного срока беременности прогестерон вырабатывается желтым телом яичника, после 3-месячного срока — плацен-

той. Прогестерон во время беременности снижает возбудимость и сократительную функцию матки, что способствует правильному развитию беременности, вместе с фолликулином прогестерон способствует подготовке молочных желез к лактации. Перед наступлением родов и в родах содержание прогестерона в крови уменьшается и остается на низком уровне до возобновления менструального цикла.

К ТЕМЕ 5

5.1.

1. *Диагноз:* беременность 8 недель (2 акушерских месяца).
2. Вероятные признаки беременности: задержка менструации, тяга к острой пище, синюшность слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

3. Бимануальные признаки беременности: 2—5—3—4—1.

4. Биологические методы диагностики беременности: реакции Ашгейма — Цондека, Галли-Майнини, Фридмана.

5. Иммунологическая диагностика беременности основана на задержке агглютинации эритроцитов при наличии в моче обследуемой женщины гонадотропина. В настоящее время с этой целью широко используют диагностикумы «гравимун», или «гравитест», которые в присутствии хорионического гонадотропина дают образование глыбок.

5.2.

1. *Диагноз:* беременность 4 недели (1 акушерский месяц).

2. Вероятные признаки беременности: тошнота, рвота по утрам, сонливость, синюшность слизистой оболочки влагалища и шейки матки.

3. Бимануальные признаки беременности: 5—4—1—3—2.

4. Для уточнения диагноза необходимо провести наблюдение за женщиной в динамике, а также биологические и иммунологические (пассивной гемагглютинации и реакции с диагностикумами) реакции. Все эти пробы определяют содержание гонадотропина в моче беременных женщин.

5. Сперматоурическая реакция Галли-Майнини проводится на самцах всех видов лягушек. Самец определяется по наличию у него резонаторов и подушечек у основания первого пальца передней лапки, а также по обнимательному рефлексу при поглаживанию грудки.

Реакцию можно проводить в течение года, кроме периода случки — март — май. Для реакции используется свежая или сохраненная при температуре 8 °С в течение 24—48 ч утренняя моча беременной. Реакция ставится на трех самцах лягушки, у которых предварительно проверяется отсутствие сперматогенеза. Профильтрованная моча в количестве 1 мл/10 г массы животного вводится подкожно в область спинного лимфатического мешка. Через 2 ч катетеризуют клоаку и содержимое исследуют под микроскопом на

наличие сперматозоонов. Реакция считается положительной, если хоть у одного из самцов обнаруживаются сперматозооны, отрицательной,— если ни у одного из самцов не появляется сперматозоонов через 8 ч после введения мочи.

5.3.

1. *Диагноз:* беременность 12 недель (3 акушерских месяца).

2. Вероятные признаки беременности: задержка менструации, отвращение к табачному дыму, пигментация кожи на лице и сосках молочных желез, цианоз слизистой оболочки шейки матки и влагалища.

3. Бимануальные признаки беременности: 3—2—4—1—5.

4. Гормональная реакция Ашгейма — Цондека выявляет влияние гонадотропных гормонов беременной женщины на яичники и матку неполовозрелых самок мышей. Утреннюю мочу беременной женщины вводят подкожно неполовозрелым мышам-самкам по 0,2—0,4 мл 6 раз в течение 2 суток. Через 96—100 ч вскрывают брюшную полость мышей, матку и яичники, осматривают: при наличии увеличенных фолликулов и кровоизлияний в яичниках, а также увеличении и росте матки — реакция считается положительной на беременность. При отсутствии изменений в яичниках и матке — реакция отрицательная.

5. Некоторые зарубежные фирмы выпускают фармакологические диагностикумы для определения беременности: гравиндекс, гравимун, препуэрин, прегностикон, латекс и др. Принцип их использования заключается в том, что они в присутствии хорионического гонадотропина, который находится в моче беременных женщин, образуют глыбки. Реакция по внешнему виду близка к реакции гематглютинации.

5.4.

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки — 36 недель (9 акушерских месяцев).

2. При наружном акушерском исследовании определяется продольное положение и вторая позиция плода.

3. Предлежащая часть — голова плода.

4. Точка лучшего выслушивания сердцебиения плода соответствует описанному членорасположению плода.

5.5.

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки — 28 недель (7 акушерских месяцев).

2. При наружном акушерском исследовании определяется продольное положение и вторая позиция плода.

3. Установлено тазовое предлежание.

4. Точка лучшего выслушивания сердцебиения плода соответствует описанному членорасположению плода.

5.6.

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки — 28 недель (7 акушерских месяцев).

2. При наружном акушерском исследовании определяется продольное положение и первая позиция плода.

3. Предлежащая часть — голова плода.

4. Точка лучшего выслушивания сердцебиения плода соответствует описанному членорасположению плода.

5.7.

1. Срок беременности по высоте стояния дна матки — 28 недель (7 акушерских месяцев).

2. При наружном акушерском исследовании определяется поперечное положение и первая позиция плода.

3. Предлежащая часть плода отсутствует.

4. Точка лучшего выслушивания сердцебиения плода соответствует описанному членорасположению плода.

5.8.

1. Срок беременности — 32 недели (8 акушерских месяцев).

2. Дополнительные дифференциальные признаки беременности, подтверждающие установленный срок беременности (32 недели): окружность живота — 82 см; высота стояния дна матки, измеренная лентой, — 28 см; длина плода, измеренная тазомером, — 22,5 см; лобно-затылочный размер головы — 9,5 см; выраженная сглаженность пупка (не выпячен).

3. При наружном акушерском исследовании определяется продольное положение и первая позиция плода.

4. Предлежащая часть — голова плода.

5.9.

1. *Диагноз:* беременность сроком 40 недель (10 акушерских месяцев).

2. Дополнительные признаки, указывающие на 40-недельную беременность: окружность живота — 98 см; высота стояния дна матки — 32 см; выраженное выпячивание пупка; потеря массы тела за последние 3 дня, составившая 1500 г; улучшение дыхания, обусловленное опущением матки; полудлина плода — 27,5 см; лобно-затылочный размер головы — 12 см; голова, плотно прижата ко входу в малый таз.

3. Положение плода — продольное, позиция — первая.

4. Предлежащая часть — голова плода.

5.10.

1. Предполагаемый срок родов по менструации — 2 октября.

2. Предполагаемый срок родов по первому шевелению плода — 10 октября.

3. Предполагаемый срок родов по первому обращению в женскую консультацию — 12 октября.

4. Средняя предполагаемая дата родов — 8 октября.

5.11.

1. Предполагаемый срок родов по менструации — 23 ноября.

2. Предполагаемый срок родов по первому шевелению плода 1 декабря.

3. Предполагаемый срок родов по первому обращению в женскую консультацию — 4 декабря.

4. Средняя предполагаемая дата родов — 29 ноября.

5.12.

1. Предполагаемый срок родов по менструации — 27 февраля.
2. Предполагаемый срок родов по первому шевелению плода — 1 марта.
3. Предполагаемый срок родов по первому обращению в женскую консультацию — 3 марта.
4. Средняя предполагаемая дата родов — 1 марта.

5.13.

1. Предполагаемый срок родов по менструации — 29 мая.
2. Предполагаемый срок родов по первому шевелению плода — 3 июня.
3. Предполагаемый срок родов по первому обращению в женскую консультацию — 5 июня.
4. Средняя предполагаемая дата родов — 2 июня.

5.14.

1. Срок беременности по формуле Скульского:

$$X = \frac{(L \times 2) - 5}{5} = \frac{(23 \times 2) - 5}{5} = \frac{41}{5} = 8,2 \text{ мес.} = 32,5 \text{ нед.}$$

2. Срок беременности по формуле Жордания:

$$X = L + \Gamma = 23 + 10 = 33 \text{ нед.}$$

3. Срок беременности по формуле Бабадаглы (по высоте стояния дна матки, измеренной сантиметровой лентой):

$$X = C + 3 = 28 + 3 = 31 \text{ нед.}$$

4. Срок беременности по формуле Бабадаглы (по высоте стояния дна матки, измеренной тазомером):

$$X = T + 7 = 25 + 7 = 32 \text{ нед.}$$

5. Средний срок беременности:

$$\frac{32,5 + 33 + 31 + 32}{4} = 128,5 : 4 = 32,1 \text{ нед.} = 8 \text{ мес.}$$

5.15.

1. Срок беременности по формуле Скульского:

$$X = \frac{(L \times 2) - 5}{5} = \frac{(25 \times 2) - 5}{5} = \frac{45}{5} = 9 \text{ мес.} =$$

36 нед.

2. Срок беременности по формуле Жордания:

$$X = L + \Gamma = 25 + 11 = 36 \text{ нед.}$$

3. Срок беременности по формуле Бабадаглы (по высоте стояния дна матки, измеренной сантиметровой лентой):

$$X = C + 3 = 33 + 3 = 36 \text{ нед.}$$

4. Срок беременности по формуле Бабадаглы (по высоте стояния дна матки, измеренной тазомером):

$$X = T + 7 = 29 + 7 = 36 \text{ нед.}$$

5. Средний срок беременности:

$$\frac{36 + 36 + 36 + 36}{4} = \frac{144}{4} = 36 \text{ нед.}$$

6. Ни один из существующих способов определения возраста плода не является достаточно точным для того, чтобы, основываясь на нем, можно было сделать клиническое заключение о возрасте плода. Однако различные приемы в сочетании с тщательным акушерским анамнезом и физическим обследованием беременной повышают точность определения возраста плода. Для этого сначала нужно использовать самые простые и безопасные способы, а затем переходить к более сложным.

Вычисление срока беременности по времени последней менструации. Наиболее простой способ вычисления срока беременности основан на начале отсчета от первого дня последней менструации минус три месяца плюс семь дней. Если срок беременности вычисляют по первому дню последней менструации, должны быть учтены следующие моменты: 1) наличие записи о дате менструации; 2) регулярность менструального цикла; 3) возникновение беременности через небольшой промежуток времени после предыдущей, когда еще не возобновился менструальный цикл; 4) возникновение кровотечения после зачатия, ошибочно принятое за менструацию; 5) задержка овуляции, возникающая во время менструального цикла сразу после прекращения приема контрацептивных препаратов.

Вычисление срока беременности по записи ректальной температуры или даты однократного полового акта. Если имеются несомненные данные о ректальной температуре или дате однократного полового акта, может быть установлено точное время начала беременности.

Вычисление срока беременности по измерению размера матки. Клиническим параметром, наиболее часто используемым для оценки возраста плода, является ряд измерений высоты стояния дна матки.

1. Высота стояния дна матки относительно анатомических ориентиров — над лобковым симфизом, между симфизом и пупком, между пупком и мечевидным отростком;

2. Измерение высоты стояния дна матки сантиметровой лентой. Одним из распространенных способов является прием Мак-Дональда — измерение сантиметровой лентой расстояния от передневерхнего края симфиза по окружности матки до ее высшей точки.

3. Измерение окружности живота на уровне пупка в положении беременной лежа на спине. Измерение окружности живота в сочетании с измерением высоты стояния дна матки особенно показано в случае патологического роста плода.

Во второй половине беременности необходимо проводить систематическое обследование беременной для выявления внутриутробного расположения плода. Эти данные, полученные при помо-

щи четырех приемов Леопольда или ультразвукового исследования, должны быть записаны после каждого визита к врачу.

Определение тонов сердца плода, которые являются безусловным доказательством того, что плод жив, производят при помощи кардиомонитора (ЭКГ, ФКГ), кардиотокографа, УЗИ или стетоскопа.

С помощью ультразвуковых приборов, основанных на эффекте Допплера, можно определить сердцебиение плода на 6-й неделе беременности. В более поздние сроки беременности эти приборы могут не только регистрировать тоны сердца плода, но и циркуляцию крови в крупных сосудах (шум пуповины).

При последовательном измерении размеров головы с помощью ультразвука в сочетании с измерением грудной клетки можно более точно судить о сроке беременности, состоянии плода и массе его тела, чем при простом измерении размеров головы.

Ультразвуковое сканирование безопасно и позволяет получить точные данные. Его можно использовать неоднократно в течение всей беременности. Ультразвуковое сканирование показано при выяснении следующих вопросов: оценке роста плода; определении локализации плаценты; определении увеличения объема плаценты; дифференциальной диагностике беременности с пузырным заносом; выявлении многоплодной беременности; обнаружении аномалий развития плода (анэнцефалия и гидроцефалия); диагностике гибели плода; подтверждении положения плода, предлежащей части, позиции; выявлении смешанных предлежаний.

Аntenатальное генетическое обследование плода. Внутриматочная диагностика многих патологических состояний, которые могут привести к серьезным физическим дефектам или умственной отсталости ребенка, в настоящее время осуществляется с помощью амниоцентеза. При проведении такой диагностики в перинатальном периоде существует определенный риск (наиболее распространенными осложнениями являются кровотечение и инфекция). В связи с этим отбор беременных должен быть основан на следующих необходимых условиях.

1. Наличие несомненных факторов повышенного риска плода.
2. Наличие очевидного хромосомного или биохимического показателя, который надежно указывал бы на наличие у плода генетического или хромосомного заболевания.
3. Хромосомный или биохимический показатель, определяющийся в ранние сроки беременности.
4. Осведомленность о тактике лечения и прогнозе заболевания.
5. Риск осложнений при амниоцентезе должен быть меньше риска, связанного с заболеванием плода.

Показания к амниоцентезу с целью получения амниотической жидкости для лабораторных исследований следующие: предыдущий ребенок или близкий родственник с болезнью Дауна или другими хромосомными расстройствами; возраст матери старше 40 лет или большое опасение в отношении аномалии развития плода у более молодой матери (35—40 лет); значительная вероятность нали-

чия у ребенка наследственных нарушений обмена веществ, которые в настоящее время можно диагностировать в антенатальном периоде; различные наследственные болезни, связанные с полом по рецессивному типу (мышечная дистрофия) у предыдущего или ожидаемого ребенка; аномалия нервной системы у предыдущего ребенка. При получении околоплодных вод следует заботиться о том, чтобы при выполнении амниоцентеза игла находилась сзади от шеи плода или ниже его предлежащей части (по направлению к шейке матки). При появлении крови после амниопункции необходимо определить, принадлежит ли она плоду или матери.

Последовательное измерение роста плода с высоким риском во время беременности производят с помощью радио- и рентгенологического методов исследования. Опытный радиолог, используя комбинацию радиографических симптомов и измерений, может установить возраст и физическое состояние плода со значительной степенью точности. Технические качество снимков и их интерпретация обеспечивают достоверность и последовательность заключений.

Длину поясничного отдела позвоночного столба плода можно измерить непосредственно по его рентгенограмме. Для вычисления длины скелета плода полученное число умножают на поправочный коэффициент (8,7 при фокусном расстоянии 1 м).

Вместе с другими радиологическими критериями размеров и возраста плода, например с центрами оссификации, с помощью рентгенографии можно определить его возраст с допустимой точностью. Центры оссификации плода диаметром не менее 3 мм видны на рентгенограмме.

Радиологические и рентгенологические исследования во время беременности могут привести к облучению плода и матери. Тем не менее последствия такого облучения должны быть сопоставлены с необходимостью точного обеспечения правильного акушерского диагноза и дальнейшего ведения беременной.

Биохимические исследования у матери с высоким риском плода. Практическое значение для диагностики беременности и оценки возможных трофобластических заболеваний имеет определение уровня хорионического гонадотропина (ХГ). Наиболее чувствителен радиоиммунный метод определения уровня ХГ. При помощи этого метода ХГ можно выявить уже через сутки после имплантации оплодотворенного яйца. Максимальный уровень содержания этого гормона наблюдается на 60—70-й день беременности. Затем уровень его медленно снижается и к 100—130-му дню стабилизируется.

Биосинтез стероидного гормона эстриола зависит от функции материнско-плодно-плацентарного комплекса. Измерение уровня эстриола в моче имеет значение лишь при последовательном определении его в поздние сроки беременности. Снижение уровня гормона в моче свидетельствует о заболевании плода или даже об угрозе его жизни. Уровень эстриола особенно важен для оценки состояния плода при беременности, осложненной сахарным диабетом, артериальной гипертензией, экламптогенным ток-

сикозом беременных, недостаточностью плаценты (включая переносимость), а также при подозрении на внутриутробную гибель плода. Экскреция эстриола снижается при анэнцефалии плода у беременных, принимающих в больших дозах кортикостероиды, страдающих тяжелой анемией, живущих на больших высотах над уровнем моря, болеющих тяжелыми заболеваниями почек и принимающих ампициллин и диуретические средства, производные бензотиадиазина. При нормальной многоплодной беременности, напротив, уровень эстриола в моче возрастает.

Остановка дыхания новорожденного (дистресс-синдром, пневмопатия), заметный цианоз или грубые неврологические изменения вследствие первичной или вторичной асфиксии могут быть связаны с уменьшением продукции и экскреции эстриола с мочой. Снижение уровня содержания эстриола в крови на 40 % по сравнению с первоначальным свидетельствует о заболевании плода и служит основанием для его обследования и вмешательства (родовозбуждение, проведение кесарева сечения и пр.).

Определение хорионического соматоматропина (ХС), или плацентарного лактогена — гормона белковой природы, продуцируемого клетками синцитиотрофобласта. Обычно уровень этого гормона определяется радиоиммунологическим методом. Пониженный уровень ХС (4 мг на 1 мл материнской плазмы или ниже) определяется после 30-й недели беременности. Со второго дня после родов ХС в плазме не выявляется. Снижение уровня ХС свидетельствует о недостаточности плаценты вследствие поражения сосудов при гипертонической болезни, преэклампсии, пиелонефрите, гипотензии артериальной первичной, красной диссеминированной волчанке, гломерулонефрите.

Быстрое исследование сурфактанта околоплодной жидкости с целью определения риска возникновения синдрома нарушения дыхания описал Klempens с соавт. (1972). Этот тест имеет чрезвычайно важное значение, поскольку может быть выполнен лечащим врачом или в лаборатории с минимальной затратой усилий и при наличии простейшего оборудования.

Исследование сурфактанта является почти достоверным показателем при определении степени зрелости легких плода и более надежным, чем отношение лецитин/сфингомиелин.

7. При проведении амниоцентеза должны быть соблюдены определенные требования. Эту манипуляцию следует проводить только опытному врачу. В бригаду должны входить акушер, имеющий опыт проведения амниоцентеза, группа медицинских генетиков, выполняющих биохимическую и цитогенетическую экспертизу.

Методика проведения амниоцентеза: 1) определение локализации плаценты и места пункции (трансабдоминально) с помощью ультразвука; 2) пальпация живота для определения размеров матки и позиции плода; 3) бритье нужного участка брюшной стенки; 4) обработка кожи живота спиртовым раствором йода; 5) обкладывание операционного поля стерильными салфетками; 6) инфильтрация кожи и подкожной клетчатки 20 мл 1 % раствора новокаи-

на; 7) введение в полость матки иглы достаточного калибра длиной 8—9 см, используемой для спинно-мозговой пункции; 8) удаление мандрена и наполнение двух десяти миллилитровых пробирок (путем аспирации) околоплодной жидкостью.

5.16.

1. Срок беременности по формуле Скульского:

$$X = \frac{(L \times 2) - 5}{5} = \frac{(27,5 \times 2) - 5}{5} = \frac{50}{5} = \\ = 10 \text{ мес.} = 40 \text{ нед.}$$

2. Срок беременности по формуле Жордания:

$$X = L + Г = 27,5 + 13 = 40,5 \text{ нед.}$$

3. Срок беременности по формуле Бабадаглы (по высоте стояния дна матки, измеренной сантиметровой лентой):

$$X = C + 3 = 35 + 3 = 38 \text{ нед.}$$

4. Срок беременности по формуле Бабадаглы (по высоте стояния дна матки, измеренной тазомером):

$$X = T + 7 = 31 + 7 = 38 \text{ нед.}$$

5. Средний срок беременности:

$$\frac{40 + 40,5 + 38 + 38}{4} = \frac{156,5}{4} = 39,1 \text{ нед.}$$

5.17.

1. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева:

$$X = Ж \times C = 101 \times 34 = 3434 \text{ г.}$$

2. Ориентировочная масса плода по формуле Стройковой:

$$X = \frac{(B : И) + (Ж \times C)}{2} = \frac{(62\,000 : 18) + (101 \times 34)}{2} = \\ = \frac{3444 + 3434}{2} = 3439 \text{ г.}$$

3. Ориентировочная масса плода по формуле Бабадаглы:

$$X = \frac{Ж \times (C + T)}{2} = \frac{101 \times (34 + 29)}{2} = \frac{6363}{2} = 3181 \text{ г}$$

4. Средняя ориентировочная масса плода:

$$\frac{3434 + 3439 + 3181}{3} = \frac{10\,054}{3} = 3351 \text{ г}$$

5. Ориентировочная длина плода по формуле Сутугина:

$$X = L \times 2 = 27 \times 2 = 54 \text{ см}$$

5.18.

1. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева:

$$X = Ж \times C = 103 \times 35 = 3605 \text{ г}$$

2. Ориентировочная масса плода по формуле Стройковой:

$$X = \frac{(B : H) + (Ж \times C)}{2} = \frac{(72000 : 20) + (103 \times 35)}{2} = \\ = \frac{3600 + 3605}{2} = 3602 \text{ г}$$

3. Ориентировочная масса плода по формуле Бабадаглы:

$$X = \frac{Ж \times (C + T)}{2} = \frac{103 \times (35 + 29)}{2} = \frac{103 \times 64}{2} = \\ = \frac{6992}{2} = 3296 \text{ г}$$

4. Средняя ориентировочная масса плода:

$$\frac{3605 + 3602 + 3296}{3} = \frac{10503}{3} = 3501 \text{ г}$$

5. Ориентировочная длина плода по формуле Сутугина:

$$X = L \times 2 = 27,5 \times 2 = 55 \text{ см}$$

5.19.

1. Ориентировочная масса плода по формуле Лебедева:

$$X = Ж \times C = 106 \times 35 = 3710 \text{ г}$$

2. Ориентировочная масса плода по формуле Стройковой:

$$X = \frac{(B : H) + (Ж \times C)}{2} = \frac{(84000 : 22) + (106 \times 35)}{2} = \\ = \frac{7528}{2} = 3764 \text{ г}$$

3. Ориентировочная масса плода по формуле Бабадаглы:

$$X = \frac{Ж \times (C + T)}{2} = \frac{106 \times (35 + 29)}{2} = \frac{6784}{2} = 3392 \text{ г}$$

4. Средняя ориентировочная масса плода:

$$\frac{3710 + 3764 + 3392}{3} = \frac{10866}{3} = 3622 \text{ г}$$

5. Ориентировочная длина плода по формуле Сутугина:

$$X = L \times 2 = 28 \times 2 = 56 \text{ см}$$

5.20.

1. *Диагноз*: внутриутробная гипоксия плода.

2. Цвет околоплодных вод указывает на внутриутробную гипоксию плода.

3. Изменение состояния плода характеризуют данные ЭКГ: выраженная брадикардия и изменение механической систолы в ответ на раздражения, связанные с пальпацией живота.

4. Для здоровых женщин во второй половине беременности норма кислородной насыщенности крови равна 90—94 %. Плоду угрожает внутриутробная гипоксия.

5. Диагностическая проба, основанная на создании относительной гипоксии плода, показывает, что плод страдает от гипоксии.

6. Наиболее доступным и объективным показателем функционального состояния плода при внутриутробном развитии и во время родов является состояние сердечно-сосудистой системы. Аускультация сердцебиений плода с помощью акушерского стетоскопа позволяет выявить лишь грубые изменения частоты сердечных сокращений плода: тахикардию, брадикардию и выраженную аритмию, которые возникают чаще всего остро.

Во время беременности острая гипоксия плода проявляется в основном в виде брадикардии. При умеренной брадикардии (до 1,5—1,7 Гц — 90—100 в 1 мин) экстренное оперативное родоразрешение гарантирует рождение ребенка в хорошем или удовлетворительном состоянии. Значительная (до 1,3—1,4 Гц — 80—85 в 1 мин) и стойкая брадикардия свидетельствует о выраженной гипоксии плода и при оперативном родоразрешении такие дети, как правило, рождаются в асфиксии. Урежение частоты сердечных сокращений до 1 Гц—60 в 1 мин и менее указывает на очень тяжелое состояние плода и предпринятое даже экстренное родоразрешение не гарантирует рождение жизнеспособного ребенка.

Объективная оценка сердечно-сосудистой системы плода возможна лишь с помощью инструментальных методов исследования: ЭКГ, ФКГ, кардиотокографии.

Запись электрокардиограммы плода в настоящее время проводят специальными электрокардиографами либо с брюшной стенки матери (непрямая ЭКГ), либо непосредственно от плода (прямая ЭКГ).

Дополнительным объективным методом исследования состояния сердечно-сосудистой системы плода является фоноэлектрокардиография, характеризующая звуковые явления, сопровождающие сердечные сокращения. На фоноэлектрокардиограмме плода обычно определяют I, II, а иногда III и IV тоны. Первый тон формируется при закрытии предсердно-желудочковых клапанов и открытии полулунных заслонок сердца и состоит из колебаний, число которых может колебаться от 3 до 7.

Более полную характеристику работы сердца плода дает кардиотокография. Сущность способа заключается в одновременной регистрации интегрированной частоты сердечных сокращений плода с двигательной активностью матки и плода с записью их в виде кардиотокограммы. Информацию о состоянии сердечно-сосудистой системы плода получают при этом с помощью ЭКГ, ФКГ или ультразвуковой локализации механической работы сердца, а о двигательной активности плода или моторике матки — с помощью тензодатчиков.

Анализ кардиотокограмм проводят на основании характеристик ритма сердца, а также изменений работы сердца плода в ответ

на внешние раздражители и двигательную активность самого плода.

Различают нормальную частоту сердечных сокращений плода, или *нормокардию*, — от 2 до 2,7 Гц (от 120 до 160 в 1 мин), тахикардию — частоту свыше 2,7 Гц (160 в 1 мин) (умеренная — от 2,7 до 3 Гц (от 160 до 180 в 1 мин) и выраженная тахикардия — свыше 3 Гц (180 в 1 мин) и брадикардию — частоту менее 2 Гц (120 в 1 мин) (умеренная — от 1,98 до 1,67 Гц (от 119 до 100 в 1 мин) и выраженная брадикардия — 1,65 Гц и менее (99 в 1 мин и менее).

Тахикардия возникает в результате усиления влияния симпатической части вегетативной нервной системы. У доношенного плода она рассматривается как ранний признак внутриутробного страдания плода и является компенсаторной реакцией в ответ на какое-либо воздействие, в частности на нарушение плодово-материнского газообмена, недостаток кислорода в организме плода. Для недоношенного плода тахикардия является физиологической.

Брадикардия — рефлекторное явление (в результате влияния центральной стимуляции блуждающего нерва с хеморецепторов аорты и а. carotis). Ее причиной бывает расстройство проводящей системы сердца. Чаще брадикардия развивается при гипоксии миокарда и потому почти всегда сочетается с другой какой-нибудь патологией сердечно-сосудистой системы. Брадикардия указывает на более глубокие нарушения в организме плода, чем тахикардия.

Классификация нарушения сердечной деятельности плода

I. Базальная (основная) частота.

1. Нормокардия (от 120 до 160 в 1 мин).
2. Тахикардия (более 160 в 1 мин):
 - а) умеренная (от 160 до 180 в 1 мин);
 - б) выраженная (свыше 180 в 1 мин).
3. Брадикардия (менее 120 в 1 мин):
 - а) умеренная (от 119 до 100 в 1 мин);
 - б) выраженная (менее 100 в 1 мин).

II. Измененная частота.

1. Мгновенная частота (от удара к удару, микрофлюктуация):
 - а) скрытая (немая, монотонность ритма) (до 5 в 1 мин);
 - б) уплощенная (узко ундуляторный ритм) (от 5 до 9 в 1 мин);
 - в) волнообразная (ундуляторный ритм) (от 10 до 25 в 1 мин);
 - г) пульсационная (скачкообразная, сальтаторная) (свыше 25 в 1 мин);

2. Осцилляции (медленные колебания).

Амплитуда:

- а) низкая (до 10 в 1 мин);
- б) нормальная (от 10 до 30 в 1 мин);
- в) высокая (свыше 30 в 1 мин).

Частота:

- а) малая (до 3 в 1 мин);
- б) средняя (от 3 до 6 в 1 мин);
- в) частая (свыше 6 в 1 мин).

5.21.

1. Учащенное сердцебиение плода во время схваток и потуг считается физиологическим явлением.

2. При тазовом предлежании выделение мекония — нормальное явление, обусловленное чисто механическими причинами.

3. На фоноэлектрокардиограмме определяется нормальное состояние плода, характерное для второго периода родов.

4. На основании показателя кислородной насыщенности крови диагностируется нормальное состояние плода и матери, так как кислородная насыщенность во время родов в норме снижается до 80 %.

5. Проведение кислородного теста показало, что плод не испытывает кислородного голодания.

5.22.

1. *Диагноз:* внутриутробная гипоксия плода.

2. На основании данных ЭКГ можно сделать заключение, что начинается внутриутробная гипоксия плода.

3. Заключение о состоянии плода по данным ЭЭГ: повышенное возбуждение в нервных клетках вызвано гипоксией и нарастающим ацидозом.

4. Нормальным считается 7 шевелений плода за 30 мин. Данные механогистерографии плода свидетельствуют о внутриутробной гипоксии плода.

5. Ретикулоцитоз в крови матери расценивается как симптом кислородного голодания плода.

5.23.

1. *Диагноз:* внутриутробная гипоксия плода.

2. На основании данных ЭКГ можно сделать заключение о начинающейся внутриутробной гипоксии плода.

3. В норме регистрируется 7 шевелений плода за 30 мин. Данные механогистерографии свидетельствуют о внутриутробной гипоксии плода.

4. Зеленая окраска околоплодных вод указывает на наличие мекония. Примесь мекония при головном предлежании является признаком внутриутробной гипоксии плода.

5. Данные исследования пупочной крови новорожденного указывают на нарушение кислотно-основного равновесия в сторону ацидоза, свидетельствующее о том, что плод страдал внутриутробной гипоксией.

6. Двигательная активность плода как показатель его жизнедеятельности возможна лишь после того как нервные центры, скелетные мышцы и соединяющие их проводники образуют функциональную систему. Поэтому разные типы движений могут отражать функциональное развитие нервной системы плода.

Первые движения плода могут выявляться ультразвуковыми исследованиями уже на 6—8-й неделе беременности. В этот период двигательная активность характеризуется отдельными нерегулярными импульсными движениями туловища. На 10-й неделе присоединяются движения конечностей, которые становятся координирован-

ными на 16-й неделе. Примерно на 12-й неделе беременности появляются дыхательные, на 19-й — глотательные движения. Женщина начинает ощущать шевеления плода между 18-й (первобеременные) и 20-й неделями (повторнобеременные) беременности. Вначале эти движения слабые, редкие, постепенно они усиливаются и учащаются. В последующие сроки беременности движения становятся разнообразнее, двигательная активность — более длительной.

Таким образом, на протяжении беременности происходит постепенная интеграция движений, в результате которой нерегулярные перемещения отдельных частей тела плода уступают место комплексной активности, которая является более регулярной и постоянной.

При нарушении развития центральной нервной системы плода нарушается координация и регуляция различных его функций и изменяются реакции на поступающие извне раздражения, что сказывается и на характере его двигательной активности.

Выделяют 4 вида движений плода: вращательные, обусловленные перемещением плода в полости матки; простые, т. е. двигаются только мелкие его части; высокочастотные, или икотоподобные; дыхательные.

Для объективной оценки двигательной активности плода целесообразно регистрировать и изучать следующие виды его движений: 1) изолированные движения туловища плода (в том числе и генерализованные движения — одновременное движение туловища и конечностей); 2) икотоподобные движения плода (высокоамплитудные движения, характеризующиеся резким началом, короткой продолжительностью и сильным вздрагиванием всего тела плода); 3) дыхательные движения плода; 4) сумму всех указанных видов движений плода.

Традиционным является подсчет количества движений. Среднее число ощущаемых женщиной движений плода на 20-й неделе составляет около 200 в сутки, на 32-й оно доходит до 375. В дальнейшем обычно наблюдается постепенное снижение числа движений, продолжающееся вплоть до родов. Снижение числа движений плода с возрастанием срока беременности сопровождается увеличением продолжительности самих движений. Таким образом, объем двигательной активности в III триместре беременности остается на одном уровне вплоть до родов.

На подсчете движений плода основан и метод регистрации движений плода самой беременной. Рекомендуются различные методы проведения субъективной регистрации и оценки двигательной активности плода. Наиболее часто ее проводят в течение 30 мин — 1 ч 3—4 раза в сутки; в течение 12 ч (с 9 ч до 21 ч) или 2 часов в сутки 3 раза в неделю. Нижняя граница нормы частоты движений плода при субъективной регистрации составляет 10 движений за 12 ч. Плод считается малоактивным при наличии 3 и менее движений за 1 ч или до 5 движений за 30 мин в каждом изучаемом 30-минутном периоде. Снижение числа движений до 3 и менее за 1 ч

свидетельствует о выраженном нарушении жизнедеятельности плода.

О нарушении двигательной функции свидетельствуют следующие признаки: 1) полное исчезновение двигательной активности плода; 2) постепенное уменьшение движений плода на 50 % в день. Снижение числа движений на 50 % в течение одного дня и дальнейшая стабилизация их на таком уровне или возвращение к прежнему числу не указывают на нарушения нервно-мышечной системы плода.

Более объективную оценку двигательной активности плода дают инструментальные методы ее регистрации, в частности кардио-токография. При этом датчик, установленный на животе беременной, регистрирует на диаграмме колебания, передаваемые тканям матки и живота беременной в результате движения плода. В этом заключается принцип работы большинства современных кардио-токографов для антенатального наблюдения за плодом. Регистрацию проводят в течение 10—30 мин. При наличии на кардиотокограмме по меньшей мере 5 шевелений плода за 30 мин исследования состояние плода оценивается как удовлетворительное.

Однако регистрация двигательной активности плода с помощью ультразвука более совершенна, так как позволяет определить не только фактическое количество движений плода, но и момент начала и окончания их. Для этих целей предложены ультразвуковые сонографы с простым доплеровским устройством, которое позволяет автоматически регистрировать дыхательные движения плода на диаграммной бумаге. Это позволяет количественно оценить такие показатели дыхательной функции плода, как частота дыхательных движений плода в 1 мин, продолжительность цикла дыхательного движения, фазы вдоха и выдоха, интервала «вдох — выдох», общего времени дыхательных движений плода, амплитуда дыхательных движений плода.

Наиболее информативными показателями двигательной функции плода являются: максимальная продолжительность одного движения, общая продолжительность всех движений, показатель интенсивности движений (произведение общей амплитуды всех движений на общую продолжительность движений).

Изучение внутриутробных дыхательных движений плода начато сравнительно недавно и является одним из новых направлений в перинатальной медицине. Исследования последних лет показали, что дыхательные движения плода являются неотъемлемой частью внутриутробной жизни его, обеспечивающей нормальное развитие легких, дыхательных мышц и всех звеньев системы внешнего дыхания. Полагают, что дыхательные движения обусловлены сокращениями диафрагмы и изменением внутрибрюшного давления и характеризуются ретракцией грудной клетки, увеличением грудного кифоза и выпячиванием брюшной стенки. Обычно амплитуда движений грудной клетки достигает 6—8 мм. Один цикл дыхательного движения включает период непосредственного движения и период покоя до следующего цикла дыхательного движения. Периоды ды-

хательных движений состоят из нескольких циклов, между которыми имеются перерывы продолжительностью от 10 с до нескольких часов. Длительность периодов составляет от 20 с до 20 мин. С увеличением срока беременности периоды дыхательных движений плода увеличиваются, занимая к концу беременности около 90 % времени. В норме частота дыхательных движений плода колеблется от 0,3 до 1,5 Гц (20—90 в 1 мин), длительность дыхательного движения 0,4—0,96 с.

Дыхательные движения плода сопровождаются созданием в межплевральной полости отрицательного давления, что обеспечивает лучший приток крови к сердцу. Двигательные реакции плода также способствуют ускорению кровотока. При этом достигается не только нормальный транспорт кислорода через плаценту, но и увеличивается количество питательных веществ, поступающих от матери к плоду.

Таким образом, исследование двигательной активности плода дает представление о степени зрелости его функциональных систем, характеризует адаптационные резервы плода в обеспечении своего гомеостаза при неблагоприятных условиях.

5.24.

1. *Диагноз:* начавшаяся внутриутробная гипоксия плода и уродство развития (анэнцефалия). Многоводие?

2. Объективным и информативным методом исследования состояния плода является ультразвуковое сканирование, позволяющее визуально наблюдать за развитием эмбриона и плода начиная с 4—5-й недели беременности.

Определение расположения плода по сканограмме, как правило, не вызывает трудностей. Позиция и вид плода определяются по отношению его позвоночного столба к брюшной стенке матери. Например, расположение спины слева указывает на первую позицию, спереди — свидетельствует о переднем виде.

Голова плода на продольных сканограммах выявляется как округлое, а на поперечных — как овальное образование. На поперечных сканограммах часто определяются структуры мозга. Грудная клетка и живот идентифицируются на основании выявления на сканограмме сердца, желудка, почек и пупочной вены плода. Во II триместре беременности на поперечных сканограммах они имеют почти круглую форму, в III триместре — вид овала. Определение тазового конца плода основывается на выявлении на сканограмме ягодиц, бедер и мочевого пузыря.

Пуповина в зависимости от плоскости сечения изображается либо в виде двух параллельно идущих эхо-сигналов, либо одной прерывистой линии. Однако в основном она бывает представлена отдельными разрозненными эхо-сигналами, находящимися в полости амниона.

Измерение отдельных частей тела, в частности бипариетального размера (БПР) головы плода, позволяет получить важную информацию о характере роста и развития плода. Определение БПР головы дает возможность оценить степень зрелости (возрас-

та) плода, установить отставание в его развитии при известном сроке беременности, диагностировать аномалии развития головы плода (микро-, гидро-, анэнцефалию).

Измерение БПР осуществляется при поперечном сканировании после получения четкого изображения овала головы плода и структур мозга, которые должны располагаться на одинаковом расстоянии между двумя теменными костями головы плода. Указанное сечение представляет собой оптимальную плоскость для определения БПР головы плода. Измерение БПР осуществляют от наружной поверхности вышестоящей до внутренней поверхности нижележащей теменной кости.

БПР головы плода постепенно увеличивается от 16 мм с 12-недельной беременности до 93,8 мм при 40-недельной беременности. Прирост БПР до 20-й недели максимален и составляет 4 мм в неделю: в 20—30 недель он равен 2,5 мм, в 31—40 — 1,8 мм в неделю. Между величиной БПР головы плода и сроком беременности существует зависимость, которая позволяет с большой степенью точности установить срок беременности.

Снижение темпа увеличения размера головы, его уменьшение по сравнению с нормой указывают на возможность развития гипотрофии плода. Если при точно установленном сроке беременности БПР головы уменьшен на 2—2,5 недели по сравнению с нормой, это может означать либо умеренную гипотрофию, либо возможность рождения маловесного плода. Уменьшение БПР на 3—4 недели свидетельствует о выраженном отставании в развитии плода. При уменьшении БПР головы более чем на 5—5,5 недели по сравнению с предполагаемой величиной рождение жизнеспособного плода является сомнительным. Прекращение роста БПР в динамике свидетельствует о выраженной гипоксии плода. Умеренное увеличение скорости роста БПР дает основание предположить возможность рождения крупного плода, выраженное увеличение роста БПР — развития гидроцефалии.

Наряду с измерением БПР головы ценная информация может быть получена на основании определения среднего диаметра грудной клетки и головы плода, особенно при динамическом наблюдении. Определение среднего диаметра грудной клетки и живота производят на основании вычисления переднезаднего и поперечного их размеров. Измерение диаметра грудной клетки осуществляют на уровне створчатых клапанов сердца, живота — в месте отхождения пупочной вены или локализации почек плода. Уменьшение скорости роста этих частей тела плода на 40 % при обследовании, произведенном с интервалами в 1,5—2,5 недели, является одним из наиболее ранних признаков, указывающих на нарушение функционального состояния плода. Прекращение роста грудной клетки и живота свидетельствует о значительном ухудшении состояния плода.

Вычисление отношения БПР головы к среднему диаметру грудной клетки (ДГ) и живота (ДЖ) позволяет установить, связано ли уменьшение БПР головы с наличием здорового, но маловесного

плода или с его гипотрофией. При этом имеет значение определение типа гипотрофии (симметричный или асимметричный). Асимметричная гипотрофия является признаком истинной гипотрофии плода. Симметричную гипотрофию многие исследователи связывают с конституциональными особенностями плода. Для выявления асимметричного типа гипотрофии определяют отношение БПР/ДЖ, которое в норме в 28 недель составляет 1,07. В 34—35 недель происходит выравнивание размеров БПР и ДЖ (отношение равно 1). В 38 недель отношение равно 0,95, что указывает на зрелость плода. При гипотрофии плода этот индекс, как правило, превышает 1. В то же время нормальные величины этих параметров, несмотря на уменьшение БПР головы, указывают на наличие маловесного, но здорового плода. Напротив, увеличение БПР головы, сочетающееся с одновременным снижением БПР/ДГ и БПР/ДЖ, свидетельствует о возможности рождения крупного плода.

Значительное несоответствие БПР головы плода (более чем на 4 недели) сроку беременности при нормальных размерах диаметра груди и живота свидетельствует о микроцефалии. Резко выраженное снижение или полное прекращение роста БПР головы при динамическом наблюдении в сочетании с нормальным увеличением размеров туловища плода также свидетельствует о наличии этой патологии.

При анэнцефалии на экране сканографа отсутствует эхографический контур головы плода.

Гидроцефалия характеризуется значительным увеличением размеров головы плода и деформацией контуров структур мозга. Вследствие повышения внутричерепного давления голова плода приобретает шаровидную форму. Отмечается также увеличение скорости роста БПР по сравнению с диаметром грудной клетки и живота при динамическом наблюдении. В тех случаях, когда БПР головы превышает 11 см, наличие гидроцефалии не вызывает сомнения.

На основании биометрии плода при ультразвуковом исследовании можно определить массу плода. Предложено несколько формул для определения массы плода (M , г) по БПР головы (см) и диаметру грудной клетки (ДГ):

- 1) Thompson et al. (1965) — $M = \text{БПР} \times 1060 - 6875$
- 2) Kohora (1967) — $M = \text{БПР} \times 613 - 2599$
- 3) Hellman et al. (1967) — $M = \text{БПР} \times 722,2 - 3973,8$
- 4) Zacutti et Bregnonli (1970) — $M = \text{БПР (мм)} \times 105,6 - 6103$
- 5) Issel et Prenzlau (1974) — $M = (\text{прямой размер грудной клетки} + \text{поперечный размер грудной клетки}) \times 314,4 - 2734$.

Для повседневной практики наиболее приемлема формула Thompson et al., Kohoga, дающая надежность результатов определения БПР и меньшую ошибку.

С помощью ультразвукового сканирования можно определять не только массу, но и длину плода. Предполагаемая длина плода может быть получена умножением величины БПР на 5,5. При этом точность подсчета в 85 % случаев составляет ± 2 см, кроме послед-

них недель беременности. При диаметре головы 96 мм длина тела плода более 51 см.

Отставание развития плода сопутствует всем формам хронической гипоксии. Это является универсальной реакцией плода в ответ на неблагоприятие в системе мать — плод.

Выявление плацентарной недостаточности возможно также в результате ультразвуковой биометрии плаценты. При этом определяются величина поверхности плаценты, ее толщина и структура. Уже в 14 недель беременности толщина плаценты составляет 1,6 см, а к 36 неделям она увеличивается до 4 см. В последний месяц беременности толщина плаценты либо не изменяется, либо несколько уменьшается к моменту родов. Истончение (до 2 см) или утолщение плаценты (более 5 см) свидетельствует о маточно-плацентарной недостаточности и страдании плода.

Важное значение имеет при ультразвуковом сканировании определение локализации плаценты, в частности при ее низком расположении и предлежании.

Сканирование может помочь в диагностике преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. При наличии этой патологии между плацентой, оболочками и стенкой матки обнаруживаются эхонегативные пространства, свидетельствующие о скоплении крови. При обширной отслойке создается впечатление, что матка состоит как бы из двух полостей, разделенных плацентой, по одну сторону которой определяются околоплодные воды и части плода, по другую — скопление крови.

В тех случаях, когда отслаивается небольшой участок плаценты, прогноз беременности и плода благоприятный. При повторном ультразвуковом исследовании обычно не выявляется патологических изменений между плацентой и стенкой матки. Однако если отслойка приводит к образованию сгустка, то в последующем на этом месте может обнаружиться атрофия плацентарной ткани.

В последние недели беременности иногда удается установить кальциноз плаценты. Первоначально он обнаруживается в виде отдельных, хаотически разбросанных небольших включений (повышенной акустической плотности), расположенных в паренхиме плаценты. Затем кальциноз выявляется на наружной поверхности материнской стороны плаценты. В последующем он распространяется на плацентарные перегородки, в связи с чем плацента принимает четко выраженное дольчатое строение. Такой вид плаценты свидетельствует о преждевременном ее созревании и о возможном нарушении ее функции. Следует отметить, что в значительном числе наблюдений кальциноз сочетается с уменьшением объема околоплодных вод, которые нередко оказываются окрашенными меконием.

Существенную помощь оказывает ультрасканография при диагностике и оценке тяжести гемолитической болезни плода, обусловленной резус-сенсibilизацией. Характерные изменения сканограммы возможны при средней тяжести заболевания. При этом отмечается увеличение толщины плаценты и в отдельных наблю-

дениях размеров живота по сравнению с данным сроком беременности. При отеочной форме гемолитической болезни наблюдается значительное увеличение живота по сравнению с грудной полостью и головой плода. Нередко появляется двойной контур головы и живота, обусловленный отеочностью кожи. Характерно появление свободных от эхо-сигналов пространств в брюшной полости плода, свидетельствующих о наличии асцита.

Увеличение размеров плаценты — один из наиболее ранних признаков отеочной формы гемолитической болезни плода. При этом толщина ее нередко возрастает до 6—8 см. Отмечается также увеличение площади плаценты. В конце II и III триместров при нормальном течении беременности плацента занимает примерно $1/3$ поверхности матки, при отеочной форме гемолитической болезни это отношение иногда возрастало до $4/5$. Кроме этого, во всех случаях гемолитической болезни плода наблюдается значительное повышение структурности плаценты, иногда появляется выраженная долбчатость ее.

С помощью ультрасканографии можно определить объем околоплодных вод. При выраженном многоводии в полости матки отмечается увеличение свободных от эхо-сигналов пространств, свидетельствующих о повышенном скоплении жидкости. При этом наблюдаются повышение подвижности плода и резкое истончение плаценты вследствие перерастяжения матки. Многоводие часто обусловлено уродствами плода, в частности аномалиями развития нервной трубки — анэнцефалией, гидроцефалией, спинно-мозговой грыжей.

При маловодии в полости матки отмечается резкое уменьшение свободных от эхо-сигналов пространств. Довольно часто маловодие выявляется при перенашивании беременности, аномалиях развития почек или мочевых путей плода. Выраженное уменьшение объема вод при хронической гипоксии плода может явиться одним из признаков, свидетельствующих об ухудшении состояния плода.

В последние годы появились сообщения об исследовании функционального состояния плода с помощью ультразвукового сканирования внутренних органов: печени, почек, сердца, желудка, мочевого пузыря и т. д.

При ультразвуковом исследовании в реальном масштабе времени практически в 100 % случаев возможно установление внутриутробной гибели плода по отсутствию сердцебиения и проявлений его двигательной активности на сканограмме. При использовании картинного В-метода к характерным признакам внутриутробной гибели плода относятся прекращение роста и уменьшение размеров головы и туловища при динамическом наблюдении. Если исследование производится через небольшой промежуток времени после гибели плода (не более 2 дней), его контур в некоторых случаях становится более четким. Нередко вследствие пропитывания подкожной клетчатки околоплодными водами появляется двойной контур головы плода. На 4—5-й день может отмечаться исчезновение структур мозга. В дальнейшем наблюдается деформация голо-

вы, смещение костей черепа и уменьшение размеров грудной клетки и живота. Туловище и позвоночный столб плода в этих случаях определяются с трудом.

3. При ультразвуковом исследовании у беременной Г. выявлено уродство развития плода — анэнцефалию, многоводие. Плацента располагалась у дна на задней стенке матки. Беременной предложено досрочное родоразрешение путем родовызывания окситоцином после подготовки матки к родам с помощью эстрогено-глюкозо-кальцийвитаминной смеси.

5.25.

1. *Диагноз*: роды срочные, острая гипоксия плода пуповинного генеза (обвитие пуповиной плода).

2. Немедленное родоразрешение путем наложения на голову плода полостных акушерских щипцов.

3. Обвитие пуповины нередко становится причиной нарушения функционального состояния плода и является серьезным осложнением беременности. Частота обвития пуповины составляет 25—33 % общего числа родов. Смертность детей, родившихся с обвитием пуповины, колеблется от 1,6 до 6 %.

Диагностика обвития пуповины и прогноз родов для плода при этой патологии состоит из ультразвукового сканирования, исследования области шеи плода с помощью ультразвука, определения локализации плаценты, оценки состояния плода с проведением функциональных проб.

Ультразвуковое сканирование позволяет установить локализацию пуповины относительно тела плода. Повышенное внимание при этом уделяется области шеи плода, так как обвитие пуповины вокруг шеи плода встречается наиболее часто. В большинстве случаев об обвитии пуповины свидетельствует определение на эхограмме в области шеи плода округлого образования диаметром около 1,5 см. На поперечном срезе пуповины при поперечном сканировании обнаруживаются 2—3 точечных образования, соответствующие ее сосудам. При продольном сканировании пуповина определяется в виде трубки или двух параллельных контуров, пульсирующих в такт сердечным сокращениям плода.

Обнаружение изображения петель пуповины в области шеи не всегда свидетельствует об обвитии ее вокруг шеи. В таких случаях рекомендуют повторить ультразвуковое сканирование при изменении положения тела беременной.

Дополнительным методом диагностики обвития пуповины является доплеровское ультразвуковое исследование, которое можно произвести с помощью доплера «Малыш» или обычного эхокардиографа «Ритм». Об обвитии пуповины свидетельствует обнаружение «дующего» шума пуповины, совпадающего с ритмом сердечных сокращений при эхолокации с различных участков передней брюшной стенки в области проекции шеи плода (1-й способ).

При надавливании пальцами на переднюю брюшную стенку (проба Блоха) в области проекции шеи плода и одновременном вы-

слушивании или регистрации сердцебиений плода с помощью ультразвукового датчика в случае обвития пуповиной шеи часто улавливается урежение частоты его сердечных сокращений (2-й способ).

При надавливании на плод через переднюю брюшную стенку (проба Ноп Е.) вдоль его продольной оси (голова — ягодицы) в случае обвития пуповиной шеи плода нередко отмечается урежение частоты сердечных сокращений в результате сдавления пуповины, определяемое с помощью ультразвука (3-й способ).

Для оценки состояния плода при подозрении на обвитие пуповиной шеи плода во время беременности и в родах необходимо проводить кардиомониторное исследование или ЭКГ и ФКГ плода для определения характера обвития (тугое или нетугое) и своевременной диагностики гипоксии плода.

Сердечная деятельность плода во время беременности, как правило, не нарушается. Однако при тугом обвитии пуповины при антенатальном исследовании на КТГ в большинстве случаев встречаются участки большей или меньшей продолжительности скачкообразного ритма, электронный шум (артефакты) при записи. При обнаружении обвития пуповиной шеи плода или петель пуповины в ее области при ультрасканографии проводят окситоциновую пробу, моделируя родовую деятельность и исследуя реакцию плода на маточные сокращения с помощью кардиотокографии. При положительном окситоциновом тесте в дородовом периоде со значительными изменениями характеристик частоты сердечных сокращений на КТГ (снижение базального уровня ЧСС, снижение вариабельности его, появление поздних и вариабельных деселераций до 1—1,17 Гц — 60—70 в 1 мин) должен ставиться вопрос о родоразрешении путем планового кесарева сечения. При появлении на КТГ ранних и поздних деселераций до 1,5—1,67 Гц (90—100 в 1 мин) рекомендуется вести роды под кардиомониторным наблюдением, при готовности закончить роды оперативным путем в случае ухудшения состояния плода. Такая ситуация может возникнуть при многократном или тугом обвитии пуповины, особенно если схватки достигают большой интенсивности и следуют через короткие отрезки времени. Снижение базального ритма ЧСС плода в родах обычно свидетельствует о значительном ухудшении состояния плода.

При кардиотокографии плода в родах с обвитием пуповиной шеи и снижением базального ритма сердца до 0,8—1 Гц (50—60 в 1 мин) без предшествующего замедления сердечной деятельности во время схваток, необходимо произвести родоразрешение в течение 10—12 мин. При предшествующем большом урежении частоты сердечных сокращений менее 0,3—0,5 Гц (20—30 в 1 мин) родоразрешение следует провести в течение 4—6 мин. Наиболее неблагоприятно для плода протекают роды при сочетании обвития пуповины с тазовым предлежанием и локализацией плаценты у дна матки. Это связано с большим натяжением пуповины и ее сдавливанием в период изгнания плода.

Во всех случаях при подозрении на обвитие пуповиной частей тела плода в родах необходимо проводить медикаментозную про-

филактику и лечение гипоксии плода. Необходимым компонентом лечения должна явиться регуляция чрезмерно выраженной маточной активности.

К ТЕМЕ 6

1. Питание беременных должно отвечать потребностям организма, обеспечивать нормальное развитие плода, быть разнообразным, содержать все необходимые для развития беременности питательные вещества с преобладанием в суточном рационе доли белков. В первой половине беременности питание должно быть четырехразовым: первый завтрак, составляющий около 30 % энергетической ценности суточного рациона, второй завтрак — 20, обед — 40, ужин — 10 %. Во второй половине беременности более целесообразно 5—6-разовое питание с равномерным распределением энергетической ценности на каждый прием.

2. Во второй половине беременности энергетическая ценность суточного рациона беременной должна составлять 11723—12560 кДж (2800—3000 ккал), из них за счет белков — 1811,2, жиров — 3507,3, углеводов — 6280 кДж. При физиологическом течении беременности воду женщина должна пить по потребности, но не более одного литра в сутки.

3. Кальциферолы, содержащиеся в рыбьем жире, печени трески, молоке, сливочном масле, икре, яичном желтке, предупреждают развитие рахита у плода, регулируют кальциевый и фосфорный обмен у беременной. Суточная потребность — 500 МЕ.

Аскорбиновая кислота содержится в черной смородине, шиповнике, зеленом луке, капусте и других овощах, фруктах и ягодах, способствует улучшению обменных процессов в организме. Недостаток витамина приводит к выкидышам. Суточная потребность беременной женщины в аскорбиновой кислоте составляет 150 мг.

4. Половая жизнь при беременности должна быть ограниченной, особенно рекомендуется полное половое воздержание в течение двух первых и двух последних месяцев беременности.

5. Кожа беременная должна содержать в чистоте. Чистая кожа улучшает кожное дыхание, потоотделение, выведение некоторых продуктов обмена веществ и т. д. Поэтому во время беременности рекомендуется ежедневное обтирание или обливание всего тела и молочных желез водой комнатной температуры, а не реже одного раза в неделю необходимо мыться теплой проточной водой (не в ванне!) в бане или под душем со сменой нательного и постельного белья.

6. Одежда беременной должна быть свободной, не стеснять движения, не сдавливать живот. Тугие подвязки и пояса, затрудняющие нормальное кровообращение, должны быть заменены длинными резинками, пристегивающимися к бандажу. Беременной следует носить бандаж и лифчик, не сдавливающий, а поддерживающий молочные железы. Платье должно быть свободным, расстегн-

вающимся на груди, из материалов, безопасных в гигиеническом отношении (шерсти, хлопка).

Обувь беременной должна быть легкой, удобной, на широких каблуках высотой 1,5—3 см.

7. Во второй половине беременности пищевой режим следует приблизить к диетическому. Назначается преимущественно молочно-растительная пища с большим содержанием витаминов: молоко, простокваша, кефир, творог, сметана, свежие фрукты и овощи. Ограничиваются мясные и рыбные блюда. Мясо следует употреблять 2 раза в неделю, рыбу — в отваренном виде. Должна быть ограничена жидкость — до 4—5 стаканов в сутки. Запрещаются соленья и острая пища, а также алкогольные напитки, пиво.

Потребность в минеральных элементах во время беременности значительно возрастает, так как они составляют основу развивающейся костной ткани плода. Поэтому в рацион питания беременной следует вводить минеральные соли — фосфаты, фториды кальция. Они в большом количестве содержатся в рыбе, рыбьем жире.

8. В первой половине беременности энергетическая ценность суточного рациона беременной должна составлять 10048—10894 кДж (2400—2600 ккал), из них за счет белков — 1428, жиров — 3215,5, углеводов — 5495 кДж.

Ретинол, содержащийся в печени рыб, молоке, яйцах, сливочном масле, моркови, шиповнике, шпинате, абрикосах, повышает сопротивляемость организма, предупреждает развитие гемералопии (куриной слепоты). Суточная потребность равна 1500 МЕ (около 1,5 мг), в конце беременности — до 2 мг.

9. Токоферолы содержатся в проросших зернах пшеницы, гречневой и овсяной крупе, салате, печени, почках. Они способствуют сохранению беременности и нормальному развитию эмбриона. Суточная потребность — 15—20 мг.

10. Во время беременности рекомендуется ежедневно обмывать молочные железы водой комнатной температуры с последующим вытиранием их грубым полотенцем. При плоских или втянутых сосках в течение 3—5 мин проводится массаж с вытягиванием соска.

Наружные половые органы следует содержать в чистоте: ежедневно (утром и вечером) подмывать теплой кипяченой водой с мылом. Влагалищные спринцевания и другие манипуляции не рекомендуются.

11. Во время беременности не следует переносить и поднимать тяжести. Запрещается работать в ночное время, на работах, связанных с сотрясением тела. Однако следует помнить, что умеренный труд благотворно влияет на физическое и психическое состояние беременной.

Беременной рекомендуются неустойчивые прогулки на свежем воздухе. Продолжительность сна должна составлять не менее 8—9 ч в сутки. Днем продолжительный сон (более 2 ч) не рекомендуется.

7.1.

1. *Диагноз:* беременность 40 недель, первая, первый период родов.

2. Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у первородящих следующий: сначала раскрывается перешеек матки, затем происходит расширение канала шейки матки, которая при этом укорачивается и постепенно полностью сглаживается, образуя с полостью матки единый родовый канал. После этого происходит растяжение, истончение, а затем и раскрытие отверстия матки. При нормальном течении родов у первородящих за 3—4 ч регулярной родовой деятельности отверстие матки раскрывается на один палец. У этой роженицы темп раскрытия шейки матки правильный, так как за 4 ч шейка сгладилась и отверстие открылось на один палец.

3. Схватки — периодически повторяющиеся произвольные сокращения мышц матки. В начале родов каждая схватка продолжается 5—10 с, чередуется с паузами по 15—20 мин. Затем схватки усиливаются, становятся чаще и продолжительнее, а в конце периода изгнания плода они составляют 50—60 с, паузы — 2—3 мин.

4. Плодный пузырь — часть оболочек плодного яйца, внедряющаяся вместе с околоплодными водами в канал шейки матки. Разрыв плодного пузыря при неполном раскрытии отверстия матки принято называть ранним отхождением околоплодных вод.

5. Продолжительность первого периода родов у этой роженицы должна составлять около 16 ч, так как она первородящая.

6. *Факторы высокого риска плода в родах:* факторы, выявленные в женской консультации и указывающие на высокую степень риска; преэклампсия или эклампсия; многоводие или маловодие; воспаление плодного пузыря (амнионит); преждевременный разрыв плодных оболочек (более чем за 24 ч до родов); разрыв матки; предлежание плаценты; преждевременная отслойка плаценты; окращивание амниотической жидкости меконием; неправильное предлежание плода; многоплодная беременность, масса тела плода менее 2000 г и более 4000 г; брадикардия у плода (дольше 30 мин); тазовое предлежание; выпадение пуповины; ацидоз у плода ($pH = 7,25$ или меньше в первом периоде родов); тахикардия у плода (дольше 30 мин); роды, осложненные вставлением плеча (запущенное поперечное положение плода); предлежащая часть плода, не опустившаяся к моменту родов (второй период родов); утомление матери; измененная реакция матки на окситоцин; снижение уровня эстриола в моче беременной; недостаточная или промежуточная степень зрелости плода, установленная с помощью лецитин/сфингомиелинового индекса или исследования сурфактанта.

Факторы умеренного риска плода в родах: гипертоническая болезнь I стадии во время беременности; преждевременный разрыв плодных оболочек (более чем за 12 ч до родов); первичная слабость

родовой деятельности; вторичная задержка расширения шейки матки; роды, длящиеся более 20 ч; продолжительность второго периода родов более 1 ч; клинически узкий таз; медикаментозное возбуждение родов; стремительные роды (менее 3 ч); возбуждение родов как средство выбора; тетания матки; стимуляция окситоцином; краевая отслойка плаценты; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода; наркоз; нарушение дыхания, пульса и ненормальная температура тела у матери; нарушение сокращения матки (дискоординированные сокращения).

7.2.

1. *Диагноз:* беременность 40 недель, повторная, первый период родов.

2. Механизм сглаживания и раскрытия шейки матки у повторнородящих следующий: канал шейки матки приоткрыт в конце беременности на 2—3 см за счет растяжения в предыдущих родах, во время схваток сглаживание шейки и раскрытие ее на всем протяжении происходит одновременно. В течение 1,5—2 ч регулярной родовой деятельности отверстие матки раскрывается на один палец. У роженицы И. темп раскрытия отверстия матки правильный, так как за 4 ч он открылся на 2 пальца.

3. Первый период родов называется периодом раскрытия шейки матки. Начинается он с момента появления первых регулярных схваток и заканчивается полным раскрытием канала шейки матки. Конец периода раскрытия часто совпадает с моментом отхождения околоплодных вод и появлением потуг.

4. Во время родов голова плода, опускаясь в родовый канал, со всех сторон соприкасается с нижним сегментом матки и прижимает его ко входу в малый таз в виде узкой полосы охвата, которая называется поясом соприкосновения. Этот пояс делит околоплодные воды на передние и задние. Околоплодные воды, находящиеся в плодном пузыре ниже пояса соприкосновения, называются передними водами, а воды, располагающиеся выше пояса соприкосновения,— задними. Отхождение околоплодных вод считают своевременным, если разрыв плодного пузыря произошел при полном или почти полном раскрытии отверстия матки.

5. Продолжительность первого периода родов у этой роженицы должен составлять 6—9 ч, так как она повторнородящая.

6. Кратковременная ранняя брадикардия плода обычно указывает на неугрожающее сдавление головы плода. В таких случаях терапия не показана.

Непостоянная брадикардия, длящаяся от нескольких секунд до 1 мин, может указывать на сдавление пуповины и возможное угнетение жизнедеятельности плода. Опасность этого состояния выражена при тахикардии более 2,67 Гц (160 в 1 мин). В этом случае следует изменить положение тела роженицы. Если улучшения не последует, необходимо лечение такое, как при угнетении жизнедеятельности плода.

Затянувшаяся или ухудшающаяся непостоянная брадикардия плода ниже 1,67 Гц (100 в 1 мин), длящаяся более 1 мин, указыва-

ет на вероятное сдавление пуповины. При этом следует: 1) дать через маску кислород (6—7 л/мин), изменить положение тела беременной или роженицы; 2) начать внутривенное вливание 10 % раствора глюкозы с кордиамином.

Поздняя брадикардия (при наличии или отсутствии тахикардии) обычно свидетельствует о недостаточности маточно-плацентарного кровообращения и гипоксии плода. Состояние плода может быть критическим также при тахикардии. В таких случаях целесообразны следующие мероприятия:

- 1) введение кислорода, как указано выше (избегать положения роженицы лежа на спине, устранять факторы, ведущие к угнетению маточно-плацентарного кровообращения);
- 2) назначение препаратов, тонизирующих сердечно-сосудистую систему (при гипотензии у матери);
- 3) внутривенное введение матери глюкозы с кордиамином;
- 4) изменение положения тела роженицы;
- 5) снижение внутриматочного давления путем разрыва оболочки плодного пузыря;
- 6) подготовка операционной для возможного кесарева сечения;
- 7) прекращение введения окситоцина (при родостимуляции);
- 8) взятие крови из вены головы плода для определения рН.

Если рекомендованная терапия не нормализует частоту сердечных сокращений, указывающую на бесспорное угнетение жизнедеятельности плода, состояние может быть определено как критическое угнетение жизнедеятельности плода. Роды должны быть закончены немедленно (акушерские щипцы или кесарево сечение).

7.3.

1. *Диагноз*: срочные роды, второй период родов.
2. По данным влагалищного исследования определяются затылочное предлежание, первая позиция, передний вид.
3. При влагалищном исследовании обнаружено, что голова плода находится во входе в малый таз окружностью, соответствующей малому косому размеру: крестцовая впадина свободна, к мысу крестца можно подойти только согнутым пальцем, внутренняя поверхность лобкового симфиза доступна исследованию.
4. При переднем виде затылочного предлежания голова плода пройдет через малый косой размер, равный 9,5 см. Окружность головы по этому размеру равна 32 см.
5. Проводной точкой головы плода при переднем виде затылочного предлежания является малый родничок.

7.4.

1. *Диагноз*: срочные роды, второй период родов.
2. По данным влагалищного исследования определяются затылочное предлежание, передний вид.
3. При влагалищном исследовании обнаружено, что голова плода находится на плоскости выхода из малого таза: крестцовая впадина полностью заполнена головой, седалищные ости не определяются, при потугах происходит выпячивание промежности.
4. При переднем виде затылочного предлежания голова плода

пройдет малым косым размером, равным 9,5 см. Окружность головы по этому размеру равна 32 см.

5. Проводной точкой головы плода при переднем виде затылочного предлежания является малый родничок.

7.5.

1. *Диагноз*: срочные роды, второй период родов.

2. По данным влагалищного исследования определяются затылочное предлежание, задний вид, первая позиция.

3. При влагалищном исследовании обнаружено, что голова плода определяется в широкой части полости малого таза: верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности лобкового симфиза заняты головой, свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

4. При заднем виде затылочного предлежания голова плода пройдет через средний косой размер, равный 10 см. Окружность головы по этому размеру равна 33 см.

5. Проводной точкой головы плода при заднем виде затылочного предлежания является вначале малый родничок, а в конце ротации — середина между большим и малым родничком.

7.6.

1. *Диагноз*: срочные роды, второй период родов.

2. По данным влагалищного исследования определяются затылочное предлежание, вторая позиция, передний вид.

3. При влагалищном исследовании обнаружено, что голова плода находится в широкой части полости малого таза: верхняя половина крестцовой впадины и две трети внутренней поверхности лобкового симфиза заняты головой, свободно прощупываются IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости.

4. При переднем виде затылочного предлежания голова плода пройдет малым косым размером, равным 9,5 см. Окружность головы по этому размеру равна 32 см.

5. Проводной точкой головы плода при переднем виде затылочного предлежания является малый родничок.

7.7.

1. *Диагноз*: срочные роды, второй период родов.

2. По данным влагалищного исследования определяются затылочное предлежание, вторая позиция, задний вид.

3. При влагалищном исследовании обнаружено, что голова плода находится в узкой части полости малого таза: вся крестцовая впадина и внутренняя поверхность лобкового симфиза заняты предлежащей головой, легко достигаются только нижний край симфиза, внутренняя поверхность седалищных бугров и верхушка копчика.

4. При заднем виде затылочного предлежания голова плода проходит средним косым размером, равным 10 см. Окружность головы по этому размеру равна 33 см.

5. Проводной точкой при заднем виде затылочного предлежания является вначале малый родничок, а в конце ротации — середина между большим и малым родничками.

7.8.

1. Описанные роды произошли при переднем виде затылочного предлежания головы плода.

2. Проводной точкой головы был малый родничок.

3. При описанных родах голова плода прошла малым косым размером.

4. Малый косой размер измеряется от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка. Величина его равна 9,5 см; окружность головы плода, соответствующая этому размеру, равна 32 см.

7.9.

1. Описанные роды произошли при заднем виде затылочного предлежания головы плода.

2. Проводной точкой головы плода была середина между большим и малым родничками.

3. При описанных родах голова плода прошла средним косым размером, который измеряется между подзатылочной ямкой и передней границей роста волос. Величина его составляет 10 см. Окружность головы, соответствующая этому размеру, равна 33 см.

7.10.

Наличие родовых схваток определяют пальпаторно: ладонью руки, наложенной на живот роженицы, ощущается, как из расслабленной, мягкой матки под пальцами становится твердой, плотной. Продолжительность схваток определяют с помощью секундомера. Для этого устанавливают время от начала до конца сокращения матки.

Для определения частоты схваток сосчитывают количество прошедших схваток за 15—20 мин. Затем время делят на число схваток (следует наблюдать не менее 3 схваток подряд). Продолжительность, частоту и интенсивность схваток определяют регулярно: в начале первого периода — через каждые 1,5—2 ч, к концу первого периода — через каждые 30—60 мин. Изучение сократительной способности матки можно проводить с помощью гистерографии и кардиотокографии.

7.11.

Влагалищное исследование производится в обязательном порядке при поступлении роженицы в родильный дом и сразу же после отхождения околоплодных вод. В последующих периодах родов влагалищное исследование производится только по показаниям: неясное положение плода, кровотечение из родовых путей, гипоксия плода, затяжные роды, перед акушерскими операциями и т. д.

7.12.

Опорожнять мочевой пузырь роженица должна самостоятельно через каждые 2—3 ч родов. Переполнение мочевого пузыря препятствует нормальному течению родов. Если роженица не может самостоятельно опорожнить мочевой пузырь, применяют катетеризацию.

7.13.

Наружные половые органы роженицы в период раскрытия шейки матки необходимо обмывать слабым дезинфицирующим раствором (перманганата калия 1 : 6000 или фурацилина 1 : 5000) не реже 1 раза в течение 5—6 ч, а также после каждого акта дефекации.

7.14.

Защита промежности начинается с началом прорезывания головы плода.

I момент — воспрепятствование преждевременному разгибанию головы плода. Для этого оказывающий пособие становится с правой стороны от роженицы, кисть левой руки располагает на лобке, а мякотью дистальных фаланг пальцев во время потуги осторожно надавливает на голову плода, сдерживая быстрое ее продвижение и предупреждая преждевременное разгибание.

II момент. Одновременно ладонью правой руки с широко отведенным первым пальцем оказывающий пособие обхватывает промежность, покрытую стерильной салфеткой, и при потуге тоже старается сдерживать преждевременное разгибание головы, а между потугами уменьшает напряжение тканей промежности, т. е. боковые, менее растянутые ткани сводит по возможности кзади, в сторону промежности.

III момент — выведение головы плода из половой щели. Как только родится затылочная часть головы и область подзатылочной ямки упрется в нижний край лобкового симфиза, роженице запрещается тужиться (руки перевести на грудь, дышать ртом). Вне потуги освобождаются теменные бугры — с них пальцами осторожно снимают края вульварного кольца. Затем родившуюся голову захватывают левой рукой и медленно разгибают, а правой осторожно сводят с головы ткани промежности. При постепенном разгибании головы над промежностью сначала показывается лоб, потом лицо и подбородок.

7.15.

При госпитализации беременной в родильное отделение перед началом родов следует проверить степень риска, угрожающего здоровью матери и плода.

1. Проверить анамнез, данные физического обследования, лабораторные данные, сведения о течении беременности.

2. Определить время начала родов; наличие или отсутствие кровянистых выделений; состояние оболочек плодного пузыря; температуру тела, пульс и артериальное давление; время последнего приема пищи или жидкости; отношение к каким-либо лекарственным средствам; эмоциональное состояние матери.

3. Выполнить: общее физическое исследование (инструментальные методы); пальпацию матки по Леопольду для определения положения плода, предлежащей части и ее вставления; определение размеров плода; влагалитическое исследование (если нет противопоказаний из-за какой-либо патологии, установленной при выполнении указанных выше исследований) для установления степени раскры-

тия шейки матки, плотности и положения ее, подлежащей части плода (включая степень ее вставления) и позиции его; определение частоты сокращений сердца плода и выявление точки лучшего выслушивания тонов сердца плода для контроля с помощью монитора; определение степени загрязненности околоплодной жидкости меконием; измерение размеров таза.

Клиническое определение размеров таза дает заведомо неточные результаты, но оно полезно как метод первичного отбора рожениц, которым впоследствии размеры таза необходимо измерить более точно. Определение размеров таза радиографическим или рентгенологическим методом необходимо проводить в следующих случаях: при диспропорции между размерами плода и таза, установленной во время предыдущей беременности; при уменьшенных размерах таза (диагональная конъюгата равна 11,5 см и менее, таз узкий, воронкообразный, расстояние между седалищными буграми менее 9 см или сумма расстояния между седалищными буграми и заднесагиттальным размером таза менее 15 см); при недостаточном вставлении головы плода к моменту начала родов при раскрытии шейки матки до 5 см (при опорожненных кишках и мочевом пузыре); при тазовом предлежании плода или невставлении головы плода у первородящей к началу родовой деятельности.

4. Провести: анализ собранной катетером мочи на содержание белка и глюкозы; периодический подсчет пульса, измерение артериального давления и температуры тела матери (не реже одного раза в час, частота исследований должна зависеть от состояния роженицы); определение количества введенной и выделенной жидкости; внутривенное введение жидкости через иглу большого диаметра; определение изменений частоты сокращения сердца плода и матки с помощью кардиоотографа; другие исследования (анализ крови, взятой из вены головы плода, ультразвуковое исследование, измерение размеров таза рентгенологическим методом); обработку наружных половых органов; очистительную клизму (не обязательно); контроль за приемом пищи и жидкости через рот (время опорожнения желудка в период беременности удлиняется, что увеличивает опасность аспирации рвотных масс при наркозе); контроль за соблюдением постельного режима роженицы (лежать на боку, так как сдавление маткой нижней полой вены в положении лежа на спине заметно влияет на величину минутного объема крови; крайним выражением такого влияния является развитие синдрома нижней полой вены, приводящий, как правило, к развитию сосудистого коллапса у беременной, который может стать причиной смерти).

В первом периоде родов важное значение имеет исследование околоплодной жидкости. Окрашивание околоплодной жидкости меконием в поздние сроки беременности может служить ранним признаком каких-либо нарушений жизнедеятельности плода. Гибель плода до начала родов чаще всего сопровождается выделением мекония.

В тех случаях, когда околоплодная жидкость прозрачна в мо-

мент начала родов, перинатальная смертность низка (менее 1 %), если околоплодная жидкость окрашена меконием, перинатальная смертность возрастает до 6 %.

Окрашивание околоплодной жидкости меконием в последние 3 месяца беременности является тревожным симптомом, поэтому необходимо постоянное наблюдение за течением беременности (контроль частоты сокращений сердца с помощью электронного монитора, определение уровня эстриола и плацентарного лактогена в крови, оценка возраста плода и его размеров и др.), чтобы более точно определить способ ведения родов и их начало. Выделение мекония до и даже во время родов, особенно при затянувшихся родах, является сигналом тревоги, так как это свидетельствует о возможности непредвиденных осложнений и необходимости пересмотра тактики ведения родов.

Показания для исследования околоплодной жидкости на наличие мекония следующие: заболевание матери — токсикоз беременности, сахарный диабет, гипертоническая болезнь (исследование проводится обычно при сроке беременности 36—37 недель); затянувшаяся беременность (42 недели и более); замедление роста плода или уменьшение его активности; поздно возникшее или длительное замедление частоты сердечных сокращений плода.

Усиленные движения плода являются бесспорным признаком негазового (метаболического) ацидоза и угнетения его жизнедеятельности. Повышение концентрации углекислоты в крови плода при его гипоксии стимулирует дыхательный центр и усиление рефлекторной деятельности. Кратковременное повышение активности плода отмечено при сдавлении пуповины и преждевременной отслойке плаценты. Однако при прогрессирующей гипоксии быстро наступает депрессия плода. Следовательно, ценность этого в значительной мере субъективного признака угнетения жизнедеятельности плода минимальна.

Угнетение жизнедеятельности плода проявляется комплексом симптомов, т. е. критической реакцией плода на стрессовое состояние. Угнетение жизнедеятельности плода включает в себя нарушение обмена веществ (гипоксия, ацидоз), влияющее на важные функции организма с возможной гибелью плода. Угнетение жизнедеятельности плода может быть острым, хроническим или «прибавочным» (например, наркоз плюс асфиксия). Незрелый или подверженный риску плод имеет более низкие компенсаторные резервы. Следовательно, в таких случаях более вероятно угнетение жизнедеятельности плода с его последствиями. Контроль за функцией сердца плода облегчает диагностирование угнетения жизнедеятельности плода — риска в перинатальном периоде.

Влияние родов на состояние плода, находящегося в состоянии повышенного риска, увеличивает вероятность асфиксического инсульта, особенно у недоношенных детей.

7.16.

Продвижение подлежащей головы плода определяется 3-м и 4-м приемами наружного акушерского исследования (приемами

Леопольда): а) голова плода над входом в малый таз — пальпируется подвижная баллотирующая голова; б) голова плода во входе в малый таз малым сегментом — прощупывается неподвижная голова, большая ее часть находится над входом в малый таз; в) голова плода во входе в малый таз большим сегментом — над входом в малый таз прощупывается только половина головы, вторая ее половина опустилась в полость малого таза; г) голова плода в широкой части полости малого таза — над входом в малый таз прощупывается незначительная часть головы; д) голова плода в узкой части и в выходе из малого таза — при наружном исследовании голова не прощупывается совсем.

7.17.

Выслушивание сердцебиения плода во время родов должно проводиться в обязательном порядке. В период раскрытия шейки матки при ненарушенном плодном пузыре сердцебиение выслушивается каждые 20—30 мин, а после отхождения околоплодных вод и во втором периоде родов — через каждые 5—10 мин.

7.18.

Переполнение прямой кишки препятствует нормальному течению родов. По этой причине во время раскрытия шейки матки для опорожнения кишок проводят очистительную клизму. Эту манипуляцию в первый раз делают при поступлении роженицы в родильный дом, а затем, если период раскрытия затягивается, ее повторяют через 10—12 ч.

7.19.

Задержка мочеиспускания у роженицы может возникнуть в связи с атонией мочевого пузыря (психическая неустойчивость, страх перед родами) или в результате длительного сдавления мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, прижатия к лобковому симфизу при узком тазе, неправильном вставлении головы плода, поперечном положении плода и т. д.

7.20.

Защита промежности при освобождении плеч плода состоит из следующих моментов.

I момент — уменьшение напряжения тканей промежности при освобождении плеч, внутренний поворот плеч и установление их в прямом размере выхода из малого таза (или наружный поворот головы). Если наружный поворот головы задерживается, следует предложить роженице потужиться.

II момент — освобождение плеч плода. Для этого голову захватывают двумя руками с боков, через уши и осторожно оттягивают книзу до тех пор, пока переднее плечо не подойдет под лобковую дугу примерно на одну треть. Заднее плечо освобождают, захватив голову ладонью левой руки и приподнимая ее резко вверх, к лобку, правой рукой при этом осторожно снимают ткань промежности с заднего плеча плода.

7.21.

1. Постоянный контроль частоты сердечных сокращений плода с целью обнаружения признаков угнетения жизнедеятельности.

2. Частое измерение пульса и артериального давления у матери.

3. Профилактика развития синдрома нижней полой вены у матери:

а) внутривенное введение большого количества жидкости (по показаниям — переливание крови);

б) изменение положения тела роженицы в постели для освобождения нижней полой вены от сдавления маткой, сохранение наиболее благоприятного бокового положения тела до момента рождения ребенка;

в) отталкивание матки от нижней полой вены;

г) поднятие (положение Тренделенбурга) или сгибание ног с помощью эластичных держателей;

д) рассмотрение вариантов альтернативных положений тела беременной во время родов при тяжелом гипотензивном синдроме (например, синдроме Симса).

4. Введение матери кислорода при малейших признаках угнетения жизнедеятельности плода.

5. Наличие под рукой готового к использованию внутривенного катетера (№ 18 или большего калибра). Рассмотрение вопроса о необходимости применения монитора для контроля за давлением спинно-мозговой жидкости при наличии вероятности кровотечения.

6. Наличие донорской крови соответствующей группы и фибриногена для переливания их матери.

7. Наличие бригады специалистов для ведения родов, состоящей из акушера, ассистента акушера, операционной сестры, медицинской сестры, следящей за системой переливания крови, анестезиолога, специалиста по лечению новорожденных или педиатра, имеющего опыт работы с новорожденными, ассистента — специалиста по лечению новорожденных.

8. Выполнение следующих манипуляций во время родов: брижка живота и обработка его спиртовым раствором йода (подготовка к возможному кесареву сечению); надевание эластичного (противоэмболического) поддерживающего чулка.

9. Подготовка к немедленному использованию внутривенного катетера и системы переливания крови при кесаревом сечении.

10. Обеспечение наиболее атравматичного ведения родов.

7.22.

1. *Диагноз:* срочные роды, третий период родов.

2. Плацента отделилась от стенок матки.

3. Обозначение цифрами признаков отделения плаценты, описанных в условии задачи: 2—1—4—5—3—6.

4. Чтобы выделить из полости матки отделившийся послед, следует предложить роженице потужиться, если эффект отсутствует, применить способы выделения последа в такой последовательности: Абуладзе, Креде — Лазаревича, Гентера, ручное отделение.

5. Методика выделения последа по способу Абуладзе: опорожнить мочевой пузырь, придать матке центральное положение, произвести легкое поглаживание — массаж матки для ее сокращения.

После этого обеими руками захватить переднюю брюшную стенку в большую продольную складку и предложить женщине потужиться.

7.23.

1. *Диагноз*: срочные роды, третий период родов.
2. Плацента отделилась от стенок матки.
3. Обозначение цифрами признаков отделения последа, описанных в условии задачи: 1—2—5—4—6—3.
4. Правила ведения третьего периода родов: опорожнить мочевой пузырь катетером, поставить под таз роженицы лоток для измерения кровопотери, следить за АД, пульсом, общим состоянием, признаками отделения плаценты, при появлении которых тотчас выделить послед из матки.

5. Методика выделения последа по способу Креде — Лазаревича: опорожнить мочевой пузырь, придать матке центральное положение, произвести легкий массаж матки для ее сокращения. Оказывающий пособие становится слева от роженицы лицом к ее ногам, дно матки обхватывает правой рукой так, чтобы ладонная поверхность первых четырех пальцев располагалась на задней стенке матки, а большого пальца — на передней, и производит выжимание последа. Матку следует сжимать в переднезаднем направлении, одновременно надавливая на ее дно по направлению к крестцу.

7.24.

1. *Диагноз*: срочные роды, третий период родов.
2. Плацента отделилась от стенок матки.
3. Обозначение цифрами признаков отделения плаценты, описанных в условии задачи: 1—2—5—4—6—3.
4. Методика выделения последа по способу Гентера: опорожнить мочевой пузырь, придать матке центральное положение, произвести легкий массаж матки. Врач становится сбоку от роженицы лицом к ее ногам, сжимает кисти обеих рук в кулаки и их тыльными поверхностями, положенными на дно матки в области трубных углов, производит давление на дно матки кнутри и книзу, к крестцу.

К ТЕМЕ 8

1. В середине прошлого века (1847 г.) венский акушер И. Ф. Земмельвейс предложил обрабатывать руки врачей и акушеров, ведущих роды, раствором хлорной воды.

2. Входными воротами для послеродовой инфекции являются: внутренняя поверхность матки, разрывы, трещины и ссадины в области шейки матки, влагалища и промежности, образующиеся при рождении ребенка.

3. При беременности проводятся следующие меры профилактики септических послеродовых заболеваний: а) выполнение беременной правил личной гигиены (содержание тела в чистоте, рациональное питание, запрещение половой жизни в последние два месяца

беременности); б) устранение очагов инфекции, находящихся в организме беременной (санация полости рта, лечение ангины и т. д.); в) ограждение беременной от общения с инфицированными больными; г) профилактика стафилококковой инфекции с помощью прививок стафилококковым анатоксином.

4. Санитарные требования, предъявляемые к помещениям родильного дома: все помещения роддома должны содержаться в чистоте, не реже 1 раза в год необходимо проводить ремонт, а 2 раза в год — побелку помещений, через каждые 7—10 дней во всех помещениях роддома (палатах, родильном зале, операционной, столовой, детских палатах и других помещениях) должны делать генеральную санитарную уборку. Для этого послеродовые и детские палаты, заполняющиеся циклически (родившими в один день родильницами и новорожденными), после выписки родильниц с детьми полностью освобождают, матрацы, одеяла, подушки выносят на проветривание в течение 12—24 ч или обрабатывают в дезинфекционных камерах. В палатах на 30—60 мин распыляют дезинфицирующий раствор, затем палаты в течение 10—12 ч проветривают, окна, стены, мебель и полы моют с мылом или стиральным порошком и протирают 0,5—1 % раствором хлорамина. После этого кровати заправляют чистыми матрацами и бельем, палату облучают ртутно-кварцевой лампой в течение 1—2 ч, проветривают и только затем переводят сюда родильниц из родзала, родивших в одно время, а в детские палаты — новорожденных. Повседневная влажная уборка и проветривание палат должны проводиться 2 раза в день, а детских палат — 6—7 раз с последующим облучением ртутно-кварцевой лампой 1—2 раза в день.

5. Руки необходимо дезинфицировать в обязательном порядке перед проведением влажного исследования рожениц, при подготовке к ведению родов, акушерских операций, перед проведением туалета новорожденных.

6. Каждая роженица, поступающая в родильный дом, внимательно осматривается и обследуется в приемной комнате-фильтре, где выясняются показания к изоляции (повышенная температура тела, ангина, грипп, гнойничковые поражения кожи и др.). Все женщины с признаками инфекции при поступлении изолируются от здоровых и помещаются во второе (обсервационное) акушерское отделение. Принятая в родильный дом роженица проходит тщательную санитарную обработку, после чего надевает чистое белье и направляется в предродовую палату. Здесь во время первого периода родов через каждые 4—6 ч роженицам проводят туалет наружных половых органов.

В начале периода изгнания плода роженицу переводят в родовой блок, содержащийся в такой же чистоте, как операционная в хирургическом отделении. Роженице меняют рубашку, надевая стерильные матерчатые чулки, на рахмановский стол подстилают стерильную простынь. Производится туалет наружных половых органов, а затем наружные половые органы и соседние области смазывают в указанном порядке сначала 70 % спиртом, затем 5 %

спиртовым раствором йода. Для оказания акушерского пособия при рождении ребенка (защита промежности, первый туалет новорожденного) акушерка и врач дезинфицируют руки.

Приведение рук врача (и акушерки) в асептическое состояние представляет большие трудности, потому что на коже содержится очень много микробов, находящихся не только на ее поверхности, но и в порах, складках, волосяных мешочках, потовых и слюнных железах, под ногтями. Однако при правильной обработке руки практически являются стерильными.

Существует большое количество способов обработки рук, но наиболее распространенным в акушерстве является комбинация способов Спасокукотского — Кочергина и Фюрбрингера.

Коротко обрезают ногти. Руки до локтевого сгиба моют в течение 10 мин с мылом щетками (2 щетки) под струей проточной воды. В эмалированном тазу, предварительно обработанном спиртом и обожженным, руки моют стерильной салфеткой в 0,5 % растворе аммиака или в растворе муравьиного спирта в течение 3 мин, насухо вытирают стерильной марлевой салфеткой. В течение 3—5 мин руки протирают стерильной марлевой салфеткой, пропитанной спиртом. Дистальные фаланги пальцев смазывают 2 % спиртовым раствором йода.

В настоящее время для мытья рук широко применяется диоксид. Раствор диоксида 1 : 5000 наливается в эмалированный таз. Обработка рук производится с помощью стерильной марлевой салфетки в течение 3—5 мин. Затем руки высушиваются салфеткой и обрабатываются 96 % спиртом в течение 1—2 мин. Спиртовым раствором йода для смазывания кистей и пальцев пользоваться не следует. В последнее время применяется ультразвуковая стерилизация рук. После дезинфекции рук рекомендуется надевать стерильные резиновые перчатки.

В родовом блоке необходимо чрезвычайно строго следить за соблюдением стерильности предметов обработки новорожденного, белья, всего, с чем соприкасается новорожденный, особенно рук врача, акушерки, медицинской сестры.

Для каждого новорожденного необходим стерильный комплект белья. Пеленальный стол, весы, ростомер, ванночка и прочие предметы следует дезинфицировать после каждого ребенка. Очень важно, чтобы акушерка непосредственно перед обработкой остатка пуповины (второй момент обработки пуповины) мыла руки щеткой с мылом и обрабатывала их спиртом и спиртовым раствором йода, надевала стерильный халат (или стерильный передник) и пользовалась индивидуальным пакетом со стерильными инструментами (ножницы, зажимы) и перевязочным материалом. Обработку пуповины лучше производить по методу Роговина.

Палаты родильниц должны содержаться в тщательной чистоте и заполняться родильницами при строгом соблюдении цикличности заполнения. Койки обеззараживаются чистым постельным бельем, обеззараженными клеенками и суднами.

Необходимо требовать соблюдения родильницей правил личной

гигиены, а также тщательного мытья рук с мылом и обработки сосков молочных желез перед каждым кормлением новорожденного. Кормящая мать во время кормления обязана надевать маску и менять ее перед каждым кормлением.

В случае заболевания родильницы или при повышении температуры тела больная родильница должна быть переведена в наблюдательное отделение. При этом новорожденный ребенок заболевшей матери, даже если он совершенно здоров, тоже изолируется от других новорожденных.

7. В России асептику и антисептику в акушерскую практику впервые ввел ученик знаменитого хирурга Н. И. Пирогова акушер-гинеколог А. Я. Красовский в 1872 г.

8. Источники послеродовой инфекции могут быть экзогенные и эндогенные. Экзогенные источники инфекции — это возбудители, попадающие в организм женщины из окружающей среды — из воздуха (воздушная инфекция); при кашле, чиханьи, разговоре — из верхних дыхательных путей от больных лиц или бациллоносителей (капельная инфекция); из предметов, соприкасающихся с раневой поверхностью (контактная инфекция). Эндогенными источниками инфекции являются микроорганизмы, существующие в организме самой женщины: гнойничковые заболевания кожи, кариозные зубы, ангина, воспалительные заболевания мочеполовых органов и т. д. Дремлющая инфекция, приобретая патогенные свойства, проникает в родовые пути по кровеносным и лимфатическим сосудам (гематогенный и лимфогенный пути), а также распространяясь по поверхности (каналикулярный путь).

9. Обработка рук по способу Фюрбрингера. С рук снимают кольца и часы, коротко обрезают ногти. Руки до локтевого сгиба моют в течение 10 мин двумя стерильными щетками с мылом под струей проточной воды, после чего высушивают стерильной салфеткой и протирают спиртом в течение 3—5 мин. Дистальные фаланги пальцев и складки кожи кистей смазывают 5 % спиртовым раствором йода.

10. Туалет наружных половых органов производится в следующей последовательности: сначала обмывают с помощью стерильной ваты, захваченной корнцангом, слабым дезинфицирующим раствором лобок, большие половые губы, внутренние поверхности бедер, затем ягодицы и в последнюю очередь — промежность и задний проход. В таком же порядке производится высушивание наружных половых органов стерильным тампоном и смазывание спиртом и спиртовым раствором йода. Обработка наружных половых органов производится в роддоме перед влагалищным исследованием, приемом родов, акушерскими операциями, снятием швов с промежности, при вечернем и утреннем туалете наружных половых органов в послеродовых палатах.

11. Чрезвычайно важным профилактическим мероприятием является гигиенически правильная организация обслуживания новорожденных: строгое соблюдение стерильности белья и всех предметов ухода за новорожденными, а также рук медицинского пер-

сонала. В отделении новорожденных необходимо стремиться к максимальному разобщению и рассредоточению детей для уменьшения контактов. В крупных родильных домах должно быть несколько разобщенных детских отделений, чтобы не сосредоточивать большого количества детей в одном месте.

В каждой детской палате желательно размещать не более 10—15 новорожденных, детские кровати ставить на расстоянии одна от другой, чтобы уменьшить возможность контакта заболевших, но еще не изолированных детей со здоровыми.

Во время ухода за новорожденными весь персонал обязан работать в масках-повязках, хорошо прикрывающих рот и нос. Маски должны меняться через каждые 3 ч.

Перед пеленанием новорожденных медицинская сестра должна вымыть руки, как перед операцией. После пеленания каждого ребенка надо вытирать руки дезинфицирующим раствором, а после пеленания 2—3 детей мыть руки с мылом.

При уходе за больными детьми перед началом каждого пеленания и после него сестра должна мыть руки с мылом прокипяченными щетками.

Грязные пеленки при пеленании новорожденных складываются в баки с вставленными в них чистыми клеенчатыми мешками, которые нужно выносить после каждого пеленания (6—7 раз в сутки); баки дезинфицируются не менее 2—3 раз в сутки.

Детское белье (пеленки, распашонки и т. п.) должно быть чистым и простерилизованным. Все предметы ухода (бутылочки, стаканы, ложки, соски, шпатели, пипетки и т. п.) после каждого применения следует чисто вымыть и прокипятить. Все растворы (глюкоза и т. п.) должны быть свежеприготовленными, датированными и герметически закупоренными во избежание их загрязнения и инфицирования.

Женское молоко, предназначенное для кормления, может служить источником инфицирования новорожденных. Поэтому оно должно быть расфасованным, стерилизованным и храниться надлежащим образом. Молокоотсосы, чашки, стаканы, бутылочки и прочие приспособления для сбора молока должны стерилизоваться.

К ТЕМЕ 9

1. Основоположниками психопрофилактического метода обезболивания родов являются психоневрологи К. И. Платонов и И. В. Вельвовский. Впервые обезболивание родов с помощью психопрофилактического метода подготовки беременных предложил в 1935 г. акушер-гинеколог А. Ю. Лурье.

2. Групповые занятия по психопрофилактической подготовке к родам необходимо проводить в последние 6—8 недель до родов, т. е. с 32—34-й недели беременности.

3. На пятом занятии психопрофилактической подготовки беременных знакомят с физиологией второго и третьего периодов родов, обучают использованию рациональной позы и развитию максимального физического усилия при правильном выполнении потужного напряжения, учат задерживать дыхание в течение 15—20 с, смыкать голосовую щель при развитии потуги, расслаблять мускулатуру в момент рождения головы плода.

4. Второй прием психопрофилактического обезболивания — легкое поглаживание нижней половины живота в сочетании с вдохом и выдохом. Дистальные фаланги пальцев обеих рук располагают в подчревьe у средней линии, затем делают расходящиеся движения кнаружи (вдох) и по боковым поверхностям живота кверху (выдох). Прием применяется в первом периоде родов.

5. Обезболивание родов с помощью лекарственных средств (промедола, дроперидола, ГАМК, баралгина, анальгина, спазмоликов, нейролептиков и т. д.) применяется у рожениц с повышенной возбудимостью нервной системы, при отсутствии эффекта от психопрофилактической подготовки или у неподготовленных женщин с правильным течением родового акта, при наличии у них сильных схваток, при раскрытии отверстия матки не менее 4—6 см (на 2—3 пальца). Лекарственные обезболивающие средства должны хорошо снимать боль, быть безвредными для роженицы и плода и не ослаблять родовую деятельность.

6. Психопрофилактический метод обезболивания родов разработан на основе учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности. Сущность метода — устранить страх и отрицательные эмоции перед родами, возникающие во время беременности, выработать и закрепить представление о родовом акте как о физиологическом и малобользненном процессе.

7. В женской консультации выделяется кабинет для психопрофилактической подготовки женщин к родам — светлый, уютный, хорошо оснащенный. В нем должны стоять рабочий стол врача, несколько кушеток, мягкие кресла, стулья, детская кроватка с куклой и одеждой для новорожденного, акушерский фантом с куклой, макет женского таза, комплект наглядных пособий для занятий с беременными (альбомы, таблицы, рисунки и пр.).

8. На третьем занятии психопрофилактической подготовки беременных в доступной форме знакомят со строением и функциями внутренних половых органов, развитием беременности и изменениями в организме женщины в связи с беременностью. Рассказывают о развитии плода, функциях матки и плаценты, убедительно объясняют, что анатомическое строение женских половых органов и изменения при беременности и в родах обеспечивают нормальное малобользненное течение родов.

9. Первый прием психопрофилактического обезболивания — глубокое, спокойное дыхание во время схваток. Рекомендуются для успокоения роженицы, чтобы упорядочить работу матки, сделать безболезненными схватки. Вдохи и вы-

дохи должны быть глубокими и ритмичными, до 30 дыханий в 1 мин. Прием применяется в первом периоде родов.

10. Лекарственные средства, применяющиеся для обезболивания родов, должны эффективно снимать боль, быть безвредными для роженицы и плода, не должны ослаблять родовую деятельность. Болеутоляющие микроклизмы применяются в качестве дополнительных средств обезболивания в первом периоде родов. Примерный состав болеутоляющей микроклизмы: промедол — 0,01 г, натрия бромид — 2 г, новокаин — 0,1 г, прозерин — 0,003 г, вода — 45 мл. Повторное введение микроклизмы не рекомендуется.

11. Метод психопрофилактической подготовки к родам противопоказаний не имеет. Групповые занятия проводятся со здоровыми женщинами, у которых беременность протекает нормально. С беременными, у которых наблюдаются отклонения от нормального течения беременности (тазовое предлежание, токсикоз беременности, отягощенный акушерский анамнез и т. п.), и со страдающими экстрагенитальной патологией (сердечно-сосудистые заболевания, истерия и т. д.), следует проводить индивидуальную психопрофилактическую подготовку.

12. Психопрофилактическая подготовка женщины к родам предусматривает 6 занятий, однако при необходимости подготовка может быть сокращена до 3—4 занятий.

13. Шестое, заключительное, занятие психопрофилактической подготовки посвящается теме «Радость материнства». Материнство освещается как высокий и почетный общественный долг женщины, поощряемый Советским государством. На этом занятии дается положительная установка на родильный дом с изложением порядка приема, предстоящих манипуляций. Рассказывают о течении послеродового периода, подготовке молочных желез, о том, что после выписки из стационара за родильницей и ребенком осуществляется постоянное наблюдение.

14. Третий прием психопрофилактического обезболивания — поглаживание болевых зон, прижатие точек обезболивания: спереди в области передневерхних остей подвздошных костей, сзади у наружных углов поясничного ромба. При придавливании точек у передневерхних остей ладони рук располагают вдоль бедер, отставленными большими пальцами прижимают кожу к остям с легкой вибрацией. Придавливание точек у наружных углов поясничного ромба производят, подкладывая под поясницу кулаки либо валик. Прием применяют в первом периоде родов.

15. Обезболивающие свечи применяются как дополнительные средства обезболивания в первом периоде родов. Примерный состав свечи, г: экстракт белладонны — 0,02, папаверина гидрохлорид — 0,02, омнопон — 0,02, антипирин — 0,5, атропина сульфат — 0,003. Повторное введение этих свечей не рекомендуется.

16. Применение обезболивания и наркоза эфиром у рожениц с факторами риска плода, особенно при преждевременных родах, должно быть очень осторожным. Неудачно выбранные или введен-

ные в слишком больших дозах лекарственные вещества могут вызвать угнетение жизнедеятельности плода, особенно в случае его незрелости или повышенного риска.

Способы обезболивания, предпочтительные при наличии риска плода при преждевременных родах.

1. Физио-, психопрофилактическая подготовка беременных к родам.

2. Местное обезбоживание (проводниковая анальгезия и анестезия) обычно более желательно, чем ингаляционный или парентеральный наркоз. Самым безопасным, простым и дающим наиболее удовлетворительные результаты способом местного обезбоживания является парацервикальная анестезия в сочетании с пудендальной блокадой новокаином.

Парацервикальная анестезия противопоказана при аритмии у плода или после отхождения мекония при головном предлежании его.

3. Пудендальная анестезия — новокаиновая блокада нервов, иннервирующих родовый канал. Осуществляется путем блокады полового нерва в области седалищных бугров.

Производить инъекцию предпочтительнее через влагалище с помощью иглы, применяемой для спинно-мозговой пункции:

а) прощупать седалищные бугры путем пальцевого исследования через эластичную стенку влагалища. Отметить крестцово-остистую связку, проходящую выше и позади седалищного бугра через крестцово-остистую выемку. Половой нерв расположен непосредственно под связкой, приблизительно на 1,5 см медиальнее седалищного бугра;

б) обработать раствором антисептика слизистую оболочку боковой стенки влагалища на расстоянии 2 см от входа в него и ввести большое количество 1 % раствора новокаина. Продвинуть иглу до крестцово-остистой связки, немного медиальнее седалищных бугров;

в) произвести отсасывание и при отсутствии крови в шприце медленно ввести в ткани, окружающие каждый половой нерв, 20 мл раствора анестетика.

Удачно выполненная блокада обычно анестезирует влагалище, расслабляет мускулатуру входа в него, длится около 45 мин. Через 5 мин после блокады вход во влагалище должен зиять, а задний проход быть расслабленным.

4. Непрерывная спинно-мозговая эпидуральная (перидуральная) анестезия (блокада), должным образом выполняемая в медицинских учреждениях хорошо подготовленным персоналом, является вполне безопасным методом анестезии при рождении плода, подверженного риску. Этому методу можно отдать предпочтение при наличии осложнений у матери (пороки сердца, болезни легких, сахарный диабет, токсикоз беременных, гипертоническая болезнь, болезни почек и печени). Он наиболее целесообразен при преждевременных родах, перенесенной беременности, затянувшихся родах, дистонии шейки матки в родах. Спинно-мозговой эпидуральной анестезией низкими дозами анестетиков (лидокаина, триме-

каина) при необходимости можно дополнить обезболивание при кесаревом сечении.

5. Эпидуральное введение раствора анестетика (лидокаина, три-мекаина) в каудальный канал (каудальная блокада) связано с меньшим риском, чем пункция твердой мозговой оболочки. Однако при этом требуется большое количество анестетика, а также блокируется большее количество нервных волокон, что связано с риском развития гипотонии матки. Анестетик также может быть причиной спонтанного внутреннего поворота плода. Тем не менее, при достаточном опыте этот способ может оказаться полезным.

6. В случае применения субарахноидальной (спинно-мозговой) анестезии самой большой опасностью для плода является развитие у матери артериальной гипотензии, обуславливающее снижение притока крови к матке и гипоксию плода. Спинно-мозговая анестезия показана только для облегчения боли у матери и только в момент рождения ребенка, поскольку при ее проведении возможно прекращение родовой деятельности.

7. Анестетики общего действия могут быть полезным дополнением в некоторых случаях повышенного риска. Однако все они проникают через плаценту и могут вызвать угнетение жизнедеятельности плода. Они применяются в случаях, когда противопоказано применение местно-анестезирующих средств, если необходима глубокая релаксация матки, для снятия спазма миометрия, ослабления тетанических сокращений матки или при необходимости быстрого глубокого наркоза.

К ТЕМЕ 10

10.1.

1. *Диагноз:* нормальный послеродовой период, вторые сутки.

2. Изменения массы матки в послеродовом периоде: сразу после родов масса матки равна 1000 г, к концу I недели — 500, II недели — 350, III недели — 200, к концу послеродового периода (на 6—8-й неделе) — 50—70 г.

3. В первые сутки после родов у роженицы выделяется молоко — густая, желтоватая, щелочной реакции жидкость с высоким содержанием белков (2,25 %), молочных шариков (жировые капельки), молочивных телец (лейкоциты в стадии жирового перерождения).

4. В послеродовом периоде у роженицы наблюдается задержка стула, вызванная атонией кишок, которая возникает в результате расслабления мышц передней стенки живота, постельного режима и ограничения движений. Восстанавливается функция кишок на 3-й день после родов. У роженицы А. отсутствие стула на 2-е сутки после родов соответствует норме.

5. Сразу после родов дно матки стоит на 1—2 пальца ниже пупка. Через 10—12 ч дно матки устанавливается на уровень пупка и в течение каждого следующего дня опускается на 2 см. Уровень дна

матки у роженицы А. соответствует второму дню послеродового периода.

10.2.

1. *Диагноз*: 5-е сутки послеродового периода, течение — нормальное.

2. В первые 3 дня лохии представляют собой раневую секрет, состоящий практически из чистой крови, имеют кровянистый характер (красные лохии); на 4—6-й день они становятся кровянисто-серозными (желтовато-розовые лохии), на 7—9-й день — серозными (желтые лохии), с 10—12-го дня — серозно-слизистыми (белые лохии). К концу 3-й недели лохии прекращаются.

3. Молоко — непрозрачная белая эмульсия, содержащая в 1 мм³ около 5 млн. молочных жировых шариков. Состав молока, %: вода — 88, молочный сахар — 7, жир — 3,3, белки — 1,5, соли и прочие вещества — 0,2, относительная плотность — 1026—1036. На 5-е сутки молочные железы выделяют «переходное» молоко.

4. После родов у рожениц нередко возникают нарушения мочеиспускания (задержка, затрудненное), обычно связанные с особенностями течения родов. Причины: а) длительное сдавление мочевого пузыря головкой плода, вызывающее расстройство кровообращения (отек) и иннервации (парез) мочевого пузыря; б) трещины и ссадины родового канала роженицы, дающие рези и сильную боль при попадании в них мочи; в) неумение мочиться лежа.

5. Состав лохий и высота стояния дна матки у роженицы С. соответствуют 5-м суткам послеродового периода.

10.3.

1. *Диагноз*: 7-е сутки послеродового периода, течение нормальное.

2. Шейка матки сразу после рождения последа имеет вид дряблого тонкостенного мешка, канал шейки матки свободно пропускает кисть. В дальнейшем шейка формируется изнутри кнаружи: сначала закрывается перешеек, затем — отверстие матки. Перешеек на 3-й день проходим для одного пальца, к 7—10-му дню он закрывается. Отверстие матки закрывается к концу 3-й недели послеродового периода.

3. В первые три дня после родов железистым эпителием молочных желез вырабатывается молозиво. С 4—5-го до 15—18-го дня после родов молочные железы выделяют «переходное» молоко и лишь после 15—18-го дня образуется истинное молоко со стабильным составом.

4. Сразу после рождения последа у женщины снижается масса тела за счет элементов плодного яйца (примерно), г: 3000 — масса плода, 500 — масса последа, 500 — масса околоплодных вод, 300 — кровопотеря. Таким образом, после родов потеря массы тела составляет 4300—4500 г. В течение первых трех недель уменьшается масса матки — с 1000 до 50 г. В дальнейшем масса тела женщины становится стабильной.

5. Состав лохий и высота стояния дна матки у роженицы И. соответствуют 7-м суткам послеродового периода.

10.4.

1. *Диагноз*: 10-е сутки послеродового периода, течение нормальное.

2. Дно матки сразу же после родов находится на 1—2 пальца ниже пупка, через 10—12 ч из-за сокращения мышц тазового дна и влагалища матка поднимается кверху, дно ее достигает уровня пупка и остается на этом уровне 1—2 дня после родов. В течение каждого следующего дня дно матки опускается примерно на 2 см (один поперечный палец), к концу 2-го дня дно матки находится на один палец ниже пупка, 3-го — на 2 пальца, 4-го — на 3 пальца ниже пупка, 5-го — посредине расстояния между пупком и лобком, 6-го — на 4 пальца выше лобка, 7-го — на 3 пальца, 8-го — на 2 пальца, 9-го — на один палец выше лобка, к концу 10—12-го дня — дно матки исчезает за лобком.

3. Молочная железа обладает инкреторной функцией, выделяя гормон маммин, который стимулирует сократительную функцию матки, что способствует физиологической инволюции последней.

4. После родов прекращается плацентарный круг кровообращения, значительно уменьшаются сосудистая сеть матки (за счет сокращения стенки и инволюции матки), объем циркулирующей крови (кровопотеря в 3-м периоде родов). При этом значительно уменьшается нагрузка на сердце. Артериальное давление устанавливается на нормальных величинах, пульс в послеродовом периоде ритмичный, хорошего наполнения, частота — 1,17—1,25 Гц (70—75 в 1 мин).

5. Высота стояния дна матки и состав лохий у роженицы Н. соответствуют 10-му дню послеродового периода.

К ТЕМЕ 11

11.1.

1. Состояние новорожденной по шкале Апгар: $2+2+2+1+2=9$ баллов.

2. Совершенно здоровые новорожденные оцениваются по шкале Апгар суммой баллов, составляющей 10—9—8; ребенок, родившийся в удовлетворительном состоянии, оценивается суммой в 6—7 баллов.

3. Первое кормление доношенных новорожденных производится через 16—4—2 ч после рождения в зависимости от их состояния и режима кормления в данном роддоме.

4. При 7-разовом режиме кормления детей кормят через 3 ч: 6 ч—9 ч—12 ч—15 ч—18 ч—21 ч—24 ч с обязательным 6-часовым ночным перерывом.

5. Формула ориентировочного определения суточного количества молока, необходимого ребенку первой недели жизни:

$$X = 10 \times 7n,$$

где X — нужное количество молока в сутки, мл; n — день жизни

ребенка; 7 — число кормлений в сутки; 10 — постоянный индекс. Для ребенка на 4-й день жизни необходимо в сутки: $10 \times 7 \times 4 = 280$ мл молока.

6. Родильницы после рождения последа находятся под наблюдением в родильном зале еще в течение 2 ч. Здесь у них определяют показатели дыхания, пульса, измеряют температуру тела и следят за послеродовыми кровянистыми выделениями из матки.

Специфическими факторами риска для матери в этот период могут быть: кровотечение, инфекция, нарушения дыхания и пульса, изменение температуры тела, травматические роды.

Новорожденный также некоторое время наблюдается в родильном зале. Здесь завершается первичное обследование его физического состояния. Из родильного зала его переводят в промежуточную детскую палату, где все новорожденные находятся в кувезах под источником лучистого тепла. Приблизительно 5 % детей рождаются со степенью риска, достаточной для их помещения в отделение интенсивной терапии новорожденных. Новорожденным *со средней степенью риска* должна проводиться специальная терапия. В их число входят новорожденные с недостаточной массой тела, уменьшенным ростом, а также новорожденные, у матерей которых отмечалось патологическое течение беременности.

К новорожденным с *повышенной степенью риска* (нуждающимся в интенсивной терапии) относятся дети, у которых установлены следующие критерии оценки их состояния: недоношенность (масса тела меньше 2000 г); количество баллов по шкале Апгар менее 6 через 5 мин после рождения; реанимация при рождении; аномалии развития плода; нарушение дыхания; незрелый плод; окрашивание околоплодных вод меконием; врожденная пневмония; аномалии развития дыхательной системы; остановка дыхания у новорожденного; гипогликемия; гипокальциемия; врожденные пороки развития, не требующие немедленного вмешательства; застойные явления, вызванные заболеванием сердца; гипербилирубинемия; легкая степень геморрагического диатеза; хромосомные болезни; сепсис; угнетение центральной нервной системы, длящееся более 24 ч; кровоизлияние в мозг; стойкий цианоз кожи, особенно лица; метаболический шок новорожденного.

Критерии оценки состояния новорожденных с *умеренной степенью риска*: недостаточная зрелость плода; недоношенность (масса тела 2000—2500 г); количество баллов по шкале Апгар от 4 до 6 через 1 мин после рождения; затруднения при кормлении; рождение нескольких младенцев; преходящее учащение дыхания; гипо- или гипермагниемия; гипопаратиреозидизм; отсутствие прибавки массы тела; заторможенное состояние или гиперактивность вследствие специфических причин; аномалии развития сердца, не требующие немедленной катетеризации; сердечные шумы; анемия; угнетение центральной нервной системы, длящееся менее 24 ч.

11.2.

1. Состояние новорожденного, оцененное по шкале Апгар: $2+1+1+2+2=8$ баллов.

2. Родившиеся в асфиксии дети оцениваются по шкале Апгар суммой 5, 4, 3, 2, 1 балл. Общая оценка 0 баллов означает клиническую смерть.

3. Первое прикладывание здоровых доношенных новорожденных к груди матери для кормления производится сразу после рождения в зависимости от их состояния и режима кормления в данном роддоме.

4. При 6-разовом приеме пищи детей кормят через 3,5 ч: 6 ч — 9 ч 30 мин—13 ч—16 ч 30 мин—20 ч— 23 ч 30 мин с обязательным ночным перерывом.

5. Используя формулу ориентировочного определения количества молока, необходимого ребенку на сутки ($X=10 \times 7n$), можно рассчитать его для ребенка 3-го дня жизни: $10 \times 7 \times 3 = 210$ мл молока.

11.3.

1. Первый этап первичной обработки пуповины, производимой еще на родовом столе, заключается в том, что после прекращения пульсации сосудов пуповину протирают стерильным ватным шариком, пропитанным 95 % спиртом, и захватывают двумя зажимами Кохера (один — на расстоянии 8—10 см от пупочного кольца, другой — на 2—3 см выше). Между зажимами пуповину смазывают 5 % спиртовым раствором йода и разрезают стерильными ножницами. Отделенного от матери ребенка переносят на согретый пеленальный столик.

2. На браслетке новорожденного следует записывать: фамилию, имя и отчество матери, номер истории родов, пол ребенка, его массу, рост, дату и час рождения:

*Петрова И. К., № 1062, мальчик, 3200,
51 см, 08.02. ... г., 59 ч 11 мин*

3. После отпадения пуповины проводится ежедневный уход за пупочной ранкой: прижигают 2 % спиртовым раствором борной кислоты, а затем 5 % раствором калия перманганата.

4. Лечение новорожденных с молочницей следующее: ребенка изолируют, слизистую оболочку полости рта обрабатывают 1 % раствором метиленового синего или 20 % раствором бората натрия в глицерине.

5. При появлении покраснения (легкой опрелости) в области кожных складок рекомендуется частое пеленание с обмыванием опрелости и смазывания кожных складок стерильным растительным жиром или 1 % таниновой мазью.

11.4.

1. Для профилактики офтальмобленнореи у новорожденного немедленно после рождения производят обработку глаз: наружную поверхность век протирают кусочками сухой стерильной ваты (для каждого глаза отдельный кусочек) движением от наружного угла глаза к внутреннему, затем двумя пальцами левой руки слегка оттягивают нижнее веко книзу, а правой рукой из стерильной пипетки капают в конъюнктивальный мешок по 1—2 капли 2 % рас-

твора нитрита серебра или 30 % раствора сульфацил-натрия. Новорожденным девочкам для профилактики гонорейного вульвовагинита необходимо 1—2 капли того же раствора закапать в половую щель, раздвинув для этого большие половые губы.

2. Запись, сделанная на браслетке новорожденного, родившегося у повторнородящей П.:

*Пономаренко В. Н., № 1128, мальчик,
3300, 51 см, 26.03. ... г., 8 ч 30 мин*

3. В последние годы широко применяется вторичная лигатура на пуповинный остаток: через 6—12 ч после родов рядом с первичной лигатурой медиальнее накладывается дополнительная шелковая стерильная лигатура (вторичная лигатура). При этом отмечается более быстрая мумификация пуповинного остатка.

4. Лицо, ушные раковины, глаза новорожденного 2 раза в сутки (утром и вечером) промывают ватными тампонами, смоченными в теплом 2 % спиртовом растворе борной кислоты или в 0,02 % растворе фурацилина.

5. Появившийся на коже новорожденного гнойничок необходимо снять стерильным тампоном, смоченным в 95 % спирте, а затем прижечь 5 % раствором калия перманганата.

11.5.

1. Второй этап первичной обработки пуповины новорожденного, производимой на пеленальном столике в родзале, заключается в следующем. Тотчас после окончания родов акушерка снова моет и дезинфицирует руки, надевает стерильный халат и приступает к обработке культи пуповины, пережатой зажимом Кохера. Между зажимом и пупочным кольцом протирает пуповинный остаток стерильным шариком, смоченным 95 % спиртом и на расстоянии 1—2 см от пупочного кольца накладывает стерильную тесемку, или шелковую толстую нитку (лигатуру), или скобку Роговина. Концы лигатуры завязывают петлей, которую при надобности можно распустить, чтобы перевязать ту же. После этого периферический конец пуповинного остатка отсекают на 1—1,5 см выше места перевязки, поверхность среза смазывают 10 % спиртовым раствором йода. На культю пуповины накладывают стерильную сухую марлевую повязку (грушевидную).

2. На медальоне новорожденного записываются те же сведения, что и на браслетке: фамилия, имя и отчество матери, номер истории родов, пол ребенка, его масса и рост, дата и час рождения:

*Павлова И. А., № 1691, мальчик,
3150 г, 52 см, 16.04. ... г., 12 ч 10 мин*

3. Ежедневный уход за пуповинным остатком осуществляет врач: после дезинфекции рук культю обрабатывают 70 % спиртом и смазывают 5 % раствором калия перманганата.

4. Профилактика туберкулеза у новорожденных состоит в следующем: на 5—7-е сутки жизни внутривенно, в верхнюю часть левого плеча, вводят 0,1 мл противотуберкулезной вакцины БЦЖ.

5. При появлении значительной опрелости на ягодицах рекомендуются: частое пеленание и обмывание ягодиц, смазывание стерильным растительным маслом или 1 % таниновой мазью, облучение ультрафиолетовыми лучами (1 мин на расстоянии 90 см), лечебные ванны из кипяченой воды с насыщенным раствором калия перманганата. Лечение вести открытым способом.

11.6.

1. Коэффициент перинатальной смертности (X , ‰) высчитывается по следующей формуле:

$$X = \frac{\text{число мертворожденных} + \text{число умерших в первую неделю жизни}}{\text{число родившихся детей за год}} \times 1000.$$

В родильном отделении перинатальная смертность составляет:

$$\frac{20 + 30 = 50 \times 1000}{3000} = \frac{50\,000}{3000} = 16,6 \text{ ‰}.$$

2. Коэффициент мертворождаемости (X , ‰) высчитывается по формуле:

$$X = \frac{\text{число мертворожденных детей}}{\text{число детей, родившихся живыми за год}} \times 1000.$$

В родильном отделении мертворождаемость составляет:

$$\frac{20 \times 1000}{2970} = 6,5 \text{ ‰}.$$

3. Коэффициент ранней неонатальной смертности (X , ‰) высчитывается по формуле:

$$X = \frac{\text{число детей, умерших в первую неделю жизни (0—6 сут)}}{\text{число детей, родившихся живыми за год}} \times 1000.$$

В родильном отделении ранняя неонатальная смертность составляет:

$$\frac{30 \times 1000}{2950} = \frac{30000}{2950} = 10,1 \text{ ‰}.$$

К ТЕМЕ 12

12.1.

1. *Диагноз*: срочные вторые роды, начало второго периода, чистое ягодичное предлежание, вторая позиция, задний вид.

2. Данные влагалищного исследования, подтверждающие диагноз: воды интенсивно окрашены меконием, предлежащая часть объемистая, мягковатая, на ней нет швов и родничков, а определяются седалищные бугры, крестец, копчик, паховый сгиб. Мелкие части плода (ножки) не прощупываются. Для заднего вида второй позиции характерно обращение крестца кзади и вправо.

3. Роды следует вести консервативно: 1) выслушивать и сосчитывать сердцебиение плода после каждой потуги; 2) провести профилактику внутриутробной гипоксии плода: с помощью ингаляции кислорода (или гипербарической оксигенации), введения средств, нормализующих маточно- и фетоплацентарное кровообращение (эуфиллин, реополиглюкин, трентал, курантил, интеркордин, фенотерол (партусистен), орципренолина сульфат (алупент), сигетин, регулирующих метаболические процессы у матери и плода (глюкоза, аскорбиновая и глутаминовая кислоты, кокарбоксилаза, аденозинтрифосфорная кислота (АТФ), нормализующих кислотно-основное состояние (натрия гидрокарбонат, трисамин, кальция хлорид или глюконат), действующих на центральные механизмы регуляции функций мозга плода (этимизол, натрия оксибутират, атропина сульфат) и т. д.; 3) провести профилактику спазма шейки матки (внутримышечно или подкожно ввести 1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата или 2 мл но-шпы); 4) при намечающейся слабости родовых сил своевременно назначить средства, усиливающие сократительную деятельность матки; 5) с момента врезывания ягодич роженицу уложить на поперечную кровать и подготовиться к оказанию ручного пособия по методу Цовьянова. При этом необходимо следить, чтобы задний вид непременно перешел в передний (спинкой и затылком кпереди).

4. Метод Н. А. Цовьянова при чистом ягодичном предлежании основан на сохранении нормального членорасположения плода при прохождении его по родовому каналу. Такое членорасположение поддерживается тем, что ноги прижимают к туловищу и не дают им преждевременно родиться. При нормальном членорасположении ноги, вытянутые по длине туловища, прижимают скрещенные руки к грудной клетке (препятствуют запрокидыванию рук), стопы вытянутых ног достигают уровня лица и поддерживают сгибание подбородка по направлению к грудной клетке (предупреждают разгибание головы). При таком членорасположении происходит достаточное расширение родовых путей для последующего рождения головы плода: объем груди вместе со скрещенными руками и вытянутыми вдоль туловища ногами значительно больше (в среднем 42 см) объема головы (32—34 см). Поэтому голова рождается без препятствий.

5. В тех случаях, когда при тазовом предлежании рождение головы задерживается, ее освобождают классическим приемом Морисо — Левре: родившееся туловище младенца акушер «сажает верхом» на предплечье своей руки соответственно позиции (при первой позиции — на левое, при второй — на правое), указательный и средний пальцы этой руки вводит в рот плода и осторожно прижимает подбородок к груди. Вилообразно согнутые указательный и средний пальцы другой руки кладет сверху на плечи плода по обе стороны шеи и делает тракцию — сначала слегка горизонтально до того момента, когда подзатылочная ямка подойдет под лобковую дугу, затем вверх вертикально пока над промежностью из половой щели прорежется подбородок, лицо, лоб и, наконец, темя.

12.2.

1. *Диагноз*: срочные вторые роды, первый период, полное ножное предлежание, преждевременное отхождение околоплодных вод.

2. Данные акушерского исследования, подтверждающие ножное предлежание: высокое стояние дна матки (36 см), продольное положение плода, пальпирующаяся в области дна матки голова плода (крупная, плотная, округлая, баллотирующая часть плода), над входом в малый таз — крупная, мягковатая, неправильной формы часть плода (тазовое предлежание), наиболее отчетливое прослушивание сердцебиения плода выше пупка. При внутреннем исследовании во влагалище определяются обе ноги плода — полное ножное предлежание.

3. На данном этапе ведение родов консервативное:

а) внимательно наблюдать за состоянием плода;

б) провести профилактику внутриутробной гипоксии плода;

в) провести профилактику спазма шейки матки (ввести внутримышечно или подкожно 1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата или 2 мл но-шпы);

г) роженицу положить на поперечную кровать и оказать ручное пособие по Цовьянову при ножном предлежании.

4. Метод ручного пособия по Цовьянову при ножном предлежании основан на искусственном создании препятствия для рождения (выпадения) ног плода, так как они не способны расширить родовые пути настолько, чтобы по ним беспрепятственно могли пройти плечи и голова. Поэтому ноги плода задерживаются во влагалище прикрытой стерильной пеленкой ладонью руки, приложенной к наружным половым органам. При этом плод как бы садится на корточки (образуется смешанное ягодичное предлежание) и оказывает сильное давление на нервы крестцового сплетения, а это, в свою очередь, усиливает схватки и потуги и способствует раскрытию отверстия матки. На полное раскрытие отверстия будет указывать сильное выпячивание промежности напорающими ягодичами, зияние заднего прохода, высокое стояние контракционного кольца (на 4—5 см выше симфиза) и частые сильные потуги. Это значит, что противодействие продвижению ног плода надо прекращать и вести роды по правилам, принятым при тазовых предлежаниях.

5. Нога плода имеет пяточную кость, пальцы на ноге короткие, ровные (на руке они длинные), большой палец прилегает к остальным и малоподвижен (на руке большой палец легко отводится в сторону и прижимается к ладони). Колено от локтя отличается округлой подвижной надколенной чашечкой. Стопа с голенью соединяется под прямым углом, а кисть с предплечьем образует прямое соединение.

12.3.

1. *Диагноз*: беременность сроком 36—37 недель, преждевременные роды, первый период родов. Многоплодие. Головное предлежание первого плода.

2. Данные наружного исследования, подтверждающие много-

плодие: при беременности сроком 36—37 недель большая окружность живота — 107 см, высота стояния дна матки — 41 см. Отчетливо определяются две плотные, шаровидные, баллотирующие части плода — две головы; много мелких подвижных частей плода. Кроме того, определяются два фокуса выслушивания сердцебиений плода справа ниже пупка и слева на уровне пупка, причем частота сердечных сокращений различная — 2,17 и 2,43 Гц (130 и 146 в 1 мин).

3. При многоплодной беременности могут быть следующие осложнения в родах: в первом периоде — слабость родовых сил, несвоевременный (ранний или преждевременный) разрыв плодного пузыря, выпадение пуповины или мелких частей плода; во втором периоде — слабость потуг, внутриутробная гипоксия первого или второго плода, запоздалый разрыв плодного пузыря второго плода, затянувшийся период изгнания второго плода, преждевременная отслойка плаценты до рождения второго плода, сцепление близнецов головами; в третьем периоде — кровотечение из-за недостаточной сократительной способности матки и перерастяжения ее стенки.

4. Для уточнения диагноза многоплодия дополнительными диагностическими исследованиями являются рентгенография и ультразвуковая эхотомография.

5. План ведения родов:

до рождения первого плода роды вести выжидательно, внимательно наблюдать за состоянием роженицы, сердцебиением плодов и характером родовой деятельности. При намечающейся слабости родовых сил вовремя назначить стимулирующую терапию;

сразу же после рождения первого плода необходимо уточнить членорасположение и сердцебиение второго плода, уточнить предлежащую часть. Если определяются продольное положение, ягодичное предлежание плода, ясное, ритмичное сердцебиение, отсутствуют кровянистые выделения из половых органов, а также при удовлетворительном состоянии роженицы продолжать выжидательное ведение родов, но не более 40—60 мин. При развившейся родовой деятельности роды принять по методу Цовьянова;

если по прошествии 1 ч родовая деятельность не развивается, произвести искусственное вскрытие плодного пузыря и по показаниям (внутриутробная гипоксия плода) произвести экстракцию второго плода за ногу;

третий период родов проводить с тщательной профилактикой возможного кровотечения.

12.4.

1. *Диагноз:* беременность третья сроком 38—39 недель, многоплодие, поперечное положение обоих плодов, водянка беременности.

2. Многоплодная беременность протекает тяжелее одноплодной; в первой половине отмечалась тошнота, рвота до 2—3 раз в сутки, в течение последнего месяца беспокоила общая тяжесть, быстрая утомляемость, одышка, затрудненное дыхание, а в последние 2—3 дня — небольшая пастозность в области голеней.

3. Сердцебиение отчетливо выслушивается справа выше и слева ниже пупка. В этих пунктах сердцебиение имеет неодинаковую частоту — 2,1 Гц и 2,3 Гц (126 и 138 уд./мин), между этими пунктами имеется зона, где сердечные тоны не прослушиваются.

4. Многоплодную беременность следует дифференцировать с многоводием и наличием крупного или гигантского плода. Общим для всех осложнений является большой объем матки. При многоводии матка тоже большая, но чрезмерно напряжена, части плода прощупываются с трудом, сердечные тоны кажутся глухими или не выслушиваются, плодный пузырь напряжен не только во время схваток, а и в паузах между ними. При наличии крупного плода чаще бывает переносимая беременность, голова плода крупная, плотная, на голове определяются массивные кости черепа, узкие швы и роднички.

5. План ведения родов:

в первом периоде роды вести выжидательно, проводить профилактику слабости родовых сил, раннего или преждевременного отхождения вод и выпадения пуповины и мелких частей плода (постельный режим или кольпеприз);

в начале второго периода родов применить классический поворот плода на ножку;

после рождения первого плода уточнить членорасположение и выслушать сердцебиение второго плода, уточнить подлежащую часть;

если определяются продольное положение и ясное ритмичное сердцебиение второго плода, выждать 40—60 мин, при поперечном положении второго плода через 15—20 мин произвести вскрытие плодного пузыря и сделать классический внутренний поворот плода на ножку с последующей экстракцией;

третий период родов проводить с учетом профилактики возможного кровотечения.

К ТЕМЕ 13

13.1.

1. *Диагноз:* беременность сроком 6—7 недель, ранний токсикоз беременных — рвота средней тяжести, слюнотечение.

2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз: тошнота и рвота сначала только по утрам, изредка слюнотечение, затем рвота участилась до 8—10 раз в сутки, появилась слабость, головокружение, исчез аппетит, нарушился сон, понизилась работоспособность, усилилось слюноотделение — до 150—200 мл в сутки, уменьшилась на 3 кг масса тела. Кожа сухая, слизистая оболочка бледная, температура тела 37,2 °С.

3. Из анамнеза и данных объективного исследования трудно выявить причину развития токсикоза, однако нельзя не обратить внимания на то, что женщина в течение 6 месяцев живет с мужем, не зарегистрировав брак. Переживания, связанные с этим, вызы-

вают отрицательные эмоции, которые вместе с перенесенными заболеваниями могли явиться причиной развития раннего токсикоза.

4. Женщин с рвотой, особенно в сочетании со слюнотечением, нельзя лечить в амбулаторных условиях, так как для того чтобы рвота не перешла в более тяжелую форму — неукротимую рвоту и во избежание других осложнений, необходимо ежедневно и тщательно следить за состоянием ее здоровья и за эффективностью проводимого лечения. Это возможно только в условиях стационара.

5. Рекомендуются лечение в отделении патологии беременности с обеспечением лечебно-охранительного режима. При этом не следует помещать в одну палату двух больных с рвотой. Лекарственные средства только в легких случаях рвоты можно давать per os. Лучше применять их в виде клизм, инъекций или внутривенных вливаний.

Лечение токсикоза должно быть комплексным.

Для борьбы с обезвоживанием, обезсоливанием и гиповитаминозами внутривенно капельно вводятся реополиглюкин, полиглюкин, плазма, аминокислоты, антигистаминные препараты, большие количества жидкости (2—3 л) в виде изотонического раствора натрия хлорида, 5 % раствора глюкозы, 100 мг никотиновой кислоты, 100 мг тиамина, 50 мг рибофлавина, 50 мг пиридоксина, 300 мг аскорбиновой кислоты; назначают седативные средства.

Для регуляции нарушений взаимосвязи между корой большого мозга и подкорковыми структурами рекомендуется бромкофеиновая терапия по Кобозевой, аминазин, новокаин. Из гормональных препаратов применяются прогестерон, дезоксикортикостерона ацетат (ДОКСА), кортизона ацетат, преднизолон.

Для лечения слюнотечения 2 раза в день вводят 1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата, применяют настои ромашки или шалфея для полоскания полости рта.

В тяжелых случаях рекомендуется дробное переливание крови, сывороточный альбумин, плазма и ее заменители. При отсутствии лечебного эффекта показано прерывание беременности.

13.2.

1. *Диагноз:* беременность сроком 8 недель, ранний токсикоз беременных — чрезмерная или неукротимая рвота.

2. Рвота может быть сопутствующим симптомом при заболеваниях пищевого канала, головного мозга, а также при пищевой интоксикации. Из анамнеза выяснено, что больная Б. ничем не болела. Пищевое отравление также исключается, так как в течение последних 2 суток никакую пищу больная не принимала.

3. Рвота до 16—20 раз в сутки независимо от приема пищи и даже от одной мысли о пище. Больная апатичная, вялая, температура тела — 37,4 °С, пульс учащен до 1,67 Гц (100 в 1 мин), АД снижено до 13,99/9,1—13,3/9,1 кПа (105/70—100/70 мм рт. ст.). Кожа сухая, дряблая, слабо выражены жировые отложения. Язык и губы сухие, запах ацетона изо рта. В крови обнаружено повышенное содержание билирубина и остаточного азота, в моче — ацетон и следы белка.

4. Беременную Б. следует немедленно госпитализировать. Лечение должно быть комплексным, с обеспечением лечебно-охранительного режима, диета — индивидуальная, с применением питательных клизм. Для борьбы с обезвоживанием вводят 5 % раствор глюкозы, изотонический раствор натрия хлорида, витамины, переливание плазмы, крови, для улучшения микроциркуляции — реополиглюкин, полиглюкин, седативные препараты. Для воздействия на центральную нервную систему применяются метод Н. В. Кобозевой (введение брома и кофеина), лечение аминазином, дроперидолом, транквилизаторы (мепротан или триоксазин), гормоны коркового вещества надпочечников (дезоксикортикостерона ацетат или кортикотропин). Рекомендуется также введение щелочных растворов (натрия гидрокарбонат). Для профилактики гипоксии плода используется сигетин, гипопроteinемии — внутривенное вливание плазмы, альбумина и дробное переливание крови. Положительное действие оказывают психотерапия, лечение сном, физиотерапевтическими методами (диатермия чревного сплетения) и другие средства. При отсутствии лечебного эффекта рекомендуется прерывание беременности.

Прогноз сомнительный. Необходимо, наряду с проведением комплексного лечения, повседневно наблюдать за развитием заболевания, чтобы вовремя прервать беременность. В противном случае возможен летальный исход.

13.3.

1. *Диагноз:* беременность сроком 36 недель, поздний токсикоз беременных — водянка II степени.

2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз: жалобы на отеки, чувство тяжести, одышку, повышенную жажду, быструю утомляемость. За последнюю неделю масса тела женщины увеличилась на 500 г (в норме прибавка не должна превышать 300—350 г). При осмотре обнаружены отеки голеней, стоп и наружных половых органов, пастозность лица.

3. Дифференциальная диагностика водянки беременных проводится с отеками при нефропатии, декомпенсированном пороке сердца и нефрите.

Для нефропатии беременных характерна триада симптомов: отеки, альбуминурия и артериальная гипертензия. Диагноз нефропатии устанавливается при наличии хотя бы двух симптомов. В данном случае имеется только один симптом — отеки, отсутствуют белок в моче и артериальная гипертензия. Следовательно, нет нефропатии.

Для отеков при пороке сердца характерны указания в анамнезе на частые ангины, ревматизм, болезни сердца, а при клиническом исследовании находят патологические изменения тонов сердца и его границ. Нередко отмечается скопление жидкости в серозных полостях. У беременной М. в анамнезе и при клиническом исследовании не установлены данные, свидетельствующие о болезнях сердца.

На наличие хронического нефрита указывают характерные изменения в моче: низкая относительная плотность, выщелоченные

эритроциты, почечный эпителий. Из анамнеза устанавливается связь заболевания с инфекцией и наличие болезни до беременности. При нефрите отеки чаще появляются утром, после сна, сначала на лице, позже — на ногах; АД повышено, имеются белок и цилиндры в моче. У беременной М. нет признаков, характерных для нефрита.

4. В женской консультации для ранней диагностики отеков рекомендуется проводить в динамике следующие исследования.

1. Определение прибавки массы тела путем взвешивания беременной при каждом обращении ее в женскую консультацию. Полученную разницу делят на число недель после предыдущего взвешивания. В норме еженедельное увеличение массы тела беременной не должно превышать 300—350 г.

2. Проба Мак-Клюра-Олдрича, или волдырная проба, основанная на выявлении гидрофильности тканей. Методика: на сгибательную поверхность предплечья внутрикожно вводится 0,2 мл изотонического раствора натрия хлорида. При нормальной гидрофильности тканей у женщин с нормально протекающей беременностью введенный раствор полностью рассасывается за 55—60 мин. Более быстрое рассасывание инфильтрата свидетельствует о повышенной гидрофильности тканей, т. е. проба считается положительной на отеки.

3. Проба «обручального кольца» по Хемлину. Методика: в раннем периоде беременности при первом обращении женщины в женскую консультацию на четвертый палец правой руки примеряют кольцо и записывают его номер в карту беременной. Если измеренный ранее палец становится толще на 2—3 номера, это свидетельствует о том, что у женщины появились отеки, т. е. у нее водянка беременных.

5. Лечение беременных водянкой II степени:

госпитализация в отделение патологии беременности;

молочно-растительная диета с ограничением жидкости (до 700 мл/сут) и соли (до 3—5 г/сут). Один раз в неделю проводить разгрузочный день: 1 кг творога и 100 г сахара или 1 кг яблок:

медикаментозная терапия: внутривенно вводится по 20—40 мл 40 % раствора глюкозы, внутрь — 5 % раствора аммония хлорида по столовой ложке 3—4 раза в день, при выраженных отеках — по 25 мг дихлотиазида 1—2 раза в день в течение 4—3 дней с перерывами в 2—3 дня. В дни применения дихлотиазида для предупреждения развития гипокалиемии назначается по 1 г калия хлорида 3 раза в день. Для предупреждения ломкости и повышения проницаемости стенок капиллярных сосудов назначается по 0,02 г рутина, 0,2 г аскорбиновой кислоты и 0,5 г кальция глюконата 3 раза в день.

Лечение проводится под строгим контролем за массой тела беременных с обязательным проведением анализов мочи, измерением артериального давления и определением диуреза с учетом количества принятой жидкости. Выписка больных возможна только после полного, стойкого исчезновения отеков и нормализации массы тела, под строгий контроль врача женской консультации.

13.4.

1. *Диагноз:* беременность сроком 35 недель, поздний токсикоз беременных — нефропатия I степени.

2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз: прибавка массы тела за последние две недели соответственно 480 и 600 г; АД 20/11,1 — 19,3/11,1 кПа (150/85—145/85 мм рт. ст.); умеренные отеки на голенях и стопах, содержание белка в моче — 0,6 г/л. Таким образом, для установления диагноза нефропатии у беременной А. имеется классическая триада симптомов — отеки, гипертензия, протеинурия.

3. По тяжести клинического течения нефропатия условно классифицируется на 3 степени: нефропатия I степени (легкая форма) — имеются небольшие отеки, умеренная гипертензия (не выше 20/10,4 кПа), содержание белка в моче — около 0,6 г/л; нефропатия II степени (средняя форма) — выраженные отеки, АД 20,7/12—24/13,3 кПа (155/90—180/100 мм рт. ст.), содержание белка в моче — около 2—3 г/л; нефропатия III степени (тяжелая форма) — резко выраженные отеки, АД выше 22,7 кПа (170 мм рт. ст.), содержание белка в моче более 3 г/л, цилиндрурия и олигурия.

4. Дифференциальный диагноз нефропатии должен проводиться с гипертонической болезнью и заболеваниями почек (гломерулонефрит, нефроз, нефроангиосклероз). Для всех этих заболеваний характерны данные анамнеза. В пользу гипертонической болезни могут свидетельствовать признаки, имевшие место в прошлом: жалобы на частую головную боль, носовые кровотечения, повышение артериального давления до беременности, гипертрофия левого желудочка сердца, акцент II тона над аортой, левограмма на ЭКГ. На наличие заболеваний почек может указывать развитие болезни в связи с перенесенными инфекционными заболеваниями (ангиной) и наличие признаков заболевания до беременности (повышение АД, гематурия, длительно сохраняющиеся отеки) с характерными изменениями в моче (выщелоченные эритроциты, почечный эпителий и т. п.).

У беременной А. из анамнеза выяснено, что она в прошлом ничем не болела, при обследовании со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Значит, появившееся заболевание является поздним токсикозом беременности — нефропатией.

5. Участковый врач женской консультации во время предыдущей явки беременной А. допустил серьезную ошибку — не диагностировал нефропатию несмотря на наличие двух признаков ее: скрытых отеков (они были обнаружены врачом) и повышенного АД. Врач не акцентировал свое внимание на аритмию артериального давления, хотя разница между АД правой и левой руки составила 4,29/2 кПа (25/15 мм рт. ст.).

Для диагностики нефропатии следовало немедленно провести дополнительные исследования: 1) сравнение абсолютных цифр АД с предыдущими в динамике; 2) измерение височного давления для установления уровня височно-плечевого коэффициента; 3) исследо-

вание глазного дна; 4) пробу Мак-Клюра-Олдрича; 5) пробу «обручального кольца» по Хемлину, если при раннем сроке беременности было произведено измерение пальца беременной; 6) лабораторные анализы мочи на белок по Зимницкому, крови на остаточный азот, мочевину, хлориды.

Ошибочным является также назначение повторной явки беременной А. после разгрузочного дня через неделю. Контрольный осмотр следовало назначить через 1—2 дня.

13.5.

Диагноз: беременность сроком 37—38 недель, поздний токсикоз — нефропатия II степени.

2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз: жалобы на отеки и сильную жажду, данные объективного исследования — кожа нижней части живота отечна, нависает над лобком, при надавливании пальцем оставляет глубокую ямку, значительные отеки на нижних конечностях и больших половых губах, АД 22,7/12—21,99/12 кПа (170/90—165/90 мм рт. ст.), содержание белка в моче 2 г/л.

Из данных осмотра видно, что для установления диагноза нефропатии имеется в наличии классическая триада Цангемейстера — отеки, протеинурия, артериальная гипертензия, нефропатии II степени — значительные отеки, АД более 20,7/12 кПа (155/90 мм рт. ст.), но менее 24/13,3 кПа (180/100 мм рт. ст.), содержание белка в моче 2 г/л.

3. Лечение нефропатии II степени:

лечебно-охранительный режим;

строгая диета с ограничением хлорида натрия до 2—3 г и жидкости до 800 мл/сут. В пищевом режиме должны содержаться животные белки (100 г отварного нежирного мяса или творог). Чтобы способствовать выведению из организма продуктов нарушенного обмена веществ, через каждые 7—10 дней рекомендуется устраивать разгрузочные дни;

для улучшения окислительно-восстановительных процессов в организме матери и плода рекомендуется оксигенотерапия (лучше в гипербарических условиях);

для снижения проницаемости капиллярных сосудов необходимо назначать аскорбиновую кислоту, галаскорбин, витамины группы В, рутин, кальция глюконат, викасол;

для лечения гиповолемии назначаются плазма, белковые препараты;

для ликвидации отеков рекомендуются препараты, выводящие из организма химические элементы: фуросемид, дихлотиазид (по 75—100 мг/сут), оксодолин (по 50—80 мг/сут через 2 дня), диакарб (по 0,25 г 1 раз в день 2 дня) и другие с одновременным назначением препаратов, содержащих калий (калия хлорид или бромид);

гипотензивные средства: β-адреномиметик изадрин, ганглиоблокатор — пентамин, орнид (по 1 мл 5 % раствора внутримышечно 2—3 раза в сутки), аминазин (1 мл 2,5 % раствора внутримышечно 2—3 раза в сутки), при необходимости — магния сульфат

(по 10 мл 25 % раствора внутримышечно 2 раза в сутки), глюкоза (по 40 мл на 40 % растворе новокаина внутривенно 2 раза в сутки), раунатин, резерпин, апрессин (по 0,01—0,05 г 3 раза в день); регуляция функции кишок.

Лечение должно проводиться под строгим контролем за массой тела беременной, диурезом, артериальным давлением (измерять не реже 2 раз в сутки), с обязательным исследованием мочи (не реже 2—3 раз в неделю), крови (определять остаточный азот крови не реже 1 раза в 7 дней), глазного дна.

4. Ранние признаки позднего токсикоза беременных, являющиеся показанием для направления беременных на стационарное лечение: а) повышенное систолическое (более 16,9 кПа — 130 мм рт. ст.) и диастолическое (более 12 кПа — 90 мм рт. ст.) артериальное давление; б) повышение АД, составляющее 30 % предыдущего; в) увеличение (свыше 0,6) височно-плечевого коэффициента; г) увеличение более чем на 400 г массы беременной за неделю; д) положительные пробы «обручального кольца» и волдырная; е) наличие даже слабо выраженных двух симптомов из триады нефропатии.

5. Профилактика поздних токсикозов беременных связана с их ранней диагностикой и четкой работой женской консультации. Особого внимания требуют беременные с предрасположением к развитию позднего токсикоза (наличие гипертонической болезни, заболеваний почек, базедовой болезни, сахарного диабета, ожирения, многоводия, многоплодия).

Необходимо напоминать беременным женщинам, что они должны, особенно во второй половине беременности, рационально питаться, соблюдать режим труда и отдыха, постоянно двигаться. При каждом посещении женской консультации беременной помимо общего акушерского исследования необходимо в обязательном порядке контролировать массу тела, измерять АД на обеих руках, височное давление, повторять анализ мочи.

Важнейшим условием профилактики поздних токсикозов является своевременное выявление ранних их признаков — претоксикозных состояний или микросимптомов: появление скрытых отеков, асимметрия АД и т. д. Своевременно проведенное лечение беременных с микросимптомами явится предупреждением развития более тяжелых форм позднего токсикоза — нефропатии, преэклампсии, эклампсии.

13.6.

1. *Диагноз:* беременность сроком 34 недели, преэклампсия.

2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз преэклампсии: головная боль, одутловатость лица, значительная отечность верхних конечностей (не снимается обручальное кольцо, которое раньше было свободным), голеней, стоп, повышенное, около 23,3/13,3—24/15,6 кПа, АД, боль в надчревной области, густой осадок, выпавший при кипячении мочи. Таким образом, для преэклампсии характерными симптомами является головная боль и боль в надчревной области, развивавшиеся на фоне классических симптомов нефропатии — отеков, гипертензии, протеинурии.

3. Дифференциальный диагноз проводят с гриппом. Для клинической картины гриппа характерны различные симптомы, но наиболее частыми из них являются: озноб с быстрым подъемом температуры, сильная головная боль, насморк, конъюнктивит, мучительный сухой кашель, раздражающий слизистую оболочку трахеи. Для гриппа не характерны отеки, повышенное АД и наличие белка в моче.

Для преэклампсии характерна триада нефропатии, на фоне которой развиваются симптомы, связанные с нарушением мозгового кровообращения,— головная боль, нарушение зрения, боль в надчревной области, что было и у больной И.

4. При преэклампсии наиболее частым осложнением является переход в эклампсию. Кроме того, возможны кровоизлияние в головной мозг и другие жизненно важные органы без перехода в эклампсию, преждевременная отслойка плаценты и другие осложнения, опасные для жизни беременной и плода.

5. Фельдшер скорой помощи поступил правильно. Преэклампсия, как правило, является предшествующей стадией эклампсии и сопровождается значительным раздражением коры большого мозга, повышенной рефлекторной возбудимостью, гиперестезией. Поэтому болевые раздражители и другие факторы, связанные с транспортировкой, инъекциями, могли провоцировать судорожный припадок. Чтобы избежать это фельдшер произвел рауш-наркоз эфиром.

13.7.

1. *Диагноз:* беременность первая, сроком 36 недель, преэклампсия.

2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз преэклампсии: сильная боль в области желудка, рвота, головная боль и мелькание «мушек» перед глазами, значительные отеки на голенях и стопах. АД 21,3/12—21,3/13,3 кПа, содержание белка в моче 4 г/л, наличие гиалиновых и зернистых цилиндров.

Таким образом, признаки преэклампсии (боль в надчревь, головная, нарушение зрения) возникли на фоне триады нефропатии (отеков, гипертензии, протеинурии).

3. Несмотря на то что при дифференциации преэклампсии от пищевой интоксикации отмечается общий для обоих состояний симптом (боль в желудке), пищевой интоксикации не свойственны симптомы, типичные для позднего токсикоза (отеки на голенях и стопах, повышенное АД, белок в моче, головная боль, нарушение зрения). Кроме того, заболевание отсутствовало у других членов семьи (мужа и свекрови), что не характерно для пищевой интоксикации.

4. Лечение преэклампсии должно носить комплексный характер и быть направленным на коррекцию нарушенных функций органов и систем организма:

лечебно-охранительный режим — больную необходимо поместить в реанимацию (специальную палату), чтобы оградить ее от внешних раздражителей (шума, яркого света, боли, волнующих моментов), все манипуляции и исследования проводить под рауш-наркозом;

для ликвидации отеков рекомендуются диуретические средства:

фуросемид внутримышечно (по 75—100 мг/сут), оксодолин (по 50—80 мг/сут через 2 дня), диакарб (0,25 г 1 раз в день 2—3 дня) и другие с одновременным назначением препаратов, содержащих калий (калия хлорид или бромид);

гипотензивные препараты: орнид (по 1 мл 5 % раствора внутримышечно 1—2 раза в сутки), аминазин, дипразин (по 1 мл 2,5 % раствора внутримышечно 1—3 раза в сутки), раунатин, резерпин, апрессин (по 0,01—0,05 г — по 3 таблетки в день), магния сульфат, пентамин, гигроний (в 300—400 мл 10 % раствора глюкозы с инсулином), изадрин;

для ликвидации гиповолемии назначаются белковые препараты, плазма, осмодиуретики (маннит), гемодез, полидез;

оксигенотерапия (лучше в гипербарических условиях);

для снижения проницаемости капиллярных сосудов применяется галаскорбин, витамины группы В, аскорбиновая кислота, рутин, кальция глюконат, викасол и т. п.

диета бессолевая с ограничением жидкости (до 600—700 мл/сут) и разгрузочными днями (через каждые 7—10 дней творожные дни — 500—600 г творога, 100 г сметаны и 100 г сахара; яблочные — 1 кг яблок на день).

Лечение проводится под строгим контролем за массой тела, диурезом, АД (измерять не реже 2 раз в сутки) с проведением анализов (не реже 1 раза в неделю) мочи, крови, исследования глазного дна.

5. Ошибки, допущенные при ведении беременной и в родах:

отказ больной от госпитализации из-за недостаточного понимания необходимости в стационарном лечении, опасностей и осложнений, угрожающих ее здоровью;

неактивное проведение участковой акушеркой и врачом патронажа беременной на дому;

диагностическая ошибка, допущенная фельдшером скорой помощи и врачом приемного отделения роддома, принявших преэклампсию (боль в желудке и рвота) за пищевую интоксикацию;

неправильное и поздно начатое обследование больной, помешавшее вовремя установить симптомы преэклампсии: значительные отеки на голенях и стопах, повышенное АД — 21,3/12—21,3/13,3 кПа, содержание белка в моче — 4 г/л.

13.8.

1. *Диагноз* при поступлении: беременность сроком 34 недели, эклампсия.

2. Припадок эклампсии по своей клинической картине имеет сходство с эпилепсией. Распознаванию эпилепсии помогают данные анамнеза (наличие припадков до беременности). В данном случае из рассказа мужа установлено, что раньше беременная С. ничем не болела. Приступу эпилепсии всегда предшествует аура, перед припадком больной вскрикивает, что не наблюдалось у беременной С. Приступу предшествовало состояние нефропатии и преэклампсии (отеки, гипертензия, головная боль, рвота), что не характерно для эпилепсии. При эпилепсии зрачки сужены, глазное дно не изменено,

при эклампсии зрачки расширены, сосуды сетчатки спазмированы, отек и кровоизлияния. Эти симптомы были обнаружены у беременной С.

3. Лечение эклампсии должно проводиться в отделении реанимации и основано на принципах, разработанных В. В. Строгановым: а) лечебно-охранительный режим — изоляция в отдельной палате с индивидуальным постом акушерки, проведение манипуляций под наркозом (эпидуральная анестезия), комплексное применение нейролептиков (сибазон по 10—20 мг, дроперидол по 10 мг в 20 мл 40 % раствора глюкозы, 2 мл 1 % раствора аминазина), транквилизаторов (сибазон — 10 мг/сут) и антигистаминных (дипразин 2 мл 2,5 % раствора) средств; б) снижение АД с помощью внутримышечного введения 25 мл 25 % раствора магния сульфата через каждые 6 ч, 1—2 мл 2 % раствора дибазола 2—3 раза в сутки или внутривенного введения 50—100 мл 40 % раствора глюкозы с 0,2 г аскорбиновой кислоты и 10—15 мл 0,5 % раствора новокаина, 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина через 4—6 ч, 2 мл 2 % раствора папаверина гидрохлорида или 4 мл 2 % раствора но-шпы и т. п.; в) профилактика отека мозга с помощью перфузии концентрированной плазмы (из 250 мл нативной), 100 мл 20 % раствора альбумина, маннита, 200 мл гемодеза и мочегонных препаратов — новурита, диакарба и т. д.; г) уменьшение проницаемости капиллярных сосудов назначением аскорбиновой кислоты, галаскорбина, витаминов группы В, рутина, кальция глюконата; д) профилактика гипоксии плода, коррекция кислотно-основного равновесия; е) кардиальная терапия; ж) строгое выполнение плана ведения беременных. При необходимости переходят на искусственную вентиляцию легких.

Беременных с эклампсией можно вести консервативно, строго наблюдая за эффективностью проводимой терапии. При ухудшении состояния больной, повторении и учащении приступов эклампсии следует ставить вопрос о досрочном родоразрешении.

4. В. В. Строганов допустил некоторые изменения в своей первоначальной методике лечения поздних токсикозов беременных. Основанием для замены морфина и хлоралгидрата магния сульфатом послужили исследования В. В. Савича и Д. П. Бровкина, которые показали, что морфин угнетает центральную нервную систему, снижает диурез, а хлоралгидрат оказывает отрицательное влияние на паренхиматозные органы, функция которых при токсикозе угнетена. Магния сульфат обладает целым рядом преимуществ: усиливает диурез, снижает внутричерепное и спинно-мозговое давление, уменьшает артериальное давление, обладает слабым наркотическим и синергическим эффектом, усиливая наркотическое действие эфира и морфина.

5. При эклампсии материнская и перинатальная смертность в настоящее время, несмотря на проведение интенсивной терапии, остается высокой. Главными причинами гибели матери при этом являются такие осложнения, как кровоизлияние в головной мозг, асфиксия, снижение сердечной деятельности, отек легких.

Во время приступа эклампсии, проходящего без медицинской

помощи, могут возникать различные повреждения: ушибы, переломы костей, прикусывание языка. После прекращения приступа может возникнуть аспирационная пневмония, нарушение функции почек, психоз.

Эклампсия нередко осложняется преждевременной отслойкой плаценты, внутриутробной гипоксией плода, мертворождаемостью, ранней детской смертностью.

13.9.

1. *Диагноз:* срочные вторые роды, первый период, эклампсия.

2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз: боль в области затылка, лба и в надчревной области, понижение зрения, признаки преэклампсии, одутловатость лица, значительные отеки нижних и верхних конечностей, наружных половых органов, АД 18,7/12—20,7/12 кПа, хлопьевидный осадок в моче после кипячения (триада нефропатии), двигательное беспокойство, появившееся во время влагалищного исследования, мелкие фибриллярные подергивания отдельных групп мышц лица и верхних конечностей, распространившиеся на всю мышечную систему, тонические судороги, остановка дыхания, цианоз лица, выделение слюны изо рта с примесью крови. Приступ продолжался 1,5 мин, после чего наступило коматозное состояние.

Таким образом, эклампсия клинически проявляется судорожными припадками, которые возникают внезапно в результате перераздражения центральной нервной системы. У роженицы В. таким раздражителем явилось влагалищное исследование. Припадки эклампсии, как правило, возникают не внезапно, а им предшествуют симптомы, характерные для нефропатии и преэклампсии, что имело место у больной В.

3. Во время беременности и в родах у роженицы В. были допущены грубые ошибки, которые привели к развитию эклампсии.

За 2 недели до родов при посещении В. женской консультации было отмечено небольшое повышение АД — 18,99/12—16,9/12 кПа, пастозность голеней, следы белка в моче (0,06 г/л). Эти симптомы свидетельствовали о развитии нефропатии. Врач и акушерка обязаны были принять все меры для госпитализации беременной в стационар, где ей была бы оказана необходимая лечебная помощь. Однако это не было сделано.

Большим недостатком в работе участкового врача и акушерки явилось отсутствие активного патронажа беременной на дому, тем более что на приеме были обнаружены симптомы нефропатии и женщина отказалась от госпитализации в стационар.

Во время приема роженицы В. в родильный дом не акцентировано внимание на признаках преэклампсии, в связи с чем несвоевременно была начата терапия токсикоза, что привело к судорожному припадку.

4. Тактика дальнейшего ведения родов: а) создать лечебно-охранительный режим; б) под наркозом вскрыть плодный пузырь, так как отверстие матки раскрылось на 3 поперечных пальца; в) одновременно назначать комплексную интенсивную терапию эк-

ламписи; г) тщательно провести обезболивание родов (можно с помощью наркоза предиионом); д) профилактика внутриутробной гипоксии плода; е) наложение акушерских щипцов при полном раскрытии отверстия матки под наркозом.

5. Лечение эклампсии в данном случае проводится по принципу экстренной интенсивной терапии с сохранением основных положений схемы В. В. Строганова: а) лечебно-охранительный режим; б) купирование приступа с помощью внутривенного введения 1 мл 2 % раствора промедола в сочетании с 2 мл сибазона и 1 мл дипразина. Эти препараты вызывают нарколепсию, при этом приступы судорог или ослабляются, или не развиваются. При нарушении дыхания показан переход на интубацию трахеи и искусственную вентиляцию легких. Во время родов все манипуляции осуществляются на фоне анальгезии закисью азота с кислородом; в) ингаляционный наркоз эфиром; г) снижение АД гипотензивными средствами центрального (дибазол, папаверина гидрохлорид, резерпин) и периферического (гигроний, пентамин) действия; д) дезинтоксикационная терапия введением диуретических препаратов (фуросемид с калия хлоридом и т. п.); е) назначение маннита, гемодеза, нейролептантальгетиков (дроперидол, предиион, ГАМК), антикоагулянтов (гепарин).

После родов больная, перенесшая в родах эклампсию, нуждается в тщательном наблюдении (АД, диурез, анализы мочи, состояние глазного дна) и продолжении интенсивной терапии. Возможно использование магнезиальной терапии, снижающей сократительную функцию матки.

13.10.

1. *Диагноз:* преждевременные первые роды при беременности сроком 36 недель. Нефропатия, послеродовая эклампсия, кровоизлияние в головной мозг.

2. Предвидеть припадки эклампсии у роженицы Л. можно было, так как в клиническом течении ее заболевания были симптомы, являющиеся предвестниками последующих стадий развития эклампсии: нефропатия, преэклампсия, при которой к триаде нефропатии присоединяются симптомы повышенного внутричерепного давления (головная боль, затуманенное зрение, рвота), судорожный период, т. е. эклампсия.

У роженицы Л. при поступлении в родильное отделение были обнаружены симптомы нефропатии (АД—19,3/11,1 кПа, содержание белка в моче — 0,3 г/л, пастозность голеней). Во время родов и в раннем послеродовом периоде эти симптомы нарастали (АД сразу после родов 19,3/12 кПа, через 2 ч — 20,7/12,7 кПа, уровень белка в моче увеличился до 6,6 г/л). Признаки, характерные для преэклампсии, появились спустя 2 ч 10 мин после родов: к нарастающим симптомам нефропатии присоединились сильная головная боль, пелена перед глазами, рвота.

Перечисленные клинические симптомы нефропатии и преэклампсии были так выражены у больной Л., что распознать их мог не только врачебный консилиум, но и врач-акушер.

Прогрессирование перечисленных симптомов позволяет без особого труда предвидеть возможность перехода токсикоза из более легкой в тяжелую стадию своего развития — эклампсию.

Предупредить развитие судорожных припадков эклампсии можно было своевременным и интенсивным лечением нефропатии и преэклампсии с интенсификацией лечения во время родов. Лечение не следовало прекращать до полного исчезновения всех признаков позднего токсикоза.

3. При ведении родов у родильницы Л. были допущены ошибки, порождавшие одна другую.

Не была диагностирована нефропатия, в то время как симптомы нефропатии хотя и не очень ярко, но были выражены. При анализе этих симптомов следовало учесть, что женщина в течение 12 дней лечила нефропатию в отделении патологии беременности и поступила с преждевременными родами. В этой связи прогностически правильнее было бы считать маловыраженные симптомы нефропатии как невылеченную нефропатию, осложненную преждевременными родами.

Из-за недиагностированной нефропатии лечение больной не проводилось и во время родов, и в раннем послеродовом периоде. Запоздалое лечение, начавшееся только при появлении признаков преэклампсии, привело к развитию судорожных припадков, осложнившихся кровоизлиянием в мозг с летальным исходом.

Отсутствовала акушерская настроженность к изучению симптомов нефропатии в динамике.

Подытоживая ошибки, необходимо подчеркнуть огромную важность внимательного, систематического и аналитического наблюдения за роженицей и родильницей в предупреждении возможности развития на фоне легкой нефропатии тяжелого токсикоза с его опаснейшими для жизни осложнениями даже при своевременной госпитализации в отделение патологии беременности, как это было в случае с родильницей Л.

4. Причиной смерти родильницы Л. является, по-видимому, кровоизлияние в головной мозг, возникшее как тяжелое осложнение послеродовой эклампсии. Этот диагноз подтверждается тем, что спинно-мозговая жидкость, полученная при люмбальной пункции, оказалась окрашенной кровью.

5. В истории лечения эклампсии существенную роль сыграл усовершенствованный профилактический метод ее лечения, разработанный крупным отечественным ученым-акушером В. В. Строгановым (1857—1938).

Метод В. В. Строганова, основанный на принципах охранительного торможения, представляет собою целую систему мероприятий, в которой медикаментозная терапия является лишь составной частью лечения.

Схема лечения эклампсии по Строганову строится на следующих основных положениях.

1. Целесообразный лечебно-охранительный режим, обеспечивающий беременной полный физический и душевный покой (затем-

ненная, тихая палата с хорошей вентиляцией, без раздражителей, все манипуляции выполняются только под легким наркозом эфи-ром).

2. Планомерное введение наркотиков. Вначале В. В. Строганов рекомендовал проводить купирование припадков эклампсии морфином и хлоралгидратом, но в 1930 г. Бровкин хлоралгидрат заменил магнезия сульфатом по 24 мл 25 % раствора внутримышечно 4 раза в сутки с интервалом в 4 ч. Повторный курс лечения магнезия сульфатом назначается через 12 ч после последней инъекции.

3. Улучшение деятельности основных органов — легких, сердца, почек, кожи.

4. Бережное, нефорсированное родоразрешение — щипцы, извлечение, поворот, разрыв плодных оболочек, ранний разрыв плодного пузыря В. В. Строганов рекомендовал производить при открытии отверстия матки у первородящих на 3, у повторнородящих — на 2 поперечных пальца.

Метод В. В. Строганова получил широкое распространение в нашей стране и за ее пределами, так как применение его позволило снизить смертность от эклампсии в 5—6 раз.

В настоящее время принцип метода в основном сохранился, но значительно изменился характер лекарственных средств, применяемых как для купирования самого приступа судорог, так и для поддерживающего лечения в бессудорожный период токсикоза. Всеобщее признание получили комплексные методы лечения токсикозов, включающие гипотензивные, нейроплегические и ганглиоблокирующие средства (аминазин, резерпин, апрессин, дибазол, диголин, бензогексоний, октадин и т. п.), ганглиолитики (пентамин — препарат, действующий на периферические медиаторные процессы, понижающие АД), средства, уменьшающие проницаемость капиллярных сосудов, — аскорбиновую кислоту, галаскорбин, витамины группы В, рутин, кальция глюконат; диуретические средства — фуросемид, дихлотиазид, оксодолин, диакарб и т. п.

К ТЕМЕ 14

14.1.

1. *Диагноз:* беременность сроком 36 недель. Преждевременные роды, первый период родов. Гипертоническая болезнь — II стадия.

2. *Диагноз* — II стадия гипертонической болезни — у беременной Э. подтверждается следующими симптомами: гипертензией в анамнезе, обнаруженной 2 года назад и во время беременности, начиная с 12-недельного срока (АД—18,7/12 кПа), изменениями со стороны сердца — небольшим расширением границ влево и акцентом II тона над аортой, головной болью, головокружением, данными исследования глазного дна — бледными сосками зрительных нервов, суженными артериями.

3. Гипертоническую болезнь следует дифференцировать от нефропатии, сходство с которой обусловлено гипертензией и изменениями со стороны глазного дна, обнаруженными при офтальмо-

скопии у больной Э. Для нефропатии характерны гипертензия, протеинурия и отеки. Однако сочетание всех трех симптомов встречается не у всех больных и диагноз нефропатии может быть поставлен при наличии двух из них. У беременной Э. отеков нет, белок в моче не обнаружен. Остается только один симптом — гипертензия.

Моносимптомный токсикоз в виде гипертензии во время беременности встречается очень редко и представляет собой проявление гипертонической болезни, о чем свидетельствуют также анамнестические данные — наличие у больной Э. гипертензии за 2 года и в ранние сроки настоящей беременности.

4. Гипертоническая болезнь значительно ухудшает течение беременности и родов и оказывает неблагоприятное влияние на развитие плода: приблизительно у 20 % женщин отмечается преждевременное прерывание беременности (как и в случае с Э.), у 25—50 % — поздний, или сочетанный, токсикоз беременных, нередко — преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. К наиболее опасным осложнениям относится гипертоническая энцефалопатия, характеризующаяся головной болью и болью в надчревной области, нарушением зрения, иногда заканчивающаяся судорогами и кровоизлиянием в мозг. Гипертоническая болезнь в 17—25 % случаев вызывает гипотрофию и гипоксию плода, увеличивает перинатальную смертность.

5. Лечение гипертонической болезни следует проводить с учетом предстоящих родов, которые могут осложнить течение болезни. Рекомендуется: а) ограничить употребление жидкости и соли, раз в 7—10 дней устраивать разгрузочные дни (творожные или фруктовые); б) применять седативные (бромиды, препараты валерианы, сибазон, триоксазин) и гипотензивные (раунатин по 0,002 г 3 раза в день, папаверина гидрохлорид по 2 мл 2 % раствора 2 раза в день, дибазол по 2 мл 0,5 % раствора 2 раза в день, эуфиллин по 0,2 г 3 раза в день) средства, ганглиоблокаторы (бензогексоний, орнид, пентамин и т. д.), оксигенотерапию.

План ведения родов:

- а) роды на данном этапе вести консервативно;
- б) следить за течением родов (нарастанием частоты схваток, темпом раскрытия шейки матки);
- в) проводить профилактику гипоксии плода по Николаеву;
- г) следить за симптомами возможной преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (АД, пульс, сердцебиение плода, форма матки, наличие болезненности ее);
- д) вскрыть плодный пузырь при раскрытии отверстия матки на 2 поперечных пальца;
- е) исключить или облегчить второй период родов (акушерские щипцы, вакуум-экстрактор);
- ж) ускорить третий период родов из-за возможного кровотечения;
- з) после родов продолжать лечение родильницы, ребенку создать благоприятные условия по уходу с обязательной оксигенотерапией.

14.2.

1. *Диагноз:* беременность сроком 36 недель. Преждевременные роды. Ревматический кардит с недостаточностью митрального клапана, неактивная фаза. Острая сосудистая недостаточность (коллапс), наступившая в третьем периоде родов.

2. *Клинические симптомы,* подтверждающие диагноз ревмокардита: в детстве неоднократно болела ангиной, с 16 лет состоит на учете по поводу порока сердца, во время настоящей беременности дважды находилась на профилактическом стационарном лечении. О неактивной фазе ревмокардита свидетельствуют нормальные показатели крови, нормальная температура тела и частота пульса, отсутствие одышки и нарушения сердцебиения, неувеличенная печень. На недостаточность митрального клапана указывают данные аускультации — грубый систолический шум над верхушкой сердца, акцент II тона над легочным стволом. Перкуторно левая граница сердца определяется на 1 см кнаружи от среднеключичной линии, правая — на 1 см правее правого края грудины. При рентгеноскопии отмечается небольшое увеличение левого желудочка и левого предсердия сердца. Резкое ухудшение состояния роженицы в третьем периоде родов, бледность кожи, липкий пот, частый слабый пульс, снижение АД до 12/6,7 кПа (90/50 мм рт. ст.) свидетельствуют о развитии коллапса.

3. Ухудшение состояния родильницы после рождения ребенка объясняется тем, что в брюшной полости в связи с опорожнением матки снижается давление в кровеносных сосудах. Сосуды очень быстро, почти внезапно, переполняются кровью, опорожняя сердце и ближайшие к сердцу сосуды. Это приводит к резкому изменению гемодинамики организма, с которым больное сердце не всегда способно справиться, и острому нарушению кровообращения — коллапсу.

Для предотвращения коллапса у больных с патологией сердца необходимо сразу после рождения ребенка забинтовать живот, предварительно положив на него тяжесть, туго забинтовать нижние конечности (или наложить жгуты) и высоко поднять ножной конец кровати. Кроме того, рекомендуется введение лекарственных средств, возбуждающих работу сердца.

4. Самостоятельное родоразрешение через естественные родовые пути допустимо при следующей патологии сердца: недостаточности митрального клапана в стадии компенсации (что было у больной Р.), комбинированном митральном пороке сердца с преобладанием стеноза в стадии компенсации, аортальном пороке сердца в стадии компенсации, врожденных пороках сердца белого типа без нарушения кровообращения.

5. Серьезными осложнениями для матери с патологией сердца во время беременности и в родах является нарушение компенсации этой патологии и отек легких, обуславливающие повышенную материнскую смертность.

Беременность у женщин с патологией сердца нередко осложняется поздним токсикозом, спонтанным недонашиванием (как у

больной Р.). У плода нередко патология сердца матери проявляется гипотрофией и гипоксией.

14.3.

1. **Диагноз:** беременность сроком 39—40 недель, срочные первые роды, начало первого периода родов. Ревматический кардит, активная фаза. Комбинированный митральный порок сердца с преобладанием стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия. Недостаточность кровообращения — IIА стадия.

2. Данные, подтверждающие диагноз: в детстве часто болела ангиной, с 12 лет порок сердца. На активный ревматический процесс указывает повышенная температура тела — 37,2 °С и увеличенная СОЭ — 36 мм/ч. В пользу митрального порока сердца с преобладанием стеноза свидетельствуют данные: рентгенологического исследования — расширение сердца с выраженной митральной конфигурацией; перкуссии — расширение границ сердца: правая — на 2 см вправо от края грудины, левая — на 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии, верхняя достигает II ребра; аускультации — систолический и пресистолический шумы над верхушкой сердца, хлопающий I тон, акцент II тона над легочным стволом, раздвоение II тона, пульсация шейных вен и разлитой сердечный толчок.

На недостаточность кровообращения IIА стадии указывают ухудшение состояния больной, жалобы на одышку, учащенное сердцебиение, быструю утомляемость, отеки на нижних конечностях, бледность кожи и слизистой оболочки с цианотическим оттенком, увеличенная на 2 см ниже реберной дуги печень.

3. План ведения родов:

а) во все периоды родов и в послеродовом периоде необходимо проводить активное лечение больной, направленное на снижение явлений декомпенсации, и продолжать противоревматическую терапию, роды вести выжидательно;

б) во все периоды родов рекомендуется, чтобы верхняя часть туловища роженицы находилась в приподнятом полусидячем положении, периодически давать ей увлажненный кислород через носовой катетер, по возможности уменьшать болевую реакцию;

в) в первом периоде родов для облегчения состояния роженицы рекомендуется ранее вскрытие плодного пузыря, которое проводят при открытии отверстия матки не менее чем на 3 пальца, отсутствии ригидности шейки матки и при вставившейся в полость малого таза предлежащей части;

г) во втором периоде родов при недостаточности кровообращения IIА стадии (как у больной К.) для исключения потуг накладывают акушерские щипцы (а не вакуум-экстрактор, при котором потуги сохраняются!) под наркозом эфиром;

д) после рождения ребенка во избежание быстрого оттока крови к брюшной полости и возникновения в связи с этим коллапса необходимо тугое бинтование живота и наложение на него мешочка с песком массой 800—1200 г, а также применение сердечных лекарственных средств.

4. Для выявления у больной К. нарушения проводимости, асинхронности сокращений отделов сердца, мышечных изменений и эктопических очагов возбуждения можно применить электро- и фоноэлектрокардиографию.

Более современным методом исследования состояния сердечно-сосудистой системы является баллистокардиография, с помощью которой можно получить непосредственное представление о гемодинамике сердца, сократительной функции миокарда, силе, регулярности и скорости выброса крови из желудочков, наполнении сердца во время диастолы.

Оксигеметрия во время задержки дыхания позволяет установить степень насыщения крови кислородом, что имеет значение для прогноза внутриутробной гипоксии плода.

Методом спирографического исследования с помощью аппарата Крога можно выявлять скрытую недостаточность сердца у больных с пороками сердца, а с помощью газового счетчика определять жизненную емкость легких и легочную вентиляцию.

5. Прогноз родов у больной К. сомнительный, так как имеется целый ряд осложнений, опасных для жизни как матери, так и плода.

Очень серьезной опасностью для жизни матери является нарушение компенсации патологии сердца, что уже имеется у больной К. Грозное осложнение в родах представляет отек легких, чаще развивающийся в начале родовой деятельности или во время потуг.

Непосредственно после рождения ребенка возникает новая опасность — в результате резкого изменения гемодинамики может наступить острое расстройство кровообращения — коллапс. С окончанием родового акта опасность возникновения осложнений для матери не уменьшается, так как переутомление миокарда, накопившееся за время беременности и родов, вызывает тяжелую декомпенсацию, не поддающуюся интенсивной терапии. Все эти осложнения, являющиеся причинами материнской смертности или инвалидности, ухудшают прогноз беременности и родов при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. При этом часто отмечается недонашивание беременности, мертворождаемость, внутриутробная гипоксия или гибель плода, аномалии его развития и ранняя детская смертность, отягощающие прогноз для плода.

14.4.

1. *Диагноз:* беременность сроком 9 недель. Ревматический кардит, активная фаза, комбинированный митральный порок сердца с преобладанием стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия. Недостаточность кровообращения IIБ стадии.

2. Данные, подтверждающие диагноз: в 12 лет перенесла острую атаку ревматизма, в школе освобождалась от занятий по физкультуре.

На активную фазу ревмокардита указывает повышенная температура тела — 37,3 °С, данные анализа крови — количество лейкоцитов 8,5 Г/л, СОЭ — 45 мм/ч; содержание сиаловых кислот —

210 единиц, дезоксирибонуклеиновой кислоты — 0,22 единицы, наличие С-реактивного протеина.

О наличии митрального порока сердца свидетельствуют данные: рентгеноскопии — сердце митральной конфигурации, расширение границ сердца влево и вправо; аускультации — грубый систолический и диастолический шум над верхушкой сердца, раздвоение II тона, акцент II тона над легочным стволом.

Выраженная одышка и цианоз указывают на преобладание стеноза левого предсердно-желудочкового отверстия; выраженная одышка, цианоз, тахикардия (100 в 1 мин), застойные явления в легких (кашель, кровохарканье, хрипы, застойные корни легких), увеличенная печень (на 3 см ниже реберного края, болезненная), отеки на голенях, стопах и в поясничной области — на недостаточность кровообращения IIБ стадии.

Для улучшения состояния беременной Н. необходимо прервать беременность, так как декомпенсация функции сердца наступила у нее с первых недель беременности, что является тяжелым прогностическим симптомом. Искусственное прерывание беременности сроком до 12 недель производится выскабливанием полости матки под местным обезболиванием (инфильтрация параметрия 60—80 мл 0,25—0,5 % раствора новокаина или с помощью предина, дроперидола, пропандида и т. п.). Необходимо провести предоперационную подготовку: внутривенно — 40 мл 40 % раствора глюкозы и 0,5 мл 0,05 % раствора строфантина, подкожно — камфору, кофеин и т. п.

4. Сохранение беременности противопоказано при следующих заболеваниях: ревматическом эндокардите, затяжном или подостром септическом эндокардите, недостаточности кровообращения любой стадии, если она возникла до беременности или в первые 12 недель беременности, стенозе левого предсердно-желудочкового отверстия, особенно с выраженными признаками легочной гипертензии, аортальном пороке сердца в анамнезе, митрально-аортальном пороке сердца, особенно в сочетании со стенозом митрального отверстия, недостаточности правого предсердно-желудочкового клапана, состоянии после митральной комиссуротомии, если диагностируется рестеноз или неадекватная комиссуротомия, мерцательной аритмии, врожденных пороках сердца синего типа с признаками легочной гипертензии или недостаточности кровообращения, сочетании нескольких заболеваний сердца и сосудов.

Перечисленные противопоказания являются только ориентировочными, окончательно вопрос о вынашивании беременности должен решаться индивидуально.

5. Вынашивание беременности не противопоказано при недостаточности митрального клапана или аортальных пороках в неактивной фазе ревматического процесса, без каких-либо явлений недостаточности кровообращения. Во всех сложных, сомнительных и неясных случаях вопрос о продлении беременности должен решаться только после тщательного обследования беременной в условиях стационара.

14.5.

1. *Диагноз*: беременность сроком 30 недель, сахарный диабет.

2. Клинические симптомы, подтверждающие наличие сахарного диабета у беременной X.: гипергликемия, гликозурия — уровень глюкозы в крови 10,2 ммоль/л (184 мг %), в моче — 27,8 ммоль (в норме отсутствует), жалобы на жажду, обильное мочеотделение, слабость, чувство ненасытного голода, обильное питье (до 5—6 л/сут), кожный зуд, преждевременные роды в анамнезе на 7-м месяце беременности, закончившиеся рождением мертвого крупного плода массой 2600 г (в норме при беременности сроком 28 недель средняя масса плода составляет 1000—1200 г).

3. Беременность при сахарном диабете осложняется многоводием, поздним токсикозом, преждевременным прерыванием.

Дети при сахарном диабете у матери часто рождаются с большой массой, не соответствующей сроку беременности, не всегда полноценные в анатомо-функциональном отношении (аномалии развития плода), что обуславливает высокую перинатальную смертность (20—30 ‰).

Беременность, в свою очередь, может влиять на течение заболевания. Однако в первую половину беременности это влияние не установлено. Со второй половины беременности у большинства больных сахарным диабетом отмечается ухудшение течения заболевания: усиливается жажда, появляется полиурия, повышается уровень глюкозы в крови и моче, отмечается тенденция к ацидозу. Для жизни матери наиболее опасным является состояние тяжелого ацидоза, прекомы и особенно диабетической комы.

Материнская смертность при сахарном диабете в донсулиновый период была очень высокая, в настоящее время составляет около 3 ‰.

4. Тактику лечения и режим питания больной сахарным диабетом необходимо разрабатывать совместно с врачом-эндокринологом с учетом результатов исследования крови и мочи на содержание глюкозы.

В основе лечения лежит ограничительная диета с энергетической ценностью 5028—7961 кДж (1200—1900 ккал), зависящая от массы тела беременной. Она должна быть физиологической по содержанию белков, жиров и углеводов, полноценной в отношении содержания витаминов и энергетически ценных пищевых веществ.

Дополнительное лечение беременных с сахарным диабетом зависит от уровня глюкозы в крови и может проводиться перорально (бутамид по 0,5 г 3 раза в день ежедневно, или хлорпропамид по 0,5 г в сутки ежедневно, или метформин по 0,5 г 3 раза в день) либо в виде внутримышечных инъекций инсулина. При увеличении уровня глюкозы в крови лечение проводится в следующей последовательности: а) женщины с нормальной массой тела: диета с энергетической ценностью 6285—7960 кДж (1500—1900 ккал) → бутамид → хлорпропамид → инсулин; б) женщины с избыточной массой тела: диета с энергетической ценностью 5028 кДж (1200 ккал) → метформин → инсулин.

5. Беременные женщины, больные сахарным диабетом, постоянно должны находиться под наблюдением врача-эндокринолога, исследовать кровь и мочу на содержание глюкозы, регулировать проявления сахарного диабета с ранних сроков с помощью диетотерапии и инсулина.

Рекомендуется обязательная трехкратная госпитализация беременных для стационарного обследования и лечения: при первом обращении в женскую консультацию для решения вопроса о продолжении беременности, по истечении 20—24 недель беременности и на 32—36-й неделе беременности. Кроме того, госпитализация необходима в любые сроки беременности при нарушении компенсации сахарного диабета.

Донашивать беременность до наступления родов можно только беременным с легкой формой диабета. При выраженной форме сахарного диабета, сопровождающегося ацидозом, а также при диабете, осложненном многоводием, поздним токсикозом, или при наличии крупного плода показано досрочное прерывание беременности на 35—37-й неделе беременности. Беременность противопоказана и подлежит прерыванию при сахарном диабете со склонностью к кетоацидозу, осложненном ангиопатией, и при заболевании сахарным диабетом отца и матери.

14.6.

1. *Диагноз:* беременность сроком 37 недель. Преждевременные роды, первый период. Грипп.

2. Подтверждением диагноза является наличие эпидемиологического очага, характерного для инфекционного заболевания: в однокомнатной квартире до болезни беременной находились больной муж и ее мать. Клинические симптомы, характерные для гриппа: головная боль, насморк, мучительный сухой кашель, конъюнктивит, озноб, повышение температуры до 37,3 °С, гиперемия слизистой оболочки полости носа, чиханье.

3. Грипп во время беременности может вызвать следующие осложнения:

а) преждевременное прерывание беременности (наблюдающееся у беременной Н.), причиной которого является геморрагическое воспаление отпадающей оболочки при гриппе;

б) увеличение уровня мертворождаемости и смертности среди детей вследствие внутриутробного заражения гриппом;

в) гипо- и атонические кровотечения в третьем периоде родов и после родов;

г) нарушение инволюции матки, метрозендометрит, мастит в послеродовом периоде;

д) распространение инфекции среди новорожденных (гриппозная эпидемия).

4. Роженица Н. подлежит госпитализации в наблюдательное отделение (показание — грипп).

Мероприятия, которые следует провести вследствие поступления гриппозной больной:

а) женщину следует положить в изолятор или отгородить от

других рожениц ширмой, так как грипп является инфекцией, распространяющейся капельным путем;

б) взять под контроль всех контактирующих с больной и при появлении матерей и детей с признаками гриппа проводить их своевременную изоляцию и лечение;

в) больные, обслуживающий персонал и все матери при эпидемии гриппа должны носить маски;

г) часто проветривать и облучать палаты ртутно-кварцевой лампой;

д) при первых признаках гриппа у новорожденного его необходимо немедленно изолировать и приступить к лечению с применением сульфаниламидов и антибиотиков.

5. План ведения родов у роженицы Н.: первый и второй периоды родов проводить выжидательно, наблюдать за общим состоянием, проводить лечение (противогриппозная сыворотка в сочетании с пенициллином и норсульфазолом, оксигенотерапия, сердечные средства, амидопирин с кофеином, ацетилсалициловая кислота, горчичники, тепловые процедуры, облучение ультрафиолетовыми лучами), наблюдать за состоянием плода, проводить профилактику внутриутробной гипоксии плода по Николаеву.

В третьем периоде родов проводить профилактику возможного кровотечения, быть готовым к гемотрансфузии и ручному вхождению в полость матки.

В послеродовом периоде наблюдать за обратным развитием матки, состоянием молочных желез, своевременно назначать антибактериальные и сокращающие матку средства.

Новорожденного следует тщательно обследовать на наличие вирусов гриппа, своевременно изолировать и начать активное противогриппозное лечение. Провести противоэпидемические мероприятия в палатах новорожденных.

14.7.

1. *Диагноз:* беременность сроком 37 недель, угроза преждевременных родов. Инфекционный гепатит (болезнь Боткина).

2. Клинические данные, подтверждающие диагноз инфекционного гепатита. В анамнезе указано, что в течение последних 2 недель женщина почувствовала общее недомогание, слабость, снижение аппетита, тошноту, затем боль в надчревной области, повышение температуры тела до 37,5 °С. Моча стала темной, позже появились зуд кожи, обесцвеченный кал, кирпично-красного цвета моча. При взбалтывании моча образует желтую пену, появилось желтушное окрашивание кожи.

При пальпации живота обнаружена увеличенная, на 2 см выступающая из-под реберной дуги печень. Край ее острый, болезненный, АД снижено до 13,3/7,9 кПа (100/60 мм рт. ст.), пульс замедленный, частота — 1,6 Гц (60 в 1 мин). Характерными для инфекционного гепатита являются следующие данные лабораторного исследования: в сыворотке крови содержание билирубина повышено до 171 мкмоль/л (10 мг%) (в норме 9—17 мкмоль/л (0,5—1 мг%)) по Ван-ден-Бергу), качественная реакция на билирубин прямая, двух-

фазная, лейкопения — количество лейкоцитов 4 Г/л, билирубин определяется в моче.

3. Осложнения, возникающие при сочетании беременности и инфекционного гепатита:

а) прерывание беременности, наступающее чаще во второй половине беременности, преимущественно в желтушном периоде заболевания;

б) внутриутробная смерть плода, возникающая в результате проникновения через плаценту вирусов или их токсинов;

в) изменения в свертывающей и антисвертывающей системах крови, обуславливающие опасность возникновения обильного кровотечения во время беременности и в родах;

г) острая или подострая дистрофия печени, обуславливающая около 50 % материнской летальности.

4. Сходство болезни Боткина с желтухой беременных (токсикоз беременных или гепатопатия) обусловлено желтушным окрашиванием кожи и склеры, сопровождающимся зудом кожи. Однако желтуха беременных продолжается много недель, бывает слабовыраженной, быстропреходящей, в отличие от нарастающей, интенсивной желтухи при инфекционном гепатите. Желтуха беременных протекает без явлений общей интоксикации: температура тела нормальная, печень не увеличивается, заболевание не сопровождается характерным для инфекционного гепатита недомоганием, потерей аппетита, тошнотой. Содержание билирубина в крови при желтухе беременных редко превышает 51 мкмоль/л (3 мг%), кал нормально окрашен. Течение желтухи беременных доброкачественное, выздоровление наступает вскоре после прекращения беременности.

5. Лечение и наблюдение за беременной должно проводиться под контролем врача-терапевта. При инфекционном гепатите беременную необходимо госпитализировать в стационар, амбулаторное лечение полностью исключается из-за опасности перехода в острую или подострую дистрофию печени. Лечение должно быть комплексным, с учетом тяжести болезни и возможных осложнений. Большое значение при этом имеют постельный режим и диетическое питание: творожисто-углеводистая диета, сладкий чай, соки, боржоми, сметана, сливочное масло не более 40—50 г в день, сахар — 50—100 г в день, обильное питье.

Лекарственная терапия: 1—2 % раствор магния сульфата (до 1 л в течение дня), панкреатин — до 10 г/сут, глюкоза, инсулин; при тяжелом гепатите, прекоме, волнообразном течении болезни — преднизолон (начальная доза 0,06—0,09 г, на курс лечения — 0,25—0,8 г).

Ведение беременности должно быть консервативным: профилактика и лечение при недонашивании беременности, профилактика внутриутробной гипоксии и асфиксии плода, профилактика кровотечения в третьем периоде родов с помощью внутривенного введения метилэргометрина или окситоцина. Продолжение беременности противопоказано при формировании затяжного гепатита или острой дистрофии печени.

14.8.

1. *Диагноз*: срочные первые роды, первый период. Очаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации, левосторонний пневмоторакс.

2. План ведения родов. При очаговом туберкулезе легких в фазе инфильтрации и левостороннем пневмотораксе и при отсутствии акушерской патологии роды целесообразно вести через естественные родовые пути. Предварительная подготовка к родам с помощью кальция хлорида, аскорбиновой кислоты и викасола. Первый период родов проводится выжидательно до того момента, пока не появляются условия для наложения акушерских щипцов. Проводить профилактику внутриутробной гипоксии плода по Николаеву.

Во втором периоде родов потуги исключаются применением акушерских щипцов. Показаниями к наложению щипцов являются очаговый туберкулез легких в фазе инфильтрации, левосторонний пневмоторакс, а также то, что женщина — первородящая, поэтому изгнание плода у нее потребует энергичной и длительной работы, которая может отрицательно сказаться на дальнейшем течении туберкулезного процесса.

В третьем периоде родов проводится профилактика возможного кровотечения. После выделения последа обязателен осмотр шейки матки и влагалища с помощью влагалищных зеркал для выявления травм.

В послеродовом периоде в связи с возможным обострением туберкулезного процесса необходимо провести консультацию врача-фтизиатра для решения вопроса о дальнейшем лечении больной и кормлении ребенка.

3. Кормление грудью своего ребенка разрешается матерям, у которых компенсированная форма туберкулеза легких и к моменту кормления не выделяются микобактерии.

Противопоказанием к кормлению новорожденного грудью является активная форма туберкулеза и наличие микобактерий в выделениях у матери. Вопрос о кормлении ребенка грудью решается врачом-фтизиатром.

4. При туберкулезе беременность прерывают не во всех случаях, так как у большинства больных с туберкулезным процессом в фазе уплотнения обострение процесса во время беременности не отмечается.

Абсолютными показаниями к прерыванию беременности при туберкулезе являются: а) фиброзно-кавернозный туберкулез легких; б) деструктивные формы туберкулеза легких, сопровождающиеся повышением температуры тела, кровохарканьем, потливостью, похудением, ухудшением общего состояния; в) быстро прогрессирующий туберкулез гортани.

5. Туберкулез легких обычно не нарушает течения беременности, особенно в первой половине. Однако в тяжелых случаях вследствие интоксикации, высокой температуры тела и постоянного напряжения при сильном кашле могут наступить преждевременные

роды, которые ухудшают прогноз для плода. При срочных родах у матерей, больных туберкулезом, отставания в массе и росте плода обычно не происходит.

Очень редко наблюдается внутриутробное заражение туберкулезом плода, т. е. переход бактерий от матери через плаценту к плоду. Об этом свидетельствуют случаи децидуального туберкулезного эндометрита, туберкулеза плаценты, обнаружение микобактерий в забрюшинных железах и других органах плода. Наиболее часто заражение туберкулезом новорожденных происходит постнатально аэрогенным путем вследствие контакта с больной матерью. Уровень смертности от туберкулеза новорожденных, изолированных от больных туберкулезом матерей, не превышает обычные цифры. Однако при недостаточной изоляции смертность новорожденных резко возрастает.

14.9.

1. *Диагноз:* беременность сроком 8 недель, токсоплазмоз.

2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз токсоплазмоза. Из анамнеза установлено, что женщина в течение последних 5 лет работала дояркой на молочной ферме и постоянно контактировала с домашними животными. Четыре года назад она перенесла какое-то тяжелое заболевание, напоминающее, по ее описанию, клинические проявления приобретенного токсоплазмоза. Заболевание сопровождалось стойким повышением температуры тела и болевой реакцией в области печени. После этого нередко стало возникать гриппоподобное состояние, сопровождающееся общей слабостью и повышением температуры тела. Для токсоплазмоза является характерным отягощенный акушерский анамнез: 2 самопроизвольных аборта и преждевременные роды, смерть родившегося ребенка через 3 дня. Первую беременность, закончившуюся нормальными срочными родами, можно не брать во внимание, так как она возникла еще до заболевания. В момент поступления больной в стационар клиническая картина была характерна для токсоплазмоза: слабость, головная боль, боль в области правого подреберья, температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$, низкое АД — $13,9/7,9$ — $13,3/7,9$ кПа ($105/60$ — $100/60$ мм рт. ст.), печень чувствительная при пальпации.

3. Для уточнения диагноза токсоплазмоза проводится следующее:

а) реакция связывания комплемента с токсоплазменным антигеном ставится по стандартной иммунологической методике и оценивается в соответствующих титрах, которые могут колебаться от низких (1:4—1:10) до высоких (1:160 и выше) пределов;

б) аллергическая кожная проба с токсоплазмином, указывающая на инвазированность токсоплазмозом (проба наименее информативна);

в) реакция Сейбина — Фельдмана, направленная на обнаружение специфических антител, под влиянием которых живые токсоплазмы не окрашиваются раствором метиленового синего;

г) реакция непрямой иммунофлуоресценции токсоплазменных

антител, применяющаяся при латентно протекающих формах заболевания;

д) метод выделения паразитов токсоплазмоза при внутрибрюшинном заражении белых мышей кровью или спинно-мозговой жидкостью больных.

4. Осложнения беременности и родов, вызываемые токсоплазмозом, обусловлены общей интоксикацией организма матери, воздействием инфекции на плод при нарушении плацентарного барьера, нарушением функционального состояния органов и систем матери (нервной, сердечно-сосудистой, печени, эндокринных желез и т. д.). Наличие этих патологических факторов приводит к самопроизвольному аборту, преждевременным родам, акушерским кровотечениям, рождению детей с врожденными пороками и аномалиями развития и т. д.

5. Лечение токсоплазмоза проводится в стационаре, строго индивидуально, под контролем анализов крови, мочи и серологического исследования (реакция связывания комплемента). За время беременности назначается 4 курса лечения, каждый курс продолжительностью 28—30 дней. Первый курс лечения — с 8-й до 12-й недели беременности (его можно начать сразу же после подтверждения диагноза), второй — с 20-й до 24-й, третий — с 32-й до 36-й недели, четвертый — в раннем послеродовом периоде.

Цикл лечения включает следующие препараты: хлоридин по 0,025 г 2 раза в день в течение 5 дней; сульфадимезин по 0,5 г 3 раза в день в течение 7 дней; 20 мл 40 % раствора глюкозы с 2 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты внутривенно в течение 10 дней; 1 мл 5 % раствора тиамин бромид и 1 мл 5 % раствора пиридоксина гидрохлорида внутримышечно в течение 10 дней; 0,02 г никотиновой и 0,25 г аскорбиновой кислот, 2—3 раза в день в течение 10 дней; увлажненный кислород по 30—40 мин ежедневно в течение 10 дней.

14.10.

1. *Диагноз:* беременность сроком 36 недель, острый аппендицит.

2. Клинические симптомы, подтверждающие наличие острого аппендицита: жалобы на боль внизу живота, больше в правой паховой области, тошноту, рвоту; повышение температуры тела (до 37,6 °С), учащение пульса (1,7 Гц — 100 в 1 мин), сухой язык, обложенный сероватым налетом; напряжение мышц передней брюшной стенки, определяющееся при поверхностной пальпации в правой паховой области, при глубокой пальпации в этой области отмечается резкая болезненность; симптомы Щеткина — Блюмберга, Ситковского положительные; увеличение количества лейкоцитов (до 10,7 Г/л), сдвиг лейкограммы влево (палочкоядерных нейтрофильных гранулоцитов 0,03), увеличение СОЭ (20 мм/ч).

3. Единственным общим симптомом для аппендицита и угрозы прерывания беременности является боль внизу живота. Однако при угрозе прерывания беременности боль носит схваткообразный характер (у беременной С. боль ноющая, нарастающего характера), находится внизу живота, но не локализованная (у С. боль ло-

кализована в правой паховой области), тонус матки повышен, матка возбудимая (у С. тонус матки нормальный), шейка матки бывает размягченной, отверстие открывается. У беременной С. шейка матки цилиндрической формы, отверстие закрыто — значит отсутствует угроза прерывания беременности.

Имеющиеся у больной С. симптомы являются характерными для острого аппендицита: боль в животе локализована в правой паховой области, мышцы напряжены, симптомы Щеткина — Блюмберга и Ситковского положительные, тошнота, рвота, сухой, обложенный язык, повышенная температура тела, учащенный пульс, лейкоцитоз со сдвигом лейкограммы влево.

Для уточнения диагноза рекомендуется консультация хирурга.

4. Беременной С. необходима срочная операция. Беременность не является противопоказанием для аппендэктомии. Чтобы операция не спровоцировала преждевременное прерывание беременности, необходимо назначить следующее: а) сохраняющую беременность терапию — прогестерон, аллилэстренол (туринал), токоферола ацетат (витамин Е) и т. п.; б) профилактическое лечение гипоксии плода; в) антибиотики и общеукрепляющую терапию для профилактики и лечения перитонита.

5. Для прогноза при аппендэктомии у беременных наибольшее значение имеет ранняя диагностика и раннее проведение операции.

Прогноз при аппендэктомии у беременных всегда серьезный и тем тяжелее, чем больше срок беременности. При аппендэктомии, проведенной на 36-й неделе беременности и позже, материнская летальность достигает 30 %.

Прогноз ухудшается при возникновении осложнений аппендэктомии — перитонита, преждевременного прерывания беременности и т. д.

У больной С., имеющей беременность сроком 36 недель, прогноз очень серьезный, так как уже при поступлении в отделение наблюдались перитонеальные явления (положительный симптом Щеткина — Блюмберга, повышенная температура тела — 37,6 °С, учащенный пульс, лейкоцитоз и т. д.). Улучшить прогноз сможет экстренная операция с последующим лечением перитонита и профилактикой недонашивания и внутриутробной гипоксии плода.

14.11.

1. *Диагноз*: срочные вторые роды, первый период, раннее отхождение околоплодных вод. Большая фибромиома, расположенная в нижнем сегменте матки и являющаяся препятствием для родоразрешения через естественные родовые пути.

2. Клинические симптомы, подтверждающие наличие фибромиомы матки у роженицы Р.: при наружном акушерском исследовании у дна матки и на передней ее стенке пальпируются небольшие плотные узелки, над лобком — плотноватое образование, нижний полюс которого определить не удастся; при влагалищном исследовании в полости малого таза обнаружена плотноватая бугристая опухоль округлой формы, исходящая из передней стенки нижнего

сегмента матки, нижний полюс которой доходит до плоскости узкой части малого таза.

Об опухоли как о непреодолимом препятствии для родоразрешения свидетельствуют следующие данные: а) у повторнородящей женщины с нормальными размерами таза, ориентировочной массой плода около 3400 г, при нормальном темпе родов (за 6 ч шейка матки сгладилась, отверстие раскрылось на 3 пальца) и хорошей родовой деятельности (схватки продолжительностью 30—35 с, через каждые 5—6 мин, интенсивные) голова плода не вставляется, а остается высоко над входом в малый таз; б) при влагалищном исследовании определяется опухоль, выполнившая полость малого таза и создавшая непреодолимое препятствие для родоразрешения через естественные родовые пути.

3. Осложнения при фибромиоме матки, возникающие во время родов:

а) при расположении фибромиомы в области шейки или нижнего сегмента матки (как у роженицы Р.) создается препятствие для родоразрешения через естественные пути и может произойти разрыв матки, сопровождающийся грозными последствиями — гибелью плода, внутрибрюшным кровотечением, гибелью роженицы;

б) вследствие изменения топографо-анатомических соотношений и понижения тонуса матки нередко встречается поперечное, косое и тазовое положение плода;

в) преждевременное или раннее отхождение околоплодных вод;

г) нарушение сократительной функции матки в родах;

д) гипо- и атоническое кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах, возникающее вследствие нарушения сократительной функции матки;

е) самопроизвольный разрыв матки над или под узлом опухоли вследствие деформирующего перерождения ее стенок;

ж) преждевременное самопроизвольное прерывание беременности.

4. Родоразрешить роженицу Р. следует с помощью кесарева сечения. *Показания:* наличие большой опухоли, расположенной в области нижнего сегмента матки и являющейся непреодолимым препятствием для родоразрешения через естественные родовые пути. *Условия:* нормальная температура тела у роженицы и наличие живого плода.

5. Объем операции: кесарево сечение, а в возможных случаях — операция по поводу фибромиомы. К решению вопроса о сочетании кесарева сечения с миомэктомией следует подходить строго индивидуально, с учетом общего состояния женщины, величины и расположения опухоли и квалификации оперирующего хирурга. При хорошем состоянии больной и удобном для оперирования расположении опухоли применяют комбинацию кесарева сечения с консервативно-пластическими операциями, сохраняющими менструальную и даже детородную функции матки, или радикальные операции (надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки). При планировании операции следует обязательно учитывать, что при боль-

шой величине фибромиомы, расположенной в шейке матки (как у роженицы Р.), операция может оказаться технически трудновыполнимой, так как из-за обильно развитой сосудистой сети матки при беременности операция нередко сопровождается значительным кровотечением, опасным не только для здоровья, но и для жизни женщины. В таких случаях приходится применять только кесарево сечение.

14.12.

1. *Диагноз:* беременность сроком 12 недель, рак шейки матки, экзофитная форма, I стадия.

2. Для определения рака шейки матки послужили основанием следующие данные клинического исследования беременной Т.:

а) эрозия шейки матки, впервые обнаруженная год назад и возобновившаяся спустя 6 месяцев после консервативного лечения;

б) кровянистые, жидкие, с ихорозным запахом выделения из половых органов;

в) бугристые, в виде цветной капусты, с ярко-красной поверхностью и участками некроза и кровоизлияний, кровоточащие разрастания вокруг отверстия матки, обнаруженные при помощи влагаллических зеркал;

г) проба Шиллера с раствором Люголя йодотрицательная.

Для диагноза I стадии рака шейки матки основанием послужили следующие данные:

а) подвижные шейка и тело матки, свободный параметрий, глубокий свод влагалища, не инфильтрированные крестцово-маточные связки;

б) подвижность слизистой оболочки влагалища и прямой кишки, отсутствие инфильтратов в клетчатке прямокишечно-влагалищной перегородки, установленные при прямокишечно-влагалищном исследовании;

в) не нарушенные акты дефекации и мочеиспускания;

г) отсутствие белка и эритроцитов в моче.

3. Для подтверждения диагноза рака шейки матки производятся следующие исследования:

а) кольпоскопия пораженного участка на шейке матки при увеличении в 40 раз, позволяющая выявить начальные стадии злокачественного процесса;

б) кольпомикроскопия шейки матки при увеличении в 250—300 раз и прижизненной окраске клеток поверхностного эпителия;

в) цитологическая диагностика, основанная на исследовании эпителиальных клеток, которые отторгаются с поверхности опухоли, и обнаруживающая атипические клетки, митоз, анизоцитоз и т. д.;

г) биопсия с гистологическим исследованием пораженной ткани;

д) цистоскопия и ректоскопия для определения степени распространения ракового процесса по направлению к мочевому пузырю и прямой кишке.

4. Во всех случаях рака шейки матки при беременности тактика

врача в выборе метода лечения определяется степенью распространения процесса, с учетом интересов матери. То или иное решение в отношении лечения должно быть предпринято незамедлительно, как только подтвердится диагноз рака шейки матки.

При операбельном раке шейки матки I стадии, реже II стадии (как у беременной Т.), при сроке беременности до 12 недель производится расширенная экстирпация матки по Вертгейму без предварительного удаления плодного яйца с последующей лучевой терапией.

5. Тактика врача при сочетании неоперабельного (III—IV стадий) рака шейки матки и беременности должна исходить из интересов матери: целесообразно сначала прервать беременность, а затем подвергнуть большую лучевой терапии. Способом прерывания беременности должно быть во все сроки беременности кесарево сечение, так как родоразрешение через естественные родовые пути, пораженные раком, может привести к неизбежному и всегда опасному для жизни кровотечению, а также к распространению метастазов.

14.13.

1. *Диагноз:* беременность сроком 34 недели. Резус-отрицательный фактор крови с нарастающим резус-конфликтом. Отягощенный акушерский анамнез (преждевременные роды мертвого плода).

2. Данные, подтверждающие диагноз резус-конфликта у беременной Р.: а) данные акушерского анамнеза, указывающие на то, что женщина сенсибилизировалась еще при предыдущей беременности, закончившейся преждевременным ее прерыванием мертвым плодом; б) титр резус-антител 1:2 с самого начала настоящей беременности.

О нарастании резус-конфликта свидетельствует рост (с 1:2 до 1:4) титра резус-антител после 32-й недели беременности, увеличение содержания билирубина в крови с 85 до 137 мкмоль/л (5—8 мг %), увеличение печени.

3. При резус-конфликте у беременной женщины может развиваться гемолитическая анемия, сопровождающаяся головокружением, обморочным состоянием, слабостью, болью внизу живота, снижением уровня гемоглобина в крови с явлениями выраженной гипохромной анемии, повышением уровня билирубина в сыворотке крови, гемолитической желтухой, снижением тонуса матки. Нередко на фоне резус-конфликта развиваются поздний токсикоз беременных, гипотензия, нарушения функций печени.

У плода при резус-конфликте примерно в 30 % случаев развивается гемолитическая болезнь, проявляющаяся гемолитической анемией с водянкой (наиболее тяжелая форма), желтухой или без желтухи и водянки. Кроме того, могут наблюдаться нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы, изменения двигательной активности, а также антенатальная гибель плода. Нередко отмечается самопроизвольное преждевременное прерывание беременности.

4. Для установления резус-конфликта существуют такие методы исследования:

а) многократное определение титра резус-антител на протяжении всей беременности (что было проведено у беременной Р.): нарастание титра антител характерно для беременности с наличием резус-конфликта;

б) амниоцентез для определения увеличения (до 3 мкмоль/л и более) содержания билирубина в околоплодных водах и титра резус-антител, свидетельствующего о гемолитической болезни новорожденного, сопровождающей резус-конфликт;

в) исследование микрообъемов крови плода, взятой из предлежащей части, на содержание резус-антител, билирубина, для определения группы крови, резус-фактора и половой принадлежности плода (мальчики больше подвержены гемолитической болезни);

г) подсчет числа ретикулоцитов в крови беременной, которое при гемолитической анемии превышает 0,18;

д) определение увеличения экскреции эстриола с мочой (до 87 мкмоль (25 мг/сут) при норме 59—62 мкмоль — 17—18 мг), которое возможно при чрезмерном разрастании плаценты, наблюдающемся при гемолитической анемии.

5. План ведения беременной при резус-отрицательном факторе крови:

а) при взятии на учет тщательно собрать анамнез (преждевременное прерывание беременности, мертворождения, гемолитическая болезнь новорожденного, реакция на переливания крови без учета резус-принадлежности и т. д.);

б) определить группу крови и резус-принадлежность у мужа;

в) ежемесячно определять титр резус-антител, а при обнаружении нарастания его — по необходимости;

г) при наличии предпосылок к резус-конфликту (отягощенный анамнез, нарастание титра антител и пр.) провести три курса лечения в условиях стационара (глюкоза, аскорбиновая кислота, токоферола ацетат, викасол, цианокобаламин (витамин В₁₂), рутин, антианемин, печеночный экстракт — камполон, оксигенотерапия, общее ультрафиолетовое облучение), для усиления лечебного эффекта произвести пересадку беременной расщепленного лоскута кожи мужа (2×2 см). Применяется также преднизолон по 0,5 таблетки 2 раза в день (суточная доза 0,005 г), затем кортикотропин по 25 ЕД ежедневно в течение 10 дней. При угрозе прерывания беременности или ухудшения состояния плода назначается диатермия поясничной области (6 сеансов по 20 мин ежедневно, сила тока 0,5—1 А) и инъекции прогестерона по 5 мг ежедневно в течение 6—8 дней. При нарастании титра антител применяется гемосорбция;

д) при отсутствии эффекта от лечения (нарастание титра антител, ухудшение состояния плода и пр.) и при отягощенном акушерском анамнезе (мертворождение, ранняя детская смертность и др.) рекомендуется преждевременное родоразрешение через естественные родовые пути. Кесарево сечение применяется только при наличии сопутствующих акушерских показаний (узкий таз, поперечное положение плода и пр.).

14.14.

1. *Диагноз:* беременность сроком 32 недели. Гипохромная анемия.

2. Анемия — наиболее частое заболевание крови, возникающее во второй половине беременности. В большинстве случаев у беременных наблюдается железодефицитная анемия. В анамнезе при данном виде анемии отмечаются заболевания пищевого канала, глистные инвазии, острые инфекционные болезни, грипп, гипотоническая болезнь, тонзиллит, синусит, самопроизвольные аборт и т. д.

3. При обследовании больной должны определяться: общие показатели крови, гематокритное число, белок и белковые фракции, электролиты, объем циркулирующей крови. Кроме того, определяются функции печени, пищевого канала, почек. Выявляются и санируются очаги хронической инфекции.

Лечение анемии включает витаминизированную, богатую белками и минеральными веществами диету, препараты восстановленного железа (от 3 до 6 г/сут) с аскорбиновой кислотой (0,1/1 г железа) через 30—40 мин после еды (курс лечения 8—10 недель), гемостимулин (по 0,5—1 г 3—4 раза в день, запивать разведенной соляной кислотой), ежедневное внутримышечное введение 100—200 мкг цианокобаламина. При выраженной анемии — лечение стационарное. Назначают следующие препараты железа: феррум Лек, ферроплекс, феррокаль, каферид и т. д.

4. Беременность при железодефицитной анемии может прерываться досрочно. Поэтому, наряду с лечением анемии, назначается лечение, сохраняющее беременность (аллилэстренол, прогестерон, магния сульфат, партусистен и т. д.). При малейших признаках угрозы прерывания беременности — немедленная госпитализация в отделение патологии беременности.

Роды при анемии обычно ведутся консервативно. При этом необходимо следить за кровопотерей и своевременно переливать кровь, проводить профилактику слабости родовых сил, гипотонического маточного кровотечения, гипо- и асфиксии плода.

14.15.

1. *Диагноз:* беременность сроком 24—25 недель. Острый правосторонний пиелонефрит. Угроза прерывания беременности.

2. У беременных с пиелонефритом проводят количественное (пробы Нечипоренко, Зимницкого) и бактериологическое (при пиелонефрите в 1 мл мочи обнаруживается больше 1 млн. микробных тел) исследование мочи, идентифицируют возбудителя и определяют его чувствительность к антибиотикам, выделяют «активные лейкоциты» (клетки Штернгеймера — Мальбина или сегментоядерные нейтрофильные гранулоциты, которые определяются только при пиелонефрите), определяют клиренс эндогенного креатинина. Хроническому пиелонефриту присущи также гипо- и изостенурия.

Результаты исследования, проведенного у данной больной: мочи — лейкоцитов около 35 в поле зрения, относительная плот-

ность — 1015, содержание белка — 0,25 г/л, клеток плоского эпителия — около 10 в поле зрения, эритроцитов — 8—10 в поле зрения, бактериурия (около 2 млн. микробных тел в 1 мл мочи); крови — лейкоцитов — 12 Г/л, содержание гемоглобина — 0,9 ммоль/л, СОЭ — 40 мм/ч, остаточного азота — 46,4 ммоль/л, азота мочевины — 35,7 ммоль/л; пробы Нечипоренко — лейкоцитов — 15 тыс., эритроцитов — 4 тыс.; проба Зимницкого в норме.

Лечение больной включает антибактериальные препараты с учетом антибиотикограммы и влияния их на плод. В I триместре в интересах плода применяют только антибиотики пенициллинового ряда (ампициллин, оксациллин, метациллин и пр.), во II и III триместре — антибактериальные препараты: 5-НОК, кислоту налидиксовую (невиграмон), фурагин, которые избирательно действуют на возбудителей инфекции мочевых путей. Дезинтоксикационная терапия включает применение белковых препаратов, гемодеза, реополиглюкина. Назначают десенсибилизирующие и спазмолитические препараты, полностью исключают из лечения эритромицин, стрептомицин, левомицетин и тетрациклины.

3. Пиелонефрит неблагоприятно влияет на течение беременности (угроза преждевременного прерывания) и состояние плода (гипоксия, асфиксия, внутриутробное инфицирование). Наблюдается в 50 % случаев сочетанный поздний токсикоз беременных, высокая перинатальная смертность за счет внутриутробного инфицирования плода.

4. При проведении профилактических мероприятий необходимо учитывать, к какой степени риска относится беременная. К I степени риска относятся беременные с неосложненным пиелонефритом, ко II — с хроническим пиелонефритом, существовавшим до беременности, к III — с пиелонефритом и гипертензией или с пиелонефритом единственной почки.

К ТЕМЕ 15

15.1.

1. **Диагноз:** беременность сроком 8 недель. Направлена на медицинский аборт по собственному желанию.

2. Противопоказаниями для производства аборта являются: беременность сроком больше 12 недель, интервал менее 6 месяцев после предшествовавшего аборта, острое и подострое течение гонореи и другие воспалительные процессы половых органов, наличие гнойных очагов независимо от места их локализации, острые инфекционные заболевания.

3. Искусственный аборт (выскабливание полости матки при беременности) состоит из трех основных моментов: 1) выпрямление оси матки; 2) расширение канала шейки матки; 3) разрушение и удаление плодного яйца.

Техника операции: влагалищную часть шейки матки обжимают с помощью зеркал, переднюю и заднюю губу захватывают

щипцами Мюзо. Для выпрямления оси матки при ее ретрофлексии подтягивают влагалищную часть шейки кпереди, к лобку, а при антефлексии — кзади, к крестцу. После этого производят зондирование матки для определения направления оси и измерения длины ее полости. Канал шейки матки расширяют расширителями Хегара. При прерывании беременности сроком до 12 недель расширение достаточно доводить до 11,5—12-го номера расширителя. Абортиангом разрушают и по возможности целиком или по частям удаляют плодное яйцо. Остатки яйца и децидуальную оболочку удаляют с помощью кюреток. Для этого сначала применяют тупые, более крупные (№ 5—6), затем — меньших размеров (№ 1—2), острые кюретки. Кюретку каждый раз вводят в полость матки по ходу канала шейки, при этом до дна матки введение кюретки проводят медленно, а обратное движение — смелее и энергичнее. Необходимо соблюдать строгую последовательность выскабливания стенок матки. Конец операции определяют по характерному звуку кюретки на всех участках полости матки. Если на каком-либо участке этот звук не получается, кюретку меняют на меньшую, но более острую и продолжают выскабливание. После окончания операции инструменты удаляют.

Для лучшего сокращения матки на живот на 1—1,5 ч следует положить пузырь со льдом.

4. Осложнения медицинского аборта, которые могут возникнуть в момент операции или вскоре после нее: а) перфорация (прободение) матки; б) кровотечение; в) остатки частей плодного яйца; г) воздушная эмболия, возникающая при применении вакуум-аппарата.

5. Профилактикой абортов является предупреждение беременности. С этой целью медицинскими работниками родильных домов, женских консультаций, больниц и фельдшерско-акушерских пунктов проводятся санитарно-просветительная работа об опасностях и осложнениях, к которым приводят аборты, популяризация противозачаточных средств, избавляющих женщин от вредных последствий абортов.

Различают физиологические, гормональные, механические, химические, хирургические и другие способы предохранения от беременности.

Физиологический метод предупреждения беременности основан на учете срока овуляции (12—16-й день при 28-дневном менструальном цикле), продолжительности жизни зрелой яйцеклетки (до 24 ч) и оплодотворяющей способности сперматозоонов (до 48 ч). Для определения периода физиологической стерильности в течение 3 месяцев подряд в условиях женской консультации ежедневно проводят функциональные пробы (ведение менструального календаря, измерение ректальной температуры, симптом зрачка, феномен папоротника и пр.). По результатам этих проб разрабатывают индивидуальные календарные таблицы с указанием дней «опасного» и «безопасного» периодов. Например, при 28-дневном менструальном цикле «опасный» период продолжается с 10-го до 17-го дня цикла

от начала менструации, остальные дни являются периодом физиологической стерильности, когда зачатие не наступает.

Предупреждение беременности достигается допущением половых сношений только в период физиологической стерильности каждого менструального цикла. Метод совершенно безвреден для здоровья супругов, при строгом соблюдении указанных требований его можно считать достаточно эффективным. Физиологический метод предупреждения беременности неприемлем при очень коротком (меньше 20 дней) и нерегулярном менструальном цикле.

15.2.

1. *Диагноз*: беременность сроком 12 недель. Осложнение медицинского аборта — перфорация матки.

2. Причины прободения матки при искусственном аборте: а) незнание положения матки до проведения аборта (операция проводилась без предварительного влагалищного осмотра большой оперирующим врачом); б) введение инструментов (расширителей, кюреток) в полость матки без предварительного выпрямления канала шейки матки; в) форсированное введение инструментов в полость матки; г) захватывание абортцангом тканей, которые еще не отделились от стенок матки; д) применение корнцанга для удаления плодного яйца; е) беременность сроком 12 и более недель.

Причинами перфорации задней стенки матки у больной И. явились большой срок беременности (12 недель) и невыпрямленный или недостаточно выпрямленный перед введением инструментов канал шейки матки.

3. Признаки прободения матки во время искусственного аборта: а) извлечение из матки через перфорационное отверстие внутренних органов (сальника, кишки или частей их); б) внезапное проникновение инструмента на такую глубину, которая не соответствует длине полости матки, определенной до выскабливания; в) наружное или внутреннее кровотечение, сопровождающееся шоком; г) внезапная острая боль, возникающая при аборте, проводимом без обезболивания.

Для диагностики прободения матки, при отсутствии явных и предшествующих признаков, пользуются контрольным зондированием полости матки с тщательным ощупыванием зондом стенок матки (противопоказано при наличии инфекции).

4. При перфорации матки необходимо срочно произвести чревосечение для выяснения характера и объема повреждений матки и внутренних органов брюшной полости, что позволит решить вопрос об объеме операции. Примерный ход операции: втянутый в матку участок сальника перевязывают и пересекают над перфорационным отверстием, проводят ревизию сальника, кишок, мочевого пузыря. При отсутствии повреждения других внутренних органов осматривают матку. Если перфорационное отверстие обширное, со значительным размозжением краев раны и гематомой, в пределах здоровой ткани производят надвлагалищную ампутацию матки. При небольшом перфорационном отверстии без размозжения тканей

иссекают края раны, кюреткой удаляют через расширенное отверстие остатки плодного яйца, ушивают перфорационное отверстие.

5. При перфорации матки, как правило, показано немедленное чревосечение.

В некоторых случаях, если перфорация матки не подтверждена, но имеется подозрение на прободение ее, сделанное зондом или расширителями, полностью исключающее повреждение внутренних органов, при отсутствии кровотечения и инфекции, допускается консервативно-наблюдательное ведение больной. Немедленно прекращают операцию, переносят больную в постель, создают положение полусидя, кладут лед на живот, проводят антибиотикотерапию и наблюдение за состоянием больной, чтобы не пропустить тревожных симптомов кровотечения (снижение АД, учащение пульса) и перитонита (болезненность живота, положительный симптом Щеткина — Блюмберга, учащение пульса, повышение температуры тела, рвота). Если при наблюдении общее состояние остается удовлетворительным и отсутствуют симптомы кровотечения и перитонита, можно продолжать консервативное лечение.

Однако консервативное ведение больных с перфорацией матки всегда является опасным для больной и никогда нельзя быть уверенным в хорошем прогнозе, так как даже при небольшой величине прободного отверстия может быть ранение кишок и других органов, вызывающее позднее развитие перитонита. Поэтому правильнее считать, что перфорация матки подлежит немедленному оперативному лечению, причем чем раньше оно будет начато, тем лучше прогноз.

15.3.

1. *Диагноз:* осложнение медицинского аборта — задержка в полости матки частей плодного яйца, кровотечение, острое малокровие.

2. Обильное кровотечение после медицинского аборта при диагностируемой задержке в полости матки частей плодного яйца является показанием к немедленному повторному выскабливанию полости матки. При этом необходимо полностью опорожнить матку от элементов плодного яйца. Повторное выскабливание следует проводить с чрезвычайной осторожностью, так как оно всегда опасно возможными осложнениями (например, перфорацией матки).

Повторное выскабливание у больной А. следует сочетать с активным комплексным лечением анемии (переливание крови и кровезаменителей, вливание глюкозы, витаминов, гемостимулирующие средства и пр.), профилактикой инфекции (антибиотики, сульфаниламиды), с усиливающим сокращения матки лечением (холод на низ живота, препараты спорыньи и пр.).

3. Для того чтобы избежать перфорации матки во время аборта, необходимо соблюдать следующие правила:

а) ограничить срок беременности (с 7 до 12 недель), при котором наиболее безопасно производить медицинский аборт;

б) точно устанавливать перед операцией положение и величину матки, чтобы при аборте выпрямлять направление канала шейки матки для предохранения от повреждения;

в) расширение канала шейки матки проводить медленно, без насилия и форсирования;

г) удаление отделившихся от стенки матки частей плодного яйца производить тупым инструментом (абортцангом);

д) при каждом захвате тканей абортцанг необходимо выводить из матки, все извлекаемые ткани должны тщательно осматриваться;

е) при малейшем подозрении на перфорацию следует прекратить операцию для уточнения диагноза.

4. Аборты, произведенные даже в медицинских условиях, нередко сопровождаются осложнениями: воспалительными заболеваниями внутренних половых органов, дисфункцией яичников и надпочечников с нарушением менструального цикла, бесплодием, внематочной беременностью, преждевременным самопроизвольным прерыванием последующих беременностей (выкидыш, преждевременные роды), недостаточностью сократительной функции матки и кровотечением в послеродовом и раннем послеродовом периодах при последующих родах.

5. В профилактике абортов основное место принадлежит санитарно-просветительной, разъяснительной работе среди женщин об опасностях и осложнениях, к которым приводят аборты, и популяризации современных противозачаточных средств, предупреждающих нежеланную беременность.

Механические противозачаточные средства делятся на мужские и женские презервативы и внутриматочные пессарии.

Мужской презерватив (кондом) изготовляют из тонкой высококачественной резины, прост в употреблении, эффективен, безвреден, предохраняет от заражения венерическими болезнями. Недостатки — снижение сексуального чувства и исключение положительного влияния спермы на организм женщины.

Влагалищные женские колпачки-диафрагмы разделяют влагалище на переднюю часть, куда изливается эякулят, и заднюю, в которой располагается шейка матки. Они подбираются индивидуально, соответственно ширине влагалища. Недостатки — не дает полной гарантии от оплодотворения.

Шеечные колпачки Кафки бывают различных размеров, подбираются по величине и форме шейки матки, изготавливают из алюминия, синтетических материалов и каучука. Применяются при I—II степенях чистоты влагалища, нормальной величине и форме шейки матки, отсутствии воспалительных заболеваний матки, придатков и шейки матки.

15.4.

1. *Диагноз:* беременность сроком 12 недель, самопроизвольно начавшийся аборт. Инфантилизм половых органов.

2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз. Беременность сроком 12 недель подтверждается данными анамнеза (последняя менструация 3 месяца назад) и гинекологического исследова-

ния (шейка матки сочная, цианотичная, поверхность матки гладкая, матка шарообразной формы, мягковатой консистенции, увеличена до размеров головы новорожденного).

На самопроизвольное начало аборта указывает то, что женщина состояла на учете в женской консультации.

О начавшемся аборте свидетельствуют данные гинекологического исследования: отверстие матки пропускает кончик пальца, имеются кровянистые выделения из половых органов в небольшом количестве, величина матки соответствует установленному сроку беременности (12 недель, с голову новорожденного).

Инфантилизм подтверждают следующие данные: неблагоприятные материально-бытовые условия в детстве, поздно начавшаяся скудная и болезненная менструация, первая беременность через три года от начала половой жизни, скудное оволосение на лобке, малые половые губы не прикрыты большими, втянутая промежность, короткое узкое влагалище, длинная коническая шейка матки.

3. Причинами самопроизвольного прерывания беременности могут быть расстройства эндокринной системы, инфантилизм, инфекция, воспалительные заболевания и пр. Нередко выкидыш бывает следствием не одной, а нескольких причин. Причиной начавшегося аборта у беременной Н. можно считать инфантилизм — недоразвитие половых органов, который развился в детском возрасте вследствие неблагоприятных материально-бытовых условий.

4. Консервативное лечение угрожающего и начавшегося аборта может сохранить беременность. Проводится оно комплексно.

После 8—9-недельного срока беременности хороший эффект оказывает ежедневное внутримышечное введение 500—1500 ЕД хорионического гонадотропина на протяжении 10 дней, затем 0,05—0,1 мг этинилэстрадиола с 0,01 г прогестерона 1 раз в день и 1 мл 6,5—12,5 % раствора оксипрогестерона капроната 1 раз в неделю. Лечение заканчивается к 15—16-й неделе беременности при полной нормализации клинических и лабораторных показателей.

Для уменьшения сокращений матки применяют по 0,01—0,02 г тропазина или по 0,03 г папаверина гидрохлорида 3 раза в день. Широко используются спазмолитические (но-шпа по 2 мл внутримышечно 2 раза в день) и седативные (внутримышечное введение магния сульфата 15 мл 20 % раствора 3—4 раза в день) средства, а также аллилэстренол по 1 таблетке 2 раза в день.

В последние годы для снижения возбудимости и сократительной функции матки применяется эндоназальный электрофорез тиамин-бромидом или натрия сульфата. Хороший эффект оказывает психотерапия, сущность которой сводится к устранению отрицательных эмоций, функционального напряжения, нарушений сна и пр. Во время лечения рекомендуется физический покой, постельный режим, регуляция функций кишок.

5. Первобеременную И., 25 лет, имевшую проявления инфантилизма, в женской консультации необходимо было взять на диспансерный учет как беременную с фактором повышенного риска; провести тщательное гормональное обследование, проконсультировать

у врача-эндокринолога и, не ожидая появления клинических симптомов начавшегося аборта, госпитализировать, обеспечив тем самым точную диагностику, раннее патогенетическое лечение и постельный режим. При наличии инфантилизма рекомендуется раннее одновременное применение эстрогенов и прогестерона. При желании и возможности сохранять беременность в дальнейшем беременную необходимо наблюдать как с фактором повышенного риска.

15.5.

1. *Диагноз:* беременность сроком 12 недель, самопроизвольный аборт в ходу (*abortus progrediens*). Кровотечение.

2. Данные клинического исследования больной М., подтверждающие диагноз:

беременность сроком 12 недель устанавливается из анамнеза (последняя менструация 3 месяца назад) и на основании данных двуручного исследования (матка увеличена до размеров головы новорожденного, что соответствует 3-месячной, т. е. 12-недельной, беременности);

самопроизвольность аборта можно предположить на том основании, что женщина с 6-недельного срока настоящей беременности находилась под наблюдением в женской консультации; возможной причиной самопроизвольного прерывания беременности могли быть перенесенные ранее два медицинских аборта;

стадия аборта — аборт в ходу — устанавливается при гинекологическом исследовании: шейка матки раскрыта так, что свободно проходит один палец, в канале определяется плодный пузырь и кусочки ткани красного цвета, величина матки соответствует сроку беременности, наблюдается обильное кровотечение; эти данные указывают на то, что плодное яйцо частично или полностью отделилось от стенок матки, но еще находится в ее полости и через раскрытый канал шейки нижним полюсом выталкивается из матки;

кровотечение подтверждается наличием крови на наружных половых органах, бедрах, во влагалище (заполнено сгустками крови), бледностью кожи и слизистой оболочки, низким АД (13,3/7,9 кПа — 100/60 мм рт. ст.).

3. Лечебная тактика при *abortus progrediens* при беременности сроком до 12 недель, сопровождающимся обильным кровотечением, сводится к экстренному удалению отслоившегося плодного яйца инструментальным способом — выскабливанием полости матки.

После выскабливания полости матки рекомендуются антибиотики и сульфаниламидные препараты для профилактики инфекции, средства, стимулирующие мускулатуру матки, антианемические и гемостимулирующие препараты. Кроме этого, следует провести санитарно-просветительную беседу о вреде и опасности аборта с рекомендацией контрацептивных средств.

4. При аборте в ходу при беременности сроком 20 недель и более рекомендуется выждать самопроизвольное рождение плодного яйца. При обильном кровотечении необходимо разорвать плодный пузырь, а после рождения плода произвести пальцевое удале-

ние послета с последующим инструментальным выскабливанием полости матки. После выскабливания назначают средства, стимулирующие мускулатуру матки, антианемические и антибактериальные препараты.

5. Профилактика абортот заключается в проведении разъяснительной работы медицинским персоналом о вреде аборта и осложнениях, к которым он приводит, а также в пропаганде противозачаточных средств, предупреждающих нежеланную беременность.

Внутриматочные механические средства (ВМС), или пессарии, представляют собой петли и спирали, которые вводят внутрь матки на длительное время. Изготавливаются ВМС преимущественно из полиэтилена, чаще в виде спирали Липса. Размер спирали определяется шириной наибольшей ее части (№ 1—25 мм, № 2—27,5 мм, № 3—30 мм, № 4—32,5 мм). Введение ВМС в матку является серьезной манипуляцией, разрешенной только предварительно обученному врачу. Вводится ВМС с помощью специальных полиэтиленовых шприцев-проводников. Стерилизуют ВМС и проводники, погружая их на 3 дня в 2 % раствор хлорамина и ежедневно меняя его, а перед введением — на 2 ч в 95 % этиловый спирт.

Перед введением ВМС влагалище и шейку матки обрабатывают дезинфицирующим раствором и спиртом, производят тщательное гинекологическое исследование женщины и зондирование матки для уточнения типа и размера ВМС. Иногда требуется расширить канал шейки матки до № 3—4 расширителя Хегара. При возникновении непредвиденного препятствия и затруднения при введении ВМС лучше отложить введение, а при повторных затруднениях предложить женщине другой метод контрацепции, так как не исключается возможность перфорации матки. Вводят ВМС сразу после окончания менструации или на 4—7-й день менструального цикла; женщинам, перенесшим аборт, — после очередной менструации, а после родов — не раньше, чем через 3 месяца.

Противопоказания к применению ВМС: острые и подострые воспалительные процессы женских половых органов, нарушения менструального цикла, опухоли и аномалии развития матки, перенесенное кесарево сечение, подозрение на беременность. Не рекомендуется использовать ВМС ранее не беременевшим женщинам.

15.6.

1. *Диагноз:* беременность сроком 16 недель, самопроизвольно начавшийся привычный аборт. Истмико-цервикальная недостаточность.

2. Диагноз подтверждается следующими данными обследования беременной В.

Срок беременности (16 недель) выясняется из данных анамнеза (последняя менструация 4 месяца назад), по высоте стояния дна матки (матка находится посередине расстояния между пупком и лобком, дно ее на 4 поперечных пальца выше лобка) и при влагалищном исследовании (матка увеличена до размеров 16-недельной беременности, цианоз слизистой оболочки шейки матки и влагалища).

Самопроизвольность аборта устанавливается на том основании, что женщина находилась под наблюдением в женской консультации, тщательно обследована. Беременность желанная, четвертая за 4 года половой жизни. Живых детей нет.

Стадия аборта — начавшийся аборт — определяется при влагалищном исследовании: шейка матки укорочена, отверстие свободно пропускает палец, величина матки соответствует сроку беременности (16 недель, матка посередине между пупком и лобком, дно ее на 4 поперечных пальца выше лобка). О том, что аборт стал привычным свидетельствуют 3 беременности за 4 года половой жизни, которые закончились самопроизвольным абортом на 14-й, 20-й и 16-й неделе беременности.

Истмико-цервикальная недостаточность предполагается на том основании, что при угрожающем аборте (нет кровянистых выделений) шейка матки стала укороченной, отверстие ее свободно пропускает палец. Других причин, вызывающих самопроизвольное прерывание беременности, нет.

3. При истмико-цервикальной недостаточности матки (несостоятельность перешейка матки) показано хирургическое лечение, способствующее сужению или временному закрытию отверстия матки.

Операция Широкара состоит в наложении кругового кисетного шва на область перешейка матки. Шов сдвоенным шелком № 6 проводят под слизистую оболочку влагалища на границе перехода шейки в свод влагалища.

Операция Любимовой — круговой шов (кольцо) из медной проволоки в полиэтиленовом чехле накладывают на поверхность влагалищной части шейки матки на уровне перешейка. Кольцо удерживается отдельными фиксирующими швами.

Операция Сценди — слизистую оболочку шейки канала матки удаляют вокруг зияющего отверстия, затем сшивают между собой переднюю и заднюю губу отверстия матки, т. е. полностью зашивают кетгутowymi или шелковыми швами отверстие матки, вследствие чего образуется рубец, легко разрушающийся во время родов.

4. Для уменьшения сократительной функции матки назначают следующие средства: по 0,01—0,02 г тропацина или по 0,03 г папаверина гидрохлорида 3 раза в день, внутримышечно по 2 мл но-шпы 2 раза в день и 15 мл 20 % раствора магния сульфата 3—4 раза в день. Кроме того, применяется эндоназальный электрофорез тиамин или натрия сульфата, прогестерон, аллилэстренол и пр.

5. Сохранение беременности при угрожающем и начавшемся аборте возможно, так как при этом плодное яйцо еще соединено со слизистой оболочкой матки или связь эта нарушена лишь частично на небольшом участке. На это указывает отсутствие или наличие незначительных кровянистых выделений, закрытый или слегка расширенный канал шейки матки, величина матки, соответствующая сроку беременности. Если беременная строго соблюдает назначенный режим и принимает соответствующее лечение, беременность удастся сохранить. При начавшемся аборте прогноз хуже, чем при угрожающем.

15.7.

1. *Диагноз:* криминальный аборт, перфорация матки по правому краю ее. Вторичный перитонит.

2. Данные клинического исследования больной Л., подтверждающие диагноз. Искусственный аборт был сделан на дому знакомым врачом. Перфорация матки, по-видимому, не была распознана врачом сразу, так как не сопровождалась кровотечением и болью, если операция проводилась под обезболиванием.

Перфорация матки обусловлена наличием неблагоприятных для исхода аборта факторов: аборт производился при большом сроке беременности, так как известно, что 3-месячная календарная беременность всегда превышает 12-недельный срок, являющийся предельным для медицинского аборта; производство аборта в домашних (криминальных) условиях вызывает у врача нарушение эмоционального равновесия, что приводит к страху и поспешности при производстве операции.

Наличие перфорации подтверждается ухудшением состояния больной через 2 ч после аборта и появлением симптомокомплекса перитонита, а также на основании влагалищного исследования, при котором обнаружена резкая болезненность при пальпации матки и правых придатков, пастозность в области правой боковой части свода влагалища. Последним устанавливается локализация перфорации — по правому краю матки.

Вторичный перитонит возникает, как правило, после предшествующего ему заболевания органов брюшной полости. В случае с больной Л. перитонит развился после перфорации матки, сделанной во время криминального аборта. Клиническая картина при поступлении характерна для перитонита: состояние больной тяжелое, непрерывная рвота, температура тела 37,4 °С, частота пульса не соответствует температуре тела — 2 Гц (120 в 1 мин), кожа бледная с серовато-землистым оттенком, провалившиеся глаза, заострившиеся черты лица, сухой, обложенный язык, живот напряжен, болезнен при пальпации, симптом Щеткина — Блюмберга положительный, притупление в нижних областях живота справа (выпот).

3. Учитывая наличие у больной Л. вторичного перитонита, возникшего в результате перфорации матки при криминальном аборте, необходимо произвести лапаротомию, объем которой будет зависеть от величины перфорационного отверстия на матке (ушивание или ампутация матки) и от распространенности инфекции (широкое дренирование или лаваж). При этом необходимо назначить средства, поддерживающие работу сердца, антибактериальные препараты, бороться с обезвоживанием.

4. Прерывание беременности в поздние сроки выскабливанием полости матки запрещено, так как увеличивается риск прободения матки, возможность возникновения других осложнений, опасных для жизни женщины. Беременность сроком более 12 недель прерывают только при наличии медицинских показаний при помощи интраамниального введения 20 % раствора натрия хлорида или за-

оболочечного введения стерильной жидкости (раствора этакридина лактата — 1 : 5000 или фурацилина — 1 : 5000). Для подготовки матки к сократительной функции вводят эстрогены, галаскорбин, глутаминовую кислоту, тиамин, препараты кальция, калия, кобальта, для стимуляции сокращений матки — окситоцин, динопрост (простагландин F_{2α}), серотонин.

5. Согласно законодательству СССР, за производство аборта вне лечебного учреждения врач несет уголовную ответственность.

Указ Президиума Верховного Совета СССР от 23 ноября 1955 года, п. 3, гласит: «Сохранить установленную уголовную ответственность как врачей, так и лиц, не имеющих специального медицинского образования, производящих аборт в вне больниц или других лечебных учреждений».

В Уголовном кодексе РСФСР, ст. 116, указано, что незаконное производство аборта врачом наказывается лишением свободы, или исправительными работами на срок до одного года, или лишением права заниматься врачебной деятельностью.

Эти действия, совершенные неоднократно или повлекшие за собой смерть потерпевшей или иные тяжкие последствия, наказываются лишением свободы на срок до восьми лет.

15.8.

1. *Диагноз:* беременность сроком 8 недель, криминальный аборт. Анаэробная газовая инфекция (сепсис).

2. Диагноз у больной Н. подтверждается следующими данными.

Срок беременности (8 недель) и криминальность аборта устанавливаются на основании данных анамнеза — последняя менструация 2 месяца назад, с целью прерывания беременности женщина ввела в матку мыльный раствор, что подтверждает наличие анаэробной газовой инфекции (сепсиса).

Данные гинекологического исследования: из отверстия матки выделяются ткани, пронизанные пузырьками газа, выделения кровянисто-серозные, пенистые, без запаха, величина матки больше предполагаемого срока беременности (по данным анамнеза — 8 недель, при осмотре — 10 недель), матка болезненна при пальпации.

Для анаэробной инфекции характерны быстрое развитие заболевания (2 дня), бледная, цианотичная кожа с желтушно-бронзовым оттенком, высокая температура — 40,1° С, озноб, пульс — 1,77 Гц (106 в 1 мин), низкое АД — 13,3/7,9 кПа (100/60 мм рт. ст.) (без предшествовавшего кровотечения), темно-шоколадный цвет мочи, гемоглобиновые цилиндры и гемоглобин в моче.

3. Для уточнения диагноза анаэробной газовой инфекции необходимо определить возбудителя заболевания с помощью бактериологического исследования крови на жидких и плотных питательных средах, провести рентгенологическое исследование матки и тазовых органов для обнаружения пузырьков газа в тканях.

Для выбора объема хирургического вмешательства рекомендуется произвести влагалищное и рентгенологическое исследование для определения распространенности инфекции. Если инфекция ограничена содержимым полости матки, производят тупое (абортцан-

гом) или вакуумное удаление плодного яйца, при значительном поражении матки, придатков, брюшины — абдоминальную гистерэктомию.

Для назначения антибактериальных препаратов необходимо определить чувствительность содержимого матки к антибиотикам.

Прогноз заболевания необходимо основывать на исследовании суточного диуреза, данных полного клинического анализа крови, мочи (цвет, содержание белка, ацетона, наличие цилиндров), спектроскопии мочи (содержание гемоглобина).

4. При аборте, осложненном анаэробной инфекцией, лечение состоит из хирургического удаления остатков плодного яйца при помощи абортцанга или вакуум-экстрактора (если инфекция ограничена маткой, как в случае с Н.), антибиотикотерапии большими дозами — пенициллин по 50 000 000 ЕД в сутки, левомецетин или тетрациклин, введения противогангренозной сыворотки высокого титра, заменного переливания крови (от 5 до 10 л), гемодиализа в зависимости от тяжести заболевания, оксигенотерапии под большим давлением (до 303,9 кПа — 3 атм) в барокамере.

5. Прогноз при анаэробной газовой инфекции малоутешительный. Заболевание развивается очень быстро, вслед за начальной стадией возникает стадия острой недостаточности почек. При этом суточное количество мочи резко уменьшается — вплоть до анурии, увеличиваются явления тяжелой интоксикации. Часто эта стадия заканчивается летально. Длительность заболевания колеблется от 2—3 дней до нескольких недель.

В случае с больной Н. прогноз малоутешительный, так как уже на второй день заболевания состояние женщины ухудшилось и имеется угроза развития острой недостаточности почек (на второй день заболевания за сутки выделилось только 350 мл мочи).

15.9.

1. *Диагноз:* беременность сроком 20 недель, несостоявшийся выкидыш (Missed abortion).

2. *Диагноз у беременной С.* подтверждается следующими данными.

Срок беременности устанавливается из данных анамнеза (последняя менструация 5 месяцев назад) и наблюдения (2 месяца назад больная была госпитализирована на 12-й неделе беременности, значит, сейчас 20 недель беременности).

На несостоявшийся выкидыш указывает отсутствие увеличения размеров матки: за 2 месяца, которые прошли с того момента, как женщина с угрожающим абортом на 12-й неделе беременности была направлена в отделение патологии беременности, матка не только увеличилась в размерах, но как бы несколько уменьшилась (до размеров 10-недельной беременности). Кроме того, при беременности сроком 20 недель слизистая оболочка наружных половых органов, влагалища и шейки матки светлорозовой окраски, отсутствуют цианоз и сочность ее, а также шевеление плода. После выписки из отделения патологии беременная здоровой себя не чувствовала: периодически беспокоили ноющая боль внизу живота, познаблива-

ние, тошнота и признаки замершей беременности — уменьшение молочных желез, отсутствие шевеления плода при уменьшающихся размерах матки.

3. Вспомогательными методами диагностики замершей беременности являются биологические реакции на наличие в моче хорионического гонадотропина (реакция Ашгейма — Цондека, Галли-Майнини, иммунологическая реакция на беременность), содержание которого в связи с гибелью плодного яйца уменьшается и реакции становятся отрицательными. Помощь в диагностике замершей беременности могут оказать фоноэлектрокардиография (отсутствие биоэлектрической активности сердца плода), определение содержания билирубина в околоплодных водах, полученных с помощью амниоцентеза (уровень билирубина выше 170 мкмоль/л указывает на гибель плода), амниоскопия (воды непрозрачные, с коричневым оттенком), рентгенография, при помощи которой выявляются помертвые изменения в скелете плода (смещение костей черепа, углообразный изгиб позвоночного столба).

4. Лечение несостоявшегося аборта заключается в удалении из матки замершего плодного яйца. Акушерская тактика при этом зависит от величины матки, характера кровотечения и общего состояния женщины. Оперативное лечение применяют только при сильном кровотечении. Если кровотечение умеренное или отсутствует, следует способствовать изгнанию плодного яйца назначением средств, стимулирующих родовую деятельность, — эстрогенных гормонов, окситоцина, серотонина, дробного введения хинина.

В случае отсутствия лечебного эффекта от родостимулирующей терапии применяют выскабливание полости матки даже при умеренном кровотечении.

Грубейшей ошибкой является ожидание срока родов при внутриутробной гибели плода (Н. С. Бакшеев, 1975).

После опорожнения матки назначают холод на низ живота, средства, стимулирующие мускулатуру матки (окситоцин, котарнина хлорид и пр.). В связи с опасностью развития инфекции применяются антибиотики и сульфаниламидные препараты, при анемии производится гемотрансфузия.

5. Серьезным осложнением несостоявшегося выкидыша являются гипо- и афибриногенемия, ДВС-синдром, возникающие в результате длительного нахождения умершего плода в полости матки, продукты протеолиза которого нередко приводят к активизации процессов разрушения фибриногена, повышению фибринолитической активности крови. Нарушение свертывания крови при задержке мертвого плода вызывает значительное кровотечение после удаления тканей плодного яйца. Причем чем длительнее задержка мертвого плода, тем значительнее выражены нарушения свертывающей системы крови. Поэтому изгнание мертвого плода, длительно находившегося в матке, почти всегда связано с патологическим маточным кровотечением, угрожающим жизни беременной женщины.

16.1.

1. *Диагноз:* беременность сроком 34 недели, угрожающие преждевременные роды.

2. Клинические симптомы у беременной Р., подтверждающие диагноз.

Беременность сроком 34 недели устанавливается на основании анамнеза: последняя менструация 8,5 месяца назад, две недели назад получен дородовой декретный отпуск (выдается при беременности сроком 32 недели). Этот срок беременности подтверждается также данными акушерского исследования (окружность живота — 80 см, высота стояния дна матки над лобком — 28 см, ориентировочная масса плода — 2240 г).

Об угрожающих преждевременных родах свидетельствуют схваткообразная боль внизу живота и в области матки, возбудимая матка, сохраненная шейка матки, закрытое отверстие матки, слизистые выделения.

3. Причины, вызывающие преждевременные роды, разнообразны. Различают причины, связанные с болезнями беременной (инфекционными болезнями печени, почек, пищевого канала, крови, эндокринных желез и пр.) и с акушерскими аномалиями (неправильное положение плода, истмико-цервикальная недостаточность матки, многоводие, многоплодие и пр.). Причиной преждевременных родов у беременной Р. явилась тяжелая форма гриппа.

4. Лечение при угрозе преждевременных родов, когда родовая деятельность ограничивается только болью внизу живота и повышенной возбудимостью матки, должно быть направлено на прекращение родовой деятельности. Вводятся внутривенно капельно β -адреномиметики: фенотерол или орципренолина сульфат. Для уменьшения сокращений матки применяются тропацин (по 0,01—0,02 г), индометацин (по 25 мг 4 раза в сутки), папаверина гидрохлорид (по 0,03 г 3 раза в день) или внутримышечное (или внутривенное) введение магния сульфата (по 15 мл 20 % раствора 3—4 раза в день), спазмолитики (но-шпа по 2 мл внутримышечно 2 раза в день), седативные средства и настой валерианы, транквилизаторы (триоксазин), витамины (аскорбиновая кислота по 100—200 мг, токоферола ацетат по 200 мкг 2—3 раза в неделю внутримышечно и пр.). В последние годы для уменьшения возбудимости и сократительной функции матки применяется эндоназальный электрофорез тиамин бромид и магния сульфата. При угрозе прерывания беременности большое значение имеют постельный режим и психотерапия. При выявлении истмико-цервикальной недостаточности рекомендуется хирургическое лечение, направленное на создание сужения перешейка матки (операция Широкара, Любимовой или Сценди).

5. Для улучшения помощи женщинам, страдающим недонашиванием беременности, в крупных городах и областных центрах создаются специализированные родильные дома, объединенные с детс-

кими больницами, располагающие специализированными отделениями для выхаживания и лечения недоношенных детей. Такие родильные дома объединены со спецкабинетами женских консультаций и являются консультативными центрами в области недонашивания беременности.

Все женщины с недонашиванием беременности состоят на учете в специализированном кабинете женской консультации. Лечение при самопроизвольном прерывании беременности заключается в установлении причин и патогенетических факторов недонашивания беременности и их устранении. При выявлении инфантилизма и гипофункции яичников проводятся комплексная гормональная терапия, физиотерапевтические процедуры, курортное лечение, при воспалительных заболеваниях — противовоспалительное лечение и т. д. Большое значение имеют психотерапия, гигиеническая гимнастика, рациональное питание.

Лечение во время беременности также проводится в специализированном кабинете: необходимы ранняя госпитализация, обеспечивающая точность диагностики и успех патогенетического лечения, а также постельный режим. Сроки госпитализации определяются индивидуально, с учетом сроков предшествовавших прерываний беременности и дней, соответствующих менструации.

16.2.

1. *Диагноз:* преждевременные роды при беременности сроком 31 неделя, первый период родов. Раннее отхождение околоплодных вод.

2. Клинические симптомы роженицы Р., подтверждающие установленный диагноз.

Срок беременности (31 неделя) определен по данным анамнеза: 8 месяцев назад последняя менструация, через неделю должна была получить дородовой декретный отпуск. Недоношенность беременности подтверждается данными акушерского исследования: окружность живота — 80 см, высота стояния дна матки — 27 см, дно матки — посередине расстояния между пупком и мечевидным отростком, пупок сглажен, кости черепа плода мягкие, подвижные, в области стреловидного шва одна кость находит на другую.

Первый период родов определяется наличием регулярных интенсивных схваток, сглаженностью шейки матки и открытием отверстия на 2 пальца.

Раннее излитие околоплодных вод подтверждается тем, что воды отошли через 4 ч после начала родов до полного раскрытия отверстия матки.

3. Преждевременные роды протекают, как и своевременные, однако клиническое течение их характеризуется целым рядом особенностей: у многих женщин продолжительность преждевременных родов короче, чем срочных, но нередко, наоборот, наблюдаются затяжные преждевременные роды в связи с развитием первичной и вторичной слабости родовой деятельности; несмотря на небольшую массу плода отмечается значительный травматизм матерей и детей в родах; в послеродовом периоде чаще, чем после срочных родов,

повышается температура тела, замедляется инволюция матки, задерживаются плодные оболочки, развивается эндометрит.

Частыми осложнениями преждевременных родов являются: нарушения сократительной функции матки, преждевременное или раннее отхождение околоплодных вод, гипотоническое кровотечение, связанное с задержкой частей плаценты, гипоксия, родовая травма или гибель плода, частота которой возрастает по мере уменьшения массы и степени зрелости плода.

4. Ведение преждевременных родов должно быть бережным. При выявлении слабости родовых сил лечение не должно быть чрезмерно активным (опасность для плода). В первом периоде родов при раскрытии шейки матки на 5—6 см целесообразно назначить спазмолитики, особенно при отхождении околоплодных вод. Систематически следует проводить мероприятия по профилактике гипоксии плода. Во втором периоде родов чрезмерно сильная родовая деятельность должна быть уменьшена при помощи неглубокого наркоза эфиром. Для уменьшения возможности родового травматизма плода проводится рассечение промежности (эпизио- или перинеотомия) или введение лидазы; выведение головы и туловища плода должно быть очень осторожным. В третьем периоде родов проводятся мероприятия по профилактике гипотонического кровотечения.

5. Недоношенные дети отличаются от доношенных своим внешним видом: длина головы составляет около $1/3$ длины тела (в зависимости от степени недоношенности), тогда как у доношенных детей она составляет $1/4$, нижние конечности короче, кожа красная, сухая, морщинистая (плохое развитие подкожной клетчатки и жировых скоплений), покрыта зародышевыми волосками и сыровидной смазкой, ушные раковины мягкие, плотно прижаты к черепу, ногти на пальцах слабо развиты, не доходят до кончиков пальцев, кости черепа мягкие, подвижные, нередко находят одна на другую, яички у мальчиков не опущены в мошонку, малые половые губы у девочек не прикрыты большими.

Масса недоношенного плода менее 2500 г, длина — менее 45 см.

16.3.

1. *Диагноз:* переношенная беременность сроком 42 недели. Запоздалые роды, первый период, головное предлежание. Крупный плод. Ожирение.

2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз у роженицы М.

Переношенная беременность сроком 42 недели подтверждается диагнозом в направлении женской консультации и данными исследований: акушерского (большие окружность живота (114 см), высота стояния дна матки над лобком (37 см), предполагаемая масса плода (4218 г), голова) и влагалищного (плотные, массивные кости черепа, швы и роднички узкие, определяются с трудом).

Диагноз — запоздалые роды — установлен на основании того, что роды при переношенной беременности называются запоздалыми. Первый период родов подтверждается наличием схваток (по

30 с, через 8—10 мин), сглаженной шейкой, открытием отверстия матки на 2 пальца.

Головное предлежание установлено при наружном и внутреннем акушерском исследовании.

Крупный плод можно предположить, так как при наружном акушерском исследовании определена крупная голова, ориентировочная масса плода по формуле Лебедева — 4218 г (она может оказаться немного меньшей в связи с толстым жировым скоплением на передней брюшной стенке матери), примерный рост плода по формуле Скульского — 59 см. Все эти данные превышают средние размеры доношенного плода.

Ожирение подтверждается данными общего обследования роженицы М.: при росте 156 см масса тела составляет 102 кг, передняя брюшная стенка имеет толстый слой подкожной клетчатки и жировые скопления.

3. Для уточнения перенесенной беременности большую роль играют дополнительные методы исследования:

а) амниоскопия через каждые 2 дня, начиная с 7-го дня после предполагаемого срока родов, обнаруживающая типичные для перенашивания признаки: зеленые, густые, скудные околоплодные воды, хлопья казеозной смазки;

б) амниоцентез для проведения биохимических и морфологических исследований амниотической жидкости: уровень глюкозы снижается до 0,56—0,33 ммоль/л (10—6 мг %) (при доношенном сроке 1,1—1,22 ммоль/л — 20—22 мг %); количество клеток плоского эпителия увеличивается более чем на 50 % (при доношенном сроке их от 10 до 50 %);

в) микроскопия молозива (переход молозива в молоко), определение количества ретикулоцитов в крови матери, цитологическое исследование содержимого влагалища (большое количество промежуточных клеток, отсутствие или единичные поверхностные клетки, встречаются парабазальные и базальные клетки), определение содержания гормонов в крови матери (при перенесенности отмечается снижение экскрекции эстрогенов и повышение (в 2—3 раза) уровня прогестерона);

г) рентгенологическое исследование — у перезрелых плодов признаки избыточного окостенения в эпифизах большеберцовых и плечевых костей.

4. План ведения родов у роженицы М. При запоздалых родах у повторнородящей М., у которой беременность не осложнена другой акушерской патологией и самопроизвольно начались роды, целесообразно применить консервативное ведение родов с учетом профилактики возможных осложнений.

Для профилактики слабости родовых сил следует тщательно наблюдать за темпами родов, чтобы предотвратить или своевременно усилить родовую деятельность лекарственными стимулирующими средствами (гормонально-витамино-глюкозо-кальциевый фон, касторовое масло, очистительные клизмы, простагландин F_{2α}, простенон, окситоцин и пр.).

Учитывая сравнительно большой процент перинатальной гибели переносенных плодов, необходимо наблюдать за сердцебиением плода, проводить профилактику внутриутробной гипоксии. При рождении ребенка оценить его состояние по шкале Апгар и обеспечить в неонатальном периоде ведение, сходное с ведением ребенка, имеющим внутричерепную родовую травму (максимальный покой, кормление сцеженным грудным молоком, оксигенотерапия, холод к голове и медикаментозное лечение по показаниям).

Чтобы предупредить излишнее беспокойство, страх перед затяжными родами и за судьбу ребенка, необходимо провести психотерапию, разъяснив М., что роды у нее уже начались и при необходимости будут приняты меры к их ускорению и профилактике возможных осложнений.

В третьем периоде родов и после родов проводить профилактику возможного кровотечения при помощи средств, стимулирующих мускулатуру матки (метилэргометрин, окситоцин и пр.).

5. Профилактика перенашивания беременности должна начинаться при первом посещении беременной женской консультации, с выявления предпосылок для перенашивания (нарушение менструальной функции, позднее половое созревание, инфантилизм, пожилые и старые первородящие, расстройства эндокринной системы, особенно ожирение и т. п.). Эти женщины должны находиться на особом учете как беременные с факторами повышенного риска. В течение беременности их дополнительно витаминизируют (аскорбиновая кислота, витамины группы В, галаскорбин и т. д.), проводят физио-, психопрофилактическую подготовку к родам, наблюдают за динамикой массы тела, состоянием всех органов и систем, составляют рацион питания.

В тех случаях, когда роды не наступают в срок (40 недель), необходимо направлять беременных в акушерский стационар для решения вопроса о методе родоразрешения.

16.4.

1. *Диагноз:* переносенная беременность сроком 41—42 недели. Головное предлежание. Крупный плод. Преждевременное отхождение вод. Угрожающая внутриутробная гипоксия плода. Первородящая старшего возраста (более 30 лет).

2. Клинические данные, подтверждающие диагноз у беременной Ш.

Срок беременности (41—42 недели — переносенность) определен на основании наблюдения в женской консультации. Переносенность подтверждается усиленной двигательной активностью плода, большими окружностью живота (108 см) и высотой стояния дна матки (38 см), плотностью костей черепа, плода, узостью швов и родничков, отхождением густых, скудных околоплодных вод.

Головное предлежание определено наружным и внутренним акушерским исследованием.

Данные плода: ориентировочный рост по формуле Скульского — 55 см; примерная масса плода по формуле Лебедева — 4106 г. Эти

данные превышают средние рост и массу доношенного плода и свидетельствуют о крупном плоде.

Преждевременное отхождение вод определяется по данным анамнеза (за 2 ч до начала родовой деятельности) и влагалищного исследования (шейка матки сохранена, канал шейки проходим для одного пальца, плодного пузыря нет, подтекают воды).

Угрожающая внутриутробная гипоксия плода устанавливается на основании усиленной двигательной активности плода в течение последних 2—3 дней, отхождения вод, окрашенных меконием, аритмии сердцебиения плода (на ЭКГ — частота сердечных сокращений 2—2,37 Гц (120—142 в 1 мин)).

3. Причины перенашивания беременности: позднее половое созревание, инфантилизм, нарушение менструальной функции, старый возраст первородящих, расстройства эндокринной системы, особенно ожирение, перенесенные аборт и воспалительные заболевания женских половых органов и т. д. В случае с роженицей Ш. причиной перенашивания беременности можно считать инфантилизм, проявившийся поздним началом менструации (с 16 лет), установившейся через год, — скудной, болезненной, короткой (по 2 дня), с интервалами в 30 дней и бесплодием в течение первых пяти лет половой жизни.

4. При переносной беременности нередко возникают осложнения родов: а) раннее отхождение околоплодных вод, которое вызывает замедленное раскрытие отверстия матки и удлинение родового акта, сопровождающееся, как правило, эндометритом в родах; б) слабость родовых сил, обуславливающая затяжной характер родов; в) гипоксия и внутричерепная травма плода, наблюдающиеся в 4—5 раз чаще, чем при срочных родах, ведущие к мертворождению или ранней детской смертности; г) кровотечение в последовом и раннем послеродовом периоде вследствие пониженной сократительной функции матки.

5. Врачебная тактика ведения запоздалых родов определяется состоянием плода и акушерской ситуацией. При запоздалых родах применяются два способа родоразрешения — медикаментозный и оперативный. Медикаментозный способ вызывания или усиления родовой деятельности применяется при хорошем состоянии плода, целых или только что отошедших водах, головном предлежании плода, соответствии размеров таза беременной размерам головы плода.

Если перенашивание беременности сочетается с акушерской патологией (первородящая старого возраста, внутриутробная гипоксия плода, тазовое предлежание, клиническое несоответствие размеров головы плода размерам таза беременной, отягощенный акушерский анамнез и пр.), рекомендуется родоразрешение при помощи кесарева сечения.

Акушерская ситуация у беременной Ш. отягощена старым возрастом (30 лет), возникновением беременности после 5-летнего бесплодия, начавшейся внутриутробной гипоксией плода при отсутствии родовой деятельности. Поэтому, несмотря на нормальные

размеры таза и головное предлежание плода, наиболее целесообразным способом родоразрешения будет кесарево сечение с предоперационной подготовкой: профилактика и лечение внутриутробной гипоксии плода, создание гормонально-витамино-глюкозо-кальциевого фона, профилактика инфекции.

6. Возбуждение родов — это преднамеренное вызывание эффективных сокращений матки медикаментозным или другим путем. Оно может оказаться необходимым для спасения жизни плода в тех случаях, когда пребывание его в матке становится неблагоприятным.

При вызывании родов, особенно при использовании окситоцина, необходимо контролировать состояние плода при помощи кардиомонитора.

Условия, необходимые для вызывания родов: зрелость плода; правильное положение плода (предпочтительно головное предлежание); готовность шейки матки (мягкая, укороченная более чем на 35 %, раскрыта более чем на 2 см); соответствие между размерами плода и таза матери (беспрепятственное опускание предлежащей части до уровня седалищных остей или ниже их); желание и способность беременной выдержать досрочные роды.

Противопоказания для вызывания родов: диспропорция между размерами плода и таза матери; плотная, закрытая шейка матки; неправильное положение плода (поперечное); наличие в анамнезе кесарева сечения или обширной миомэктомии (возможен разрыв матки); многоплодная беременность; предлежание плаценты; тяжелые заболевания матери (недостаточность кровообращения, острое маниакально-депрессивное состояние, шизофрения).

Возможные опасности при вызывании родов:

а) для плода — гипоксия, ацидоз и угнетение жизнедеятельности, рождение недоношенного плода в том случае, если при расчете срока родов была допущена большая ошибка, выпадение пуповины или ее сдавление, инфекция, например пневмония у плода, сепсис или омфалит после воспаления плодного пузыря;

б) для матери — бурные роды, приводящие к преждевременной отслойке плаценты, разрыву матки или шейки ее, тетаническим сокращением матки, отсутствие или вялость сокращений матки во время родов, затянувшиеся роды, инфекция во время родов, послеродовое кровотечение, гипофибриногенемия, эмболия околоплодными водами, эмоциональное напряжение (страх или беспокойство).

Различают следующие способы возбуждения родов: медикаментозный, хирургический и комбинированный.

Показания для медикаментозного вызывания родов:

а) со стороны плода — тяжелая степень изоиммунизации, гибель, анэнцефалия или другие критические аномалии, переносимость;

б) со стороны матери — осложнения беременности, не поддающиеся медикаментозному лечению (пиелонефрит, дивертикулит, сахарный диабет и пр.), акушерские осложнения, не устранимые

обычными способами (прогрессирующая преэклампсия, длительное подтекание околоплодных вод).

Внутривенно капельно вливают окситоцин дозой 5 ЕД в 500 мл 5 % раствора глюкозы до начала родов с начальной скоростью 10 капель в 1 мин первые 30 мин, затем до 30 капель в 1 мин. При этом необходимо осуществлять контроль за частотой сокращения сердца плода, предпочтительно при помощи кардиотокографа (при угнетении жизнедеятельности плода введение окситоцина следует немедленно прекратить), постоянно наблюдать за состоянием матери.

Внутримышечное введение окситоцина опаснее внутривенного и в настоящее время не рекомендуется, так как у некоторых рожениц отмечается неожиданная выраженная кумулятивная реакция даже на небольшие дозы препарата. Действие введенного внутримышечно препарата не может быть изменено или прекращено.

Окситоцин, введенный через нос или рот, не дает желаемых результатов; при этом труднее контролировать его дозу.

Хирургическое возбуждение родов допускается только по строгим показаниям как со стороны матери, так и со стороны плода, включает амниотомию и амниоцентез.

При проведении амниоцентеза необходимо контролировать частоту сокращений сердца плода, чтобы быть уверенным в нормальной функции его сердца. Следует мягко надавить на дно матки, помогая вставлению предлежащей части плода, ввести указательный палец в шейку матки, ориентируясь по пальцу, подвести крючок или другой остроконечный инструмент к оболочкам плодного пузыря, вскрыть их, дать возможность околоплодной жидкости вытечь без смещения предлежащей части, так как в противном случае возможно выпадение пуповины.

Комбинированное возбуждение родов, включающее медикаментозный способ в сочетании с последующей амниотомией, повышает чувствительность матки к стимуляции, позволяет ускорить роды. Из немедикаментозных методов родовозбуждения с успехом применяют акупунктуру и другие физические методы воздействия на матку.

Прогноз возбуждения родов. Если шейка матки подготовлена, роды в большинстве случаев начинаются через 2 ч с начала стимуляции. Если повторные интенсивные усилия, направленные на возбуждение родов, безуспешны, особенно после разрыва плодных оболочек, следует рассматривать вопрос о родоразрешении с помощью кесарева сечения.

Амниотомия является наиболее эффективным способом возбуждения родов, но при ее применении повышается вероятность инфекционных осложнений в родах и послеродовом периоде. Медикаментозное возбуждение родов в сочетании с амниотомией более эффективно.

Возбуждение родов иногда связано с увеличением степени риска как для матери (кровотечение, инфекция), так и для плода (инфекция, гипоксия, повреждение центральной нервной системы, травма).

В этих случаях врач должен решить, будет или степень риска при беременности превышать степень риска при возбуждении родов, рассматривая в то же время возможность преимущества кесарева сечения.

К ТЕМЕ 17

17.1.

1. *Диагноз:* беременность сроком 28 недель. Отрицательное влияние на развитие плода курения (никотина) родителей, гипотрофия плода.

2. *Диагноз у беременной К.* подтверждается следующими данными.

Беременность сроком 28 недель устанавливается на основании аменореи, наблюдающейся в течение 7 месяцев, данных женской консультации, наблюдавшей за беременной с 6-недельного срока. Отрицательное влияние на развитие плода курения родителей выяснено из анамнеза: беременная курит с 16-летнего возраста, но курила немного (1—2 сигареты в день), а более года назад во время подготовки к защите диссертации стала курить по 2 пачки сигарет в сутки, курит даже ночью. Муж тоже много курит.

Гипотрофия плода подтверждается данными ультразвукового исследования, полученными в динамике с интервалами в 7 дней. Прирост бипариетального размера головы плода составил 4 % за неделю, в то время как в норме интенсивность увеличения этого размера равна 10 %.

3. Курение женщины во время беременности оказывает отрицательное влияние на развивающийся плод в результате воздействия токсических продуктов табачного дыма и никотина, повышения содержания в крови оксида углерода (II), снижающего процессы оксигенации фетальной крови, сосудосуживающего действия никотина, затрудняющего переход питательных веществ через плаценту к плоду, ухудшения аппетита беременной, влияющего на обменные процессы в организме женщины и создающего неблагоприятные условия снабжения плода питательными веществами.

4. Диагностические методы определения хронического нарушения развития плода (гипотрофия плода) должны быть безвредными и точными. Наибольшее распространение получило ультразвуковое исследование. При этом чаще всего определяют бипариетальный размер головы плода при оптимальном сроке беременности 16—30 недель. В этот период размер головы плода возрастает примерно на 10 % за каждую неделю. Исследование проводят еженедельно, составляют кривую роста головы. Если прирост бипариетального размера менее 5 % за неделю, это дает основание поставить диагноз отставания плода в росте.

При более полном исследовании кроме бипариетального определяют прямой размер головы плода, два взаимно перпендикулярных размера его грудной клетки, длину трубчатых костей. На ос-

новании этих измерений рассчитывают массу плода с точностью до 300 г.

Для распознавания отставания плода в развитии применяют краиноторакальный индекс (отношение бипариетального размера головы к поперечному размеру грудной клетки), определяемый при помощи ультразвука; при гипотрофии плода индекс обычно превышает 1.

Наиболее простым и безвредным биохимическим методом является определение экскреции эстрогенов с мочой, чаще всего эстриола (до 90 % предшественников плацентарного эстриола образуются в надпочечниках плода); уменьшение содержания эстриола в суточной моче до 27,7 мкмоль (8 мг) указывает на тяжелое состояние плода (показание к родоразрешению), до 5 мг — на состояние, близкое к смертельному. В настоящее время эстрогены в крови матери определяются радиоиммунным методом.

Для определения гипотрофии плода применяют также амниоцентез с исследованием околоплодных вод (содержание креатинина менее 141 мкмоль/л (1,6 мг%) свидетельствует о гипотрофии плода); рентгенологический метод исследования ядер окостенения в эпифизах бедренной и большеберцовой костей (позднее окостенение указывает на гипотрофию плода); фетоскопию с биопсией, пункцией сосудов пуповины и получением крови для исследования. Однако эти методы не безвредны для дальнейшего развития беременности, поэтому они требуют усовершенствования и осторожного применения.

5. Лечение гипотрофии плода лучше проводить в условиях стационара под контролем ультразвукового исследования и определения экскреции эстриола с мочой в динамике. Начинать лечение необходимо с полного прекращения курения беременной. Для нормализации роста плода при начинающейся его гипотрофии рекомендуется применять следующие препараты: цианокобаламин, который наряду с благоприятным влиянием на регенерацию крови стимулирует рост плода, фолиевую кислоту, увеличивающую массу плода, калия оротат по 0,5 г 2—3 раза в день за час до еды, препараты кобальта, а также анаболические стероиды, снижающие уровень обмена веществ и энергетические потребности плода в условиях недостаточного питания и газообмена. Назначают средства, нормализующие маточно- и фетоплацентарное кровообращение.

Среди новых методов борьбы с гипотрофией плода наибольшее применение приобрело введение в амниотическую полость белковых препаратов и ощелачивающего раствора гидрокарбоната натрия (в расчете на энтеральное питание плода, заглатывающего амниотическую жидкость), а также абдоминальная декомпрессия — снижение давления в области живота беременной (матки и ее содержимого) при помощи специальных аппаратов. При этом за счет притока крови в зону пониженного давления происходит улучшение маточно-плацентарного кровотока, состояния сердечно-сосудистой системы плода, условий его жизнедеятельности и роста.

6. Многие осложнения беременности обуславливаются эмоцио-

нальными причинами или усугубляются психологическими факторами. Сильное, длительно действующее эмоциональное напряжение, вызванное любыми причинами, может изменить среду, окружающую плод, или гормональный баланс матери, плаценты и плода и таким образом ухудшить развитие плода. Беременность может быть неожиданной и нежелательный ребенок может явиться достаточно сильным стрессом для матери, что может нарушить нормальное развитие плода. Отрицательные эмоции матери влияют на развитие плода и другими путями: нежелание иметь ребенка может стать причиной непрерывного курения, употребления алкоголя, чрезмерного приема транквилизаторов или других лекарственных средств, неправильного питания и ослабления заинтересованности в собственном здоровье и медицинском наблюдении в перинатальном периоде.

Многие факторы, определяющие рождение ребенка с факторами повышенного риска, взаимосвязаны. Преобладающим из них является незаинтересованность в беременности, которая, в свою очередь, является специфической причиной рождения детей с недостаточной массой тела.

Незамужние беременные женщины или подростки не заботятся о правильном ведении антенатального периода и не принимают во внимание советы, надеясь на аборт или на рождение мертвого ребенка. Особенно серьезную проблему представляют беременные подростки, независимо от того, замужем они или нет. Беременная и ее партнер обычно еще не созрели эмоционально и интеллектуально и часто не способны преодолеть сложные социальные и экономические проблемы, возникшие при беременности. Установлены следующие факты: большая часть рождения детей вне брака приходится на молодых родителей; браки между подростками, особенно после зачатия ребенка, неустойчивы и в большинстве случаев заканчиваются разводом; количество младенцев, родившихся с массой тела менее 1500 г, у матерей-подростков вдвое выше, чем у женщин в возрасте 25—30 лет; у незамужних женщин вдвое чаще встречается недостаточная масса тела новорожденных, перинатальная смертность детей.

Экономические факторы также играют роль в рождении детей с недостаточной массой тела.

Курение и особенно алкоголизм и наркомания матери во время беременности очень вредны для здоровья как самой матери, так и плода: во-первых, никотин проникает через плацентарный барьер к плоду, во-вторых, масса тела плода при этом уменьшается в среднем не менее чем на 200 г, что приводит к значительному увеличению количества детей с недостаточной массой; в-третьих, показатели детской смертности выше, особенно во внутриутробном периоде.

Следовательно, вероятность выживания плодов у курящих матерей с фактором повышенного риска еще более уменьшается. Усилия медицинских работников должны быть направлены на то, чтобы исключить курение во время беременности.

Роль отца в развитии беременности с фактором повышенного

риска или недоношенностью является в основном доказанной. Так, частоту внутриутробной гибели плода и рождения детей с врожденными пороками развития увеличивает пожилой возраст отца.

В том случае, если у матери в крови имеется резус-отрицательный фактор, наследование плодом от отца резус-положительных генов может привести к резус-конфликту. Неблагоприятно влияют на развитие плода хронический алкоголизм, наркомания и сахарный диабет отца.

На развитие плода воздействуют разнообразные факторы. В условиях высокогорья могут рождаться дети с недостаточной массой тела, не соответствующей данному сроку беременности, а также с аномалиями развития. Гормональная недостаточность (низкий или снижающийся уровень эстриола, хорионического гонадотропина, прегнандиола и плацентарного лактогена) является плохим прогностическим признаком в отношении плода. Часто нарушают развитие плода и являются причиной наследственных и врожденных уродств генетические и хромосомные aberrации.

17.2.

1. *Диагноз*: срочные повторные роды, первый период. Гидроцефалия плода.

2. *Диагноз* — гидроцефалия плода — подтверждается данными наружного акушерского (предлежит голова больших размеров, прямой размер — 13,5 см, кости черепа истончены, при пальпации ощущается пергаментный хруст податливых тонких костей черепа) и влагалищного (стреловидный шов необычно широкий — более 1 см, малый родничок обширный, флюктуирующий, кости черепа как бы смещаются) исследований.

3. Гидроцефалия плода может быть установлена при помощи рентгенологического (на рентгенограмме видна крупная голова с необычно широкими швами) и ультразвукового исследований.

4. После установления гидроцефалии плода становится ясным, что такая голова является препятствием для рождения плода. Поэтому при достаточном открытии отверстия матки следует троакаром произвести прокол головы в области шва или родничка и выпустить жидкость. После этого объем головы плода уменьшается и роды могут закончиться самостоятельно. Если возникнут показания для ускорения родов (слабость родовых сил, повышение температуры тела и пр.), плод извлекают наложением краниокласта.

5. Прогноз родов при гидроцефалии плода всегда сомнительный, так как гидроцефалическая голова не может пройти даже через нормальный таз. В своевременно нераспознанных случаях роды носят затяжной характер, голова продолжает стоять высоко над входом в малый таз, нижний сегмент матки чрезмерно растягивается и может произойти разрыв ее. В редких случаях не очень выраженной гидроцефалии роды происходят самостоятельно в связи с тем, что голова при прохождении родовых путей вытягивается, уменьшаясь в поперечнике. Однако рассчитывать на такой исход не следует, так как роды затягиваются и это нередко приводит к

эндометриту или разрыву матки. При отсутствии своевременной акушерской помощи материнская смертность при гидроцефалии плода очень высокая.

Прогноз для плода при гидроцефалии всегда неблагоприятный, так как при этом происходит накопление спинно-мозговой жидкости в мозговых желудочках или в субарахноидальном пространстве. В связи с накоплением жидкости размеры головы значительно увеличиваются, кости черепа истончаются, швы и роднички расходятся, а вещество мозга подвергается дегенерации. Дети при гидроцефалии в большинстве случаев погибают во время родов или в течение ближайших часов либо суток после рождения. Те из них, которые после выпускания спинно-мозговой жидкости все-таки родились живыми, в дальнейшем могут развиваться, однако являются умственно и физически неполноценными.

Потенциальную угрозу здоровью ребенка в перинатальном периоде представляют заболевания матери, ее биологическая неполноценность, осложнения в процессе родов. Неожиданные осложнения редко возникают у тех женщин, у которых своевременно выявлены отклонения от нормы, проведена соответствующая терапия во время беременности и прогнозировано течение родов.

Факторы риска, способствующие перинатальной смертности или заболеваемости детей:

а) наличие в анамнезе серьезных наследственных или семейных аномалий, например болезнь Дауна;

б) врожденные аномалии центральной нервной системы, сердца, костной системы, легких, а также общие заболевания крови, в том числе анемия (гематокритное число менее 0,32);

в) беременность в подростковом возрасте или наркомания;

г) отсутствие или позднее начало медицинского наблюдения в перинатальном периоде;

д) возраст матери — моложе 16 или старше 40 лет;

е) рост менее 152 см и масса тела до беременности на 20 % меньше или больше массы, нормальной при данном росте;

ж) пятая или последующая беременность при возрасте беременной старше 40 лет;

з) очередная беременность, возникшая в течение трех месяцев после предыдущей;

и) длительное бесплодие в анамнезе;

к) тератогенное и вирусное заболевания в первые три месяца беременности;

л) стрессовые состояния, например серьезные эмоциональные нагрузки, неукротимая рвота, наркоз, шок, высокая доза радиации;

м) злоупотребление курением, алкоголем;

н) осложнения беременности или родов в прошлом или настоящем (токсикоз беременной, преждевременная отслойка плаценты, изоиммунизация, многоводие или отхождение околоплодных вод);

о) многоплодная беременность;

п) задержка нормального роста или слишком большой плод;

р) отсутствие прибавки или минимальная прибавка массы тела плода;

с) неправильное положение плода (неправильное предлежание, поперечное положение, неустановленное предлежание плода к моменту родов).

17.3.

1. *Диагноз:* беременность сроком 20 недель. Пузырный занос. Двухсторонние (лютеиновые) кисты яичников. Нефропатия.

2. *Диагноз у беременной Н.* подтверждается следующими данными.

Беременность сроком 20 недель устанавливается на основании анамнеза, в котором указано, что последняя менструация была 5 месяцев назад.

У больной Н. наблюдается типичная клиническая картина пузырного заноса: кровянистые выделения из половых органов с мелкими тонкостенными пузырьками, соединенными между собой шнуровидными стебельками; значительное увеличение размеров матки, превышающее таковые при данном сроке беременности (при сроке 20 недель величина матки соответствует 24-недельному сроку); тестоватая консистенция матки; отсутствие достоверных признаков беременности (шевеления, сердцебиения, не определяются части плода); раннее появление признаков позднего токсикоза (нефропатии); наличие кистозных яичников.

Двухсторонние кисты яичников определяются при влагалищном исследовании.

Нефропатия устанавливается по наличию характерной триады признаков: отеки на голенях и стопах, повышенное АД — 20/10,7 кПа (150/80 мм рт. ст.) и содержание белка в моче — 3,3 г/л.

3. Вспомогательными методами диагностики пузырного заноса являются положительные биологические реакции (Ашгейма — Цондека, Галли-Майнини и т. п.) на наличие в моче хорионического гонадотропина, содержание которого при этом увеличивается в 5—10 раз. В диагностике пузырного заноса решающее значение имеет ультразвуковое исследование, обеспечивающее почти 100 % диагностику пузырного заноса, или рентгенография матки, исключающая наличие плода.

4. При установлении диагноза и даже при подозрении на пузырный занос женщину следует госпитализировать. Как только диагноз пузырного заноса подтвердится, необходимо принять меры для его удаления. Однако опорожнение матки при пузырном заносе является зачастую сложной задачей вследствие истончения, перерастяжения, а иногда дефектов стенки матки в результате «разъедания» их ворсинками хориона. Поэтому при удалении пузырного заноса следует выбирать наиболее щадящие методы плодизгнания и быть готовым к возможным осложнениям (кровотечению, перфорации матки).

Акушерская тактика при пузырном заносе зависит от величины матки, характера кровотечения и общего состояния женщины. Если величина матки не больше, чем при 12-недельной беременности, производится расширение канала шейки матки и удаление пузырного заноса тупой большей кюреткой (выскабливание острыми

малыми кюретками опасно из-за возможности прободения матки) или при помощи вакуум-аспирации. При больших размерах матки и отсутствии сильного кровотечения проводится медикаментозная стимуляция матки (капельное внутривенное введение окситоцина, простагландина, хинина, питуитрина и пр.), при раскрытии отверстия матки, позволяющем ввести в ее полость 1—2 пальца, производят пальцевое опорожнение матки.

После опорожнения матки назначают холод на низ живота, средства, стимулирующие мускулатуру (питуитрин, окситоцин, коффеин хлорид и т. д.), с учетом опасности развития инфекции применяют антибиотики и сульфаниламиды, при анемии производят гемотрансфузию. Нефропатия и лютеиновые кисты яичников после удаления пузырного заноса претерпевают обратное развитие.

5. Женщины после удаления пузырного заноса нуждаются в особом систематическом наблюдении в течение 1,5—2 лет, так как при пузырном заносе имеется потенциальная возможность развития хорионэпителиомы.

Обычно через 2—3 недели после удаления пузырного заноса содержание хорионического гонадотропина в моче снижается до нуля и через 3—6 недель биологические реакции на беременность становятся отрицательными. При возникновении хорионэпителиомы содержание хорионического гонадотропина в моче увеличивается. Вот почему этим женщинам проводится контрольное исследование мочи на хорионический гонадотропин вначале 3 раза в месяц, а при отрицательной реакции — раз в 2—3 месяца в течение года. Первые 2 года после заболевания не рекомендуется иметь беременность (предлагаются контрацептивы, кроме гормональных).

Если через 3 месяца после удаления пузырного заноса реакция на хорионический гонадотропин продолжает быть положительной или в любом сроке наблюдения появляются ациклические кровотечения, кровохарканье или ухудшение общего состояния, показана немедленная госпитализация, диагностическое выскабливание матки с обязательным гистологическим исследованием соскоба на хорионэпителиому и рентгенологическое исследование легких, где раньше всего появляются метастазы.

17.4.

1. *Диагноз:* хорионэпителиома.

2. Диагноз у больной С. поставлен на основании предшествовавшего пузырного заноса 6 месяцев назад, длительных, возобновляющихся даже после выскабливания полости матки кровотечений, увеличившейся до размеров 9-недельной беременности матки, положительной реакции Ашгейма — Цондека, потери 4 кг массы за последние 2 месяца.

3. Для уточнения диагноза необходимо произвести следующее: исследование мочи на содержание хорионических гонадотропинов; ультразвуковое исследование матки; диагностическое выскабливание слизистой оболочки матки с последующим срочным гистоло-

гическим исследованием соскоба; рентгенологическое исследование легких для исключения метастазов; общий клинический анализ крови для выявления анемии.

4. При хорионэпителиоме применяются различные методы лечения:

а) хирургический — пангистерэктомия или расширенная экстирпация матки с удалением клетчатки малого таза и регионарных лимфатических узлов;

б) рентгено- и радиотерапия;

в) лучевая терапия в сочетании с хирургическим методом лечения;

г) химиотерапия, применяющаяся с профилактической целью после операции, в комплексном лечении при наличии метастазов и как самостоятельный метод лечения у больных молодого возраста с ограниченным распространением опухоли или с недавно возникшими метастазами;

д) гормональное лечение (андрогены, эстрогены), направленное на подавление продукции гонадотропных гормонов.

Из химиопрепаратов наиболее эффективны метотрексат (разовая доза 0,02—0,03 г, курс лечения состоит из 4—5 введений препарата с интервалами 7—12 дней), меркаптопурин (внутри по 0,3—0,4 г ежедневно в течение 10 дней — курсовая доза 3—4 г), противоопухолевой антибиотик хризомаллин (внутривенно через день, начиная с 500 мкг препарата — курсовая доза 7—10 мг). Раствор антибиотика готовится непосредственно перед введением.

Прогноз при хорионэпителиоме даже в случаях успешного комплексного лечения, как правило, очень серьезный. Эти больные должны находиться под постоянным врачебным наблюдением. Обследование включает общий осмотр, гинекологическое исследование, анализ мочи на содержание гонадотропных гормонов и рентгеноскопию легких. Такое обследование нужно проводить ежемесячно в течение первого года заболевания, на втором году — каждые 2—3 месяца. В последующие годы больные без метастазов должны обследоваться 2—3 раза в год, а с метастазами — каждые 3 месяца.

17.5.

1. *Диагноз:* срочные вторые роды, первый период, многоводие.

2. *Диагноз* — многоводие у роженицы А. — подтверждается следующими данными: первая и вторая половины беременности сопровождались токсикозом (тошнота, рвота, отеки); при отсутствии патологических изменений со стороны внутренних органов женщину беспокоит прогрессирующая одышка, быстрая утомляемость, общее недомогание, значительные отеки на голенях и стопах; данные акушерского исследования — окружность живота при среднем росте и нормальном питании — 112 см, высота стояния дна матки — 38 см, стенки матки напряжены, выражен симптом флюктуации, затрудненная пальпация плода, плод очень подвижен, сердцебиение плода приглушено, временами плохо прослушивается; при влажалищном исследовании плодный пузырь напряжен.

3. Многоводие способствует возникновению осложнений во время беременности и в родах. Чрезмерное накопление околоплодных вод приводит к резкому увеличению размеров матки, которая стесняет функцию соседних органов, поднимает диафрагму, что обуславливает одышку, недомогание, утомляемость, отеки на нижних конечностях. Нередко развивается токсикоз беременных; большой объем матки способствует повышенной подвижности плода, созданию тазового предлежания, поперечного и косого положения плода.

Беременность при многоводии нередко заканчивается преждевременными родами. Роды чаще затяжные, осложненные слабостью родовых сил (перерастяжение матки). Во время отхождения вод легко выпадают мелкие части плода (особенно пуповина). В последовом и послеродовом периодах возможно кровотечение.

4. Этиология многоводия недостаточно выяснена. Предполагают, что она связана с нарушением функции амниотического эпителия. Чаще многоводие развивается при некоторых заболеваниях матери (сахарный диабет, нефрит). При двойне многоводие одного плода нередко сочетается с маловодием другого.

5. Тактика ведения беременных при многоводии зависит от особенностей клинического течения. При остром многоводии, особенно при нарастающем нарушении кровообращения и дыхания, следует прерывать беременность с помощью пункции плодного пузыря и медленно выпускать околоплодные воды (опасность выпадения мелких частей плода). Хроническое многоводие лечится консервативно: антибиотики, бийохинол, дихлотиазид, витамины группы В, диета и т. д. Роды ведутся с учетом возможных осложнений: при отхождении вод следует удерживать поток вод для предотвращения выпадения пуповины; своевременно провести профилактику слабости родовых сил и кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

17.6.

1. *Диагноз*: срочные повторные роды, первый период, маловодие. Отягощенный акушерский анамнез.

2. *Диагноз* — маловодие — подтверждается следующими симптомами: небольшой объем живота, не соответствующий сроку доношенной беременности, у женщины среднего роста удовлетворительного питания (окружность живота — 92 см, высота стояния дна матки над лобком — 28 см); боль в животе, усиливающаяся при шевелении плода начиная с 8-месячного срока беременности; при пальпации живота создается впечатление, что плод очень плотно обтянут маткой, почти неподвижен; при влагалищном исследовании плодный пузырь цел, обтягивает голову плода, во время схваток не наливаются. Отягощенность акушерского анамнеза устанавливается на основании анамнеза: первая беременность закончилась искусственным абортom, осложнившимся задержкой частей плаценты, кровотечением, повторным выскабливанием полости матки, вторая — преждевременными родами.

3. Маловодие является патологией беременности и родов, которая особенно неблагоприятно сказывается на состоянии плода: слишком малая полость плодного яйца создает механические препятствия для роста и развития плода, нередки случаи искривления позвоночного столба, косолапости; из-за малого количества околоплодных вод стенка матки близко соприкасается с поверхностью тела плода, в результате чего между маткой и амнионом образуются сращения, которые в дальнейшем могут вытягиваться в нити и тяжи (симонартовые связки); тяжи, опоясывая и перетягивая отдельные части плода, могут привести к частичной или полной внутриутробной ампутации его конечностей; при сдавливании сосудов пуповины может наступить внутриутробная смерть плода.

Беременность при маловодии может сопровождаться болью в животе, особенно при шевелении плода, неправильным положением плода, выпадением пуповины.

Течение родов при маловодии затяжное, схватки болезненные и малоэффективные, родовая деятельность неправильная. Часто наблюдаются плохая сократительная функция матки, вызывающая слабость родовых сил и кровотечение в последовом и послеродовом периодах, запоздалый разрыв оболочек плодного пузыря, нередко внутриутробная гипоксия плода.

4. Лечение при маловодии практически отсутствует. Попытки создания искусственных околоплодных вод, несмотря на многочисленные исследования в этой области, пока не дали положительных результатов.

5. Ведение родов при маловодии выжидательное, с проведением профилактики возможных осложнений. При слабости родовых сил назначаются средства, стимулирующие мускулатуру матки. Для уменьшения болезненности схваток назначается обезболивающая терапия.

В первом периоде родов для ускорения родов и уменьшения болезненности схваток рекомендуется вскрыть плодный пузырь при неполном раскрытии отверстия матки (на 3—4 см). При этом воды необходимо выпускать медленно, чтобы предупредить выпадение пуповины или конечности плода. Для этого вскрытие оболочек лучше производить не в центре, а сбоку, выше перешейка матки, не извлекая сразу руку из влагалища.

Проводится профилактика и лечение гипоксии плода: введение щелочных растворов, сигетин, галаскорбин, кокарбоксилаза и т. д. В последовом и послеродовом периодах проводится профилактика возможного кровотечения.

К ТЕМЕ 18

18.1.

1. *Диагноз:* срочные роды, первый период. Отягощенный акушерский анамнез, крупный плод, раннее отхождение вод (безводный период 2 ч). Первичная слабость родовой деятельности.

2. Диагноз — отягощенный акушерский анамнез — подтверждается анамнезом: первая беременность закончилась искусственным абортом, вторая — самопроизвольным абортом, осложнившимся воспалением придатков матки, во время настоящей беременности дважды была угроза преждевременного прерывания беременности на 9-й и 28-й неделе. Крупный плод установлен при наружном акушерском исследовании (определяется крупная голова, прямой размер ее — 12,5 см) и определении ориентировочной массы плода по формуле Лебедева: $100 \times 37 = 3700$ г. Раннее отхождение вод установлено на том основании, что разрыв плодных оболочек (отхождение вод) произошел 2 ч назад после начала родов, но до полного раскрытия отверстия матки.

Диагноз первичной слабости родовой деятельности поставлен на основании характерного течения родов: схватки слабые, короткие (по 15—20 с через 10—12 мин), непродуктивные, за 12 ч первого периода родов отверстие раскрылось только на 3 пальца.

3. Причины, способствующие развитию первичной слабости родо-вых сил, многообразны. Чаще всего слабость родо-вых сил возникает при перерастяжении стенок матки многоводием, при много-плодии, крупном плоде и т. д. К органическим изменениям матки, понижающим ее сократительную функцию, относятся недоразви-тие и аномалии матки, дегенеративные изменения в мышцах мат-ки, возникающие в результате перенесенных воспалительных забо-леваний, многочисленных родов и абортoв, рубцы после кесарева сечения, миомэктомии, опухоли матки (фиброматозные узлы). Пер-вичная слабость родо-вых сил может возникнуть при неправильных положениях и предлежаниях плода (поперечное положение, тазо-вое предлежание и т. п.), преждевременном и раннем отхождении вод, при общих истощающих заболеваниях, расстройствах эндо-кринной системы, при родах у первородящих пожилого возраста и т. д.

Причинами развития первичной слабости родо-вых сил у роженицы К. могли служить дегенеративные изменения в стенке матки, возникшие в результате перенесенного воспаления придатков мат-ки, явившегося осложнением самопроизвольного аборта. Наличие дегенеративных изменений подтверждается осложнением настоя-щей беременности (угроза прерывания беременности на 9-й и 28-й неделе). Ослаблению родо-вых сил могло способствовать также раннее отхождение околоплодных вод.

4. Окситоциновая проба при первичной слабости родо-вых сил проводится для дифференцированного ведения родов: положитель-ная окситоциновая проба показывает, что матка способна усилить свою сократительную функцию под влиянием средств родостиму-ляции, отрицательная свидетельствует о низкой потенциальной способности матки усиливать сокращения при применении оксито-цических средств и целесообразности назначения этим роженицам лечебного акушерского сна.

Методика окситоциновой пробы заключается во введении в ве-ну роженицы с первичной слабостью родо-вой деятельности в тече-

ние 3 мин 0,01 ЕД окситоцина, растворенного в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида. Раствор окситоцина готовят следующим образом: 1 мл (5 ЕД) окситоцина растворяют в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида, затем в шприц набирают 1 мл приготовленного раствора окситоцина и 9 мл изотонического раствора натрия хлорида. Окситоциновая проба считается положительной, если при внутривенном введении препарата матка начинает сокращаться. Если введение 0,01 ЕД окситоцина не вызвало сокращения матки, проба считается отрицательной.

5. Учитывая, что окситоциновая проба у роженицы К. положительная и женщина не жалуется на утомление, следует проводить стимуляцию родовой деятельности на гормоно-витаминно-глюкозо-кальциевом фоне по одной из следующих схем: Штейна — Курдиновского, Михайленко, Решетовой, Тимошенко и др.

При необходимости проводят профилактику внутриутробной гипоксии плода.

При этом наблюдают за темпом родов (частота, продолжительность и нарастание схваток, темп раскрытия отверстия и продвижения головы) и возможностью развития дополнительных осложнений (утомление роженицы и истощение ее сил, инфицирование родовых путей, внутриутробная гипоксия плода и пр.).

Стимуляцию родовой деятельности не рекомендуется проводить дважды в сутки, поэтому через 16—18 ч в родовой деятельности следует предоставить роженице отдых в течение 6—7 ч с полным или частичным выключением сокращений матки. После этого стимуляцию родовой деятельности можно повторить.

Питание роженицы должно состоять из крепкого горячего мясного бульона, витаминов, горячего сладкого чая, кофе, шоколада, фруктов.

В третьем периоде родов своевременно провести профилактику возможного кровотечения.

18.2.

1. Диагноз: срочные роды, первый период. Первородящая с фактором повышенного риска — возраст (30 лет). Первичная слабость родовой деятельности.

2. Диагноз первичной слабости родовой деятельности подтверждается характерным клиническим течением родов: за 20 ч первого периода родов шейка матки сгладилась и раскрылась только на 2 поперечных пальца, схватки повторяются через 8—10 мин, слабые, короткие, женщина утомлена, апатична, в промежутке между схватками дремлет.

3. Окситоциновая проба при первичной слабости родовой деятельности проводится для дифференцированного ведения родов: положительная окситоциновая проба указывает на то, что матка под влиянием средств, стимулирующих родовую деятельность, способна усилить сократительную активность, отрицательная, наоборот, указывает на низкую потенциальную способность мышечной оболочки матки усиливать сокращения при применении окситоци-

ческих средств и на необходимость назначения роженице отдыха в виде лечебного акушерского сна.

4. При затянувшихся родах главными осложнениями являются:

а) восходящая инфекция, тяжесть и опасность которой находятся в прямой зависимости от длительности родов и особенно безводного периода;

б) значительное повышение мертворождаемости (в 2—3 раза) и ранней детской смертности (в 4—5 раз);

в) увеличение числа последовых и ранних послеродовых кровотечений (примерно в 3,5 раза), оперативных вмешательств во время родов.

5. Учитывая, что женщина утомлена, родовая деятельность неэффективна и окситоциновая проба отрицательна, следует назначить отдых в виде лечебного акушерского сна. Предварительно ввести подкожно 0,5—1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата, затем назначить 1 мл 1 % раствора промедола, 2 мл 2,5 % раствора дипразина и 10 мл 25 % раствора магния сульфата одновременно или преднион, который по химическому строению близок к прогестерону, но не обладает свойствами гормона, снижает АД. Вводится преднион после премедикации дипразином (50 мг) и промедолом (20 мг). Раствор предниона готовят непосредственно перед употреблением (500 мг сухого предниона разводят 10 мл 0,25—0,5 % раствора новокаина), вводят внутривенно, по возможности быстро. Сон наступает через 5—8 мин и продолжается 1—3 ч. Акушерский сон можно вызвать внутривенным введением 10 мл 20 % раствора натрия оксибутирата, вдыханием закиси азота и другими методами.

После наркотического сна родовая деятельность нередко усиливается самостоятельно и не требуется дальнейшего лечения.

Если родовая деятельность после сна остается недостаточной, применяют средства, стимулирующие мускулатуру матки: при раскрытии шейки матки до 3 см рекомендуется схема Штейна—Курдиновского, свыше 3 см — внутривенное капельное введение окситоцина (5 ЕД окситоцина в 500 мл 5 % раствора глюкозы по 8—10 капель в 1 мин) до окончания родов, но не более 2 ч.

При повторном ослаблении родовой деятельности вместо внутривенного введения окситоцина рекомендуется применять дезаминоокситоцин в таблетках по 25—50—75—100 ЕД через каждые 30 мин. После установления хорошей родовой деятельности дозу уменьшают через каждые 30—60 мин на 25 ЕД, продолжая до раннего послеродового периода.

В последние годы для лечения при слабости родовых сил внутривенно вводят динопрост — простагландин $F_{2\alpha}$ (содержимое флакона 5 мг (5 мл) растворяют в 500 мл 5 % раствора глюкозы, начинают вводить со скоростью 20 капель в 1 мин, через 1 ч — 30 капель, еще через 1 ч — 40 капель в 1 мин).

При необходимости проводят профилактику внутриутробной гипоксии плода.

Питание роженицы должно содержать витамины, особенно аскорбиновую кислоту, тиамин, состоять из крепкого горячего мясного бульона, горячего сладкого чая, кофе, шоколада, фруктов.

Необходимо своевременно проводить профилактику возможного кровотечения в третьем и раннем послеродовом периодах.

18.3.

1. *Диагноз*: восьмые срочные роды, второй период, вторичная слабость родовых сил. Длительный безводный период (5 ч).

2. Вторичная слабость родовых сил подтверждается характерным течением родов: вначале родовая деятельность развивалась нормально, за 10 ч произошло полное раскрытие отверстия, но после отхождения околоплодных вод родовая деятельность резко ослабла, в течение последующих 5 ч потуги короткие, нерегулярные, слабые, голова плода не продвигается. Диагноз длительного безводного периода поставлен в связи с затянувшимся безводным периодом (на 5 ч), хотя излитие околоплодных вод произошло своевременно, при полном раскрытии отверстия матки, на 10-м часу от начала первого периода родов.

3. Причины развития вторичной слабости родовых сил: перерастяжение стенок матки при многоплодии, крупном плоде; органические изменения стенки матки, понижающие ее сократительную функцию — недоразвитие и аномалии матки, дегенеративные изменения в мышечной оболочке матки, возникающие вследствие перенесенных воспалительных заболеваний, многочисленных родов и абортот, кесарева сечения, миомэктомии, опухоли матки; неправильные положения и предлежания плода; несвоевременное излитие околоплодных вод; общие истощающие заболевания; расстройства эндокринной системы; первородящие старого возраста и т. д.

Причиной развития вторичной родовой слабости у роженицы Я. могли служить дегенеративные изменения в мышечной оболочке матки, возникшие вследствие перенесенных многочисленных родов.

4. В родах у роженицы Я., осложненных вторичной слабостью родовых сил и длительным безводным периодом, возможны следующие осложнения:

а) восходящая инфекция, тяжесть и опасность которой будет зависеть от длительности родов и особенно от безводного периода;

б) сдавление мягких тканей родовых путей и соседних внутренних органов между костями таза и предлежащей частью при длительном стоянии головы плода в широкой части полости малого таза, вследствие чего нарушается кровообращение, некротизируются ткани и могут образоваться прямокишечно-влагалищные свищи;

в) увеличение мертворождаемости и ранней детской смертности при длительном течении родов и особенно безводного периода, угрожающем плоду при данных родах;

г) последовое и послеродовое кровотечение при слабости родовых сил;

д) оперативное родоразрешение, необходимое при слабости родовых сил во втором периоде родов, что всегда сопряжено с опасностями как для роженицы, так и для плода.

5. Учитывая, что слабость родовых сил возникла в тот момент, когда отверстие матки раскрылось полностью и голова находится в широкой части полости малого таза, необходимо быстро применить бинт Вербова, который может быть заменен простыней.

При отсутствии эффекта роды следует закончить при помощи акушерских щипцов или вакуум-экстрактора.

Провести профилактику внутриутробной гипоксии плода в третьем и раннем послеродовом периодах — профилактику возможного кровотечения.

Предупредить восходящую инфекцию назначением антибиотиков или сульфаниламидных препаратов.

18.4.

1. *Диагноз*: срочные роды, первый период. Дискоординированная родовая деятельность.

Дискоординированная родовая деятельность у роженицы С. характеризуется регулярными болезненными схватками, периодически перемежающимся резким ослаблением их силы при сохраняющемся ритме, замедленным раскрытием отверстия матки (за 12 ч первого периода родов шейка матки сгладилась, отверстие раскрылось только на 2 поперечных пальца), постоянной болью в поясничной области, отсутствием продвижения плода при наличии нормального соотношения между размерами головы плода и таза матери, неравномерным тонусом матки во время схваток, задержкой мочеиспускания при отсутствии признаков сдавления уретры и мочевого пузыря (у роженицы С. эластическим катетером без малейшего напряжения выведена моча, не содержащая крови и лейкоцитов), данными гистерографии: сокращение матки при схватках начинается не в верхнем, а в нижнем сегменте, ритмичность схваток сохранена, но сила сокращений нерегулярная.

3. Причиной развития дискоординированной родовой деятельности является нарушение автоматизма матки, выражающееся в бессистемном сокращении ее отделов. Это нарушение может возникнуть при аномалиях матки, инфантилизме, опухолях, воспалительных изменениях и других патологических процессах, поражающих ограниченные участки матки — шейку, перешеек, правую или левую ее половину. При этом способность воспринимать раздражение патологически измененными участками матки понижена или отсутствует, что приводит к асимметричным и некоординированным сокращениям матки.

Причиной развития дискоординированной родовой деятельности у роженицы С. могло послужить перенесенное воспаление внутренних половых органов, осложнившее самопроизвольный аборт при предыдущей беременности.

4. В лечении при дискоординированной родовой деятельности применяются лидаза (64 УЕ в 1—2 мл 0,5 % раствора новокаина) и 0,1 % раствор атропина сульфата или но-шпа, парацервикальная новокаиновая анестезия с последующим наркозом натрием оксибутиратом или предионом. При выраженном болевом синдроме применяется электроанальгезия.

Ведение родов и оказываемая акушерская помощь будут зависеть в основном от возникающих осложнений.

5. Если при дискоординированной родовой деятельности ошибочно ставится диагноз слабости родовых сил и вместо спазмолитических и седативных средств применяются препараты, стимулирующие мускулатуру матки, развиваются судорожные сокращения матки, схватки становятся очень болезненными, появляется боль в крестцово-поясничной области, а при тетании матки — непрерывная распирающая боль в животе. Нередко боль сопровождается тенезмами со стороны мочевого пузыря и прямой кишки. Матка при пальпации напряжена и болезненна, тонус ее резко повышен. Сердцебиение плода почти не прослушивается, нарастают явления асфиксии, и плод часто погибает. Роды приостанавливаются, затираются, температура тела у роженицы повышается, учащается пульс. Быстро развивается эндометрит и септическое состояние, угрожающие жизни роженицы.

18.5.

1. *Диагноз:* срочные, стремительные роды, первый период. Чрезмерно сильная родовая деятельность.

2. *Клинические симптомы, подтверждающие диагноз:* очень быстрое, стремительное развитие первого периода родов (за 2 ч шейка матки сгладилась и раскрылась до 3 пальцев), схватки очень сильные, продолжительностью 40 с через каждые 2—3 мин, двое предыдущих родов протекали также очень быстро и завершились за 3—4 ч.

3. Стремительные роды представляют большую опасность как для роженицы, так и для плода. У рожениц часто происходят глубокие разрывы шейки матки, влагалища, промежности, клитора, нередко возникает преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Быстрое опорожнение матки может привести к ее атонии, сопровождающейся гипотоническим кровотечением, опасным для жизни женщины. Бурная родовая деятельность резко нарушает маточно-плацентарное кровообращение и приводит к прогрессирующей внутриутробной гипоксии плода. Быстрое и энергичное проталкивание головы плода через родовые пути в период изгнания подвергает ее сильному и быстрому сдавлению без предварительной соответствующей конфигурации, что сопровождается внутричерепной травмой с опасными последствиями (парезом, параличом, мертворождаемостью, ранней детской смертностью).

4. Причины, вызывающие чрезмерно сильную родовую деятельность, недостаточно изучены, но известно, что она наблюдается, как правило, у рожениц с повышенной нервной возбудимостью, у нервных и раздражительных женщин, при базедовой болезни и других нейроэндокринных нарушениях. Кроме того, чрезмерно сильная родовая деятельность может возникнуть у рожениц при наличии препятствия к изгнанию плода (узкий таз, неправильное положение и предлежание плода). В таких случаях в результате чрезмерной, чаще судорожной, родовой деятельности может наступить разрыв матки.

5. Ведение родов при чрезмерно сильной родовой деятельности начинается с устройства роженицы в положении на боку и сохранения этого положения до конца родов. Укладывать роженицу лучше на бок, противоположный позиции плода (при первой позиции на правый бок, при второй — на левый). Для уменьшения силы сокращения матки подкожно вводят 1 мл 2 % раствора омнопона. Для ослабления схваток (потуг) целесообразно применение наркоза закисью азота с кислородом или эфиром с кислородом, или блокады α -адренорецепторов, или стимуляции β -адренорецепторов миометрия. Роды принимают в положении на боку. После родов производится тщательный осмотр наружных половых органов, клитора, влагалища и шейки матки для выявления разрывов. При обнаружении разрывы зашивают. В последовом и послеродовом периодах назначают средства, стимулирующие мускулатуру матки.

18.6.

1. **Диагноз:** срочные роды, первый период. Первородящая старого возраста. Ригидность (дистоция) шейки матки.

2. Ригидность шейки матки подтверждается следующими симптомами: у роженицы Т. имеется предрасположение к развитию ригидности, так как она является старой (30 лет) первородящей; за 12 ч первого периода родов при хорошей родовой деятельности у первородящей раскрытие отверстия матки достигло лишь 2 пальцев (в норме — до 3 пальцев, т. е. 6 см); в последние 2 ч схватки стали частыми и болезненными, что указывает на наличие препятствия прохождению головы плода, тогда как размеры плода (ориентировочная масса — 2880 г, прямой размер головы — 11 см) соответствуют размерам таза, вставление головы правильное (передний вид затылочного предлежания); при влагалищном исследовании установлено: края отверстия матки толстые, плотные, неподатливые.

3. Ригидность шейки матки может быть обусловлена неврогенным происхождением или повышенным раздражением симпатической и парасимпатической частей вегетативной нервной системы, а также структурными изменениями в тканях шейки матки, нарушающими раскрытие ее во время родов. Такие изменения наблюдаются у женщин, перенесших воспалительные заболевания шейки матки, имеющих рубцы на шейке матки после прижиганий, пластических операций, разрывов, обусловленных патологическими родами. Ригидность шейки матки может быть у пожилых первородящих, утративших эластичность тканей, что, по-видимому, и явилось причиной ригидности у роженицы Т.

4. Ригидность шейки матки тормозит ее раскрытие, чем замедляется, а иногда и нарушается течение родов: в связи с появлением препятствия для прохождения плода схватки становятся частыми и болезненными, раскрытие отверстия идет медленно, роды затягиваются и осложняются ранним отхождением околоплодных вод и вторичной слабостью родовых сил. Утратившие эластичность ткани легко подвергаются разрывам. При глубоких разрывах шейки матки нередко повреждаются крупные сосуды, что приводит к обильному, нередко опасному для жизни роженицы кровотечению. **Выра-**

женная ригидность шейки матки может способствовать развитию гипоксии и внутричерепной травме плода.

5. При ригидности шейки матки применяют спазмолитические средства — лидазу, вводимую в толщу шейки матки вместе с новокаином (64 УЕ лидазы растворяют в 50 мл 0,25 % раствора новокаина), атропина сульфат (1 мл 0,1 % раствора). Если плотность и неподатливость краев отверстия матки зависят от спастического состояния мускулатуры шейки матки, благоприятное действие оказывает ректальное введение обезболивающей свечи с омнопном (0,015 г).

При отсутствии эффекта от применения спазмолитических средств рекомендуется пальцевое расширение отверстия матки, при значительной неподатливости его — боковые насечки краев отверстия. У роженицы при наличии ригидности шейки матки, сочетающейся с осложнениями беременности и родов (узкий таз, крупный плод, тазовое предлежание плода, переносная беременность и пр.), следует своевременно решать вопрос о кесаревом сечении.

К ТЕМЕ 19

19.1.

1. *Диагноз:* беременность сроком 37 недель. Преждевременное отхождение околоплодных вод, безводный период 3 ч.

2. Преждевременное отхождение околоплодных вод устанавливается на основании анамнеза, в котором указано, что 3 ч назад у роженицы отошли воды. Уточняется диагноз влагалищным исследованием, при котором обнаружено, что плодные оболочки не определяются, подтекают прозрачные воды. Преждевременность отхождения околоплодных вод подтверждается тем, что это произошло до начала родов при отсутствии схваток и сохраненной шейке матки.

3. Наличие дородового вскрытия оболочек плодного пузыря можно уточнить при микроскопии околоплодных вод и обнаружении в них волосков и чешуек эпидермиса плода. Для этого выделения из половых органов собирают в лоток, помещают на предметное стекло и неокрашенными рассматривают под микроскопом. В сомнительных случаях производят осмотр предлежащей части при помощи амниоскопа. При раскрытии отверстия матки не менее чем на 2 пальца отсутствие плодного пузыря может быть обнаружено пальпаторно или с помощью влагалищных зеркал при осмотре предлежащей части.

4. Тактика лечения при преждевременном излитии околоплодных вод зависит от степени доношенности и жизнеспособности плода. В данном случае беременность сроком 37 недель, т. е. плод недоношенный, но уже жизнеспособный, поэтому рекомендуется проводить родовозбуждение. Методика родовозбуждения зависит от степени подготовленности родовых путей. Здесь шейка матки сохра-

нена, канал проходим для одного пальца, т. е. имеются признаки готовности шейки к родам, но она еще не зрелая. Поэтому сразу следует ввести эстрогено-гормонально-витамино-глюкозо-кальциевую смесь с добавлением АТФ и кокарбоксилазы. После этого можно начать родовозбуждение при помощи средств, стимулирующих мускулатуру матки: при незрелой шейке матки применяется внутрицервикальное введение окситоцина, при зрелой — внутривенное капельное введение окситоцина. Если роженица утомлена, необходимо своевременно предоставлять ей медикаментозный отдых. Для профилактики инфицирования родовых путей при длительности безводного промежутка свыше 10 ч необходимо вводить антибиотики. Во время родов необходимо систематически проводить профилактику гипоксии плода.

5. При преждевременном отхождении околоплодных вод лечение может быть направлено на сохранение беременности при сроке беременности до 34—35 недель, наличии незрелого плода, удовлетворительном общем состоянии беременной и высоком боковом разрыве плодных оболочек. Лечение должно проводиться только в условиях стационара. Назначают постельный режим, средства, расслабляющие мускулатуру матки, необходим строгий контроль за температурой тела и показателями крови. При необходимости проводят мероприятия по профилактике инфекции и внутриутробной гипоксии плода.

19.2.

1. *Диагноз:* срочные роды, первый период. Раннее отхождение вод (безводный промежуток 2 ч), вторичная слабость родовых сил.

2. Раннее отхождение вод подтверждается на основании анамнеза: со слов роженицы, воды отошли 2 ч назад, т. е. через 6 ч после начала родов. Диагноз уточняется при влагалищном исследовании: шейка сглажена, открытие отверстия на 2 пальца, плодного пузыря нет, на голове намечается небольшая родовая опухоль. Вторичная слабость родовых сил подтверждается сообщением женщины о том, что после отхождения вод у нее ослабли схватки, а также влагалищным исследованием, при котором обнаружено недостаточное раскрытие отверстия матки (на 2 пальца) за 8 ч родовой деятельности.

3. Отхождение околоплодных вод считается своевременным при физиологическом течении родов, когда плодный пузырь разрывается при полном или почти полном раскрытии отверстия матки, что чаще совпадает с самым концом первого и началом второго периодов родов.

Несвоевременное излитие околоплодных вод наблюдается перед началом родов (преждевременное отхождение вод), вскоре после начала родов, но до момента полного раскрытия отверстия (раннее отхождение вод). Различают также запоздалый разрыв плодных оболочек, при котором, несмотря на полное раскрытие отверстия матки и хорошую родовую деятельность, плодный пузырь остается целым и период изгнания протекает при неотошедших передних водах.

4. Дородовое излитие околоплодных вод является серьезным осложнением в родах. При этом прогноз родов тем лучше, чем ближе к концу периода раскрытия отверстия матки произойдет излитие околоплодных вод. Длительный безводный промежуток, связанный с преждевременным и ранним отхождением вод, нередко приводит к затыжным, «сухим» родам. Течение родов при этом замедляется, сила и характер схваток изменяются, часто схватки становятся редкими и слабыми, развивается слабость родовых сил.

При длительном безводном промежутке частыми осложнениями являются: эндометрит в родах, значительная родовая опухоль на предлежащей части плода, внутриутробная гипоксия и внутричерепная травма плода.

Излитие околоплодных вод при отсутствии пояса соприкосновения предлежащей части с плотными родовыми путями (тазовое предлежание, поперечное положение и пр.) может способствовать выпадению мелких частей плода и пуповины, что в значительной степени осложняет течение родового акта и исход родов для плода.

5. Для сокращения длительности безводного периода лечение должно быть направлено на быстреее завершение родов и борьбу с вторичной слабостью родовых сил.

Для усиления родовой деятельности рекомендуется вводить внутримышечно эфирно-масляные растворы эстрогенных гормонов (30 000 ЕД), 5 ЕД окситоцина в 500 мл 5 % раствора глюкозы внутривенно капельно с 15—20 мг кокарбоксылазы и аскорбиновой кислоты в течение 2—3 ч. При необходимости вводят внутримышечно или подкожно 2—4 мл 3 % раствора пахикарпина гидроиодида и применяют механические средства родоускорения (вакуум-стимулятор, кожно-головные щипцы). Для ускорения раскрытия шейки матки назначают спазмолитические средства: 1 мл 1 % раствора апрофена подкожно, 2 мл но-шпы, 1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата, внутривенно по 5 мл баралгина.

При длительности безводного промежутка более 10 ч с целью профилактики инфекции необходимо начать введение антибиотиков. Во время родов проводятся мероприятия по профилактике внутриутробной гипоксии плода.

19.3.

1. *Диагноз*: срочные роды, второй период. Запоздалый разрыв плодных оболочек.

2. *Диагноз* запоздалого разрыва плодных оболочек основывается на данных влагалищного исследования, во время которого при полном раскрытии отверстия матки в течение 3 ч обнаружен целый плодный пузырь, напрягающийся во время потуг и заполняющий значительную часть влагалища.

Дополнительными клиническими признаками, подтверждающими диагноз, являются затянувшийся (до 3 ч) у повторнородящей второй период родов, сильные болезненные сокращения матки во время потуг, задержка продвижения головы плода.

3. *Причины*, вызывающие запоздалый разрыв плодных оболочек: а) чрезмерная плотность плодных оболочек, мешающая жоро-

шо налитому плодному пузырю вскрыться под напором внутриматочного давления даже при очень сильных потугах; б) чрезмерно эластичные плодные оболочки, сильно растягивающиеся и напрягающиеся при потугах, заполняющие значительную часть влагалища, а иногда даже выходящие из влагалища наружу в виде прозрачного эластичного шара; в) малое количество передних вод, при котором плодный пузырь очень слабо выражен — плоский плодный пузырь.

4. При запоздалом разрыве плодного пузыря возникают осложнения, оказывающие отрицательное влияние на течение родов: затянувшийся период изгнания; отсутствие вставления головы плода в малый таз из-за сильно напрягающегося, но не вскрывающегося плодного пузыря; частичная или полная отслойка нормально расположенной плаценты, ведущая к гипоксии или гибели плода; асфиксия новорожденного, родившегося в оболочках, циркулярно оторванных от плаценты; замедленное раскрытие отверстия матки и развитие черепно-мозговой травмы у плода вследствие давления на стенки родового канала головы плода, плотно обтянутой оболочками.

5. Как только установлена целостность плодных оболочек при полном раскрытии отверстия матки, необходимо немедленно приступить к искусственному вскрытию плодного пузыря, предварительно определив состояние родовых путей и положение подлежащей части. Искусственное вскрытие оболочек плодного пузыря производится указательным пальцем, браншей пулевых щипцов, пинцетом или корнцангом под контролем пальцев другой руки или влагалищных зеркал. Если голова плода не зафиксировалась во входе в малый таз, околоплодные воды следует выпускать медленно во избежание выпадения петли пуповины или мелких частей плода. При рождении ребенка в оболочках («в сорочке») их необходимо немедленно снять, в первую очередь с лица, чтобы освободить дыхательные пути и предупредить развитие асфиксии новорожденного.

К ТЕМЕ 20

20.1.

1. *Диагноз*: срочные первые роды, первый период. Общеравномерносуженный таз, II степень сужения.

2. Общеравномерносуженный таз у роженицы Р. установлен на основании наружного тазоизмерения, при котором обнаружено, что все наружные размеры таза уменьшены по сравнению с нормальными на одинаковую величину (на 3 см). В пользу общеравномерносуженного таза свидетельствуют также правильное телосложение и низкий рост (145 см) женщины, ромб Михаэлиса, вытянутый сверху вниз (боковые углы тупые, верхний и нижний — острые), окружность таза, равная 80 см (в норме — 85 см), боковая конъюгата — до 14 см (в норме 14,5—15 см).

Степень сужения таза устанавливается на основании размера истинной конъюгаты. У роженицы Р. истинная конъюгата равна 8 см, что соответствует II степени сужения таза.

3. При подозрении на наличие узкого таза большое значение имеет измерение окружности запястья (индекс Соловьева) как показателя толщины костей. Окружность запястья измеряется сантиметровой лентой, проходящей ниже шиловидных отростков лучевой и локтевой костей предплечья. При нормальной толщине костей окружность запястья равна 14—15 см, а толщина костей таза (лобкового симфиза и крестца) — 9 см, и для определения величины истинной конъюгаты надо из размера наружной конъюгаты вычесть 9.

У женщин с тонкими костями окружность запястья бывает менее 14 см, а толщина симфиза и крестца соответственно 8 см. При вычислении истинной конъюгаты у этих женщин надо от размера наружной конъюгаты вычесть не 9, а 8 см. У женщин с толстыми, массивными костями окружность запястья больше 15 см, а для получения у них ориентировочного размера истинной конъюгаты надо от размера наружной конъюгаты вычесть не 9, а 10 см.

У роженицы Р. индекс Соловьева равен 14,5 см, значит, кости у нее нормальной толщины. Для определения ориентировочного размера истинной конъюгаты надо от величины наружной конъюгаты — 17 см вычесть 9, тогда истинная конъюгата будет равна 8 см.

4. Прогноз родов зависит от степени сужения таза, клинического соответствия между головой плода и тазом женщины и силы родовой деятельности. Учитывая II степень сужения таза у роженицы Р., отсутствие большого несоответствия между плодом и тазом роженицы (плод некрупный, массой 2750 г, признак Геннеля — Вастена отрицательный), молодой (22 года) возраст первородящей, достаточно активную родовую деятельность (за 8 ч родовой деятельности шейка матки сгладилась, открытие отверстия матки на 3 пальца), удовлетворительное состояние роженицы и плода, целостность плодного пузыря, правильное вставление головы плода, прогноз родов можно считать хорошим, позволяющим проводить роды через естественные родовые пути.

Роды следует вести выжидательно, с активной профилактикой возможных осложнений. Для предупреждения раннего излития околоплодных вод роженице не разрешается вставать, целесообразно ввести кольпайринтер. Следует вести наблюдение за активностью родовой деятельности, продвижением головы плода, мочеиспусканием, не допуская переполнения мочевого пузыря, периодически проводить профилактику гипоксии плода. Во втором периоде родов при угрозе разрыва промежности своевременно произвести перинео- или эпизиотомию.

5. Особенности биомеханизма родов при общеравномерносуженном тазе следующие: голова вступает во вход в малый таз в одном из косых размеров и делает сильное сгибание, максимальное в узкой части таза, малый родничок приближается к проводной

оси таза; ротация головы замедляется, стреловидный шов долго располагается в косом размере таза, низкое разгибание головы (из-за узости лобкового угла) может привести к глубокому разрыву промежности, голова приобретает долихоцефалическую конфигурацию (вытянута в сторону затылка).

20.2.

1. *Диагноз*: срочные роды, первый период. Простой плоский таз (II степень сужения). Отягощенный акушерский анамнез. Раннее отхождение околоплодных вод.

2. Простой плоский таз установлен на основании наружного тазаизмерения, при котором обнаружено, что поперечные размеры таза нормальные, а прямые укорочены: наружная конъюгата — 17 см (в норме 20 см), диагональная — 9,5 см (в норме 12,5—13 см), прямой размер выхода из малого таза — 7,5 см (в норме 9,5 см), истинная конъюгата — 8 см (с учетом индекса Соловьева $(17-9=8)$ см) и высоты лобка: $9,5-1,5=8$ см). Кроме того, наличие простого плоского таза подтверждается остроконечной формой живота, окружностью таза, равной 78 см (в норме 85 см), боковой конъюгатой, равной 13 см (в норме 14,5—15 см), очень низким верхним треугольником ромба Михаэлиса. II степень сужения таза установлена по величине истинной конъюгаты, равной 8 см. Отягощенный акушерский анамнез подтверждается данными о предыдущих родах: первые роды длились около 2 суток, вторые закончились рождением не крупного (2900 г) мертвого ребенка. Раннее отхождение околоплодных вод установлено по отхождению вод при раскрытии отверстия на 2 пальца, т. е. во время родов, но до полного раскрытия отверстия матки.

3. Высота лобкового симфиза имеет большое значение для изучения емкости таза и определения размера истинной конъюгаты, так как известно, что чем выше лобковый симфиз, тем меньше размер истинной конъюгаты. Определяют высоту лобкового симфиза, захватив большим и указательным пальцами верхний и нижний край сочленения (А. Ю. Лурье). Расстояние между пальцами измеряют газомером. Высоту лобкового симфиза можно измерить при влагиалищном исследовании. Для этого ладонной поверхностью указательного пальца скользят по задней стенке сочленения до верхнего края лобка, указательным пальцем другой руки отмечают точку соприкосновения с нижним краем лобка и измеряют это расстояние. В норме высота лобкового симфиза равна 4 см.

Для определения размера истинной конъюгаты надо от величины диагональной конъюгаты вычесть 1,5 см при нормальной высоте лобкового симфиза, 2 см — при высоте лобкового симфиза больше 4 см.

У роженицы Ф. высота лобкового симфиза равна 4 см, диагональная конъюгата — 9,5 см, истинная конъюгата: $9,5 \text{ см} - 1,5 \text{ см} = 8 \text{ см}$.

4. Прогноз родов у роженицы Ф. сомнительный, так как предыдущие двое родов с меньшими размерами плодов (2700 и 2900 г) протекали длительно, при вторых родах родился мертвый ребенок.

При настоящих родах предполагаемая масса плода — 3430 г, т. е. значительно крупнее предыдущих. У повторнородящей за 6 ч родовой деятельности шейка матки раскрылась только на 2 пальца (слабость родовых сил) и рано отошли воды. Поэтому в данном случае следует исключить дальнейшее консервативное ведение родов и приступить к родоразрешению при помощи кесарева сечения.

Необходимые условия для производства операции имеются: общее состояние роженицы удовлетворительное, воды отошли вовремя, сердцебиение плода ритмичное.

Кесарево сечение следует начинать тотчас же, пока не появились противопоказания (удлиняющийся безводный промежуток, ухудшающееся состояние плода и пр.).

5. Особенности биомеханизма родов при простом плоском тазе: а) долгое высокое стояние головы стреловидным швом в поперечном размере входа в малый таз, который является самым вместительным; б) разгибание головы при вступлении в малый таз для вставления в суженный прямой размер входа бипариетальным поперечным размером; в) асинклитическое вставление головы (чаще передний асинклитизм); г) низкое поперечное стояние стреловидного шва, образующееся из-за укороченных прямых размеров таза; д) ротация головы на тазовом дне и самопроизвольно заканчивающиеся роды. Если поворот не произойдет, проводят оперативное родоразрешение.

20.3.

1. *Диагноз:* срочные роды, второй период. Плоскоррахитический таз (II степень сужения). Асинклитическое вставление головы плода (передний асинклитизм). Раннее отхождение вод (безводный промежуток 20 ч). Мертвый плод. Отягощенный акушерский анамнез.

2. Плоскоррахитический таз установлен на основании наружного тазоизмерения, при котором обнаружено, что размер между передневерхними осями подвздошных костей (26 см) равен размеру между гребнями этих костей, что характерно для плоскоррахитического таза, у которого крылья подвздошных костей бывают сильно развернутыми, приближая эти размеры друг к другу.

Для плоскоррахитического таза характерно также уменьшение прямого размера входа в малый таз и увеличение размеров выхода, что имеет место у роженицы Ч. У нее сужены наружная (17 см против 20 см в норме) и диагональная (9,5 см против 12,5—13 см в норме) конъюгаты, а прямой размер выхода (10,5 см против 9,5 в норме) увеличен. Косвенно диагноз подтверждается данными анамнеза (в детстве была болезненным ребенком, ходить начала с 2 лет) и общего обследования, дающими сведения о перенесенном рахите (голова большая, четырехугольная, зубы редкие, с поперечными желобками, грудь впалая, реберные четки, нижние конечности укорочены, искривлены в форме буквы Х).

II степень сужения таза установлена на основании размера истинной конъюгаты, которая вычислена с учетом индекса Соловь-

ева ($17-9=8$ см) и по диагональной конъюгате с учетом высоты лобкового симфиза ($9,5-1,5=8$ см). При истинной конъюгате, равной 8 см, степень сужения II.

Асинклитическое вставление определено при влагалищном исследовании: стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз ближе к мысу крестца, т. е. во вход в малый таз вставляется передняя теменная кость (отсюда и название: передний асинклитизм). Диагноз — раннее отхождение вод — установлен из данных районной больницы, мертвый плод — по отсутствию в течение последних 2 ч шевеления и сердцебиения плода, отягощенный акушерский анамнез — на основании рассказа женщины о последних родах 3 года назад, которые, хотя и закончились самопроизвольно, но длились 32 ч и ребенок умер на вторые сутки, по-видимому, из-за родовой травмы.

3. При подозрении на наличие узкого таза, наряду с обычным измерением наружных размеров, производится измерение окружности таза. Она измеряется сантиметровой лентой на уровне верхнего угла ромба Михаэлиса, гребешков подвздошных костей и верхнего края лобкового симфиза.

В норме окружность таза равна 85 см. Если окружность таза меньше 85 см, это свидетельствует о его сужении, окружность таза, приближающаяся к 75 см, — о значительном его сужении. У роженицы Ч. окружность таза равна 79 см, что указывает на наличие узкого таза.

4. На данном этапе, когда наступила гибель плода и возможны грозные осложнения для самой роженицы (разрыв матки, угроза образования свищей, эндометрит в родах и пр.), дальнейшее консервативное ведение родов противопоказано. Наиболее щадящим методом родоразрешения является краниотомия. Для выполнения этой операции имеются необходимые условия: полное раскрытие отверстия матки, неподвижное стояние головы во входе в малый таз, мертвый плод, отсутствие абсолютного сужения таза, удовлетворительное состояние роженицы. Операцию следует начинать тотчас же.

5. У роженицы Ч. диагностирован плоскоррахитический таз. Особенности биомеханизма родов при плоскоррахитическом тазе: а) продолжительное высокое стояние головы плода стреловидным швом в поперечном размере входа в малый таз, наступившее из-за чрезвычайно суженного прямого размера входа в малый таз, препятствующего быстрому опусканию головы; б) небольшое разгибание головы при вступлении ее во вход в малый таз, способствующее вставлению головы в суженный прямой размер входа в малый таз бипариетальным поперечным размером; в) асинклитическое вставление головы (передний асинклитизм), возникающее чаще в связи с наличием отвислого живота; г) «штурмовые» роды, завершающиеся очень быстрым изгнанием плода после длительного вставления головы во вход в малый таз. Это создает опасность глубокого разрыва промежности и внутричерепного кровоизлияния у плода.

20.4.

1. *Диагноз*: срочные роды, первый период. Общесуженный плоский таз (III степень сужения).

2. *Диагноз* подтверждается наружным тазоизмерением, при котором обнаружено, что у роженицы X. на 2 см уменьшены все поперечные размеры таза: *distantia spinarum* — 23 см (в норме 25 см), *distantia cristarum* — 26 см (в норме 28 см), *distantia trochanterica* — 28 см (в норме 30 см), выход из малого таза — 9 см (в норме 11 см). Все прямые размеры таза укорочены на 4—4,5 см: наружная конъюгата — 15,5 см (в норме 20 см), диагональная конъюгата — 8,5 см (в норме 12,5 см), прямой размер выхода из малого таза — 5 см (в норме 9,5 см). III степень сужения таза подтверждается размером истинной конъюгаты, равным 7 см (в норме 11 см), который вычислен по размеру наружной конъюгаты (15 см) с учетом индекса Соловьева ($15 - 8 = 7$ см) и по диагональной конъюгате (8,5 см) с учетом высоты лобкового симфиза ($8,5 - 1,5 = 7$ см).

Диагноз — узкий таз — подтверждается суженной окружностью таза (73 см против 85 см в норме) и укороченным размером боковых конъюгат (по 13 см против 14,5—15 см в норме). Косвенно *диагноз* узкого таза подтверждается низким ростом роженицы — 145 см.

3. При подозрении на наличие узкого, особенно плоского или косоугольного, таза, наряду с обычным измерением наружных размеров таза, определяют размеры боковых конъюгат (правой/левой). Измерение производится тазомером между передней и задней верхними осями подвздошной кости с каждой стороны. В норме размеры боковых конъюгат равны 14,5—15 см; укорочение их менее 13 см свидетельствует о значительном сужении таза. У роженицы X. правая и левая боковые конъюгаты одинаковые и равны 13 см, что свидетельствует о значительном (в данном случае III степени) сужении таза.

4. При III степени сужения таза роды доношенного живого плода через естественные родовые пути невозможны. Сохранить жизнь ребенку можно только при помощи кесарева сечения. У роженицы X. ориентировочная масса плода — 2720 г, длина — 46—48 см, т. е. у нее ожидается доношенный плод средних размеров, поэтому кесарево сечение ей абсолютно необходимо.

Для операции у роженицы X. имеются необходимые условия: общее состояние удовлетворительное (температура тела нормальная, показатели крови и мочи без патологических отклонений, на оперативное родоразрешение идет сознательно), сердцебиение плода ритмичное, ясное, плодный пузырь цел. Кесарево сечение лучше начинать тотчас, так как женщина уже находится в родах и могут появиться различные противопоказания (ранний разрыв плодного пузыря и пр.).

5. У роженицы X. диагностирован общесуженный плоский таз. Основная особенность родов при этой форме таза заключается в том, что они почти всегда имеют тяжелое течение. Биомеханизм

родов протекает по типу общеравномерносуженного или плоского таза, что зависит от того, насколько сильно общесуженный таз является плоским тазом. Если таз слегка плоский, биомеханизм идет по типу биомеханизма общеравномерносуженного таза: сильное сгибание головы и вступление в таз стреловидным швом в одном из косых размеров входа в малый таз; в полости таза внутренний поворот происходит, как при нормальном тазе, но медленнее; низкое разгибание головы из-за острого лобкового угла. Если таз общесуженный и выраженно плоский, биомеханизм родов идет по типу биомеханизма плоского таза: голова вступает в малый таз стреловидным швом в поперечном размере входа в малый таз, долго стоит, небольшое разгибание и асинклитическое вставление; в полости малого таза вследствие укорочения его прямых размеров голова не может сделать внутренний поворот, что обуславливает низкое поперечное ее стояние. На дне таза голова делает поворот затылком кпереди. Если поворота не произойдет, родоразрешение оперативное.

20.5.

1. *Диагноз*: срочные роды крупного плода. Асинклитическое вставление головы (передний асинклитизм). Клинически (функционально) узкий таз I степени (относительное несоответствие по классификации Р. И. Калгановой (1956)). Вторичная слабость родовой деятельности.

2. *Диагноз асинклитического вставления головы плода* установлен на основании влагалищного исследования, при котором обнаружено внеостевое стояние стреловидного шва. Стреловидный шов отклонен ближе к мысу крестца (в норме стреловидный шов располагается на одинаковом расстоянии от мыса и симфиза, т. е. лежит по оси таза — синклитически). *Диагноз* — передний асинклитизм — поставлен из-за стояния стреловидного шва ближе к мысу и более низкого опущения передней теменной кости.

Клинически узкий таз предполагается в связи с наличием крупного плода (масса — 4100 г, длина — 52—54 см, прямой размер головы — 12 см), а подтверждается клиническим течением родов по типу родов при анатомически узком тазе: затяжные (до 30 ч) роды у повторнородящей женщины, неправильное (асинклитическое) вставление головы плода, отсутствие продвижения головы при полном раскрытии отверстия и своевременном излитии околоплодных вод. *Диагноз* — I степень клинически узкого таза (относительное несоответствие) — установлен на основании следующих данных: отрицательного признака Генкеля—Вастена; благоприятного размера Цангемейстера (на 3 см меньше размера наружной конъюгаты); относительно благоприятной формы вставления головы плода, так как передний асинклитизм в большинстве случаев является переходной формой и часто способствует продвижению и приспособлению головы плода к родовому каналу. Вторичная слабость родовой деятельности подтверждается затяжным течением родов с преимущественным ослаблением родовых сил во втором периоде родов.

3. Для выявления клинического несоответствия между головой плода и тазом роженицы пользуются признаком Генкеля — Вастена, размером Цангемейстера и ультразвуковым исследованием. Условием для их определения является фиксированная голова плода во входе в малый таз.

Размер Цангемейстера измеряется тазомером в положении роженицы стоя или лежа на боку. Вначале измеряют наружную конъюгату и запоминают ее размер, затем, не сдвигая пуговку задней бранши тазомера, пуговку передней передвигают с лобкового симфиза на наиболее выдающуюся точку подлежащей головы плода. Это и будет размер Цангемейстера. Если он меньше наружной конъюгаты на 3 см, прогноз родов хороший, если больше — прогноз плохой, если цифры одинаковые — прогноз родов сомнительный, свидетельствует о наличии незначительного несоответствия.

Признак Генкеля — Вастена определяется в положении роженицы лежа на спине. Ладонь руки исследующий располагает на поверхности лобкового симфиза и скользит нею кверху по направлению к подлежащей голове. Если передняя поверхность головы находится выше плоскости симфиза, признак Генкеля — Вастена положительный, размеры головы плода не соответствуют размерам таза, прогноз родов неблагоприятный, роды самостоятельно закончиться не могут. Если передняя поверхность головы находится на одном уровне с симфизом, признак Генкеля — Вастена «вровень», исход родов сомнительный. Если передняя поверхность головы находится ниже плоскости симфиза, признак отрицательный, прогноз родов хороший, роды обычно заканчиваются самостоятельно.

У роженицы Н. размер Цангемейстера равен 18 см, наружная конъюгата — 21 см, т. е. размер Цангемейстера на 3 см короче — прогноз родов хороший. Признак Генкеля — Вастена у Н. отрицательный, т. е. прогноз хороший, роды могут закончиться самостоятельно.

4. *Анатомически узким тазом* считается такой таз, в котором по сравнению с нормальным уменьшены все размеры, или некоторые размеры, или только один из главных размеров таза на 2 см или более.

Функционально, или клинически, узким тазом называют такой таз, который представляет затруднение и препятствие для рождения плода. *Функционально узкий таз* может быть при анатомическом его сужении, при нормальных размерах таза и крупном плоде и при неправильном вставлении головы (разгибательное, асинклитическое и пр.). У роженицы Н. таз анатомически является нормальным, а клинически — узким (крупный плод, асинклитическое вставление головы).

Незначительно выраженный асинклитизм, наблюдающийся у Н., в большинстве случаев не препятствует, а способствует конфигурации головы и приспособлению ее к прохождению по родовому каналу. Под действием силы схваток и потуг голова, по-видимому, сможет в достаточной степени изменить свою форму и станет про-

двигаться. По мере опускания в полость малого таза асинклитизм, как правило, ликвидируется.

Лечение надо начать с усиления родовой деятельности, но, поскольку женщина утомлена 30-часовыми родами, лучше сначала назначить короткий лечебный сон. Сон на 1—1,5 ч можно вызвать наркозом эфиром или закисью азота. После сна, если родовая деятельность не возобновится самостоятельно, назначить стимуляцию окситоцином и 30—40 мг серотонина адипинатом в 500 мл 5 % раствора глюкозы с добавлением 100 мг кокарбоксилазы и 500 мг аскорбиновой кислоты. Этот раствор вводится внутривенно начиная с 8—10 капель в 1 мин. При этом следует усилить наблюдение за состоянием нижнего сегмента матки, мочеиспусканием и сердцебиением плода.

5. На данном этапе родов есть основания предполагать, что при наличии достаточной родовой деятельности возможно самостоятельное родоразрешение. Это предположение основывается на наличии признаков, указывающих на несомненное отсутствие клинического несоответствия между размерами головы и входа в малый таз: установление головы большим сегментом во вход в малый таз, отрицательный признак Генкеля — Вастена, размер Цангемейстера на 3 см меньше размера наружной конъюгаты. Параллельно необходимо проводить профилактику внутриутробной гипоксии плода.

Если в течение 2—3 ч не разовьется хорошая родовая деятельность и не последует продвижение головы, следует ставить вопрос об оперативном родоразрешении в зависимости от условий: кесарево сечение при отсутствии инфекции и хорошем состоянии плода; вакуум-экстракция при угрожающей внутриутробной гипоксии плода; наложение акушерских щипцов при внутриутробной гипоксии плода и опустившейся в полость или в выход из малого таза головы.

От врача и акушерки, ведущих роды с клинически узким тазом, требуются разумное терпение и внимательное наблюдение за роженицей для своевременного распознавания и профилактики осложнений, возможных при родах с узким тазом (разрыв матки, образование пузырно-влагалищных свищей, внутриутробная гипоксия плода и т. д.).

К ТЕМЕ 21

21.1.

1. *Диагноз:* срочные роды, первый период. Поперечное положение плода, вторая позиция.

2. Поперечное положение плода подтверждают следующие клинические признаки: распластанный живот, вытянутый в поперечном направлении; дно матки широкое, плоское, низко расположенное; крупные части плода (голова и тазовый конец) расположены в боковых отделах матки; предлежащая часть над входом в малый

таз не определяется; сердцебиение плода наиболее отчетливо выслушивается справа на уровне пупка (ближе к голове); при влажной исследовании подлежащая часть плода не определяется. Позицию при поперечном положении плода устанавливают по расположению головы: голова, обращенная влево, свидетельствует о первой позиции, обращенная вправо — о второй позиции. В данном случае голова определяется справа — вторая позиция поперечного положения плода.

3. Роды при поперечном положении плода всегда представляют очень серьезную и опасную патологию и для матери, и для плода, так как при доношенной беременности практически самостоятельное родоразрешение невозможно. Лишь в исключительных случаях в начале родов может произойти самоизворот, при котором плод переходит из поперечного или косоного положения в продольное и роды заканчиваются самопроизвольно. Обычно же поперечное положение сохраняется и во время родов, создавая осложнения, опасные для матери и плода.

Одно из наиболее частых осложнений — несвоевременное излитие околоплодных вод (преждевременное или раннее), обусловленное отсутствием пояса прилегания. В связи с этим не происходит разграничения передних и задних вод и все воды во время схваток устремляются к нижнему полюсу плодного пузыря, перерастягивая и разрывая его оболочки. Излитие вод влечет за собой другие не менее серьезные осложнения: выпадение мелких частей плода (чаще верхней конечности) и пень пуповины; асфиксию и даже гибель плода в результате нарушения маточно-плацентарного кровообращения, возникшего после отхождения вод и сжатия маткой плода; запущенное поперечное положение плода, созданное в результате вколачивания плеча плода во вход в малый таз и ведущее в дальнейшем к угрозе разрыва или к разрыву матки.

При поперечном положении плода раскрытие шейки матки, как правило, протекает очень медленно, длительное течение родов приводит к вторичной слабости родовых сил, эндометриту в родах. Все осложнения при поперечном положении плода очень опасны, если роженице при этом не будет оказана своевременная квалифицированная помощь, наступает разрыв матки с нередким смертельным исходом как для матери, так и для плода.

4. Наиболее рационально у роженицы А. на данном этапе роды вести через естественные родовые пути, так как плод некрупный, со средними размерами (длина плода — 48—50 см, прямой размер головы — 11 см), а таз широкий, с истинной конъюгатой — 12 см. Отягощающих роды моментов не выявлено: женщина в родах 6 ч, темп родов хороший, открытие отверстия на 3 пальца, плодный пузырь цел, подвижность плода нормальная, сердцебиение ясное, ритмичное. Для предупреждения раннего излития околоплодных вод необходимо назначить строгий постельный режим, можно использовать кольпайринтер. При полном раскрытии отверстия матки, не дожидаясь самопроизвольного излития околоплодных вод, плодный пузырь искусственно вскрыть и произвести клас-

сический поворот плода на ножку с последующим его извлечением.

5. Для операции классического поворота плода на ножку необходимы следующие условия: полное открытие отверстия матки; достаточная подвижность плода, обусловленная целостью плодного пузыря или только что отошедшими околоплодными водами; величина плода должна соответствовать размерам таза.

Для выполнения классического поворота плода на ножку при поперечном положении плода необходим глубокий наркоз эфиром с кислородом для полного расслабления мускулатуры тела и отверстия матки. В настоящее время при поперечном положении плода, как правило, проводят кесарево сечение.

21.2.

1. *Диагноз*: срочные роды, первый период. Поперечное положение плода, первая позиция. Раннее отхождение околоплодных вод. Пожилая (35 лет) первородящая.

2. Поперечное положение плода подтверждается данными наружного акушерского исследования: низкое расположение дна матки (высота стояния дна матки при доношенной беременности — 29 см); дно матки широкое, плоское; в боковых отделах матки пальпируются крупные части плода, слева — голова, справа — тазовый конец; предлежащая часть отсутствует; сердцебиение плода лучше всего выслушивается на уровне пупка слева. При влагалищном исследовании предлежащая часть плода не определяется. Первая позиция поперечного положения плода определена по расположению головы; голова — слева в боковом отделе матки.

Определение раннего излития околоплодных вод установлено на основании отхождения околоплодных вод в приемном отделении родильного дома и данных влагалищного исследования (плодного пузыря нет, подтекают светлые воды с хлопьями первородной смазки).

Роженица в возрасте 35 лет, что дает право отнести ее к пожилым первородящим.

3. Поперечным положением плода называется такое положение, при котором продольная ось плода пересекает продольную ось матки под прямым углом.

Прогноз родов при поперечном положении плода всегда очень серьезный, так как роды при этом, как правило, патологические и без оказания медицинской помощи невозможны. Лишь в исключительно редких случаях может произойти самоизворот, при котором плод из поперечного положения переходит в продольное. Чаще же поперечное положение сохраняется во время родов, создавая целый ряд осложнений, очень опасных как для матери, так и для плода: раннее излитие околоплодных вод, выпадение пуповины и мелких частей плода, возникновение запущенного поперечного положения плода, угроза или возможность разрыва матки. Если роженице не оказать своевременную квалифицированную медицинскую помощь, обычно наступает разрыв матки с нередким смертельным исходом для нее и плода.

4. В данном случае наиболее рациональным методом родоразрешения является кесарево сечение, обусловленное излитием вод при неполном открытии отверстия матки (только на один палец) у 35-летней первородящей женщины, желающей иметь живого ребенка. К операции следует приступить тотчас, так как длительный безводный промежуток может вызвать дополнительные осложнения (гипоксию плода, восходящую инфекцию и пр.), ухудшающие прогноз.

5. Пособия, исправляющие обнаруженное во время беременности поперечное или косое положение плода:

а) если поперечное (косое) положение плода обнаруживается на 7—8-м месяце беременности, для изменения его на продольное женщине следует рекомендовать лежать на том боку, где находится крупная нижележащая часть плода. Например, если голова находится ближе к левой паховой области, беременной советуют спать на левом боку. При этом дно матки с находящимся в нем тазовым концом будет отклоняться влево, а голова — вправо, ко входу в малый таз. Косое положение может превратиться в продольное, если беременная будет спать на том боку, где находятся ягодицы плода;

б) исправлению положения при беременности нередко помогает корригирующая гимнастика по методу И. Ф. Диканя, И. И. Грищенко и А. Е. Шулешовой, которые рекомендуют попеременное лежание на жесткой кушетке то на правом, то на левом боку по 10 мин в течение 1 ч 3—4 раза в день;

в) если поперечное (косое) положение плода сохраняется при беременности сроком 35—36 недель, женщину обязательно следует направить в родильный дом, где в условиях стационара врач должен попытаться сделать наружный поворот плода из поперечного положения в продольное. Это бывает возможным, если плод имеет хорошую подвижность (воды не отошли), брюшная стенка достаточно податлива, таз нормальных размеров или нет значительного сужения его, на матке нет рубцов после перенесенных операций (кесарева сечения, миомэктомии), состояние матери и плода удовлетворительное.

Если ко входу в таз ближе расположена голова, поворот делается на голову, если ближе ягодицы — на тазовый конец. *Методика наружного поворота:* беременной вводят 1 мл 2 % раствора омнопона (промедола), опорожняют мочевой пузырь, укладывают на твердую кушетку. Врач садится с правой стороны, одну руку кладет на голову, другую — на тазовый конец плода. Осторожными движениями он смещает голову ко входу в малый таз, а тазовый конец плода — ко дну матки. Если делают поворот на тазовый конец, то ягодицы смещают ко входу в малый таз, а голову — ко дну матки.

Завершив поворот, принимают меры для сохранения продольного положения плода: вдоль спины и мелких частей плода укладывают два валика, свернутые из простыней, и прибинтовывают их в этом положении к животу беременной.

21.3.

1. *Диагноз*: срочные роды, второй период. Запущенное поперечное положение плода. Преждевременное излитие околоплодных вод, мертвый плод.

2. Диагноз поперечного положения плода установлен на основании поперечно-овоидной формы живота, сравнительно низкого стояния дна матки (29 см) и определения крупных частей плода в боковых отделах матки.

Для запущенного поперечного положения плода характерны следующие данные: воды излились 10 ч назад, плод плотно обхвачен стенками матки и совершенно неподвижен даже между схватками, из половой щели выпала синюшная, отечная ручка, в полость малого таза глубоко вклинилось плечо плода. Диагноз — преждевременное излитие околоплодных вод — установлен из данных анамнеза: воды отошли 10 ч назад, когда схваток еще не было, т. е. до начала родовой деятельности. О мертвом плоде можно судить по отсутствию в течение последних 2 ч шевеления и сердцебиения плода.

3. Отличить на ощупь ножку плода от ручки можно по характерным опознавательным признакам. Для ножки характерно следующее: стопа соединяется с голенью под углом. Если она прижата к голени, выступает бугор пяточной кости; над бугром пяточной кости по бокам прощупываются два толстых мышечка; пальцы стопы короткие, тесно прилегают один к другому, их концы расположены по одной линии в ряд. Признаки, характерные для ручки: кисть соединена с предплечьем по прямой линии, отсутствуют характерные для ножки выступы; пальцы длинные, тонкие, разведены в разные стороны, большой палец легко пригибается к ладони и отводится в сторону; часто при исследовании пальцы плода захватывают палец акушера. Следуя по предлежащей части плода кверху, если это ручка, достигают подмышечной ямки, ребер, лопатки, если это ножка — пахового сгиба, копчика, крестца и половых органов плода.

4. При данной акушерской ситуации необходимо произвести эмбриотомию под наркозом эфиром с кислородом, чтобы максимально расслабить мускулатуру матки. При этом, воспользовавшись выпавшей рукой как рукояткой, удобнее всего эмбриотомию сделать методом декапитации. *Условия* для производства декапитации: полное открытие отверстия матки, отсутствие абсолютного сужения таза (размеры таза нормальные).

5. Декапитацию производят под глубоким наркозом эфиром для расслабления мускулатуры матки. На выпавшую руку надевают петлю и помощник оттягивает ее вниз и в сторону тазового конца плода. Акушер вводит руку во влагалище и пальцами обхватывает шею плода. Другой рукой, под контролем внутренней руки, вводит декапитационный крючок пуговкой книзу и насаживает на шею плода так, чтобы он вонзился в мягкие ткани. Затем рукоятку крючка сильно оттягивает книзу и вращательными движениями производит перелом шейных позвонков. Крючок удаляют и длинными

изогнутыми ножницами с тупыми концами под контролем внутренней руки перерезают мягкие ткани шеи плода. Потягивая за выпавшую руку, извлекают обезглавленное туловище плода. Оставшаяся в полости матки голова плода извлекают с помощью пальца, введенного в рот.

После операции обязательно производят ручную ревизию стенок матки, чтобы убедиться в их целостности. С этой же целью с помощью влагалищных зеркал тщательно осматривают шейку матки и стенки влагалища.

21.4.

1. *Диагноз*: срочные роды, первый период. Поперечное положение плода, первая позиция. Выпадение пуповины.

2. Поперечное положение плода установлено на основании поперечно-овоидной формы живота, отсутствия предлежащей части над входом в малый таз, определения крупных частей плода в боковых отделах живота, выслушивания сердцебиения на уровне пупка. Первая позиция поперечного положения плода определена по расположению головы, находящейся в левом боковом отделе матки. При влагалищном исследовании установлено выпадение пуповины, которая определялась как шнуroidное пульсирующее образование, свисающее из отверстия в виде большой петли.

3. В данном случае наиболее рациональным методом лечения является классический поворот плода на ножку. Для производства этой операции имеются необходимые условия: почти полное раскрытие отверстия матки, достаточная подвижность плода (воды отошли только что), нормальные размеры таза при ориентировочных средних размерах плода (прямой размер головы — 10,5 см).

4. Операция классического поворота плода на ножку состоит из четырех моментов. *Первый момент* — введение руки. В полость матки вводится та рука, которой врач лучше владеет, или та, которая при поперечном положении плода соответствует тазовому концу плода (при первой позиции — левая, при второй — правая), а при продольном — мелким частям плода (при первой позиции — левая, при второй — правая). После асептической обработки рук и наружных половых органов наружной рукой раздвигают половую щель, а руку, выбранную для поворота (внутреннюю) и смазанную стерильным вазелиновым маслом, складывают конусом, вводят во влагалище и продвигают до отверстия матки. При этом тыл кисти должен быть обращен кзади к крестцу. Наружную руку переводят на дно матки, внутренней рукой разрывают плодный пузырь и входят в полость матки.

Второй момент — отыскивание ножки. При повороте из поперечного положения плода при переднем виде захватывают нижележащую ножку, при заднем — вышележащую. Для отыскивания ножки нащупывают бок плода и скользят рукой от подмышечной ямки к тазовому концу, по бедру до голени. Одновременно с этим наружной рукой осторожно сдвигают тазовый конец плода книзу навстречу внутренней руке.

Третий момент — захватывание ножки — производят по-разно-

му: или захватывают всей рукой голень — четыре пальца обхватывают голень спереди, большой палец располагается сзади вдоль икроножных мышц, или только стопу — указательный и средний пальцы располагаются в области лодыжек, а большой поддерживает стопу снизу. Первый способ захватывания ножки более совершенен и надежен.

Четвертый момент — собственно поворот плода. Захватив надежно ножку плода, наружную руку переносят с тазового конца плода на голову и осторожно отодвигают ее кверху, ко дну матки. В это время внутренней рукой ножку низводят и через влагалище выводят наружу. Поворот считается законченным, если ножка выведена из половой щели до подколенной ямки. Это является подтверждением тому, что плод переведен в продольное положение. При данной патологии нередко производят кесарево сечение.

5. При головном предлежании плода и предлежании пуповины (пуповина впереди головы при целом плодном пузыре) роженицу следует уложить на бок, противоположный тому, где находится предлежащая пуповина. При таком положении петля пуповины может самопроизвольно отойти кверху, что позволит голове после отхождения вод опуститься и заполнить собою вход в малый таз.

Выпадение пуповины при головном предлежании плода является очень серьезным осложнением для плода, так как между предлежащей головой и стенками таза происходит сдавление выпавшей петли пуповины, нарушается кровообращение плода, что, как правило, приводит к гибели плода, если не будет оказана срочная помощь. При полном раскрытии отверстия матки, если голова стоит в полости таза и плод живой (это определяется по пульсирующей петле пуповины), для завершения родов немедленно накладывают акушерские щипцы. При неполном раскрытии отверстия матки выпавшую петлю пуповины следует попытаться заправить, после чего на голову накладывают щипцы по Иванову или производят кесарево сечение.

21.5.

1. *Диагноз*: срочные роды, первый период. Простой плоский таз, I степень сужения. Переднеголовное предлежание. Раннее отхождение околоплодных вод.

2. *Диагноз* подтверждается наружным тазоизмерением, при котором установлено: поперечные размеры таза нормальные, прямые укорочены — наружная конъюгата — 18 см (в норме 20 см), прямой размер выхода — 9 см (в норме 9,5 см). I степень сужения таза определена по размеру истинной конъюгаты, вычисленной по наружной с учетом индекса Соловьева. При индексе, меньшем 14 см (в данном случае 13,5 см), от размера наружной конъюгаты (18 см) вычитают 8 см. Истинная конъюгата равна 10 см (I степень — от 11 до 9 см).

Переднеголовное предлежание установлено на основании данных влагалищного исследования, при котором определяются оба родничка, находящиеся на одном уровне, а большой слегка ниже малого. Кроме того, при первой позиции стреловидный шов имеет

тенденцию к повороту через левый косой размер с малым родничком, поворачивающимся кзади к крестцу, т. е. голова переходит в задний вид, что тоже характерно для переднеголового предлежания. Раннее отхождение околоплодных вод подтверждается отхождением вод до полного раскрытия отверстия матки при открытии на 3,5 пальца.

3. Биомеханизм родов при переднеголовном предлежании состоит из четырех моментов. Проводной точкой является большой родничок, проводная линия — стреловидный шов.

Первый момент — вставление головы во вход в малый таз. Голова плода делает умеренное разгибание, большой родничок располагается на одном уровне или чуть ниже малого, стреловидный шов в поперечном размере входа в малый таз.

Второй момент — внутренний поворот головы в полости малого таза с образованием заднего вида, малый родничок поворачивается к крестцу, большой — к лобку. В результате поворота стреловидный шов устанавливается в прямой размер выхода из малого таза.

Третий момент — прорезывание головы, состоящее из сгибания и разгибания. Вначале из полой щели показывается большой родничок, теменная и лобная области головы. Затем корнем носа (первая точка фиксации) голова фиксируется к нижнему краю лобковой дуги и вокруг него происходит сгибание. В это время прорезывается затылочная область до наружного затылочного выступа (вторая точка фиксации), которым голова упирается в крестцово-копчиковый сустав и делает разгибание. В этот момент из-под лобка рождается лицо плода.

Четвертый момент — наружный поворот головы и внутренний поворот плеч.

4. При переднеголовном предлежании голова проходит через таз окружностью, равной 34 см, что соответствует прямому размеру головы (от корня носа до затылочного выступа), равному 12 см. Голова рождается в состоянии резко выраженной деформации, вытянута вверх теменной областью и по форме напоминает башню (брахицефалическая форма головы).

5. Учитывая клиническое соответствие размеров плода и таза у роженицы Н. (ориентировочная масса 3200 г, прямой размер головы — 11,5 см, I степень сужения с истинной конъюгатой, равной 10 см, отрицательный признак Генкеля — Вастена), при переднеголовном предлежании плода можно проводить выжидательную тактику ведения родов. Но при этом необходимо внимательно наблюдать за продвижением головы, состоянием роженицы, сердцебиением плода и характером родовых деятельности. Периодически рекомендуется проводить профилактику внутриутробной гипоксии плода. В момент прорезывания головы для профилактики разрыва промежности необходимо строго следовать биомеханизму родов. Оперативное вмешательство (акушерские щипцы, вакуум-экстракция) можно применять только при возникновении осложнений (гипоксии плода, вторичной слабости родовых сил и т. п.).

21.6.

1. *Диагноз*: срочные роды, первый период. Многоводие. Лицевое предлежание, задний вид.

2. Многоводие подтверждается излитием более 3 л околоплодных вод (в норме от 0,5 до 1,5 л). Лицевое предлежание установлено на основании данных наружного акушерского исследования, когда при фиксированной ко входу в малый таз голове между затылком и спиной плода отчетливо прощупывается углубление, сердцебиение плода определяется не со стороны спины, а со стороны мелких частей. Лицевое предлежание подтвердилось влажным исследованием, при котором определены надбровные дуги, подбородок и рот плода. При этом подбородок повернут ближе к лобку и кпереди, а надбровные дуги вместе с затылком — кзади к крестцу, что свидетельствует о заднем виде предлежания.

3. Дифференциальная диагностика лицевого предлежания плода с ягодичным бывает необходима в тех случаях, когда околоплодные воды отошли давно и на предлежащей части плода образуется большая родовая опухоль, затрудняющая распознавание лицевого предлежания и обуславливающая ошибочное установление ягодичного предлежания. Дифференциальный диагноз основывается преимущественно на определении костных образований: при лицевом предлежании прощупываются подбородок, надбровные дуги, при ягодичном — копчик, крестец, седалищные бугры. При большой родовой опухоли рот плода иногда ошибочно принимают за задний проход. Отличие состоит в том, что, если ввести палец в рот, можно прощупать челюсти, язык, небо, палец, введенный в задний проход, встречает сопротивление сфинктера. Однако вводить палец в отверстие плода не рекомендуется, так как можно нанести повреждения.

4. Биомеханизм родов при лицевом предлежании состоит из четырех моментов. Проводной линией является лицевая линия, идущая от лобного шва по спинке носа к подбородку. Проводной точкой является подбородок.

Первый момент — вставление головы во вход в малый таз. Голова делает максимальное разгибание, лицевая линия устанавливается в поперечном размере входа в малый таз, самой низко расположенной точкой (проводной) становится подбородок.

Второй момент — внутренний поворот головы в полости малого таза с образованием заднего вида, подбородок поворачивается кпереди, а лицевая линия переходит в косой, затем в прямой размер выхода из малого таза.

Третий момент — прорезывание головы, состоящее из сгибания. Вначале из половой щели появляется подбородок, затем подъязычная кость (точка фиксации) фиксируется нижним краем лобковой дуги, голова сгибается и над промежностью выкатывается лицо, лоб, темя и затылок плода.

Четвертый момент — внутренний поворот плеч, наружный поворот головы плода.

При лицевом предлежании голова проходит через таз окружностью, равной 32—33 см, которая соответствует вертикальному размеру головы (от верхушки темени до подъязычной кости), равному 9,5—10 см.

5. При лицевом предлежании голова проходит через таз сравнительно небольшой окружностью (32—33 см) и роды при нормальных размерах плода и таза роженицы обычно заканчиваются самостоятельно. У роженицы К. размеры таза нормальные, предполагаемая масса плода — 3200 г, признак Генкеля — Вастена отрицательный, наблюдается тенденция к заднему виду (подбородок обращен к лобку), родовая деятельность хорошая, околоплодные воды излились своевременно. Все эти признаки являются благоприятными при лицевом предлежании плода, что обуславливает консервативно-выжидательную тактику ведения родов, предоставив их естественному течению. Однако при этом необходимо внимательно наблюдать за состоянием роженицы и плода, продвижением головы и силой родовой деятельности.

Учитывая, что роды при лицевом предлежании длительные, следует широко использовать спазмолитические и анальгетические средства (но-шпу по 2 мл 2—3 раза в день внутримышечно, подкожно 1 мл 2 % раствора промедола), регулярно проводить профилактику внутриутробной гипоксии плода. В момент прорезывания головы следует провести профилактику разрыва промежности.

Если произойдет изменение биомеханизма родов с переходом в передний вид лицевого предлежания (подбородок будет обращен кзади к крестцу), роды невозможны и необходимо оперативное родоразрешение с помощью кесарева сечения или краниотомии.

21.7.

1. *Диагноз:* срочные роды, первый период, лобное предлежание. Крупный плод. Клинически узкий таз, III степень сужения. Раннее отхождение околоплодных вод. Отягощенный акушерский анамнез.

2. Лобное предлежание устанавливается на основании влагалищного исследования, при котором на предлежащей голове обнаружены надбровные дуги и корень носа с одной стороны лобного шва, с другой — передний угол большого родничка.

Крупный плод подтверждается большими окружностью живота (116 см), высотой стояния дна матки (42 см), ориентировочной массой плода (4900 г), прямым размером головы — 13,5 см (в норме 11 см). Кроме того, крупный плод предполагается на основании исследования генеративной функции роженицы Ш. — масса плода при первых родах — 3900 г, при вторых — 4150 г, что обуславливает рождение следующего крупного плода.

Клинически узкий таз III степени сужения определен на основании наличия у роженицы Ш. выраженных признаков несоответствия: крупный плод, неблагоприятное вставление головы — лобное предлежание, положительный признак Генкеля — Вастена, размер Цангемейстера превышает размер наружной конъюгаты на 3 см, бурная родовая деятельность, болезненные схватки. Косвенно на

клинически узкий таз указывает отягощенный акушерский анамнез (предыдущие роды продолжались около 2 суток, ребенок массой 4150 г умер через час после рождения).

Раннее отхождение околоплодных вод подтверждается излитием вод при неполном раскрытии отверстия матки на 3 поперечных пальца.

Диагноз отягощенного акушерского анамнеза поставлен в связи с тем, что последние роды у повторнородящей Ш. продолжались около 2 суток (в норме продолжительность родов у повторнородящих — 10—12 ч) и ребенок умер через час после рождения (ранняя детская смертность).

3. Биомеханизм родов при лобном предлежании состоит из четырех моментов.

Первый момент — разгибание головы во входе в малый таз. Голова устанавливается лобным швом в поперечном размере входа в малый таз и вступает в таз лбом вперед. При этом ниже всего располагается корень носа, который является проводной точкой. В таком положении голова опускается до тазового дна, так как раньше поворот совершиться не может из-за загнутого к шее объемистого затылка, которому совершить поворот мешает мыс крестца.

Второй момент — внутренний поворот головы, чаще совершающийся на тазовом дне. При этом лобный шов переходит сначала в косой, затем в прямой размер выхода из таза, затылок поворачивается кзади, глазницы кпереди.

Третий момент — прорезывание головы, состоящее из сгибания и разгибания. Вначале при сильных потугах из половой щели прорезывается корень носа, лоб, глаза, нос. После этого верхняя челюсть (первая точка фиксации) упирается в нижний край лобкового симфиза, голова сгибается и из половой щели прорезывается темя и затылок до наружного затылочного выступа (вторая точка фиксации). Голова затылочным выступом упирается в крестцово-копчиковый сустав, вокруг которого происходит разгибание ее, и над промежностью выкатывается рот и подбородок плода.

Четвертый момент — наружный поворот головы для внутреннего поворота плеч плода.

4. При лобном предлежании голова прорезывается окружностью, равной 35—36 см, соответствующей большому косому размеру головы (от наружного затылочного выступа до подбородка), равному 13 см. Голова при лобном предлежании подвергается сильной деформации; вытягивается в направлении лба и приобретает форму треугольного клина с вершущкой в области лба.

5. У роженицы Ш. при установившемся лобном предлежании, наличии живого крупного плода и появившихся признаках клинического несоответствия между размерами головы и таза наиболее рациональным методом родоразрешения является кесарево сечение.

Прогноз родов при лицевом предлежании всегда сомнительный, роды имеют затяжное, обычно патологическое течение. Самопроиз-

вольно такие роды заканчиваются очень редко, только при небольшом плоде, сильной родовой деятельности и обширном тазе. Период изгнания плода продолжительный, часто возникает вторичная слабость родовых сил, голова прекращает свое продвижение, происходит сдавление мягких тканей родовых путей и мочевого пузыря (опасность развития свищей), у плода развивается гипоксия. В других случаях может возникнуть чрезмерно сильная родовая деятельность, при которой наступает перерастяжение нижнего сегмента матки и ее разрыв. У плода нередко возникает внутричерепная травма, часто — мертворождение.

При появлении осложнений в родах (слабость родовых сил, гипоксия плода, угроза разрыва матки и т. д.) роды заканчивают оперативным путем: если плод живой, применяют кесарево сечение, акушерские щипцы, если мертв — краниотомию. При переднем виде лобного предлежания роды невозможны, производят кесарево сечение или краниотомию.

21.8.

1. *Диагноз*: срочные роды, первый период. Высокое прямое стояние головы, задний вид. Клинически узкий таз, II степень сужения. Раннее отхождение околоплодных вод.

2. Высокое прямое стояние головы установлено на основании данных влагалищного исследования: голова вставлена малым сегментом во вход в малый таз, стреловидный шов расположен в прямом размере входа (в норме во вход в малый таз голова вставляется стреловидным швом в поперечном или слегка косом размере). Для высокого прямого стояния головы характерной является ее конфигурация: голова сжата в переднезаднем направлении, обе теменные кости заходят на лобные и затылочную, что было обнаружено у роженицы И. Кроме того, характерные клинические признаки высокого прямого стояния головы были обнаружены при наружном акушерском обследовании: маленький поперечник головы, не соответствующий величине плода (при предполагаемой массе плода — 3900 г размер головы, измеренный тазомером, — 9,5 см, в норме 11,5—12 см); плотный узкий выступ головы — подбородок — по белой линии живота над лобком; сердцебиение плода, отчетливо прослушивающееся по белой линии живота, ниже пупка.

Задний вид высокого прямого стояния головы определен при влагалищном исследовании по расположению родничков: малый родничок (затылок) обращен кзади к крестцу, большой пальпируется спереди под лобком. При наружном исследовании для заднего вида характерно прощупывание подбородка по средней линии над лобком.

Клинически узкий таз II степени сужения установлен у роженицы с анатомически полноценным тазом на основании сомнительного симптома Генкеля — Вастена и Цангейстера (размер Цангейстера равен размеру наружной конъюгаты), неблагоприятного вставления головы плода — задний вид высокого прямого стояния головы.

Диагноз раннего отхождения околоплодных вод подтверждается излитием вод при неполном раскрытии отверстия матки (3,5 поперечных пальца).

3. Высокое прямое стояние головы плода всегда сопровождается тяжелыми осложнениями во время родов, потому что голова своим наибольшим размером — прямым — вставляется в наименьший размер входа в малый таз — в прямой размер входа. Очень часто роды осложняются преждевременным или ранним излитием околоплодных вод (что наблюдалось у роженицы И.). Второй период родов обычно бывает затяжным с многочисленными опасностями для матери: вторичная слабость родовых сил, прекращение или чрезвычайно медленное продвижение головы, сдавление мягких тканей родовых путей, перерастяжение нижнего сегмента матки, разрыв матки, восходящая инфекция и т. д. Плоду при родах с высоким стоянием головы угрожает гипоксия, внутричерепная травма, что нередко приводит к мертворождению и ранней детской смертности.

4. При заднем виде высокого прямого стояния головы самопроизвольные роды — явление очень редкое. Возможны только при небольших размерах головы, объемистом тазе и сильной родовой деятельности, если в полости таза произойдет поворот головы на 180° и она родится в переднем виде. В данном случае рассчитывать на благоприятный исход родов нельзя, так как имеется клинически узкий таз. Прогноз этих родов очень грозный и для матери, и для плода. Единственно возможным рациональным методом родоразрешения в данном случае является кесарево сечение. Причем к операции следует приступить тотчас, так как длительный безводный промежуток может вызвать дополнительные осложнения (гипоксию плода, восходящую инфекцию и пр.), ухудшающие прогноз операции.

5. Тактика ведения родов при переднем виде высокого прямого стояния головы может быть выжидательной: голова, сильно сгибаясь, может пройти стреловидным швом в прямом размере через все плоскости таза без внутреннего поворота. При этом прорезывание головы (разгибание и наружный поворот) сходны с биомеханизмом при переднем виде затылочного предлежания. Если при дальнейшем наблюдении за ходом родов выявляются осложнения (вторичная слабость родовых сил, внутриутробная гипоксия плода, прекращение продвижения головы, перерастяжение нижнего сегмента матки и т. д.), роды следует закончить оперативно (поворот плода на ножку, кесарево сечение, наложение акушерских щипцов, краниотомия).

К ТЕМЕ 22

22.1.

1. *Диагноз:* беременность сроком 37—38 недель. Предлежание плаценты.

2. Предлежание плаценты подтверждается следующими клиническими симптомами: кровотечение, начавшееся на последнем месяце беременности, появляется внезапно, на фоне полного здоровья, безболезненно, имеет кратковременный характер; выделяемая кровь ярко-красного цвета; правильная (не деформированная) овальная форма матки; высокое расположение над входом в малый таз; шум маточных сосудов над входом в малый таз; данные влагалищного исследования: через свод влагалища (отверстие закрыто) пальпируется массивное, мягковато-губчатое образование, расположенное ниже головы плода и препятствующее ее пальпации; возобновление кровотечения после влагалищного исследования.

3. Причины, способствующие возникновению предлежания плаценты, заложены или в патологически измененной слизистой оболочке матки, или в нарушении развития плодного яйца.

Патологические изменения слизистой оболочки матки возникают в результате перенесенных воспалительных и атрофических процессов, после септического и гонорейного эндометрита, при инфантилизме, аномалиях матки, фибромиоме. Значительные повреждения эндометрия возникают при инструментальном опорожнении матки во время аборт, особенно многократных и осложненных воспалительным процессом. В таких случаях нарушаются условия для внедрения оплодотворенного яйца, яйцо соскальзывает вниз, ближе к отверстию, где и прививается, образуя предлежание плаценты.

К причинам, вызывающим развитие предлежания плаценты из-за нарушения развития плодного яйца, относится запоздалая способность трофобласта приобретать протеолитические свойства, способствующие имплантации оплодотворенной яйцеклетки не сразу после проникновения ее в верхний отдел матки, а после продвижения вниз.

В некоторых случаях предлежание плаценты может развиваться при нормально имплантированном яйце и обширном разрастании ворсин хориона с переходом на decidua capsularis. В результате разрастание ворсин может достичь области перешейка, прикрывая его и образуя впоследствии предлежание плаценты.

Причиной предлежания плаценты у беременной Ю. являются два искусственных аборта, последний из которых осложнился эндометритом с последующим инструментальным опорожнением полости матки из-за задержки остатков плодного яйца.

4. Для уточнения диагноза проводятся дополнительные исследования.

Рентгеноцистография — мочевого пузыря заполняют 10 % раствором сергозина и производят рентгенографию таза. При предлежании плаценты расстояние между мочевым пузырем и головой плода значительно увеличивается.

Плацентография — контрастное вещество вводят в сосуды таза пункцией бедренной артерии в верхней трети бедра и производят рентгенологическое исследование. Теневой рисунок в области пла-

центры значительно отличается от остальных сосудов матки, что дает возможность точно диагностировать предлежание плаценты.

Эхография — метод ультразвукового определения расположения плаценты. Метод безопасен и точен, но расшифровка эхограммы требует определенного опыта, что возможно только в условиях крупных родильных учреждений.

Амниоскопия, выполняющаяся бережно при раскрытом отверстии матки. В канал шейки матки вводят амниоскоп, в просвет трубки которого хорошо видны плодные оболочки или плацента при ее предлежании.

5. При данном предлежании плаценты, недоношенной беременности, остановившемся необильном кровотечении и удовлетворительном состоянии матери лечение необходимо начинать с немедленной госпитализации. В стационаре назначаются строгий постельный режим, повторные переливания небольших доз крови, средства, расслабляющие мускулатуру матки (по 10 мл 25 % раствора магния сульфата внутримышечно 2 раза в день, тропацин по 0,01 мг 2—3 раза в день, прогестерон по 10 мг в масляном растворе внутримышечно), аллилэстренол по 1 таблетке 2 раза в день, викасол по 0,015 г 3 раза в день, аскорбиновую кислоту по 300 мг в 20 мл 40 % раствора глюкозы внутривенно ежедневно, диету, богатую витаминами. Необходимо внимательно наблюдать за состоянием беременной, выделениями крови из половых органов, пульсом, АД, систематически производить анализ крови, чтобы не пропустить малокровие, возможное при необильных, но продолжительных кровотечениях. Беременную нельзя выписывать из стационара, несмотря на прекращение кровотечения, так как оно может возобновиться в любой момент и принять угрожающий характер.

При продолжающихся кровянистых выделениях и снижении уровня гемоглобина производят оперативное родоразрешение (кесарево сечение).

22.2.

1. *Диагноз*: срочные роды, первый период. Частичное (краевое) предлежание плаценты.

2. Диагноз предлежания плаценты подтверждается наличием основного постоянного симптома — кровотечения, начавшегося при доношенной беременности вместе с первыми родовыми схватками. При влагалищном исследовании подтвердилось частичное (краевое) предлежание плаценты — спереди слева за перешейком прощупывается мясистая, губчатая ткань с неровной поверхностью, большая часть отверстия занята плодными оболочками; после влагалищного исследования кровотечение усилилось.

3. Анатомически, в зависимости от степени закрытия перешейка плацентарной тканью, различают: а) центральное предлежание плаценты — плацента располагается над перешейком своей центральной частью; б) боковое предлежание плаценты — плацента прикрывает перешеек своим боком (примерно на 2/3 его) и лишь на небольшом участке находятся оболочки; в) краевое предлежание

плаценты — к перешейку подходит только небольшой край плаценты; г) низкое прикрепление плаценты — плацента прикрепляется в нижнем сегменте матки, край ее подходит близко к перешейку, но не прощупывается даже при полном открытии отверстия; д) шеечное прикрепление плаценты — плацента развивается в канале шейки матки или в канале шейки и перешейке.

В процессе родового акта целесообразнее пользоваться клинической классификацией, при которой различают полное предлежание плаценты — если при открытии отверстия на 2—3 пальца повсюду определяется плацентарная ткань и частичное предлежание плаценты, если при таком же открытии отверстия определяется и плацентарная ткань, и оболочки.

4. Предлежание плаценты представляет очень серьезную патологию, нередко угрожающую жизни плода. Несмотря на то, что сам плод не теряет своей крови при этой патологии, однако кровопотеря у матери и отслойка части плаценты от стенки матки значительно нарушают нормальный газообмен его. Он лишается достаточного притока кислорода, что способствует развитию внутриутробной гипоксии, иногда и гибели плода. При предлежании плаценты повышенную опасность для плода представляет вид оперативного родоразрешения. Наиболее неблагоприятные результаты с перинатальной смертностью до 50—52‰ получаются при кожно-головных щипцах, низведении ножки, метрейризе. При кесаревом сечении наблюдаются лучшие результаты (16,3‰ детской смертности). Отрицательным для плода является недоношенная беременность, вызванная предлежанием плаценты (перинатальная смертность около 35,4‰). Усугубляется прогноз для плода еще и тем, что при предлежании плаценты нередко наблюдаются неправильное положение и предлежание плода (поперечное положение, разгибательное вставление головы, тазовое предлежание), а также выпадение пуповины.

5. При удовлетворительном общем состоянии роженицы лечение частичного (краевого) предлежания плаценты при наличии кровотечения следует начинать со вскрытия плодного пузыря, тем более, что имеются все условия для этой манипуляции (открытие отверстия на 2 пальца, хорошая родовая деятельность, головное предлежание).

Если после вскрытия плодного пузыря голова не опустилась в малый таз и не затампонировала кровоточащую плацентарную площадку, следует наложить кожно-головные щипцы по Иванову. Длительность пребывания щипцов на голове — 6—8 ч.

Вместо кожно-головных щипцов при той же ситуации можно произвести вакуум-стимуляцию с помощью наложения на голову чашечки вакуум-экстрактора и подвешивания к ней через блок груза массой до 300—400 г. В системе создается отрицательное давление до 6—7,3 кПа (450—500 мм рт. ст.). Длительность вакуум-стимуляции не более 1,5 ч.

Учитывая, что роженица потеряла 50 мл крови до поступления в роддом и 100 мл после влагалищного исследования, а также то,

что кровотечение не прекратилось, необходимо сразу же приступить к переливанию одногруппной крови.

Если, несмотря на проведенные лечебные мероприятия, кровотечение не прекращается и отсутствуют условия для быстрого родоразрешения естественным путем, производится кесарево сечение.

После рождения плода следует провести профилактику кровотечения в третьем и раннем послеродовом периодах.

22.3.

1. *Диагноз:* преждевременные роды при беременности сроком 36 недель, первый период родов. Полное (центральное) предлежание плаценты. Тазовое предлежание плода.

2. *Диагноз* полного предлежания плаценты установлен на основании данных влагалищного исследования: при раскрытии отверстия матки на 2 пальца перешеек полностью прикрыт толстой, мясистой, губчатой тканью с шероховатой поверхностью, плодные оболочки не определяются, кровотечение после влагалищного исследования усилилось. Сведения о предлежании плаценты дополняются данными анамнеза: первый раз кровотечение возникло при беременности сроком 33 недели, началось ночью, внезапно, беспричинно, безболезненно, затем в течение последующих 20 дней повторялось еще 3 раза, каждый раз кратковременно, но с увеличивающейся кровопотерей — 50—70—100 мл.

Диагноз тазового предлежания плода подтверждается данными наружного акушерского исследования: в области дна матки определяется ballotирующая крупная часть плода округлой формы (голова); предлежащая часть плода тоже крупная, неправильной формы (ягодицы); сердцебиение плода выслушивается выше пупка.

3. Кровотечение в конце беременности и во время родов может быть обусловлено предлежанием плаценты, преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты или наличием на шейке матки или во влагалище различных патологических процессов (варикозных узлов, полипов, раковых язв и травматических повреждений половых органов).

4. Предлежание плаценты представляет большую опасность для матери, так как сам факт кровотечения всегда опасен для жизни человека. Кровотечение при предлежании плаценты, даже будучи незначительным, но неоднократно повторяющимся и усиливающимся во время родов, может обусловить резкое малокровие. Поэтому даже не слишком большая кровопотеря в родах и послеродовом периоде для женщины может оказаться смертельной. Смерть от кровопотери может наступить как до рождения плода, так и в последовом или послеродовом периоде, так как предлежание плаценты нередко вызывает гипотонию матки и глубокие травмы шейки, при которых тоже возможно угрожающее жизни кровотечение.

При предлежании плаценты велика угроза развития послеродового инфекционного заболевания вследствие пониженной сопротивляемости к инфекции обескровленной женщины, а также в связи

с более легким и быстрым проникновением инфекции в низко расположенные открытые участки плаценты.

Немалую опасность для матери представляет предлежание плаценты из-за частых оперативных вмешательств во время родов, применяемых при этой патологии.

5. У роженицы С. диагностировано полное (центральное) предлежание плаценты, являющееся абсолютным показанием для кесарева сечения даже независимо от интенсивности кровотечения. Операцию следует начинать тотчас после установления диагноза, чтобы не ухудшить прогноз для матери и плода. Параллельно и незамедлительно проводится переливание крови, профилактика внутриутробной гипоксии плода и очень внимательное наблюдение за АД, пульсом и общим состоянием роженицы.

22.4.

1. *Диагноз:* срочные роды, первый период. Преждевременная частичная отслойка нормально расположенной плаценты. Начавшаяся гипоксия плода. Гипертоническая болезнь I степени.

2. Преждевременная частичная отслойка нормально расположенной плаценты подтверждается небольшим кровотечением и сильной постоянной болью в животе, появившимися в первом периоде родов у роженицы, страдающей гипертонической болезнью, деформированной маткой и небольшим болезненным выпячиванием ее стенки в области дна слева, нарушенным сердцебиением плода, значительно напряженным даже вне схваток плодным пузырем. Для преждевременной частичной отслойки характерно наличие сердцебиения плода (плод живой) и отсутствие явлений острой анемии.

Диагноз начавшейся гипоксии плода установлен на основании учащения сердцебиения плода (до 2,8 Гц — 170 уд./мин) при явлениях преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Гипертоническая болезнь I стадии определена на основании данных анамнеза (последние 2 года болен гипертонической болезнью, во время настоящей беременности дважды госпитализировалась для профилактического лечения) и обследования (АД — 18,7/12—19,3/12 кПа, показатели мочи без патологии, отеков нет, жалобы на головную боль и повышенную утомляемость). Эти не слишком выраженные симптомы и отсутствие изменений со стороны сердца позволили поставить диагноз: гипертоническая болезнь I стадии.

3. Причины, способствующие преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, чаще всего обусловлены патологическими процессами в сердечно-сосудистой системе: поздний токсикоз беременных, сердечно-сосудистые заболевания, гипертоническая болезнь, болезни почек, крови, инфекционный гепатит и др. Кроме того, преждевременная отслойка плаценты может наступить при патологических изменениях в матке (воспалительные процессы, подслизистая фибромиома, перенесенные аборт, аномалии и пр.), перерастяжении стенок матки при многоплодии, многово-

дии, крупном плоде, при нервно-психических воздействиях (испуг, нервное потрясение), при дегенеративных изменениях в плаценте (переношенная беременность, гиповитаминоз), а также при короткой пуповине, запоздалом разрыве плодных оболочек, травме.

4. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты представляет очень большую опасность для матери и плода, так как при значительной отслойке между стенкой матки и отделившейся частью плаценты образуется быстро растущая гематома и матери угрожает гибель от кровопотери и шока.

Отслойка плаценты вызывает нарушение маточно-плацентарного кровообращения. При отслойке $1/3$ плаценты возникает угроза гипоксии плода, при отслойке половины, а тем более всей плаценты — угроза быстрой внутриутробной смерти плода.

Учитывая, что преждевременная частичная отслойка нормально расположенной плаценты у роженицы Х. наступила при почти полном раскрытии отверстия матки, хорошей родовой деятельности, без явлений острой анемии, родоразрешение можно проводить через естественные родовые пути, поскольку началась гипоксия плода, необходимо ускорить процесс родоразрешения немедленным искусственным разрывом плодных оболочек с последующим наложением акушерских щипцов или вакуум-экстрактора. Одновременно с родоразрешающей операцией необходимо проводить мероприятия по борьбе с кровопотерей и шоком (переливание крови и кровозамещающих жидкостей, введение сердечных средств, оксигенация и т. д.). При появлении гипофибриногемии и ДВС-синдрома внутривенно вводят средства для лечения ДВС-синдрома. В третьем периоде родов проводят профилактику возможного кровотечения.

22.5.

1. *Диагноз:* срочные роды, первый период. Преждевременная полная отслойка нормально расположенной плаценты. Острая анемия. Мертвый плод. Нефропатия I степени.

2. *Диагноз* преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты подтверждается небольшими кровянистыми выделениями из влагалища, появившимися в первом периоде родов, шарообразной, твердой, не размягчающейся вне схваток, болезненной в области дна матки, резко напряженным плодным пузырем, темными кровянистыми выделениями с мелкими сгустками. Для преждевременной полной отслойки плаценты характерны внутриутробная гибель плода, твердая шарообразная матка (по-видимому, из-за большой ретроплацентарной гематомы), наличие явлений острой анемии при небольшом наружном кровотечении (из-за внутреннего кровотечения в ретроплацентарную гематому).

Диагноз — острая анемия — установлен на основании низкого АД — 13,3/9,3 кПа (две недели назад было 17,3/11,3—17,9/11,3 кПа), частого пульса — 1,6 Гц, слабого наполнения, выраженной бледности лица и губ, общей слабости, головокружения.

В связи с отсутствием сердцебиения плода у роженицы с преждевременной отслойкой плаценты определен мертвый плод.

Нефропатия I степени подтверждается данными наблюдения за беременной Ч. в женской консультации, где 2 недели назад обнаружена характерная для нефропатии I степени клиническая картина: отеки, протеинурия (содержание белка — 0,33 г/л), гипертензия (АД — 17,3/11,3—17,9/11,3 кПа).

3. Общим симптомом при дифференциации преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и предлежания плаценты является кровотечение в конце беременности или в родах до рождения ребенка.

Для преждевременной отслойки плаценты характерно выделение темной крови, для предлежания плаценты — яркой, алой. Наружное кровотечение при преждевременной отслойке плаценты может быть незначительным при выраженной анемии, зависящей от внутриматочной ретроплацентарной гематомы, при предлежании плаценты тяжесть анемии соответствует наружной кровопотере. При преждевременной отслойке матка напряжена, деформирована, болезненна, положение плода правильное, сердцебиение нарушено, нередко наступает гибель плода, при предлежании плаценты тонус и форма матки нормальные, боли нет, часто наблюдается неправильное положение плода (тазовое, поперечное), сердцебиение плода нарушается редко. Влагалищным исследованием при преждевременной отслойке плаценты устанавливается очень напряженный плодный пузырь даже между схватками, а при предлежании плаценты — мягкая губчатая ткань плаценты и усиливающееся кровотечение после осмотра.

При преждевременной отслойке плаценты характерно тяжелое, шоковое состояние женщины, коагулопатия, при предлежании плаценты — шок и коагулопатия возникают только при очень большом наружном кровотечении.

4. Различают полную и частичную отслойку нормально расположенной плаценты. При преждевременной полной отслойке плацента на всем протяжении плацентарной площадки полностью отслаивается от стенки матки, при частичной — отслойка плаценты происходит на небольшом или значительном участке. Во всех случаях вначале, даже при незначительной отслойке плаценты, нарушается целостность маточно-плацентарных сосудов и возникает кровотечение, кровь скапливается между плацентой и стенкой матки, образуя ретроплацентарную гематому. При значительном кровотечении в ретроплацентарную гематому стенка матки в области гематомы перерастягивается, кровь проникает между мышцами, диффузно пропитывая кровью матку. В этом случае снижается или полностью теряется тонус и сократительная функция матки. Диффузно пропитанная кровью матка получила название матки Кувелера по имени французского врача, впервые описавшего такие случаи.

5. Акушерская тактика при настоящих родах должна состоять в быстром, но бережном опорожнении матки. Выжидательные и консервативные действия при этом совершенно противопоказаны из-за острой анемии.

При сложившейся акушерской ситуации (преждевременная от-

слойка плаценты, острая анемия, мертвый плод, почти полное раскрытие отверстия) самой оптимальной методикой родоразрешения является: вскрытие плодного пузыря, перфорация головы плода, краниоэклизия. К родоразрешению следует приступить незамедлительно.

Одновременно с родоразрешением необходимо проводить энергичную борьбу с анемией с помощью переливания крови и крове-заменителей.

Учитывая, что преждевременная отслойка плаценты нередко вызывает нарушение свертывающей системы крови, проводят профилактику ДВС-синдрома. В третьем периоде родов необходима профилактика возможного гипотонического маточного кровотечения внутривенным введением 1 мл метилэргометрина в 20 мл 40 % раствора глюкозы.

После окончания родов при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты не исключается возможность возникновения атонического кровотечения. При отсутствии эффекта от консервативного лечения при атонии матки, если кровотечение не прекращается и возникает угроза для жизни женщины, необходимо экстренно произвести либо надвлагалищную ампутацию, либо экстирпацию матки.

22.6.

1. *Диагноз:* преждевременные роды, первый период. Преждевременная полная отслойка нормально расположенной плаценты, тяжелая форма. Мертвый плод. Нефропатия I степени.

2. *Диагноз* преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты подтверждается наличием небольших кровянистых выделений из половых органов, резкой болью в животе, повышенным тонусом матки, болезненной в области дна и тела, напряженным плодным пузырем. Для тяжелой формы преждевременной полной отслойки плаценты характерны внутриутробная гибель плода, напряженная, резко болезненная матка, нарушение гемодинамики, шоковое состояние. Мертвый плод установлен по отсутствию сердцебиения плода у роженицы с преждевременной отслойкой плаценты. *Диагноз* нефропатия I степени установлен на основании наличия двух симптомов из триады: отеков на голенях и стопах с прибавкой массы (17 кг) за время беременности и гипертензии — АД 17,3/11,3—17,9/11,3 кПа.

3. По клинической картине различают легкую, средней тяжести и тяжелую формы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты.

Легкая форма протекает безболезненно, в некоторых случаях с небольшим наружным кровотечением; чаще эта форма распознается после рождения плода, когда на материнской поверхности плаценты обнаруживается небольшое кратерообразное вдавление, заполненное темным сгустком крови.

Среднетяжелая форма преждевременной отслойки плаценты чаще наступает при отслойке около 2/3 плаценты, постепенно с появлением постоянной боли в животе и выделением темной крови через

влагалище; плод страдает от гипоксии, может наступить внутриутробная гибель его, иногда присоединяется нарушение свертывающей системы крови.

Тяжелая форма отслойки плаценты наступает при отслойке более 2/3 ее. Начинается заболевание чаще внезапно, резкой болью в животе, общей слабостью, головокружением, резким побледнением кожи и видимой слизистой оболочки, холодным потом на лице, учащенными пульсом и дыханием, сниженным уровнем АД. Живот при этом вздут, матка напряжена, части плода и сердцебиение не определяются, наружное кровотечение умеренное или отсутствует.

4. При преждевременной отслойке плаценты прогноз для матери зависит от того, как своевременно оказана ей квалифицированная медицинская помощь. Если помощь оказана поздно, женщина может погибнуть от кровотечения (внутреннего, наружного, комбинированного или атонического после опорожнения матки); прогноз ухудшается при сочетании преждевременной отслойки плаценты с тяжелым токсикозом беременных.

Прогноз для плода еще более неблагоприятен, чем для матери. Несколько лучший прогноз при отслойке плаценты во втором периоде родов, когда имеется возможность быстро закончить роды.

5. Учитывая угрожающую ситуацию для матери и неподготовленность родовых путей для быстрого родоразрешения, рекомендуется немедленно приступить к кесареву сечению даже при мертвом плоде. Если во время операции обнаруживаются множественные обширные кровоизлияния в стенку матки (матка Кувелера), следует произвести надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки без придатков.

Одновременно необходимо проводить противошоковые мероприятия: переливание крови и кровезамещающих жидкостей, введение сердечных средств и оксигенацию. Так как при преждевременной отслойке плаценты нередко наступает нарушение свертывающей системы крови (ДВС-синдром), необходима его профилактика.

К ТЕМЕ 23

23.1.

1. *Диагноз*: срочные роды, третий период. Кровотечение. Отягощенный акушерский анамнез.

2. Кровотечение в третьем периоде родов установлено на основании кровопотери, достигшей 450 мл, значительно превысившей физиологическую кровопотерю, составляющую при нормальном течении послеродового периода 250—300 мл — примерно 0,5 % массы тела роженицы. Для роженицы В. с массой тела 64 кг кровопотеря, превысившая 320 мл, является патологической.

Диагноз отягощенного акушерского анамнеза подтверждается

сообщением женщины о прерывании первых двух беременностей искусственным абортom.

3. У роженицы В. отделение плаценты от стенок матки подтверждается следующими признаками: а) Шредера — изменение формы и высоты стояния дна матки: после отделения плаценты матка из шаровидной стала узкой, уменьшенной в поперечнике, а дно ее поднялось выше пупка по направлению к правому подреберью; б) Альфельда — удлинение наружного отрезка пуповины, составляющее примерно 10—12 см; в) песочных часов — появление выпячивания матки над лобковым симфизом; г) Чукалова — Кюстнера — при надавливании ребром кисти на подчрежье пуповина не втягивается во влагалище (при неотделившейся плаценте — втягивается).

4. Лечение кровотечения в последовом периоде при задержке в матке отделившегося последа сводится к срочному выделению его, так как остановка кровотечения возможна только после полного опорожнения матки. Выделение отделившегося последа начинают опорожнением с помощью катетера мочевого пузыря. Затем предлагают роженице потужиться, чтобы под действием потуги самостоятельно родилась отделившаяся плацента. Если этот прием окажется безуспешным, приступают к выделению последа наружными способами: сначала применяют самый бережный способ Абуладзе, затем, если плацента не выделилась, — способы Гентера, Креде — Лазаревича. Если применение всех указанных выше способов не приводит к выделению последа из полости матки, необходимо немедленно приступить к ручному отделению плаценты.

Параллельно проводят переливание крови и кровезаменителей, вводят гормональные средства (окситоцин — 3—5 ЕД, гифотоцин — 3 ЕД внутримышечно и др.).

5. *Показанием* к выделению последа по способу Абуладзе является кровотечение в последовом периоде при задержке в полости матки отделившейся плаценты. *Условия* — опорожненный мочевой пузырь и бережный массаж матки для ее сокращения.

Техника способа Абуладзе очень простая: оказывающий пособие становится сбоку от роженицы, обеими руками захватывает переднюю стенку живота по белой линии в продольную складку так, чтобы прямые мышцы были плотно обхвачены пальцами и создавали опору для матки. После этого роженице предлагают тужиться. Благодаря уменьшению объема полости живота и повышению в ней давления, распространяющегося и на матку, послед обычно легко рождается.

23.2.

1. *Диагноз*: срочные роды, третий период. Кровотечение.

2. Диагноз установлен на основании кровопотери, составившей 400 мл, и продолжающегося кровотечения. При нормальном течении последового периода физиологическая кровопотеря не должна превышать 250—300 мл.

3. У роженицы К. плацента еще не отделилась от стенок матки, на что указывают следующие признаки: матка округлой формы,

ее дно располагается на уровне пупка (признак Шредера), наружный отрезок пуповины не удлинился, лигатура на пуповине расположена возле самой промежности (признак Альфельда); при глубоком вдохе и выдохе пуповина втягивается во влагалище и вновь опускается до прежнего уровня (признак Довженко); при надавливании ребром кисти на подчревые пуповина втягивается во влагалище (признак Чукалова — Кюстнера).

4. При возникновении кровотечения в третьем периоде родов и отсутствии признаков отделения плаценты вначале пытаются выделить послед по способу Креде — Лазаревича с применением наркоза. Если это не дает успеха, применяют ручное отделение послеста.

Одновременно начинают мероприятия по возмещению кровопотери: переливание крови, плазмы, плазмозамещающие растворы (полиглюкин и др.).

5. Показаниями для ручного отделения плаценты являются: кровотечение в последовом периоде, неэффективное удаление послеста наружными приемами (способы Абуладзе, Креде — Лазаревича), длительное пребывание послеста в полости матки даже без признаков кровотечения, отсутствие признаков отделения послеста в течение 2 ч.

Отделение плаценты производится после дезинфекции рук оператора и наружных половых органов роженицы. Затем роженицу укладывают поперек кровати, катетером освобождают мочевой пузырь. Пальцами левой руки разводят половую щель, правую руку, сложенную конусообразно, вводят во влагалище. При этом тыльная поверхность правой (внутренней) руки обращена к крестцу. Внутреннюю руку вводят в полость матки, причем в момент ее введения в отверстие матки левую руку следует поместить на дно матки. Придерживаясь пуповины, достигают плаценты, отыскивают ее край и вводят руку в промежуток между плацентой и стенкой матки, а затем пилообразными движениями концев пальцев осторожно отделяют ткань плаценты от стенок матки под контролем руки, поддерживающей дно матки снаружи. Оперирующая рука должна быть обращена ладонной поверхностью к плаценте, а тыльной — к стенке матки. Отделенную плаценту извлекают из полости матки, потягивая за конец пуповины наружной рукой. Затем правой рукой, оставшейся в матке, еще раз тщательно проверяют внутреннюю поверхность матки, чтобы полностью исключить возможность задержки частей плаценты, и только после этого извлекают руку.

23.3.

1. *Диагноз*: срочные роды, третий период. Подозрение на истинное полное приращение плаценты (*placenta accreta totalis*).

2. *Диагноз* патологического прикрепления плаценты с подозрением на истинное полное приращение ее установлен на основании отсутствия признаков отделения плаценты и кровотечения у роженицы в течение 2 ч от начала последового периода.

Истинное приращение плаценты уточняют с помощью ручного отделения ее, во время которого плацента не отделяется, а с боль-

шим трудом кусками отрывается от стенок матки. Эта манипуляция сопровождается очень сильным кровотечением, нередко угрожающим жизни роженицы.

Окончательный диагноз истинного приращения плаценты устанавливается после удаления матки на основании данных гистологического исследования.

3. У роженицы Л. плацента не отделилась от стенок матки, что подтверждается следующими признаками: матка плотная, шаровидной формы, ее дно определяется на уровне пупка (признак Шредера); наружный отрезок пуповины не удлинился, а находится на прежнем уровне (признак Альфельда); при глубоком вдохе пуповина втягивается и опускается (признак Довженко); при потуживании пуповина удлиняется, а при прекращении его втягивается во влагалище (признак Клейна); при надавливании ребром ладони над симфизом пуповина втягивается во влагалище (признак Чукалова — Кюстнера).

4. Различают следующие формы патологического прикрепления плаценты: плотное прикрепление (*placenta adhaerens*), или ложное приращение, и истинное приращение плаценты (*placenta accreta*). Ложное приращение является наиболее частой формой патологического ее прикрепления. Эта патология отмечается при недоразвитии рыхлого губчатого слоя слизистой оболочки матки, в норме отделяющего ворсины плаценты от мышц матки. Истончение этого слоя приводит к нарушению отделения плаценты от стенки матки. Однако при ручном отделении плаценты всегда удается добиться полного отделения плацентарной ткани и остановить кровотечение.

Истинное приращение плаценты представляет такую форму прикрепления ее, при которой ворсины хориона проникают через всю базальную часть децидуальной оболочки до мышечного слоя, иногда проникая в глубь его (*placenta increta*). Ворсины хориона могут прорасти через всю толщу стенки матки, проникая за пределы мышечного и серозного слоев ее (*placenta percreta*), что нередко заканчивается разрывом матки с очень опасным прогнозом для жизни женщины.

При истинном приращении плаценты отсутствие губчатого слоя децидуальной оболочки и прорастание ворсин плаценты в мышечную оболочку делает невозможным отделение плаценты от стенок матки без ее удаления. Истинное приращение плаценты может быть полным (*placenta accreta totalis*) и частичным (*placenta accreta partialis*).

5. При подозрении на истинное приращение плаценты следует развернуть операционную и для уточнения диагноза произвести ручное отделение ее. Если плацента имеет ложное приращение, ручным отделением удастся отделить плаценту на всем протяжении и удалить ее. Если же плацента не отслаивается, а отрывается от стенок матки по кускам, что сопровождается значительным кровотечением, это подтверждает истинное приращение плаценты. Единственным методом лечения при этом является немедленная лапа-

ротомия для удаления матки вместе с приросшей плацентой. Параллельно проводится переливание донорской крови и кровезаменителей. Препарат удаленной матки вместе с приросшей плацентой направляется на гистологическое исследование.

23.4.

1. *Диагноз*: срочные роды. Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Задержка частей плаценты.

2. *Диагноз* — кровотечение в раннем послеродовом периоде — поставлен на основании того, что после выделения последа из полости матки кровотечение не прекратилось, как это бывает при нормальном течении послеродового периода, а наоборот, продолжалось и стало усиливаться, кровопотеря достигла 550 мл. Задержка частей плаценты подтверждается данными осмотра последа, при котором на материнской поверхности плаценты при складывании надорвавшихся долек обнаружен участок 4×5 см, лишенный плацентарной ткани.

3. Кровотечение после рождения плаценты, т. е. в раннем послеродовом периоде, могут вызывать следующие причины: а) задержка частей плаценты, которые обнаруживаются при осмотре последа (как было в случае с роженицей У.); б) гипо- или атония матки, обуславливающие атоническое кровотечение, устанавливаемое при пальпации мягкой, дряблой, плохо контурируемой матки; в) разрыв мягких родовых путей (шейки, влагалища, клитора, варикозно расширенного узла вен влагалища и т. п.), сопровождающийся кровотечением, начавшимся сразу же после рождения плода до выделения плаценты; г) нарушение свертывающей системы крови (гипо- и афибриногенемия), распознающееся по резкому снижению свертываемости крови (скорость свертывания крови более 10 мин, содержания фибриногена в крови менее 2 г/л (200 мг %) (средние показатели 5—6 г/л). Практически понижение свертывающей способности крови распознается по характеру кровотечения: вытекающая кровь почти не свертывается, появляющиеся рыхлые сгустки крови очень скоро распадаются и в дальнейшем полностью исчезают. У роженицы У. кровь свернулась в сплошной плотный сгусток, т. е. у нее нет нарушения свертывающей системы крови.

4. Лечение при кровотечении в раннем послеродовом периоде, обусловленном задержкой частей плаценты, состоит в немедленном ручном обследовании полости матки и удалении остатков плацентарной ткани. Одновременно необходимо проводить мероприятия, вызывающие сокращения матки (комбинированный массаж матки, холод на низ живота, введение препаратов, стимулирующих мускулатуру матки (окситоцин, метилэргометрин и т. д.), возмещающие кровопотерю (переливание крови, плазмы, плазмозамещающих растворов).

5. *Показанием* к применению способа Креде — Лазаревича является безуспешное выделение отделившейся плаценты из полости матки с помощью более бережных способов (опорожнение мочевого пузыря, потуживание, способ Абуладзе). *Условие*: выжимание

последа допустимо только при отделившейся от стенок матки плаценте. В противном случае применение способа Креде — Лазаревича является насилием, влекущим за собой разможнение плаценты и самой матки.

Техника выделения последа состоит в выполнении следующих манипуляций: а) опорожнения мочевого пузыря с помощью катетера; б) приведения матки в срединное положение; в) легкого поглаживания (не массаж) матки для ее сокращения; г) обхвата дна матки кистью руки так, чтобы ладонные поверхности четырех пальцев располагались на задней стенке матки, большого пальца — на передней, ладонь — на дне матки; д) одновременного сжимания дна матки и надавливания на матку сверху вниз, пока послед не родится из влагалища.

У роженицы У. последовый период проводился неправильно. Ведущим врачом была допущена серьезная ошибка — применено выделение последа по способу Абуладзе и Креде — Лазаревича при неотделившейся от стенок матки плаценте, на что указывает шаровидная форма матки и дно ее, стоящее на уровне пупка. Повидимому, это произошло из-за кровотечения, появившегося через 10 мин после рождения плода и ошибочно принятого врачом как симптом отделившейся от стенок матки плаценты. Результатом этой ошибки явился дефект плаценты, вызвавший кровотечение в раннем послеродовом периоде.

23.5.

1. *Диагноз*: срочные роды. Кровотечение в раннем послеродовом периоде, гипотония матки. Отягощенный акушерский анамнез.

2. Кровотечение в раннем послеродовом периоде подтверждается тем, что после рождения последа оно не только не прекратилось, как это бывает при нормальном течении послеродового периода, а наоборот, за 15 мин женщина потеряла 500 мл крови.

Диагноз гипотонии матки установлен на основании резко сниженной сократительной функции матки: после выделения последа матка не плотная, шаровидная, как это бывает в норме, а мягкая, дряблая, плохо контурируется, вяло реагирует на механическое и физическое раздражения. Для гипотонии матки характерно высокое стояние дна матки (на 3 поперечных пальца выше пупка), а также волнообразный характер кровотечения — при сокращении матки кровотечение временно прекращается, в период расслабления — кровотечение возобновляется.

Отягощенный акушерский анамнез подтверждается сообщением женщины о исходах предыдущих беременностей: три последние закончились искусственными абортами, последний из которых осложнился воспалением придатков матки.

3. Кровотечение после рождения последа может быть вызвано следующими причинами: задержкой частей последовых тканей, травматическим повреждением мягких тканей родового канала, кровотечением вследствие нарушения свертывающей системы крови, гипотонией или атонией матки.

Задержка в полости матки остатков плаценты или плодных оболочек является наиболее частой причиной кровотечения в раннем послеродовом периоде. Диагностировать задержку частей последа чаще всего удается при осмотре плацентарной ткани и плодных оболочек на их целость, что обычно проводится после рождения последа. В данном случае осмотр последа показал — дольки плаценты и оболочки целые, т. е. целость последа не вызывает никаких сомнений.

Травматическое повреждение мягких тканей родового канала легко отвергается, так как при этом кровотечение начинается сразу после рождения ребенка или еще во втором периоде родов. У роженицы С. кровотечение началось после выделения последа; отсутствие травматизма уточнено при осмотре мягких тканей родового канала — шейка матки, влагалище, промежность и клитор целые.

Более трудным для диагностики является кровотечение вследствие нарушения свертывающей системы крови — гипо- или афибриногенемии. Диагноз устанавливается при биохимическом исследовании крови. Содержание фибриногена при этом составляет менее 1 г/л или не определяется (в норме — 3—5 г/л). Практически нарушение свертывающей системы крови можно определить при осмотре вытекающей крови — при афибриногенемии сгустки крови не образуются, а если и образуются, то очень рыхлые, быстро распадающиеся на мелкие сгустки, а затем полностью исчезающие. В данном случае выделился большой плотный сгусток крови, свидетельствующий об отсутствии нарушения свертывающей системы крови у роженицы С.

На основании проведенной дифференциальной диагностики можно утверждать, что кровотечение в раннем послеродовом периоде у роженицы С. возникло вследствие гипотонии матки. Кроме того, этот диагноз подтверждается характерной клинической картиной: матка после рождения последа не сокращается, дряблая, мягкая, вяло реагирует на механическое и физическое раздражение, дно ее стоит на 3 поперечных пальца выше пупка, кровотечение носит волнообразный характер.

4. При безуспешности применения традиционных методов борьбы с гипотоническим кровотечением (опорожнение мочевого пузыря, наружный массаж матки, введение препаратов, сокращающих матку, холод на низ живота, ручное обследование полости матки с массажем на кулаке) для восстановления моторной функции матки применяют один из следующих методов:

а) Пискачка — левой рукой захватывают и сжимают нижний сегмент матки (большой палец с одной стороны, четыре пальца — с другой), сжимая при этом артерии и вены матки и массируя одновременно правой рукой дно матки;

б) Гентера — головной конец кровати опущен, нижний сегмент матки захватывают, как и в предыдущем методе, и сильно прижимают к поясничным позвонкам, при этом сильно оттягивая матку кверху и одновременно массируя ее второй рукой;

в) Бакшеева — на боковые части свода влагалища накладывают зажимы так, что при этом одну ветвь вводят в полость матки, вторую — в боковую часть свода влагалища;

г) Квантилиани — захватывают шейку матки несколькими зажимами и резко тянут ее книзу;

д) Михайленко — наложение циркулярного (кисетного) сдавливающего шва на перешеек матки;

е) Губарева — Рачинского — прижимают нижний сегмент матки к лобковому симфизу;

ж) перевязка сосудов матки через влагалище по Зяблову — Демичеву;

з) наложение клемм на параметрий по Генкелю — Тиканадзе, поперечного кетгутового шва на заднюю губу отверстия матки по Лосицкой;

и) прижатие аорты кулаком или пальцами по Бирюкову;

к) наложение метрогемостата по Роговенко.

При безуспешности применения одного или двух-трех из перечисленных выше способов остановки кровотечения при тяжелой гипотонии и продолжающемся кровотечении, одновременно продолжая борьбу с анемией и коллапсом, производят лапаротомию для последующей перевязки магистральных сосудов матки. Эта операция имеет большое преимущество перед ампутацией матки, так как она технически проще, быстрее и позволяет сохранить женщине генеративную функцию. Однако эта операция не всегда приводит к остановке кровотечения, в связи с чем производят надвлагалищную ампутацию или экстирпацию матки.

5. Гипотония матки при нерациональных методах лечения может перейти в атонию, нередко ведущую к кровотечению со смертельным исходом.

Смерть не наступает мгновенно, сначала при декомпенсированной кровопотере развивается геморрагический шок, переходящий в терминальную стадию, заканчивающуюся состоянием клинической смерти.

Основные признаки клинической смерти: выраженная бледность лица, цианоз слизистой оболочки, отсутствие АД и пульса даже на сонной артерии, прекращение сердечной деятельности, агональное дыхание (судорожные редкие вдохи), постепенно прекращающееся, зрачки расширены, тонус мышц отсутствует, арефлексия.

Клиническая смерть — состояние обратимое. Всего 3—5 мин отделяют ее от необратимых повреждений органов, характерных для биологической смерти. Поэтому методы реанимации должны быть быстрыми, активными, направленными, в первую очередь, на восстановление функций основных центров организма — сосудодвигательного и дыхательного.

Методы реанимации проводятся в четкой последовательности: придают больной положение на спине с запрокинутой головой, реаниматор подкладывает одну руку под шею, другую помещает на лоб, очищает полость рта и глотку и вводит воздуховод, а при его

отсутствии начинает искусственную вентиляцию легких рот ко рту или с помощью дыхательного аппарата. Одновременно другой реаниматор производит непрямой массаж сердца ритмичным сдавливанием его между грудиной и позвоночным столбом. При этом из левого желудочка сердца кровь небольшими порциями поступает в организм, из правого — в легкие, где происходит оксигенация ее во время одновременной искусственной вентиляции. Восстановление показателей гемодинамики при острой кровопотере должно проводиться немедленным восполнением объема потерянной крови.

Наряду с описанными мероприятиями необходимо обеспечить общее (но не местное) согревание больной в постели и абсолютный покой. Больную нельзя перекладывать с родильной кровати или операционного стола на коляску и переводить в палату до тех пор, пока стабильно не нормализуется ее состояние. Нарушение этого требования может привести женщину к смерти.

23.6.

1. *Диагноз:* срочные роды. Кровотечение в позднем пуэрперальном периоде. Задержка в матке частей последа.

2. Кровотечение в позднем пуэрперальном периоде установлено на основании обильного кровотечения из матки, появившегося на 4-й день после родов, когда при нормальном течении этого периода лохии должны быть серозными в небольшом количестве. Диагноз — задержка в матке частей последа — подтверждается наличием кровотечения и записью в истории родов — детское место под сомнением.

3. Наиболее частыми причинами позднего послеродового кровотечения являются: а) задержка в матке частей плацентарной ткани, плодных оболочек или сгустков крови; б) эндометрит; в) нарушения кровообращения в сосудистом русле матки в результате метротромбофлебита; г) нарушения гемодинамики в сосудах органов таза при болезнях сердца и почек.

4. Лечение позднего послеродового кровотечения, возникшего в результате задержки в матке частей последа при отсутствии инфекции, — оперативное. Остатки последа выскабливаются из полости матки. У роженицы И. при нормальной температуре тела (36,8 °С) и безболезненной матке необходимо произвести инструментальное удаление остатков плацентарной ткани с последующим профилактическим лечением антибиотиками и сульфаниламидными препаратами. Одновременно рекомендуется переливание крови и кровезаменителей с обязательным восполнением кровопотери.

5. Роды у роженицы И. проведены неправильно, так как, если возникает сомнение в целостности плаценты, необходимо независимо от наличия или отсутствия кровотечения немедленно произвести ручное обследование полости матки и удалить задержавшиеся остатки детского места. Ошибка врача заключается в том, что он, заподозрив дефект последа, не произвел обследование полости матки сразу же после родов.

23.7.

1. *Диагноз:* беременность сроком 40 недель. Первичная слабость родовых сил, преждевременное излитие околоплодных вод. Гипотоническое кровотечение в послеродовом периоде. Геморрагический шок.

2. Термином «геморрагический шок» обозначают состояние, связанное с острым и массивным кровотечением во время беременности, родов и в послеродовом периоде.

К развитию шока обычно приводят кровопотери, превышающие 1500 мл, т. е. более 20 % ОЦК или 30 мл крови на 1 кг массы тела. Причинами таких кровотечений у беременных, рожениц и родильниц могут быть: преждевременная отслойка нормально расположенной и предлежащей плаценты, шеечная и перешеечно-шеечная беременность, разрывы матки, нарушения отделения плаценты в третьем периоде родов, задержка доли плаценты, гипо- и атоническое кровотечение в раннем послеродовом периоде.

3. В патогенезе геморрагического шока ведущим звеном является диспропорция между уменьшением ОЦК и емкостью сосудистого русла, что сначала проявляется нарушением макроциркуляции, затем микроциркуляции, прогрессирующей дезорганизацией метаболизма, ферментативными сдвигами и протеолизом.

Кровопотеря ведет к истощению компенсаторных механизмов и углублению микроциркуляторных расстройств за счет выхода жидкой части крови в интерстициальное пространство, сгущения крови, резкого замедления кровотока, с развитием феномена сладжа, глубокой гипоксии тканей с развитием ацидоза и других метаболических нарушений. Накопление вазоактивных метаболитов способствует стазу крови в микроциркуляторном русле и нарушению процессов свертывания крови с образованием тромбов (ДВС-синдром). Происходит секвестрация крови, способствующая к дальнейшему снижению ОЦК. Значительно выраженный дефицит ОЦК нарушает кровоснабжение жизненно важных органов, снижает коронарный кровоток, развивается недостаточность сердца.

Различают три стадии геморрагического шока: I стадия — компенсированный шок; II стадия — декомпенсированный обратимый шок; III стадия — необратимый шок.

Компенсированный шок обычно развивается при кровопотере, приблизительно соответствующей 20 % ОЦК (от 15 % до 25 %). В эту стадию компенсация потери ОЦК осуществляется за счет гиперпродукции катехоламинов. В клинической картине преобладают бледность кожи, умеренные тахикардия (до 100 в 1 мин) и олигурия, венозная гипотензия. Артериальная гипотензия отсутствует или слабо выражена.

Декомпенсированный обратимый шок развивается при кровопотере, соответствующей 30—35 % ОЦК (от 25 % до 40 %). При этом происходит углубление нарушений в сердечно-сосудистой системе: снижается АД, так как высокое сопротивление в сосудах периферического кровообращения, обусловленное спазмом сосудов, не компенсирует малый сердечный выброс. Нарушено кровоснаб-

жение мозга, сердца, печени, почек, легких, кишок, развиваются тканевая гипоксия и смешанная форма ацидоза, требующие коррекции. В клинической картине кроме снижения систолического АД (ниже 13,3 кПа — 100 мм рт. ст.) и уменьшения амплитуды пульсового давления наблюдаются выраженная тахикардия (120—130 в 1 мин), одышка, акроцианоз на фоне бледности кожи, холодный пот, беспокойство, олигурия (менее 30 мл/ч), приглушенность сердечных тонов, снижение центрального венозного давления (ЦВД).

III стадия шока (*необратимый шок*) развивается при кровопотере, равной 50 % ОЦК (от 40 % до 60%). Ее развитие определяется дальнейшим нарушением микроциркуляции: капилляростазом, потерей плазмы, агрегацией клеток крови, нарастанием явлений негезового (метаболического) ацидоза. Систолическое АД снижается ниже критических цифр, пульс учащается до 2,33 Гц (140 в 1 мин) и выше. Усиливаются расстройства внешнего дыхания, отмечаются крайняя бледность, или мраморность, кожи, холодный пот, резкое похолодание конечностей, анурия, ступор, потеря сознания. Существенными признаками терминальной стадии шока являются увеличение гематокритного числа и снижение объема плазмы.

Диагноз геморрагического шока обычно не представляет больших трудностей, особенно при наличии явного массивного кровотечения. Однако ранняя диагностика компенсированного шока, при которой обеспечен успех лечения, иногда просматривается из-за недооценки имеющихся симптомов. О состоянии гемодинамики необходимо судить на основании комплекса довольно простых симптомов и показателей: 1) цвета и температуры кожи, особенно конечностей; 2) характеристики пульса; 3) АД; 4) шокового индекса; 5) почасового диуреза; 6) ЦВД; 7) гематокритного числа; 8) характеристик кислотно-основного состояния (КОС) крови.

По цвету и температуре кожи можно судить о периферическом кровотоке; теплая розовая кожа и розовый цвет ногтевого ложа, даже при сниженном АД, свидетельствуют о хорошем периферическом кровотоке. Холодная бледная кожа при нормальном и даже несколько повышенном АД указывает на централизацию кровообращения и нарушение периферического кровотока, мраморность кожи и акроцианоз — на глубокое нарушение периферического кровообращения, парез сосудов, приближающуюся необратимость состояния.

Частота пульса служит простым и важным показателем функционального состояния больной только в сопоставлении с другими симптомами. Так, тахикардия может указывать на гиповолемию и острую недостаточность сердца. Дифференцировать эти состояния можно измерением ЦВД. С подобных позиций следует подходить и к оценке АД.

Информативным показателем степени гиповолемии при геморрагическом шоке является шоковый индекс — отношение частоты пульса к величине систолического АД. У здоровых людей этот

индекс соответствует 0,5, при уменьшении ОЦК на 20—30 % он увеличивается на 30—50 % — до 1,5.

Почасовой диурез служит важным показателем, характеризующим кровоток в органах. Снижение диуреза до 30 мл/ч указывает на недостаточность периферического кровообращения, менее 15 мл/ч — на приближение состояния необратимого шока.

ЦВД представляет собой показатель, имеющий существенное значение в комплексной оценке состояния больной, может быть критерием в выборе основного направления лечения. Уровень ЦВД ниже 0,5 кПа (50 мм вод. ст.) свидетельствует о выраженной гиповолемии, требующей немедленного восполнения. Если на фоне инфузионной терапии АД продолжает оставаться низким, то повышение ЦВД более 1,5 кПа (150 мм вод. ст.) указывает на декомпенсацию сердечной патологии и необходимость кардиальной терапии. В той же ситуации низкие величины ЦВД предписывают увеличение объемной скорости вливания.

Гематокритное число в сочетании с указанными данными является хорошим тестом, свидетельствующим об адекватности или неадекватности функций сердечно-сосудистой системы. Уменьшение гематокритного числа менее 0,30 является угрожающим симптомом, менее 0,25 — проявлением тяжелой степени кровопотери. Увеличение гематокритного числа при III стадии шока указывает на необратимость его течения.

Определение КОС является желательным исследованием при выведении больной из состояния геморрагического шока. Известно, что для геморрагического шока характерен негазовый ацидоз, который может сочетаться с газовым (респираторным): рН плазмы 7,35, концентрация гидрокарбоната < 24 ммоль/л, P_{CO_2} превышает 6,67 кПа (50 мм рт. ст.) при дефиците оснований ($-BE$ превышает 2,3 ммоль/л). Однако в конечной фазе метаболических нарушений может развиться алкалоз: рН плазмы $> 7,45$ в сочетании с избытком оснований, показатель В более 29 ммоль/л, показатель $+BE$ превышает 3,3 ммоль/л.

Лечение геморрагического шока представляет ответственную задачу, для решения которой врач-акушер должен объединить усилия с анестезиологом-реаниматологом, а при необходимости — с гематологом-коагулологом.

Для обеспечения успеха лечения необходимо руководствоваться следующим правилом: лечение должно начинаться как можно раньше, быть комплексным, проводиться с учетом причины, вызвавшей кровотечение, и состояния здоровья, предшествовавшего ему.

Комплекс лечебных мероприятий включает в себя следующее: акушерские пособия и операции, применяющиеся для остановки кровотечения; оказание анестезиологического пособия; непосредственное выведение больной из состояния шока. Все перечисленные мероприятия должны осуществляться параллельно, четко и быстро. Объем оперативного вмешательства должен обеспечивать надежный гемостаз. Если для остановки кровотечения необходимо

удалить матку, следует это делать, не теряя времени. Мысли о возможном сохранении менструальной и репродуктивной функции у молодых женщин не должны тормозить действия врача, поскольку речь идет о сохранении жизни женщины. Оперативное вмешательство при угрожающем состоянии больной производится в три этапа: 1) чревосечение, остановка кровотечения; 2) реанимационные мероприятия; 3) продолжение операции.

В комплекс анестезиологического пособия, наряду с адекватной оксигенотерапией, рационально включать препараты, обладающие противогипоксическим действием (аминалон (ГАМК) 100 мг/кг).

Одним из основных методов лечения при геморрагическом шоке является инфузионно-трансфузионная терапия, направленная на восполнение ОЦК, ликвидацию гиповолемии, нарушений микроциркуляции, гипотензии, восстановления перфузии тканей, электролитного состава крови, нормализацию КОС крови, устранение острых нарушений свертываемости.

Консервированная кровь и ее компоненты (эритроцитная масса) остаются важнейшими инфузионными средами в лечении больных с геморрагическим шоком, так как в настоящее время только с их помощью можно восстановить нарушенную кислородтранспортную функцию организма. Необходимо использовать одногруппную консервированную кровь, срок хранения которой не превышает 3 сут, подогретую до 37 °С. Для соблюдения режима управляемой гемодилюции обязательно сочетать гемотрансфузию с введением коллоидных и кристаллоидных растворов. Кровезамещающие растворы улучшают реологические свойства крови, уменьшают агрегацию клеток крови, включают депонированную кровь в активную циркуляцию, улучшают периферическое кровообращение. Такими свойствами в наибольшей степени обладают препараты, изготовленные на основе декстранов: полиглюкин и реополиглюкин. Излишняя жидкость удаляется форсированием диуреза.

Адекватная терапия геморрагического шока требует не только введения большого количества инфузионных сред, но и значительной (объемной) скорости введения. При тяжелой стадии геморрагического шока объемная скорость вливания должна соответствовать 250—500 мл/мин, при II стадии требуется вливание с объемной скоростью — 100—200 мл/мин. Такая скорость может быть достигнута либо струйным введением растворов в несколько периферических вен, либо катетеризацией центральных вен. Рационально, чтобы выиграть время, начинать трансфузию пункцией локтевой вены и сразу же приступить к катетеризации крупной вены, чаще подключичной. Наличие катетера в вене крупного диаметра делает возможным проведение инфузионной терапии в течение длительного времени.

При стабилизации состояния больной, выражающейся в исчезновении цианоза, бледности и потливости кожи, восстановлении уровня АД (систолического не менее 11,79 кПа или 90 мм рт.ст.), удовлетворительном наполнении пульса, исчезновении одышки, почасовом диурезе не менее 30—50 мл/ч, увеличении гематокритного

числа до 0,3, можно переходить к капельному введению крови и жидкости в соотношении 2 : 1, 3 : 1. Капельное введение растворов должно продолжаться сутки и более до полной стабилизации всех показателей гемодинамики.

Негазовый (метаболический) ацидоз, сопутствующий геморрагическому шоку, обычно корригируется капельным внутривенным введением 150—200 мл 4—5 % раствора натрия гидрокарбоната, в тяжелых случаях — вливанием 500 мл 3,6 % раствора 3-гидрооксиметиламинометана (трис-буфера). Точное количество растворов определяется в зависимости от величины дефицита оснований (—BE). Для улучшения окислительно-восстановительных процессов показано введение 100—200 мл 20 % раствора глюкозы с адекватным количеством инсулина (на 4 г чистого вещества глюкозы — 1 ЕД инсулина), 100 мг кокарбоксилазы, витаминов группы В и С.

После ликвидации гиповолемии на фоне улучшения реологических свойств крови важным компонентом нормализации микроциркуляции является применение препаратов, снимающих периферическую вазоконстрикцию. Хороший эффект оказывает введение 150—200 мл 0,5 % раствора новокаина с 20 % раствором глюкозы или другими трансфузионными средствами в соотношении 1 : 1 или 2 : 1. Констрикцию периферических сосудов можно устранить введением спазмолитических препаратов (2 % раствора папаверина (2 мл), но-шпы (2—4 мл), 2,4 % раствора эуфиллина (10 мл) или ганглиоблокаторов типа пентамина (0,5—1 мл 0,5 % раствора капельно с изотоническим раствором натрия хлорида) и гексония (1 мл 2,5 % раствора капельно). Для улучшения почечного кровотока показано введение 150—200 мл 10 % раствора маннита или 400 мл сорбита. Введение всех указанных средств необходимо осуществлять под обязательным контролем АД, ЦВД и диуреза. При необходимости назначают салуретики — 40—60 мг фуросемида (лазикса).

Не следует забывать о введении антигистаминных препаратов: 2 мл 1 % раствора димедрола, 2 мл 2,5 % раствора дипразина (пипольфена) или 2 мл 2 % раствора супрастина, которые не только оказывают положительное действие на обменные процессы, но и способствуют нормализации микроциркуляции. Важным компонентом в лечебных мероприятиях является введение значительных доз кортикостероидов, которые улучшают сократительную функцию миокарда и оказывают действие на тонус периферических сосудов. Разовая доза гидрокортизона — 125—250 мг, преднизолон — 30—60 мг, суточная доза гидрокортизона — 1—1,5 г. Кардиальные средства включаются в комплекс противошоковой терапии после достаточного восполнения ОЦК. Чаще всего применяют 0,5—1 мл 0,05 % раствора строфантина или 1 мл 0,06 % раствора коргликона в 10—20 мл 40 % раствора глюкозы.

Нарушения свертывающей системы крови, сопровождающие геморрагический шок, необходимо корригировать под контролем коагулограммы ввиду значительного разнообразия этих нарушений.

23.8.

1. *Диагноз:* беременность сроком 41—42 недели, второй период родов. Клиническое несоответствие между размерами таза матери и головы плода. Угроза разрыва матки. Гипоксия плода. Негазовый ацидоз матери и плода. Матка Кувелера. Афибриногенемическое маточное кровотечение (ДВС-синдром).

2. Афибриногенемия — полное отсутствие в плазме крови фибриногена, играющего одну из ведущих ролей в свертывании крови. Первичная афибриногенемия у беременных практически не встречается, вторичная встречается часто при массивных кровопотерях, вызванных гипотоническим маточным кровотечением, — в последовом и раннем послеродовом периодах, а также при остром ДВС-синдроме в стадии коагулопатии потребления, когда отмечается разрушение фибриногена фибринолизинем. Повышение фибринолитической активности крови происходит за счет попадания в кровяное русло роженицы или родильницы тромбoplastических веществ, активирующих переход протромбина в тромбин, который, в присутствии кальция, переводит (разрушает) фибриноген в фибрин. Тотальное расщепление фибриногена приводит к развитию острого ДВС-синдрома (тромбогеморрагического синдрома). При этом происходит отложение микротромбов фибрина в капиллярах жизненно важных органов. В них нарушается микроциркуляция, возникают спазм микроциркуляторного русла, гипоксия и некробиотические изменения в органах, отек стромы и паренхимы. Нарушается функция этих органов. В первую очередь страдают мозг, легкие, печень, почки и сердце. Эти органы называются шоковыми. Тромбoplastические активные вещества (продукты протеолиза тканей и органов) попадают в кровь матери при маточно-плацентарной апоплексии, эмболии околоплодными водами, внутрисосудистом гемолизе, предлежании плаценты, мертвом плоде, матке Кувелера, кесаревом сечении, разрыве матки в родах, грубых ручных и других механических вмешательствах в полость матки.

Для афибриногенемии характерны отсутствие свертывания цельной крови, отсутствие в крови фибриногена при его количественном определении. Клинические проявления афибриногенемии сводятся к развитию коагулопатического маточного кровотечения в раннем послеродовом периоде (сразу после выделения плаценты или завершения кесарева сечения). Интенсивность кровотечения тем больше, чем ниже уровень фибриногена в плазме. При этом наблюдается кровоточивость десен, желудка, кишок, операционной раны, швов и мест инъекций. Прогноз при афибриногенемии обычно неблагоприятный.

Лечение сводится к немедленному удалению очага поступления тромбoplastических веществ в кровь родильницы (экстирпация матки Кувелера), остановке гипотонического маточного кровотечения. Немедленное переливание (лучше прямое) свежей одногруппной крови, плазмы, введение препаратов, улучшающих реологические свойства крови (реополиглюкин, гемодез). Назначают препараты, стимулирующие функцию надпочечников (кортикосте-

роиды), почек (фуросемид), сердца (кардиотоники), сосудов (допамин), мозга, печени и других жизненно важных органов.

При массивной кровопотере в родах обильное переливание цитратной крови и даже свежей может вызвать развитие гипофибриногенемии или усилить ее. В фазе гипокоагуляции нужно быть осторожным с введением гепарина; введение его в фазе потребления (разрушения) фибриногена дискутабельно.

Профилактика вторичной афибриногенемии заключается в своевременном выявлении и лечении акушерской и экстрагенитальной патологии (болезни печени, сахарный диабет) у беременных, в недопущении возникновения массивной кровопотери в родах и раннем послеродовом периоде, своевременном и рациональном проведении родов и родоразрешающих операций.

3. К негазовому (метаболическому) ацидозу плода приводят тяжелая акушерская и экстрагенитальная патология матери, а также недостаточность функции фетоплацентарного комплекса. Причиной ацидоза плода при беременности наиболее часто являются заболевания матери, токсикоз беременных во второй половине беременности (нефропатия, эклампсия), гипертоническая болезнь, пороки сердца, анемия беременных, перенашивание беременности, фетоплацентарная недостаточность, гипер- и гипотрофия плода, сахарный диабет и другие эндокринные заболевания матери. В родах причиной негазового ацидоза у плода является слабость родовых сил, угроза разрыва матки, акушерские щипцы, травма мозга и нарушения мозгового кровообращения плода, передозировка лекарственных средств при обезболивании родов, неправильная стимуляция родовой деятельности, наркотическая депрессия при проведении кесарева сечения.

Негазовый ацидоз у плода, как правило, является результатом острой (преждевременная отслойка плаценты, обвитие пуповины) гипоксии плода, которая характеризуется в I стадии акцелерацией (тахикардией), во II стадии — децелерацией (брадикардией, урежением), в III стадии — аритмией сердцебиения плода. При хронической гипоксии плода отмечаются признаки его гипотрофии, а также все три комплекса нарушений частоты сердечных сокращений плода. Последние особенно проявляются при фетоплацентарной недостаточности или нарушении общей гемодинамики и маточно-плацентарного кровообращения у матери.

Лечение ацидоза направлено на ликвидацию гипоксии матери и плода. Проводят лечение акушерской и экстрагенитальной патологии у матери, назначают препараты, улучшающие маточно-плацентарное кровообращение, метаболизм у плода и антигипоксические препараты.

4. Негазовый ацидоз в крови и тканях беременных и рожениц является патологическим состоянием. В норме плазма крови имеет слабощелочную реакцию и ее рН колеблется в пределах 7,3—7,4. Концентрация водородных ионов тканевых жидкостей большинства органов обычно близка к нейтральной (рН=7,1—7,2) и только тканевой жидкости мышц в норме слабокислая (рН=6,8).

Поскольку интенсивность всех процессов жизнедеятельности организма, особенно различных тканевых ферментов, зависит от рН крови и тканевых жидкостей, сохранение его на постоянном уровне является непременным условием нормального существования организма. Сдвиг рН крови больше чем на 0,4 в ту или другую сторону, как правило, ведет к гибели организма. В результате нарушения кислотно-основного равновесия в организме в сторону анионов кислот развивается ацидоз. Различают компенсированный и декомпенсированный ацидоз. Компенсированный ацидоз характеризуется изменениями состояния буферных систем без сдвига рН крови, декомпенсированный — изменением активной реакции крови со сдвигом рН в кислую сторону.

По механизму возникновения различают газовый (дыхательный, респираторный) и негазовый (тканевой, метаболический) ацидоз. Оба вида часто сочетаются. Газовый ацидоз характеризуется накоплением в крови и тканях CO_2 в результате нарушения ее выведения из организма. Наблюдается при дыхании в атмосфере, перенасыщенной CO_2 , нарушении газообмена при болезнях легких, сердца, при наркозе, асфиксии и т. д. При этом щелочные резервы крови не снижаются даже при уменьшении рН. Негазовый ацидоз развивается в результате недостаточного выведения или окисления органических кислот (молочной, пировиноградной, уксусной и пр.) и наблюдается при голодании, кислородной недостаточности, при тяжелых заболеваниях беременных (токсикоз, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, нефрит и т. п.). рН крови при декомпенсированном негазовом ацидозе может уменьшаться до 7,1 и ниже.

К ацидозу у матери могут приводить также гипоксия и асфиксия плода, первичная и вторичная слабость родовых сил, угроза разрыва матки, гипертетания матки, маточные кровотечения, иммунологическая несовместимость между матерью и плодом, внутриутробная инфекция плода, перенашивание беременности, геморрагический и бактериальный шок.

Профилактика и лечение ацидоза у матери заключается в профилактике и своевременном лечении акушерской и экстрагенитальной патологии, внутриутробной гипоксии плода, своевременной регуляции родовой деятельности, особенно у беременных с перенашиванием беременности и фетоплацентарной недостаточностью, своевременном проведении кесарева сечения, интенсивной терапии и реанимации рожениц и родильниц.

К ТЕМЕ 24

24.1.

1. *Диагноз*: срочные роды у первородящей старого возраста. Разрыв промежности второй степени.

2. Возраст первородящей М. установлен по паспорту и направлению. Диагноз разрыва промежности второй степени подтверждается объемом разорванных тканей: нарушена кожа промежности,

задняя стенка влагалища и мышцы промежности без повреждения наружного сфинктера заднего прохода.

3. У роженицы М. установлен разрыв промежности второй степени. Разрывы промежности необходимо ушивать при строгом соблюдении правил асептики, с обязательным обезболиванием (чаще новокаиновая анестезия). При разрыве промежности второй степени необходимо придерживаться следующего порядка при наложении швов: вначале накладывают один шов на верхний угол влагалищной раны, затем несколькими погружными кетгутовыми швами сшивают разорванные мышцы промежности. После этого накладывают кетгутовые швы на слизистую оболочку влагалища до задней спайки. Разрыв на коже промежности зашивают шелковыми швами, начиная сверху от задней спайки по направлению к заднему проходу.

Швы на промежности должны содержаться в чистоте. Рекомендуют проводить обработку швов 10 % раствором калия перманганата после утреннего и вечернего туалета наружных половых органов и после каждого акта мочеиспускания и дефекации. Более быстрому заживлению раны способствует ультрафиолетовое облучение. Снимаются швы на 6-е сутки, перед снятием швов рекомендуют очистить кишки. Сидеть можно разрешить только на 10—12-й день после родов.

4. Принято различать три степени разрывов промежности в зависимости от объема повреждения тканей: при первой степени нарушается только задняя спайка с разрывом небольшого участка кожи промежности и задней стенки влагалища; при второй степени нарушается целостность кожи промежности, задней стенки влагалища и мышц промежности, кроме наружного сфинктера заднего прохода; при третьей степени — кроме указанных во второй степени повреждений происходит разрыв наружного сфинктера заднего прохода, а иногда и стенки прямой кишки. Разрыв третьей степени является полным разрывом промежности. Редким видом травмы является центральный разрыв промежности, при котором сохраняется целой задняя спайка, но повреждается сухожильный центр промежности.

5. У роженицы М. можно было предвидеть разрыв промежности, так как во время врезывания головы плода отмечались выраженные признаки угрожающего разрыва промежности: чрезмерное выпячивание промежности, блестящая, несколько синюшная кожа; побледнение кожи по задней спайке во время потуги на площади 1,5×2 см, после прекращения потуги появление струйки крови из половой щели. Предположить возможность разрыва промежности можно было еще задолго до родов в связи с тем, что женщина является старой первородящей.

Существует два способа предупреждения разрывов промежности — консервативный и хирургический. Консервативный способ заключается в правильном выведении головы плода. При этом следует учитывать особенности биомеханизма родов и следить, чтобы голова прорезывалась медленно, постепенно, своим наименьшим

размером. Хирургический способ состоит в своевременном рассечении промежности (перинео- или эпизиотомия), когда разрыв промежности неизбежен, особенно при появлении признаков угрозы разрыва промежности, что имело место у роженицы М. Рассечение промежности ускоряет период изгнания, значительно ослабляет родовую травму плода, предохраняет ткани тазового дна от разможнения и разрыва. Кроме того, зашитая рана с резаными краями заживает значительно лучше, чем разможенная с рваными краями.

24.2.

1. *Диагноз:* срочные роды. Кровотечение в раннем послеродовом периоде. Разрыв шейки матки третьей степени.

2. Диагноз кровотечения в раннем послеродовом периоде установлен на основании патологической кровопотери, составляющей 450 мл, и непрекращающегося кровотечения после выделения послеродового.

При осмотре с помощью влагалищных зеркал обнаружен разрыв шейки матки, доходящий до правой боковой части свода влагалища.

3. Классификация разрывов шейки матки проводится в зависимости от тяжести повреждения тканей: первая степень — разрыв, захватывающий $1/3$ длины шейки (1—2 см); вторая степень — разрыв захватывает $2/3$ длины шейки (более 2 см, но не доходит до свода); третья степень — разрыв шейки доходит до свода влагалища и переходит на него.

4. Все разрывы шейки матки зашивают, причем это необходимо делать сразу же после осмотра и выявления разрыва. Швы накладывают узловые, кетгутовые. Для зашивания шейки матки окончатными щипцами подтягивают ко входу во влагалище и отводят ее в сторону, противоположную разрыву. Сначала зашивают верхний угол разрыва, причем угловой шов накладывают на 1—1,5 см выше места разрыва. В некоторых случаях, даже при известном опыте, не удается наложить первый шов на вершину разрыва. Тогда, не теряя времени, накладывают первый шов там, где можно развернуться иглой, завязывают его и, натягивая за несрезанные концы лигатуры, идут выше до угла разрыва. Последующие швы накладывают в направлении к краю отверстия матки. Слизистую оболочку шейки матки не прошивают. При разможении краев раны их предварительно иссекают, что обеспечивает лучшее заживление раны.

Одновременно с остановкой кровотечения необходимо проводить переливание крови или кровезаменителей.

5. Разрывы шейки матки могут быть самопроизвольными и насильственными в зависимости от причин, способствующих возникновению разрыва.

Самопроизвольные разрывы шейки матки возникают чаще в тех случаях, когда имеется какая-либо неполноценность шейки: инфантилизм, перенесенные воспалительные процессы, рубцы, потеря эластичности у старых первородящих, перенесенные аборт и мно-

гочисленные роды. Иногда разрыв шейки матки наблюдается в тех случаях, когда женщина начинает тужиться раньше, чем наступает полное раскрытие отверстия матки.

Насильственные разрывы шейки матки могут произойти при производстве акушерских операций: акушерские щипцы, краниотомия, краниоэкзистия, извлечение плода за тазовый конец, проведение операций при неполном раскрытии отверстия матки.

Для предупреждения разрыва шейки матки важно правильно управлять родовым актом. При наличии причин, угрожающих разрывом шейки матки, в профилактических целях рекомендуется применять средства, расслабляющие мышцы шейки и усиливающие сокращение мышц тела матки (атропина сульфат, промедол, тифен и пр.). При ригидности шейки матки для ускорения ее раскрытия рекомендуется в первом периоде родов вводить 32—64 УЕ лидазы вместе с 0,5 % раствором новокаина. При интенсивных схватках, сопровождающихся сильной болью, начали применять 400—800 мг мепротана, который помогает ускорить роды и снижает травматические повреждения шейки матки. С профилактической целью, когда разрыв шейки матки неизбежен, особенно при ригидности ее, применяют хирургический способ нанесения одной или нескольких насечек на шейке матки. Рассечение краев отверстия матки ускоряет изгнание плода и предохраняет шейку матки от разможнения и глубоких разрывов. Кроме того, резаная рана заживает значительно лучше, чем раная.

24.3.

1. *Диагноз:* срочные роды, второй период. Угроза разрыва матки. Общеравномерносуженный таз, первая степень. Клинически узкий таз.

2. Об угрозе разрыва матки свидетельствует описанный в истории родов роженицы Е. классический симптомокомплекс Бандля: беспокойное поведение женщины (кричит, хватается за живот); частые, сильные потуги; напряженная, болезненная матка с особенно болезненным нижним сегментом; характерный симптом песочных часов (во время потуг матка на уровне пупка перетянута контракционным кольцом); при влагалищном исследовании края отверстия матки отечны, дряблые, свободно свисают во влагалище; задержка мочеиспускания. Диагноз общеравномерносуженного таза установлен с помощью наружного тазоизмерения, при котором обнаружено, что все размеры таза уменьшены на одинаковую (1 см) величину. Первая степень сужения таза установлена по величине истинной конъюгаты, равной 10 см. Диагноз клинически узкого таза подтверждается тем, что при наружном акушерском исследовании обнаружен положительный признак Генкеля — Вастена.

3. Механические причины, вызывающие разрыв матки, описаны Бандлем (1875), который пытался объяснить возникновение разрыва в родах механическим несоответствием между размерами предлежащей части плода и таза роженицы. Такое несоответствие может возникнуть при узком тазе (как в случае с роженицей Е.),

неправильном предлежании головы (лобное, задний вид лицевого, асинклитическое вставление), при крупном плоде, гидроцефалии, при неправильном положении плода (поперечное, косое), при фиброматозных узлах в нижнем сегменте матки, экзостозах костей таза и т. д. Если при наличии описанных механических препятствий развивается бурная родовая деятельность, нижний сегмент матки перерастягивается, в него постепенно перемещается плод, стенка не выдерживает и разрывается.

4. Лечение при угрозе разрыва матки должно носить экстренный характер, так как матери угрожает смертельная опасность. Поэтому, как только установлена угроза разрыва матки, необходимо немедленно прекратить или ослабить родовую деятельность и закончить роды оперативным путем.

Для выключения родовой деятельности применяют наркоз эфиром, а также 1 мл 1 % раствора морфина гидрохлорида. Однако при этом следует учитывать, что один морфин не снимает родовую деятельность, а потому не может предотвратить разрыва матки.

После прекращения родовой деятельности необходимо приступить к родоразрешению, которое должно проводиться с исключительной осторожностью, обязательно под глубоким наркозом. Методы родоразрешения зависят от акушерских условий.

Если плод живой и нет признаков инфекции, применяется кесарево сечение. При мертвом или нежизнеспособном плоде роды заканчивают плодоразрушающей операцией: при головном предлежании — перфорация головы с последующей осторожной кранио-клазией, при тазовом предлежании — экстракция за тазовый конец с перфорацией последующей головы, при запущенном поперечном положении — эмбриотомия.

При угрожающем разрыве матки противопоказано применять поворот плода на ножку и накладывать акушерские щипцы, так как эти попытки неизбежно ведут к разрыву матки.

После плодоразрушающих операций, независимо от того, самостоятельно отделился послед или нет, обязательно производится ручное обследование полости матки. Роженицы с угрозой разрыва матки нетранспортабельны.

5. Лечение роженицы Е. с выраженной клинической картиной угрожающего разрыва матки следует продолжать немедленным прекращением родовой деятельности с помощью наркоза эфиром, что уже было начато перед влагалищным исследованием. После выключения родовой деятельности необходимо произвести кесарево сечение, для которого имеются условия: живой плод, отсутствие признаков инфекции (нормальная температура тела). Одновременно следует проводить переливание донорской крови и кровезаменителей.

Для улучшения состояния плода перед операцией рекомендуется провести профилактику внутриутробной гипоксии плода.

24.4.

1. *Диагноз:* срочные роды. Самопроизвольный полный разрыв матки вне родовспомогательного учреждения. Мертвый плод. Отягощенный акушерский анамнез.

2. Полный разрыв матки у роженицы К. установлен на основании пальпации свободно перемещающегося плода непосредственно под передней стенкой живота; симптомов раздражения брюшины (положительный симптом Щеткина — Блюмберга, вздутие живота, боль, усиливающаяся при изменении положения тела женщины, тошнота, рвота); симптомов внутреннего кровотечения (общая слабость, головокружение, частый пульс слабого наполнения, низкое АД, бледность кожи и слизистой оболочки).

Диагноз самопроизвольного разрыва матки вне родовспомогательного учреждения подтверждается тем, что женщина начала рожать дома, где прошли первый и второй периоды родов и произошел самопроизвольный разрыв матки без всякого внешнего воздействия. Об этом свидетельствуют данные анамнеза: после сильных болезненных потуг, имевших почти непрерывный характер, внезапно появилась очень сильная боль, напоминающая удар ножом в живот (момент разрыва матки), после чего родовая деятельность полностью прекратилась, общее состояние женщины стало прогрессивно ухудшаться. Это заставило родственников вызвать скорую помощь.

Диагноз мертвого плода поставлен на основании прекращения шевеления и отсутствия сердцебиения плода.

Отягощенный акушерский анамнез подтверждается тем, что предыдущие роды, бывшие 2 года назад, осложнились кровотечением, ручным отделением последа и лихорадящим послеродовым периодом.

3. В начале XX в. Я. Ф. Вербов предложил объяснение разрыва матки, отличающееся от механической теории Бандля. По его мнению, в здоровой матке разрывов не бывает, т. е. целостность матки нарушается вследствие патологических изменений ее стенки, вызывающих неполноценность миометрия. К изменениям, предрасполагающим к разрыву матки, относятся: рубцы, оставшиеся после операций (кесарево сечение, вылушивание миоматозного узла и пр.), повреждения матки при производстве аборта, дегенеративные и воспалительные процессы, перенесенные до настоящей беременности, инфантилизм и другие аномалии, характеризующиеся недостаточностью миометрия. Разрыв матки чаще происходит у повторно- и многорожавших женщин.

4. При установлении диагноза необходимо немедленно приступить к чревосечению без предварительного родоразрешения. После вскрытия полости живота удаляют плод и послед, находящиеся в большинстве случаев между петлями кишок, жидкую кровь, сгустки крови, меконий и околоплодные воды, тщательно осматривают матку и другие внутренние органы. Объем хирургического вмешательства решается индивидуально с учетом характера разрыва и признаков инфекции (ушивание, надвлагалищная ампутация или экстирпация матки).

Во время и после операции проводят меры по борьбе с шоком и кровопотерей (переливание крови, протившоковых растворов и кровезаменителей), в послеоперационном периоде применяют анти-

биотики, сульфаниламиды, сердечные гликозиды, рациональное питание и т. д.

5. Профилактика разрывов матки должна включать все мероприятия, заключающиеся в правильной организации родовспоможения. Решающее значение имеет своевременный учет всех беременных в женской консультации и тщательное выявление тех беременных, у которых возможен разрыв матки в родах. К этой группе относятся беременные с узким тазом, неправильным положением плода, многорожавшие женщины с дряблой маткой, имеющие отягощенный акушерский анамнез (патологические роды, осложненные аборт, послеродовые и послеабортные воспалительные заболевания), перенесенные операции на матке, перенесенная беременность и т. д.

Беременных этой группы за 2—3 недели до наступления родов направляют в родильный дом, где круглосуточно дежурят высококвалифицированные врачи; во время родов тщательно наблюдают за появлением признаков угрожающего разрыва матки.

При наличии неполноценного рубца на матке госпитализацию следует осуществлять за 4—5 недель до родов.

24.5.

1. *Диагноз:* срочные роды, первый период. Головное предлежание. Расхождение лобковых костей, I степень. Водянка беременных.

2. Расхождение лобковых костей установлено на основании жалоб роженицы на боль в области лобкового симфиза, усиливающейся при движении, наличии утиной походки, болезненности при пальпации лобкового симфиза и определения щели между лобковыми костями, обнаруженной при наружной пальпации и влагалищном исследовании. Степень расхождения лобковых костей определяется шириной щели между ними: расхождение от 0,5 до 0,9 см — I степень, от 1 до 2 см — II степень, более 2 см — III степень. В случае с роженицей И. ширина между лобковыми костями составляет 0,8 см, т. е. I степень расхождения.

Водянка беременных подтверждается наличием умеренно выраженных отеков на голенях и стопах, при отсутствии гипертензии (АД — 15,3/10,7—15,9/10,7 кПа) и альбуминурии (анализ мочи без патологических изменений).

3. Обычно повреждение костного кольца таза наступает при патологических родах и оперативном родоразрешении (наложение акушерских щипцов, экстракция плода за тазовый конец, плодоразрушающие операции, применение приема Кристеллера и т. д.), особенно у рожениц с узким тазом.

У роженицы И. расхождение лобкового симфиза началось во время беременности, 2 недели назад. Оно вызвано, по-видимому, склонностью к токсикозам, при которых в последние месяцы беременности набухает хрящевая ткань суставов таза, образуется много дополнительных щелей, заполненных суставной жидкостью, способствующих снижению прочности суставов и созданию условий для расхождения или разрыва лобкового симфиза.

4. Для уточнения диагноза расхождения лобковых костей проводится рентгенологическое или ультразвуковое исследование таза.

5. Учитывая, что роды у беременной И. повторные, размеры таза и плода (предполагаемая масса — 3200 г) нормальные, родовая деятельность хорошая, роды можно вести через естественные родовые пути, несмотря на начавшееся расхождение лобковых костей. Однако роды следует вести очень осторожно, с широким использованием спазмолитических и анальгетических средств (но-шпа, промедол). При родах с расхождением лобковых костей противопоказано проведение родоразрешающих операций через естественные родовые пути (вакуум-экстракция, наложение акушерских щипцов и т. п.), так как при этом увеличивается опасность разрыва лобкового симфиза.

При появлении осложнений в родах родоразрешение целесообразно закончить с помощью кесарева сечения.

В послеродовом периоде, независимо от метода родоразрешения, показано лечение расхождения лобкового симфиза. При небольшом расхождении лобковых костей (как у роженицы И.) применяется простой и эффективный способ лечения, связанный с положением женщины на боку: женщина большую часть суток попеременно лежит то на левом, то на правом боку. Лечение продолжается 3—5 недель. При значительном разрыве симфиза (II—III степень) для сближения костей таза применяется стягивание костей таза в гамаке или оперативным путем.

Если расхождение лобковых костей расценивается как проявление токсикоза, то дополнительно рекомендуется назначать витамины группы В (тиамин, пиридоксин, цианокобаламин), эргокальциферол и препараты кальция.

Лечение следует проводить под контролем рентгенологического исследования.

24.6.

1. *Диагноз*: послеродовой период. Самопроизвольный влагалищно-мочепузырный свищ.

2. Наличие влагалищно-мочепузырного свища подтверждается непроизвольным мочеиспусканием и данными осмотра с помощью влагалищных зеркал: по передней стенке в верхней трети влагалища обнаружен рубцовый тяж, образующий щель 1×2 см, из которой выпячивается ткань ярко-красного цвета и выделяется моча.

Самопроизвольное образование свища установлено на основании затяжных родов и непроизвольного истечения мочи на 6-е сутки после родов, что произошло в результате отторжения некротических участков тканей, сдавленных и разможенных во время длительного стояния головы плода. Развивающаяся гангрена тканей сопровождалась субфебрильной температурой, познабливанием, задержкой мочеиспускания и отеком близлежащих тканей. При свищах, возникающих в результате акушерских операций (насильственных), истечение мочи во влагалище происходит сразу же после повреждения тканей.

3. Уточнить наличие влагалищно-мочепузырного свища можно при осмотре влагалища и шейки матки с помощью влагалищных зеркал, введением через катетер в мочевой пузырь цветной жидкости (метиленовой сини), а также методом цистоскопии.

4. Причиной образования послеродовых самопроизвольных свищей является длительное сдавливание мягких тканей родовых путей и внутренних органов (мочевого пузыря, прямой кишки) между стенками таза и подлежащей частью. Это чаще наблюдается при узком тазе, неправильном предлежании и вставлении головы, крупном плоде, слабости родовых сил и т. д. При этом происходит обескровливание ущемленных тканей вследствие глубокого нарушения кровообращения, их некротизация и отторжение. После отторжения омертвевших тканей моча (или кал) проникает во влагалище, что случается обычно на 4—6-й день после родов.

Причиной образования насильственных свищей является ранение мягких тканей родовых путей и внутренних органов (мочевого пузыря или прямой кишки) во время акушерских операций (плодоразрушающие операции, акушерские щипцы и т. д.); в этих случаях свищ образуется сразу же после родоразрешения.

5. Профилактика влагалищно-мочепузырных свищей заключается в правильном ведении родов. Нельзя допускать, чтобы после отхождения вод голова долго (более 2—3 ч) находилась в одной и той же плоскости. В таких случаях делают влагалищное исследование, чтобы уточнить диагноз и своевременно решить вопрос о способе родоразрешения. При этом следует внимательно наблюдать за состоянием мочевого пузыря, при задержке мочи производить осторожную катетеризацию его. Примесь крови в моче во время родов или тотчас после них указывает на сдавление стенки мочевого пузыря с повреждением ее сосудов и угрозу возникновения свища. В таких случаях рекомендуется вводить на 6—7 суток постоянный катетер, который нередко дает возможность самозаживлению наметившейся фистуле. Одновременно для профилактики инфекции назначают антибиотики, налидиксовую кислоту (невиграмон), нитроксолин (5-НОК), цистенал, сульфаниламиды и т. д.

Уход за больными с мочеполовыми свищами заключается в гигиене половых органов. Для предупреждения раздражения кожу наружных половых органов и слизистую оболочку влагалища смазывают вазелиновым маслом, грамицидиновой или синтомициновой эмульсией.

Если свищ самопроизвольно не закрывается, то через 4—6 месяцев после родов его ушивают.

Лечение острых повреждений мочевого пузыря во время инструментального родоразрешения (перфорации головы, наложения щипцов) должно носить характер неотложной помощи, т. е. ушивание мочевого пузыря и повреждений половых органов необходимо производить сразу же после родов. Заживлению способствует пребывание мочевого пузыря в состоянии покоя, созданного после операции с помощью постоянного катетера, введенного через уретру и оставленного в ней на 5—7 дней.

24.7.

1. *Диагноз*: срочные роды на дому. Острый послеродовой выворот матки. Коллапс.

2. Диагноз послеродового выворота матки установлен на основании клинической картины: матка над лобком не определяется, во входе в малый таз обнаруживается хорошо пальпируемое, очень болезненное воронкообразное углубление, уходящее в полость таза. Вне половой щели, впереди наружных половых органов определяется шаровидное образование мягкой консистенции, красно-фиолетового цвета. К центральной части свисающего образования прикреплена плацента, покрытая плодной оболочкой, от центра которой отходит пуповина.

Острый выворот подтверждается той быстротой и внезапностью, с которыми он наступил.

Коллапс установлен по внезапно наступившему обморочному состоянию, снижению функции сосудистого тонуса: пульс слабого наполнения и напряжения, частота — 1,83 Гц (110 в 1 мин), АД — 12/6,7—12,7/7,3 кПа.

3. Послеродовому вывороту матки способствуют следующие условия: а) раскрытое отверстие матки; б) расслабленная стенка матки — гипо- или атония ее; в) давление на атоничную, с раскрытым отверстием матку сверху (например, выжимание последа по Креде — Лазаревичу без предварительного массажа матки); г) при извлечении из атоничной матки с открытым отверстием пуповины, потягивая ее снизу; д) одновременное выжимание последа без предварительного массажа матки, сочетающееся с потягиванием за пуповину при наличии первых двух условий.

4. Лечение острого выворота матки следует начинать с ручного вправления и производить его как можно скорее, пока не наступило сокращение отверстия матки. Лечебные мероприятия проводятся в следующей последовательности: а) инъекция 1 мл 0,1 % раствора атропина сульфата; б) пальцевое вправление под глубоким наркозом; в) отделение плаценты, прикрепленной к поверхности вывернутой матки; г) обмывание теплым стерильным раствором фурацилина (1 : 5000) и обильное обволакивание стерильным вазелиновым маслом тела матки перед вправлением; д) перевести женщину в положение с опущенной головой; е) собственно вправление. Существует несколько методик вправления матки: раньше заправляют ту часть матки, которая вывернулась первой, т. е. дно матки; пальцами фиксируют шейку матки и давят на нее, вправляя сначала те части, которые вывернулись последними, а затем уже дно матки; фиксируют шейку матки, а вправление начинают с отверстия одной маточной трубы, вправляя сначала один край матки, затем — другой; если пальцевое вправление оказывается безуспешным, пулевыми щипцами захватывают влагалищную часть шейки матки, а затем производят вправление.

Заправив вывороченную матку, влагалище тампонируют стерильным марлевым бинтом, назначают средства, сокращающие мускулатуру матки, антибиотики, холод на низ живота. Если руч-

ное вправление оказывается безуспешным и отмечается ущемление или гангрена выпавшей матки, производят экстирпацию матки через влагалище.

5. Прогноз при остром послеродовом вывороте матки всегда серьезный.

Острый полный выворот матки сопровождается явлениями травматического шока, вызванного травматизацией брюшины, покрывающей матку, и натяжением маточных связок. Это проявляется резкой болью, снижением работы сердца и коллапсом, нередко заканчивающимся гибелью женщины.

Примерно в трети случаев причиной смертельного исхода являются кровотечения из открытой плацентарной площадки. Если матка своевременно не была вправлена, обычно наступает ее ущемление и гангрена, и больная подвергается обширной экстирпации матки или погибает от развивающегося сепсиса.

В редких случаях острый послеродовой выворот матки (особенно неполный) протекает без клинической картины травматического шока и может остаться незамеченным. В результате постепенно развивается хронический или привычный выворот матки.

Таким образом, прогноз при остром послеродовом вывороте матки почти всегда очень тяжелый и зависит от своевременности и правильности оказанной помощи. Смертность при этом колеблется от 0 до 15 %.

К ТЕМЕ 25

25.1.

1. *Диагноз:* послеродовой период (4-е сутки). Послеродовая септическая язва, первый этап.

2. Диагноз послеродовой септической язвы первого этапа подтверждается тем, что септическая инфекция не распространилась за пределы влагалища и матки: температура тела не высокая — 37,3 °С, пульс не частый — 1,33 Гц, живот мягкий, безболезненный, матка нормальных размеров, плотная, безболезненная. Характерны для послеродовой язвы местные изменения: швы в области промежности покрыты гнойным налетом, окружающие ткани гиперемированы, отечны.

3. Послеродовые септические заболевания возникают в результате проникновения микроорганизмов через раневую поверхность, образовавшуюся во время родов (трещины, ссадины, разрывы, внутренняя поверхность матки после отслоения последа). Различают экзо- и эндогенную инфекцию. При экзогенной инфекции микроорганизмы проникают в половые органы извне, заносятся руками обслуживающего персонала, инструментами, предметами ухода, бельем, соприкасающимся с родовыми путями. При эндогенной инфекции заболевание вызывают собственные микроорганизмы, попадающие в рану из нижележащих отделов половых органов, а также гематогенно из очагов, расположенных как в непосредствен-

ной близости от половых органов (мочевой пузырь, прямая кишка), так и отдаленно (полость носа, глотки, рта и т. п.). Как правило, локализация первичного септического очага совпадает с входными воротами инфекции (у роженицы В.— разрыв промежности).

4. Лечение послеродовой септической язвы должно быть направлено на мобилизацию и сохранение защитных сил организма и борьбу с инфекцией. Назначают постельный режим, полноценное белковое питание с большим содержанием витаминов и обильным питьем (чай, щелочные воды, фруктовые соки).

Широко применяется специфическая антибактериальная терапия: сульфаниламидные препараты, задерживающие рост микроорганизмов, внутривенно хлорофиллипт, производные нитрофурана — фуразолидон, фурадонин, антибиотики широкого спектра действия с учетом антибиотикограммы.

Большое значение имеет уход за больной: необходимо регулировать отправления пищевого канала и мочеотделение, поддерживать чистоту тела, следить за состоянием полости рта.

Местное лечение: немедленно снять швы, местно наложить марлевые салфетки, смоченные гипертоническим раствором натрия хлорида, хлорофиллипта или фурацилина, повязки с мазью Вишневского, ультрафиолетовое излучение. В первые дни к промежности прикладывают холод.

5. Профилактика послеродовых септических заболеваний состоит из правильной организации работы женской консультации (санация хронических септических очагов, иммунизация беременных стафилококковым анатоксином), строжайшего соблюдения принципов асептики и антисептики в родах и при уходе за родильницей и немедленной изоляции женщин с признаками инфекции. Кроме этого, большое значение имеет предупреждение травматизма в родах, борьба с кровопотерей, снижение оперативных вмешательств во время родов, своевременная профилактика септической инфекции при затянувшихся родах и после оперативных вмешательств с помощью антибиотиков и сульфаниламидных препаратов.

25.2.

1. *Диагноз:* послеродовой период (7-е сутки). Послеродовой септический метроэндометрит, левосторонний аднексит, второй этап.

2. *Диагноз* послеродового септического заболевания второго этапа подтверждается выходом инфекции за пределы матки с поражением левых ее придатков. Для него характерны озноб, повышение температуры тела до 39 °С, нарушение общего состояния родильницы, боль внизу живота и в левой паховой области.

Послеродовой метроэндометрит и левосторонний аднексит установлены на основании данных влагалищного исследования: матка недостаточно сокращена, болезненна при пальпации, выделения бурого цвета с неприятным гнилостным запахом. Левосторонний аднексит подтверждается определением отходящего от левого угла матки опухолеобразного конгломерата неправильной формы, ограниченно подвижного, очень болезненного при пальпации.

3. Классификация послеродовых септических заболеваний по Бартельсу — Сазонову основывается на представлении о послеродовой инфекции как едином, динамически протекающем процессе. При этом различные формы инфекционных заболеваний распределяются поэтапно в зависимости от распространения и тяжести патологического процесса: первый этап — инфекция ограничена в пределах родовой раны, т. е. не распространяется за пределы влагалища и матки (послеродовая язва, послеродовой эндометрит, метрэндометрит); второй этап — инфекция распространилась за пределы раны, но осталась локализованной в полости малого таза (метрит, сальпингоофорит, параметрит, пельвеоперитонит, тромбоз вены нижних конечностей); третий этап — заболевания, распространяющиеся за пределы малого таза (разлитой послеродовой перитонит, прогрессирующий тромбоз вены); четвертый этап — генерализованная инфекция (септицемия, септикопиемия).

4. Лечение должно быть направлено на укрепление сопротивляемости организма и борьбу с инфекцией.

Для профилактики дальнейшего распространения инфекции назначают покой, постельный режим, холод на живот, болеутоляющие средства, устраняют манипуляции, способствующие распространению инфекции (влагалищное исследование и пр.), создают положение полусидя. Для предупреждения пролежней — протирать крестец камфорным спиртом, уксусом, соблюдать чистоту тела (обтирание, умывание, смена белья, очищение полости рта, языка, зубов 3 % спиртовым раствором борной кислоты и т. д.).

Назначают рациональное питание: пища должна быть высокой энергетической ценности, разнообразной, легкоусвояемой и витаминизированной (мясные бульоны, сливки, сливочное масло, творог, вареная рыба, лимоны, обильное питье в виде чая, фруктовых соков). Больную надо кормить, не ожидая, пока она сама попросит.

Проводят антибактериальную терапию: антибиотики с учетом антибиотикограммы (в случае с родильницей Н. пенициллин и стрептомицин назначать нельзя, так как выделенный стафилококк к ним не чувствительный). Антибиотики следует назначать в максимальных дозах через равные промежутки времени для создания в крови и тканях равномерной концентрации, применять не менее двух различных, но совместимых антибиотиков в сочетании с сульфаниламидными препаратами.

В комплексе противосептической терапии широко применяют рациональную трансфузионную терапию (гемодез, реополиглокин, альбумин, протеин, плазма, консервированная кровь, изотонический раствор натрия хлорида, 5—10 % раствор глюкозы).

Для улучшения функции сердца рекомендуют строфантин, корарбоксилазу, аскорбиновую кислоту, оксигенотерапию.

5. В патологии послеродового периода различают послеродовые септические и интеркуррентные инфекционные заболевания. Общим между ними является наличие возбудителей заболевания (болезнетворных микроорганизмов), проникающих в организм родильницы.

Послеродовые септические заболевания возникают в результа-

те инфекции родовых путей, при наличии входных ворот, появившихся во время родов (трещин, ссадин, разрывов на промежности, влагалище, шейке матки, раневой поверхности внутри матки, особенно плацентарной площадке). Инфекционные интеркуррентные заболевания (от лат. *intercurrens* — бегущий мимо, вмещающийся) являются самостоятельными инфекционными болезнями (грипп, ангина и пр.), сопутствующими беременности, родам или послеродовому периоду и осложняющими их течение.

25.3.

1. *Диагноз*: послеродовой период (2-е сутки). Состояние после кесарева сечения. Послеродовой разлитой перитонит, третий этап.

2. Диагноз послеродового разлитого перитонита третьего этапа подтверждается распространением инфекции за пределы малого таза с поражением брюшины. Характерными симптомами разлитого перитонита являются: раннее начало заболевания (на 2-й день после кесарева сечения), быстрое прогрессирование процесса, повышенная температура тела — $38,5^{\circ}\text{C}$, разница между температурой, измеренной в подмышечной ямке и прямой кишке, достигающая $1,5^{\circ}\text{C}$, резкое учащение пульса — до 2 Гц (120 в 1 мин), заостренные черты лица, сухой язык, обложенный серым налетом, икота, рвота, отсутствие озноба. Особенно характерна клиническая картина, полученная при исследовании живота: живот вздут, напряжен, резко болезнен, положительный симптом Щеткина — Блюмберга, ослабленная кишечная перистальтика, определение экссудата в нижних и боковых областях живота.

3. Первое место по частоте среди послеродовых перитонитов занимают перитониты после кесарева сечения, произведенного у рожениц, уже инфицированных в родах (как это было у роженицы Ш., у которой безводный промежуток до операции составил более 16 ч). Причиной развития перитонита после кесарева сечения может быть также непосредственное инфицирование брюшины во время операции нестерильными инструментами или руками, а также расхождение швов на инфицированной матке.

В послеродовом периоде может развиваться перитонит также у родильниц, не перенесших кесарево сечение. В этих случаях причиной развития разлитого послеродового перитонита может быть инфекция, распространенная из матки в полость живота гематогенным и лимфогенным путями или каналикулярно через маточные трубы. Кроме того, перитонит может возникнуть при разрывах гнойных мешотчатых образований придатков матки и повреждениях стенки матки, происшедших во время родов.

4. По клиническому течению перитонит разделяют на острый, подострый и хронический.

Принято различать три стадии острого перитонита. Первая стадия наблюдается в течение первых двух суток от начала заболевания и характеризуется постепенным распространением перитонита. Больных беспокоит боль преимущественно в области пораженного органа, пульс несколько учащен, температура тела повышается до 38°C , живот напряжен, болезнен, симптом Щеткина — Блюмберга

положительный, стул и газы задержаны. Вторая стадия (от 2 до 3—4 сут) характеризуется развитием разлитого перитонита с диффузным поражением брюшины; клиническая картина имеет выраженные симптомы разлитого перитонита с тяжелым состоянием больной. Клиническая картина третьей стадии перитонита (после 5 сут) характеризуется выраженными симптомами перитонита и крайне тяжелым состоянием больной — сознание спутанное, эйфория, адинамия, постоянная икота, частая рвота, температура тела повышена — более 38 °С, пульс частый (2,17—2,33 Гц), слабого наполнения, АД резко снижено, дыхание частое, поверхностное.

По распространению перитонит может быть местным (ограниченный, осумкованный) и общим (разлитой, диффузный).

По характеру экссудата различают серозный, фибринозный, фибринозно-гнойный, гнойный и геморрагический перитонит.

5. При установлении диагноза послеродового разлитого перитонита необходимо срочное хирургическое вмешательство — лапаротомия с дренированием полости живота и последующим перитонеальным диализом.

Для борьбы с инфекцией назначают антибиотики под контролем антибиотикограммы. Причем чаще применяют одновременно два антибиотика в зависимости от их совместимости. Нередко антибиотики назначают в сочетании с сульфаниламидными препаратами.

Для нормализации водно-электролитного и белкового обмена вводят достаточное количество изотонического раствора натрия хлорида, 5 % раствора глюкозы (до 3—4 л/сут), плазмы крови, белковых препаратов (аминопептид, гидролизин, протеин, гемодез, маннит и пр.), необходимы частые дробные переливания свежей крови. Для улучшения углеводного обмена рекомендуется подкожно вводить 5—10 ЕД инсулина. Назначают аскорбиновую кислоту, тиамин бромид, пиридоксина гидрохлорид.

Для нормализации функции сердечно-сосудистой системы применяют камфору, кофеин, кардиамин, в тяжелых случаях — внутривенно строфантин, коргликон.

Большое внимание уделяется соблюдению гигиены тела (обтирания, обмывания, смена белья, очищение полости рта, языка, зубов 3 % спиртовым раствором борной кислоты и т. д.) и рациональному питанию.

25.4.

1. *Диагноз:* послеродовой период (10-е сутки). Послеродовая септикопиемия, четвертый этап.

2. Диагноз послеродового септикопиемии четвертого этапа подтверждается множеством симптомов, которые можно систематизировать в пять синдромов:

а) *синдром реактивности:* неустойчивая температурная реакция (во время родов и в первые 7 сут после родов температура была субфебрильной с ознобом, к концу 7 сут — поднялась до 39,8 °С, после гемотрансфузии — снизилась до 36,3 °С, а через 6 ч — снова достигла 39,5 °С, в течение следующих двух суток температура

утром снижалась до 36,5 °С, вечером поднималась до 40 °С); кожная мелкоочечная сыпь; увеличение печени и селезенки; морфологические изменения в крови (анемия, лейкоцитоз — 28,5 Г/л, сдвиг лейкограммы влево);

б) *синдром токсикоза*: поражение сердечно-сосудистой системы (одышка, сердцебиение, снижение АД — до 12,7/8,7 кПа, частый пульс — 1,83 Гц, тоны сердца приглушенные, систолический шум над верхушкой, акцент II тона над легочным стволом), почек (симптом Пастернацкого положительный, анализ мочи — белок 0,33 г/л, 10—12 лейкоцитов в поле зрения, эритроциты выщелоченные 6—8 в поле зрения);

в) *синдром поражения нервной системы* (беспокойный сон, бред);

г) *синдром патологических процессов* в половых органах (субинволюция матки);

д) *синдром осложнений* — гнойные метастазы в подкожную клетчатку (абсцессы), поражение сердечно-сосудистой системы.

Кроме того, диагноз генерализованной септической инфекции подтверждает бактериологическое исследование — вырос гемолитический стафилококк.

3. Причиной развития септической инфекции у роженицы Т. можно считать затяжные роды (более 26 ч), осложнившиеся длительным безводным промежутком (20 ч) с начавшимися еще в родах септическим процессом (температура тела 37,5 °С, озноб).

4. Лечение септикопиемии должно быть комплексным.

Противоинфекционная терапия заключается в применении под контролем антибиотикограммы антибиотиков (пенициллин, стрептомицин, мономицин, тетрациклины и пр.). Нередко антибиотики назначают вместе с сульфаниламидными препаратами, а при длительном применении — с нистатином или леворином.

Для повышения иммунобиологических процессов в организме применяют стафилококковый анатоксин, γ -глобулин, переливание крови, витамины (аскорбиновая и никотиновая кислоты, тиамин бромид, пиридоксина гидрохлорид, цианокобаламин и пр.), внутривенно 20—30 % раствор этилового спирта и пр.

При послеродовой септикопиемии необходимо проводить мероприятия, направленные на регулирование обмена веществ и устранение интоксикации: полноценное белковое питание с большим содержанием витаминов, обильное питье (чай, щелочные воды, фруктовые соки), парентеральное введение до 2,5—3 л физиологического раствора, 5 % раствора глюкозы, а при явлениях ацидоза — 7 % раствора натрия гидрокарбоната. Необходимы частые дробные переливания свежей крови, введение альбумина, протеина, гемодеза, маннита, особенно при затянувшемся септическом процессе. Для улучшения углеводного обмена рекомендуется введение инсулина.

Для нормализации функции сердечно-сосудистой системы назначают камфору, кофеин, кардиамин, в тяжелых случаях — внутривенно строфантин, коргликон.

При септикопиемии все метастатические гнойники должны подвергаться своевременному хирургическому вскрытию с дренированием полостей.

Большое внимание необходимо уделять соблюдению гигиены тела (обтирания, обмывания, очищение полости рта, языка и зубов 3 % спиртовым раствором борной кислоты, частая смена белья и т. п.).

5. Прогноз течения и исхода послеродовой септической генерализованной инфекции всегда неблагоприятный, так как вследствие поступления в общий ток крови микроорганизмов из очага инфекции очень быстро развиваются тяжелые дистрофические изменения в печени, сердце, почках, селезенке и других органах, а такое поражение жизненно важных органов приводит к очень тяжелому клиническому течению заболевания.

При острой генерализованной септической инфекции с быстрым вовлечением в процесс паренхиматозных органов заболевание заканчивается смертельным исходом в течение нескольких суток.

При медленном развитии септикопиемии, особенно при применении антибиотиков, заболевание принимает затяжной характер. При этом клиническая картина очень изменчива и отличается волнообразным течением — тяжелое состояние через 1—2 недели сменяется кажущимся улучшением, после чего при появлении нового гнойного очага снова резко ухудшается. В этом случае заболевание заканчивается выздоровлением или смертью через много дней и даже месяцев после родов.

При септическом заболевании, вызванном возбудителями газовой инфекции (*Bacillus perfringens*), процесс развивается очень быстро, заканчиваясь смертью иногда через несколько часов.

С введением антибиотиков в практику лечения больных с генерализованной септической инфекцией уровень смертности значительно уменьшился, однако нередко больные погибают даже при современных методах лечения.

25.5.

1. *Диагноз*: послеродовой период (12-е сутки). Правосторонний инфильтративно-гнойный мастит.

2. *Диагноз* инфильтративно-гнойного мастита установлен на основании внезапно начавшегося заболевания, сопровождавшегося повышением температуры тела до 39 °С, ознобом, усиливающейся болью в правой молочной железе, потерей сна и аппетита, увеличением лимфатических узлов в правой подмышечной области. Уточнен диагноз при осмотре и пальпации правой молочной железы, которая увеличена в объеме по сравнению с левой, горячая на ощупь, напряжена, болезненна при прикосновении. Кожа железы в верхненаружном квадранте отечна, гиперемирована с цианотичным отеком; при пальпации обнаружен плотный, очень болезненный инфильтрат, в центре которого определяется флюктуация.

3. *Классификация* послеродового мастита: а) серозный (начинающийся); б) инфильтративный; в) гнойный (инфильтративно-гнойный, абсцедирующий, флегмонозный, гангренозный). Все эти

формы являются последовательными стадиями развития одного и того же воспалительного процесса в молочной железе.

4. Лечение послеродового мастита следует начинать как можно раньше, при появлении первых признаков заболевания. Это в значительной степени способствует предотвращению развития гнойного процесса.

Основным компонентом лечения являются антибиотики (оксациллина натриевая соль по 1 г 4 раза в сутки внутримышечно или по 1 г 4 раза в сутки внутрь, курс лечения 7—10 дней; метициллина натриевая соль по 1 г 4 раза в сутки внутримышечно, курс лечения 7—10 дней; фузидин-натрий по 0,5 г 3 раза в сутки внутрь, курс лечения 6—8 дней). Наряду с этими антибиотиками показано применение препаратов широкого антимикробного действия (гентамицина сульфат, фалоридин, канамицина сульфат и пр.).

Сульфаниламидные препараты самостоятельного значения при лечении послеродового мастита не имеют. Их применяют вместе с антибиотиками только при тяжелом течении заболевания.

В комплексной терапии мастита применяются средства, повышающие специфическую иммунологическую реактивность организма (антистафилококковый γ -глобулин по 5 мг через день внутримышечно, курс лечения 3—5 инъекций; антистафилококковая плазма по 100—200 мл внутривенно капельно; адсорбированный стафилококковый анатоксин по 1 мл с интервалом 3—4 дня, на курс 3 инъекции).

В связи с изменениями в гомеостазе при послеродовом мастите широко используется инфузионная терапия: внутривенное введение глюкозы, реополиглюкина, гемодеза, натрия гидрокарбоната и т. п.

Опасность развития гиповитаминоза требует назначения комплекса витаминов.

Важным условием лечения является опорожнение молочной железы (тщательное сцеживание, прикладывание ребенка к груди, пользование молокоотсосом).

В некоторых случаях при лечении мастита уменьшают лактацию (при быстро прогрессирующем мастите, при гнойном мастите с тенденцией к образованию новых очагов, при мастите, сочетающемся с тяжелыми заболеваниями других органов и т. д.). Для этого ограничивают в питье, туго бинтуют молочные железы, применяют также лекарственные средства (сочетание эстрогенов с андрогенами, дихлотиазид, препараты камфоры, бромокриптин, окситоцин и т. д.). В начале заболевания можно прикладывать к молочной железе холод, повязку, фиксирующую железу в приподнятом положении.

При серозном и инфильтративном мастите с успехом применяют ретроаммарную новокаиновую блокаду с антибиотиками, компрессы с вазелиновым маслом, мазью Вишневского, а при отсутствии противопоказаний используют физиотерапевтические методы лечения (ультразвук, УФ-излучение, микроволны дециметрового или сантиметрового диапазона и пр.).

При гнойном мастите применяют хирургическое лечение (вскрытие гнойника). Если же гнойник небольшой, можно обойтись отсасыванием гноя шприцем с последующим введением в очаг антибиотиков.

5. Профилактика лактационного мастита включает весь комплекс мероприятий, направленных на выявление и санацию бактерионосителей, повышение общей сопротивляемости организма беременной и родильницы, создание специфического иммунитета к стафилококковой инфекции. Эти мероприятия проводятся как в женской консультации, так и в акушерском стационаре. Большую роль в профилактике мастита играют эффективное лечение трещин сосков и борьба с лактостазом — факторами, обуславливающими проникновение и развитие инфекции в молочной железе.

25.6.

1. *Диагноз:* беременность перенесенная (срок 43 недели). Преждевременное излитие околоплодных вод. Первичная слабость родовых сил. Эндометрит в родах. Ручное отделение плаценты и выделение последа. Септический шок.

2. Одним из самых тяжелых осложнений гнойно-септических процессов любой локализации является септический, или бактериально-токсический, шок. В акушерской практике септический шок осложняет послеабортные и послеродовые инфекционные заболевания, хориоамнионит в родах, пиелонефрит беременных, гнойный мастит, гнойно-инфекционные процессы, вызываемые грамотрицательными микроорганизмами: кишечной палочкой, протеем, клебсиеллой, синегнойной палочкой. При разрушении этих бактерий выделяется эндотоксин, включающий пусковой механизм развития септического шока. Септический процесс, вызванный грамположительной флорой (энтеро-, стафило- и стрептококком), реже осложняется шоком. Активным началом при данном виде инфекции является экзотоксин, вырабатываемый живыми микроорганизмами. Причиной развития шока может быть не только аэробная, но и анаэробная бактериальная флора.

Для возникновения шока, кроме наличия инфекции, необходимо сочетание еще двух факторов: снижения общей резистентности организма больного и наличия возможности для массивного проникновения возбудителя или его токсинов в кровотоки.

Очагом инфекции в подавляющем большинстве случаев является матка (послеродовые и послеабортные септические заболевания, хориоамнионит в родах). Развитию шока в подобной ситуации способствуют несколько факторов:

- 1) матка, являющаяся входными воротами для инфекции;
- 2) сгустки крови и остатки плодного яйца, служащие прекрасной питательной средой для микроорганизмов;
- 3) особенности кровообращения беременной матки, содействующие легкому поступлению бактериальной флоры в кровеносное русло женщины;
- 4) изменение гормонального гомеостаза (в первую очередь, эстрогенного и гестагенного);

5) гиперлипидемия беременных, облегчающая развитие шока;
6) аллергияция женщин беременностью, что подтверждается в эксперименте на беременных животных. Феномен Санарелли — Шварцмана у беременных животных (в отличие от небеременных) развивается после однократного введения эндотоксина. Патогенез септического шока можно представить следующим образом: токсины микроорганизмов, поступающие в кровеносное русло, разрушают мембрану клеток системы мононуклеарных фагоцитов печени и легких, тромбоцитов и лейкоцитов. При этом высвобождаются лизосомы, богатые протеолитическими ферментами, которые активируют вазоактивные вещества: кинины, гистамин, серотонин, катехоламины, ренин.

Первичные нарушения при септическом шоке возникают в периферическом кровообращении. Вазоактивные вещества типа кининов, гистамина и серотонина вызывают вазоплегию в капиллярной системе, что приводит к резкому снижению периферического сопротивления. Нормализация и даже повышение минутного объема сердца (МОС) за счет тахикардии, а также регионарное артериовенозное шунтирование (особенно выраженное в легких и сосудах надчревной области) не могут полностью компенсировать нарушения периферического кровообращения. Наступает снижение (обычно умеренное) АД. Развивается *гипердинамическая фаза* септического шока, при которой, несмотря на высокий периферический кровоток, снижается капиллярная перфузия. Кроме того, нарушается усвоение кислорода и энергетических веществ за счет прямого повреждающего действия бактериальных токсинов на клеточном уровне. Если учесть, что параллельно с возникновением микроциркуляторных расстройств на ранней стадии септического шока наступает гиперактивация тромбоцитарного и прокоагулянтного звеньев гемостаза с развитием ДВС-синдрома, становится очевидным, что уже в эту фазу шока нарушаются обменные процессы в тканях с образованием недоокисленных продуктов.

Продолжающееся повреждающее действие бактериальных токсинов приводит к углублению микроциркуляторных расстройств. Избирательный спазм венул в комбинации с прогрессированием ДВС-синдрома способствует секвестрации крови в системе микроциркуляции. Повышение проницаемости стенок сосудов способствует просачиванию жидкой части крови, а затем и клеток ее в интерстициальное пространство. Эти изменения способствуют значительному уменьшению ОЦК — наступает гиповолемия. Приток крови к сердцу значительно уменьшается, МОС, несмотря на резкую тахикардию, не может компенсировать нарастающее нарушение периферической гемодинамики.

К нарушению работы сердца приводит комплекс причин: ухудшение коронарного кровотока, отрицательное действие токсинов микроорганизмов и тканевых метаболитов, снижение реакции миокарда на адренергическую стимуляцию и отек мышечных элементов. Наступает стойкое снижение АД. Развивается *гиподинамическая фаза* септического шока. В эту фазу прогрессирует нарушение ткане-

вой перфузии, на фоне резкой гипоксии усиливается негазовый (метаболический) ацидоз, что в сочетании с токсическим действием инфекции быстро приводит к нарушению функций отдельных участков тканей и органов, а затем и к их гибели. Процесс этот недлительный. Некротические изменения могут наступить через 6—8 ч от начала функциональных нарушений.

Наибольшему повреждающему действию токсинов при септическом шоке подвержены легкие, печень, почки, мозг, пищевой канал, кожа.

Септический шок ведет к ранним и значительным изменениям функции и структуры легочной ткани. Патофизиология шокового легкого сначала проявляется нарушением микроциркуляции с артериовенозным сбросом крови и развитием интерстициального отека, что приводит к нарушению соотношения между вентиляцией и перфузией легочной ткани. Углубление тканевого ацидоза, микротромбоз легочных сосудов, недостаточная продукция сурфактанта ведут к развитию интраальвеолярного отека легких, микроателектазов и к формированию гиалиновых мембран. Таким образом, септический шок осложняется острой недостаточностью дыхания (ОНД), при которой наступает глубокое нарушение кислородного обеспечения организма.

При септическом шоке снижается перфузия почечной ткани, происходит перераспределение почечного кровотока с уменьшением кровоснабжения коркового вещества, в тяжелых случаях наступает некроз его. Причина этих нарушений — снижение общего объема циркулирующей крови и регионарные изменения, являющиеся следствием катехоламинемии, ренин-ангиотензинного эффекта и ДВС-синдрома. Происходит уменьшение клубочковой фильтрации, нарушается осмолярность мочи — формируется шоковая почка, развивается острая недостаточность почек. Олигоанурия приводит к патологическим сдвигам водно-электролитного обмена, нарушается элиминация мочевых шлаков.

О поражении печени при септическом шоке свидетельствуют повышение содержания в крови органоспецифических ферментов, билирубинемия. Нарушаются гликогенообразующая функция печени и липидный обмен, повышается продукция молочной кислоты. Определенная роль в поддержании ДВС-синдрома принадлежит печени.

Нарушения микроциркуляции, сопровождающиеся образованием тромбоцитарно-фибриновых тромбов и сочетающиеся с участками кровоизлияний, наблюдаются в некоторых отделах мозга, в частности в аденогипофизе и гипоталамической области.

Спазм и микротромбоз в сосудах кишок и желудка приводят к образованию эрозий и язв слизистой оболочки, а в тяжелых случаях — к развитию псевдомембранозного энтероколита.

При септическом шоке наблюдаются экстрavasаты и некротические поражения кожи, связанные с нарушением микроциркуляции и с непосредственным поражением токсинами клеток.

Клиническая картина септического шока довольно типична. Вы-

раженность отдельных симптомов зависит от фазы шока, длительности его течения, степени выраженности повреждения различных органов, заболевания, на фоне которого развился шок.

Септический шок наступает остро, чаще всего после операций или каких-либо манипуляций в очаге инфекции, создающих условия для «прорыва» микроорганизмов или их токсинов в кровеносное русло больной.

Развитию шока предшествует гипертермия. Температура тела повышается до 39—41 °С, сопровождается повторным ознобом, держится 1—3 сут, затем критически падает на 2—4 °С до субфебрильных, нормальных или субнормальных цифр.

Основным признаком септического шока является снижение АД без предшествующей кровопотери либо не сопутствующее ей. При гипердинамической, или теплой, фазе шока систолическое АД снижается до 10,6—12 кПа (80—90 мм рт. ст.). На этом уровне АД держится недолго: от 15—30 мин до 1—2 ч. Поэтому гипердинамическая фаза шока иногда остается незамеченной врачами. Гиподинамическая, или холодная, фаза септического шока характеризуется более резким и длительным снижением АД (иногда ниже критических величин). У некоторых больных могут наступать кратковременные ремиссии. Такое состояние длится от нескольких часов до нескольких суток.

Наряду со снижением АД развивается выраженная тахикардия — до 2—2,33 Гц (120—140 в 1 мин). Шоковый индекс (частное от деления частоты пульса на величину систолического АД) обычно превышает 1,5 при норме 0,5. Этот факт свидетельствует о довольно быстром снижении ОЦК.

Для клинической картины септического шока характерно раннее появление выраженной одышки — от 30 до 60 дыханий в 1 мин. Тахипноэ свидетельствует не только о нарастающем негазовом ацидозе, но и о формировании шокового легкого. Рано, нередко предшествуя снижению АД, появляются нарушения со стороны ЦНС: эйфория, возбуждение, дезориентация, бред, слуховые галлюцинации, сменяющиеся вялостью и адинамией.

Гиперемия и сухость кожи быстро сменяются бледностью, похолоданием, липким холодным потом. Часто возникает herpes labialis. При присоединении недостаточности печени кожа приобретает желтушный оттенок. Акроцианоз, петехиальная сыпь на лице, груди, животе, на сгибательных поверхностях конечностей появляются в более поздние сроки.

Большинство женщин отмечают головную боль и боль непостоянного характера и различной локализации: в надчревной и других областях живота, в конечностях, в поясничной и грудной областях. Возникновение боли связано с нарушением кровоснабжения и кровоизлияниями в разные участки тела, в мышцы, слизистую оболочку.

Почти у половины больных бывает рвота. При прогрессировании шока она приобретает характер кофейной гущи в связи с некрозом и кровоизлияниями в слизистую оболочку желудка.

На клиническую картину септического шока часто наслаиваются симптомы острой недостаточности почек и дыхания, а также кровотечения вследствие прогрессирования ДВС-синдрома.

Наиболее опасным осложнением шока является острая недостаточность почек. Функция почек при шоке нарушается рано и проявляется в виде олигурии: почасовой диурез составляет менее 30 мл/ч. В начальной стадии ОНП страдает фильтрационная способность клубочков из-за спазма сосудов коркового вещества почек и общей гипотонии. Дальнейшее прогрессирование патологического процесса (спазм сосудов, стаз с развитием феномена сладжа, микротромбоз) приводит к углублению местной гипоксии и повреждению нефронов. Степень поражения нефронов объясняется развитием олигурии или анурии. Самая тяжелая степень ОНП развивается при некрозе коркового вещества почек.

Клинически выраженные симптомы ОНП проявляются у половины больных с септическим шоком. Кроме олигоанурии ОНП характеризуется нарастающей азотемией, нарушением электролитного обмена (в первую очередь, гиперкалиемией) и изменением КОС крови. Больные вялые, сонливые, заторможенные. Появляются боль в области сердца, нарушение ритма сердца и иногда брадикардия, нарастает одышка, могут присоединяться клонические судороги. Самая большая опасность в этот период — остановка сердца. При благоприятном исходе наступает восстановление диуреза, при котором наблюдаются нарушения электролитного обмена с гипокалиемией.

Другим, не менее грозным, осложнением септического шока является ОНД. Нарушения дыхательной функции легких при септическом шоке наблюдаются у всех больных. Однако интерстициальный отек легких не имеет выраженной клиники, а одышка обычно расценивается как компенсаторная реакция на негазовый ацидоз. С помощью физикальных методов исследования устанавливаются только далеко зашедшие явления интраальвеолярного отека, который представляет непосредственную угрозу жизни больной. Помогает диагностике ОНД рентгенологическое исследование легких.

Очень опасным осложнением септического шока может быть маточное кровотечение как проявление ДВС-синдрома в фазе гипокоагуляции.

Септический шок представляет смертельную опасность для больной, поэтому важна своевременная, т. е. ранняя диагностика его. Фактор времени при данном виде шока играет решающую роль, так как необратимые изменения в организме наступают чрезвычайно рано в пределах 6—12 ч. Смертность при септическом шоке составляет 50—80 %.

Интенсивная терапия септического шока осуществляется акушером-гинекологом с реаниматологом, а при необходимости — с врачом-нефрологом, урологом и гематологом-коагулологом.

Проведение лечебных мероприятий требует постоянного, лучше мониторингового, наблюдения за температурой тела, состоянием кожи, частотой дыхания и пульса, артериальным и центральным веноз-

ным давлением, гематокритным числом, ЭКГ, почасовым диурезом, кислотно-основным и электролитным составом плазмы, протеинограммой, содержанием азотистых шлаков и билирубина в крови, коагулограммой. Желательно определять ОЦК и величину сердечного выброса. Лечение проводится комплексно. Оно направлено на борьбу с шоком и инфекцией, на профилактику осложнений септического шока: ОНП, ОНД и кровотечений вследствие нарушения свертывающей системы крови.

Для повышения коллоидно-осмотического давления, способствующего транспорту жидкости из интерстициального пространства в кровеносное русло, применяют белковые препараты: 400 мл 5—10 % раствора альбумина, 500 мл протеина. Эти препараты ликвидируют гипопроteinемию, а также оказывают выраженное дезинтоксикационное действие. Полезно переливание сухой и нативной плазмы, поддерживающей осмотическое давление и способствующей восстановлению ОЦК.

Гемотрансфузия не является основным средством в ликвидации гиповолемии при септическом шоке. Она необходима, если гематокритное число менее 0,3 (30 %). Обычно вводят небольшое (300—500—700 мл) количество крови, хранившейся не дольше 3 дней. Гемотрансфузия осуществляется параллельно с вливанием реологически активных плазмозаменителей или кристаллоидных растворов в режиме гемодилюции. Наилучший эффект достигается при использовании теплой гепаринизированной крови. Если септический шок сочетается с кровотечением, гемотрансфузия должна соответствовать степени кровопотери.

На фоне восполнения ОЦК и улучшения реологических свойств крови для коррекции гемодинамики и восстановления тканевого кровотока необходимо обязательное применение сердечных и вазоактивных средств. Сердечные гликозиды вводят внутривенно в 20 мл 40 % раствора глюкозы в обычной дозировке: 0,5—1 мл 0,05 % раствора строфантина или 0,5—1 мл 0,06 % раствора коргликона, или 1—2 мл 0,02 % раствора целанида. Целесообразно после ликвидации гиповолемии использовать 2—4 мл 5 % раствора дипиридамола (курантила).

В терапии септического шока для расширения периферических сосудов находят широкое применение вазодилататоры типа эуфиллина, папаверина гидрохлорида, но-шпы или ксантинола никотината (компламина). Эти препараты назначаются после восполнения ОЦК при обязательном контроле за АД. Дозирование препаратов обычное: 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина, 2 мл 2 % раствора папаверина гидрохлорида, 2—4 мл 2 % раствора но-шпы. Очень активно расширяет артериолы и венулы внутривенно очень медленно введенные 2 мл ксантинола никотината.

Противошоковое действие кортикостероидов проявляется при одномоментном введении высоких доз препаратов: около 500 мг гидрокортизона или около 120 мг преднизолона, или 16 мг дексаметазона. Через 2—3—4 ч введение препарата повторяют. В сутки вводят около 2—3 г гидрокортизона или эквивалентные количест-

ва преднизолона и дексаметазона. Такие дозы применяются в течение 1—2 дней.

Принимая во внимание изменения в системе гистамин — гистаминаза при септическом шоке, необходимо вводить антигистаминные препараты: 1—2 мл 1 % раствора димедрола, 1—2 мл 82,5 % раствора дипразина (пипольфена) или 1—2 мл 2 % раствора супрастина.

Наряду с нормализацией гемодинамики целью инфузионной терапии при септическом шоке должна быть коррекция кислотно-основного и электролитного обмена.

Септический шок быстро приводит к электролитному дисбалансу. Уже на ранних этапах его развивается снижение содержания в плазме ионов K, Na, Ca, Mg. В первые сутки лечения необходимо корригировать недостаток этих ионов с помощью капельной внутривенной инфузии. С этой целью можно использовать панангин (10—20 мг) или 4 % раствор калия хлорида (50 мл в 400—500 мл изотонического раствора глюкозы).

Наряду с противошоковыми мероприятиями неотъемлемую часть интенсивной терапии септического шока составляет борьба с инфекцией. Антибактериальная терапия является экстренной, времени на идентификацию и определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам нет, поэтому лечение начинается с введения антибиотиков широкого спектра действия. Дозы обычно значительно превышают средние.

Как известно, борьба с инфекцией включает в себя ликвидацию очага инфекции. Наиболее радикальным способом борьбы с очагом инфекции является удаление матки. К оперативному удалению матки следует подходить как к важнейшему, нередко, решающему, этапу комплексного лечения септического шока. Для получения желаемого эффекта хирургическое вмешательство должно осуществляться своевременно. Однако его следует применять при безуспешности интенсивной консервативной терапии, проводимой в течение 6 ч.

При развившейся ОНП первую помощь оказывает акушер-гинеколог совместно с реаниматологом. Ход дальнейшего лечения корректирует нефролог, либо больная переводится в соответствующее отделение. Лечение ОНП начинается с восполнения ОЦК, для чего используют растворы, улучшающие микроциркуляцию: реополиглюкин, полиглюкин, гемодез. Затем назначают средства, снимающие сосудистый спазм: каждые 4 ч вводят 5—10 мл 2,4 % раствора эуфиллина и 2—4 мл 2 % раствора но-шпы. Можно использовать глюкозо-инсулино-новокаиновую смесь (250 мл 20 % раствора глюкозы, 125—250 мл 0,25 % раствора новокаина и 12 ЕД инсулина). Параллельно с вазоактивными средствами применяют диуретики: фуросемид — по 80—120 мг каждые 3—4 ч, осмодиуретик маннит — 200 мл 15 % раствора. При положительном диуретическом действии инфузионная терапия продолжается в соответствии с количеством выделяемой мочи. При отсутствии лечебного эффекта на введение маннита темп вливания жидкости следует обязательно замедлить и,

во избежание межклеточного отека паренхиматозных органов, осмодиурегики повторно не применять.

Наличие стойкой анурии при восполненном ОЦК обуславливает необходимость ограничения количества вливаемой жидкости до 700—1000 мл/сут.

Для ликвидации азотемии и гиперкалиемии в состав инфузионных смесей необходимо включать не менее 500 мл 20 % раствора глюкозы с инсулином. Глюкоза тормозит катаболизм белков, а также способствует снижению гиперкалиемии. В качестве антидота калия используют 10 % раствор кальция глюконата или хлорида и 4—5 % раствор натрия гидрокарбоната.

Для улучшения выведения азотистых шлаков, наряду с мероприятиями, нормализующими функцию почек, не следует забывать о таких простых способах, как промывание желудка раствором натрия гидрокарбоната с последующим введением альмагеля, сифонные клизмы.

Консервативная терапия ОНП может быть применена только при медленном темпе нарастания азотемии и дизэлектrolитемии. Показаниями к переводу больной для гемодиализа в отделение искусственной почки являются: повышение уровня калия — 1,79 мг-экв/л (7 ммоль/л и более), мочевины — до 49,8 ммоль/л и более, креатинина — до 1,7 ммоль/л и более в сыворотке крови, $\text{pH} < 7,28$, BE — 12 ммоль/л, гипергидратация с явлениями отека легких и мозга.

Для профилактики и лечения острой недостаточности дыхания проводятся следующие мероприятия: строгая коррекция водного баланса, заключающаяся, с одной стороны, в своевременном восполнении ОЦК, с другой — в предупреждении или устранении гипергидратации; поддержание необходимого уровня онкотического давления крови за счет введения белковых препаратов; своевременное применение кортикостероидной терапии; обязательное проведение кардиальной терапии и использование вазодилататоров; адекватная оксигенация, при нарастании гипоксии — своевременный переход на искусственную вентиляцию легких.

ДВС-синдром является важным звеном в патогенезе септического шока, поэтому профилактика связанных с ним кровотечений, в том числе маточных, состоит в своевременном и адекватном лечении шока, направленном на оптимизацию тканевой перфузии. Обязательное включение в комплекс проводимой терапии гепарина, как специфического антикоагулянтного средства, не является бесспорным. Несмотря на все положительные свойства гепарина, в том числе его способность повышать устойчивость организма к тканевой гипоксии и действию бактериальных токсинов, применение данного антикоагулянта должно осуществляться сугубо индивидуально. Обычно лечение проводится врачом-гематологом под контролем коагулограммы с учетом стадии ДВС-синдрома и индивидуальной чувствительности больной к гепарину. Антикоагулянтный и противотромбический эффект гепарина связан с содержанием в крови антитромбина III, уровень которого при шоке снижается.

26.1.

1. *Диагноз*: срочные первые роды, первый период. Нефропатия I степени. Раннее отхождение вод. Внутриутробная гипоксия плода.

2. Диагноз нефропатии I степени установлен на основании наличия триады ее симптомов: отеки на лице и нижних конечностях, гипертензия — 19,3/12,7 кПа, протеинурия — содержание белка в моче 0,6 г/л.

Раннее отхождение вод установлено по отхождению вод в начале родовой деятельности, но до полного раскрытия отверстия матки.

Диагноз внутриутробной гипоксии плода подтверждается учащенным и приглушенным сердцебиением (2,5 Гц), усиленным и учащенным шевелением плода, окрашенными меконием околоплодными водами при головном предлежании плода.

3. Диагноз внутриутробной гипоксии плода можно уточнить на основании следующих дополнительных исследований:

а) аускультации сердцебиения плода, проводимой в динамике через небольшие промежутки времени: обнаруживается характерное для гипоксии плода нарушение ритма сердца, в начальных стадиях гипоксии — учащение сердцебиения, брадикардия;

б) кислородного теста, предложенного Штембером: роженица в течение 20 мин дышит кислородом через герметично наложенную маску, во время и после прекращения вдыхания кислорода выслушивают сердцебиение плода. На гипоксию плода указывают изменение частоты сердцебиений плода спустя 4—12 мин после прекращения ингаляции кислорода, продолжительность периода (более 15 мин), во время которого наблюдается разница в частоте сердцебиений, наличие резко выраженной аритмии (замедление до 1,67 Гц (100 уд./мин) и учащение до и более 2,67 Гц (160 уд./мин);

в) фоноэлектрокардиографии плода, с помощью которой получают представление о частоте, силе и ритме сердцебиения, улавливают даже начальные нарушения этих показателей;

г) электрокардиографии плода, дающей возможность объективно оценивать состояние сердечно-сосудистой системы плода даже в ранние сроки беременности;

д) синхронной регистрации фоно- и электрокардиограммы, с помощью которой проводят фазовый анализ функций сердца плода;

е) амниоскопии — определения количества околоплодных вод и окрашивания их меконием.

4. В лечении по поводу внутриутробной гипоксии плода применяли триаду по Николаеву (кислород, глюкозу, коразол или кордиамин): ингаляции кислорода продолжительностью 10 мин с укорочением интервалов между ними до 2—3 мин, при тяжелой гипоксии — постоянно; внутривенное введение по 50 мл 40 % раствора глюкозы с 300 мг аскорбиновой кислоты и 1 мл 10 % раствора коразола или кордиамин. Если лечение не давало должного эффекта,

триаду Николаева повторяли через 10—15 мин. Кроме того, внутривенно вводили 2 мл 2 % раствора сигетина.

Применяющийся в лечении при внутриутробной гипоксии плода метод Бакшеева и Лявинца состоит из 7 компонентов; 1) ингаляции чистого кислорода через герметично укрепленную маску; 2) внутривенного капельного введения в течение 2 ч около 500 мл 5—10 % раствора глюкозы с 10 ЕД инсулина (в капельницу добавляют 50 мг кокарбоксылазы, а затем 10 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты); 3) внутривенного введения 150—200 мл 5 % раствора натрия гидрокарбоната со скоростью 40—60 капель в 1 мин (через 1—2 ч введение натрия гидрокарбоната можно повторить); 4) внутривенного введения 10—20 мл 10 % раствора кальция глюконата (показано при частоте сердцебиений плода менее 2 Гц (120 уд./мин) и перед введением натрия гидрокарбоната); 5) внутривенного введения 0,3 мл 0,1 % раствора атропина сульфата вместе с глюкозой, а 0,7 мл — подкожно (показано при частоте сердцебиений плода менее 1,67 Гц — 100 уд./мин); 6) внутривенного введения 4 мл 1 % раствора сигетина или 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина вместе с глюкозой; 7) назначения внутрь по 35 капель 2 % раствора кобальта хлорида 3—4 раза в сутки или внутримышечно 1 мг цианкобаламина.

В настоящее время для профилактики и лечения внутриутробной гипоксии плода применяется: оксигенотерапия или гипербарическая оксигенация; средства, нормализующие маточно- и фетоплацентарное кровотечение (внутривенно 10 мл 2,4 % раствора эуфиллина, 300 мл реополиглюкина ежедневно, 4 мл (20 мг) 5 % раствора динприданола, 50 мг фенотерола, 4 мл 10 % раствора сигетина, внутримышечно 20 000 ЕД эстрадиола дипропионата, рег ос по 75 мг карбокролина (интенкордина) 3 раза в день). Кроме того, назначают средства, регулирующие метаболические процессы (глюкоза с инсулином, аскорбиновая кислота, АТФ, тиамин бромид, кокарбоксылаза), нормализующие КОС (натрия гидрокарбонат, кальция хлорид или глюконат, трисамин), действующие на механизмы центральной регуляции (этимизол, натрия оксибутират), при брадикардии плода (внутривенно 0,3 мл 1 % раствора атропина сульфата) и т. д.

При неэффективности лечения и нарастающих симптомах гипоксии показано оперативное родоразрешение.

5. При стойком исчезновении признаков внутриутробной гипоксии плода роды можно продолжать консервативно с назначением стимуляции родовой деятельности.

Если при полном раскрытии отверстия матки и хорошем продвижении головы в состоянии плода не наступило стойкого улучшения, рекомендуют наложить акушерские щипцы или вакуум-экстрактор.

При отсутствии эффекта от лечения внутриутробной гипоксии плода и условий для быстрого родоразрешения через естественные родовые пути родоразрешение проводят с помощью кесарева сечения.

Продолжить лечение нефропатии.

26.2.

1. Состояние новорожденного по шкале Апгар: $1+1+0+1+0=3$ балла.

2. **Диагноз:** асфиксия новорожденного тяжелой степени (белая асфиксия).

3. Диагноз асфиксии новорожденного тяжелой степени подтверждается следующими данными:

а) состояние новорожденного по шкале Апгар равно 3 баллам, что указывает на тяжелую степень асфиксии (10—8 баллов — здоровый новорожденный, 7 баллов — удовлетворительное состояние, менее 7 баллов — асфиксия: 7—6 баллов — легкая степень; 6—5 баллов — средняя степень; 4—1 балл — тяжелая степень; 0 баллов — клиническая смерть);

б) сердечные тоны глухие, частота — 1,6 Гц (в норме 2—2,3 Гц (120—140 уд./мин), ясные тоны);

в) дыхание поверхностное в виде редких вдохов, ребенок не кричит (в норме — хорошее дыхание, громкий крик);

г) мышечный тонус отсутствует (в норме — активные движения конечностей);

д) слабовыраженный ответ на раздражения слизистой оболочки рта, носа и подошвы стопы (в норме ребенок отвечает криком, кашлем, чиханьем);

е) кожа бледная с выраженным цианозом носогубного треугольника (в норме кожа розовая).

4. Для оживления новорожденных, родившихся в состоянии асфиксии, применяются следующие методы.

Быстрое освобождение верхних дыхательных путей от слизи, мекония и околоплодных вод отсасыванием содержимого полости рта и глотки с помощью электроотсоса, педального отсасывателя или стерильного резинового баллончика с мягким наконечником. Для отсасывания слизи из трахеи на наконечник отсасывателя надевают стерильный эластический катетер. При массивной аспирации и при аспирации сгустков крови или мекония туалет дыхательных путей проводится под контролем ларингоскопа.

Физиологический метод оживления, предложенный И. С. Легенченко: пуповину не перевязывают даже при отсутствии пульсации в ней, ребенка погружают по голову в ванну с теплой водой (температура 38—39°C), дальнейшее оживление проводят при непрерывном согревании ребенка.

Искусственную вентиляцию легких следует начинать немедленно, применяя метод рот ко рту, после чего, при отсутствии эффекта, применяют аппарат искусственной вентиляции легких через маску или интубационную трубку. Дезинтубацию производят только после восстановления у ребенка самостоятельного дыхания и рефлексов.

Наружный массаж сердца с одновременной искусственной вентиляцией легких применяют при отсутствии сердцебиения или при наличии единичных сердечных толчков. Ребенка укладывают на твердую поверхность с опущенным головным концом. На выдохе

концами двух пальцев прижимают грудину так, чтобы она на 1—2 см сместилась к позвоночному столбу — искусственная систола. За один выдох нужно успеть сделать 2—3 надавливания, т. е. 100—120 надавливаний в 1 мин. Если после этого спонтанные сердечные сокращения не восстановились, в полость сердца шприцем вводят 0,3 мл 0,1 % раствора адреналина гидрохлорида с 1 мл 40 % раствора глюкозы.

Одновременно с предыдущими мероприятиями для рефлекторной стимуляции дыхания раздражают кожу и слизистую оболочку механическими, термическими и химическими веществами: обрызгивают кожу холодной водой, применяют контрастные ванночки, похлопывают по ягодицам, поглаживают по спине и т. д.

Рефлекторное возбуждение дыхательного центра новорожденного, родившегося в асфиксии, можно вызвать методом Л. С. Персианинова — введением в пупочную артерию 3 мл 10 % раствора кальция хлорида, 7 мл 10 % раствора глюкозы и 4 % раствора натрия гидрокарбоната при массе новорожденного до 3000 г, 10 мл — при массе 3000—4000 г, 15 мл — при массе более 4000 г.

В настоящее время в комплексе реанимационных мероприятий нашел широкое применение 0,3 % раствор этимизола — новый дыхательный analeптик центрального действия. Он вводится в пупочную артерию в тех случаях, когда искусственная вентиляция легких в течение 5—8 мин не вызывает восстановление спонтанного дыхания из расчета 0,1—0,2 мг/кг массы.

Метод Челомбитько применяется при неперерезанной пуповине, заключается в перемещении крови, находящейся в пуповине, по направлению к пупочному кольцу. При этом у новорожденного увеличивается объем циркулирующей крови и усиливается раздражение барорецепторов сосудистой стенки.

Для оживления новорожденных используют метод гипербарической оксигенации. Для его применения необходимо иметь барокамеру, заполненную чистым кислородом. Если поместить в барокамеру новорожденного, то, согласно физическим законам, при давлении кислорода в 101,3 кПа (1 атм) парциальное давление его в альвеолярном воздухе возрастает по сравнению с обычным в 3,5 раза, а при давлении 303,9 кПа — (3 атм) — в 14 раз. При этом примерно во столько же раз увеличивается напряжение кислорода в артериальной крови. Повышение содержания кислорода в крови обусловлено в основном растворением его в плазме крови. Поэтому при давлении в 253,3—303,9 кПа (2,5—3 атм) потребность организма в кислороде полностью обеспечивается за счет кислорода, растворенного в плазме, т. е. асфиксия снимается. Недостатком этого метода является трудность проведения туалета дыхательных путей и искусственной вентиляции легких, а также введения лекарственных препаратов во время лечения в барокамере.

5. За детьми, перенесшими асфиксию, наблюдение должно быть особенно тщательным, так как у них часто наблюдаются нарушения мозгового кровообращения и расстройства дыхания. Таких детей следует помещать в специальные палаты интенсивного наблю-

дения. Головному концу кровати ребенка необходимо придать приподнятое положение. В первые сутки ребенок непрерывно получает увлажненный кислород. При угнетении дыхания внутривенно или подкожно вводят по 0,5—0,8 мл 0,6 % раствора этимизола 2—4 раза в сутки.

Для обеспечения проходимости дыхательных путей ребенку придают дренажное положение, проводят повторные отсасывания и туалет верхних дыхательных путей. Для коррекции нарушений кислотно-основного равновесия вводят натрия гидрокарбонат, витамины, кокарбоксиллазу.

В течение 2—5 дней ребенка не прикладывают к груди, кормят из рожка, а если нет сосательного рефлекса — через зонд.

Для устранения отека головного мозга рекомендуется дегидратационная терапия: внутривенное введение плазмы из расчета 7—10 мл/кг массы, 20 % раствора глюкозы — 7—10 мл/кг массы. При ацидозе вместе с глюкозой вводят аскорбиновую кислоту (50—100 мг) и применяют щелочное питье — 50—100 мл и более в сутки 3 % раствора натрия гидрокарбоната пополам с 10 % раствором глюкозы.

В период возбуждения, которое появляется, обычно, через несколько часов после выведения ребенка из состояния асфиксии, применяются седативные средства: внутривенное введение 1—2 мл 10 % раствора натрия бромида вместе с глюкозой или 1 мл 0,25 % раствора аминазина внутримышечно 1—2 раза в сутки.

Всем детям, перенесшим асфиксию, назначают внутрь по 5 мл 1 % раствора глутаминовой кислоты 2—3 раза в день, способствующей связыванию аммиака, накапливающегося в организме при состоянии возбуждения, витамины (0,05 г аскорбиновой кислоты, 0,0025 г тиамин бромид, 0,2 г глюкозы по одному порошку 2 раза в день).

26.3.

1. Состояние новорожденного М. по шкале Апгар сразу после рождения оценивается в $1+1+2+2+1=7$ баллов.

2. *Диагноз:* асфиксия новорожденного легкой степени (синяя). Внутрочерепная родовая травма.

3. Асфиксия новорожденного легкой степени подтверждается суммой баллов по шкале Апгар, равной 7, отсутствием крика при наличии дыхания, цианотичной кожей лица и конечностей, вялыми рефлексами.

Клинические симптомы, подтверждающие диагноз внутрочерепной родовой травмы новорожденного: выраженное беспокойство ребенка, беспричинный монотонный крик, частое пронзительное вскрикивание, двигательное беспокойство с однообразными автоматическими движениями конечностей, симптом открытых глаз, периодически появляющееся сходящееся косоглазие.

4. Уход за новорожденными с церебральной родовой травмой должен быть направлен, в первую очередь, на прекращение внутрочерепного кровотечения.

С первых минут жизни необходимо организовать строгий режим

максимального покоя: осмотр, туалет, пеленание, кормление проводятся бережно, в кровати.

Травмированные новорожденные должны находиться в специальной палате интенсивной терапии. Воздух в палате должен быть чистый, свежий (проветривание не менее 7 раз в сутки), температура воздуха не более 22 °С для доношенных, 24—25 °С — для недоношенных. В палате должна соблюдаться тишина, так как травмированные дети болезненно реагируют на звук.

Новорожденные с церебральной родовой травмой должны располагаться на кровати с приподнятым головным концом. В первые сутки после рождения к изголовью кровати подвешивают пузырь со льдом на расстоянии 1 см от головы ребенка. К ногам прикладывают теплые грелки.

В течение первых двух суток непрерывно подают увлажненный кислород, а в последующие дни кислород необходимо давать перед любыми манипуляциями (кормление, осмотр, туалет, инъекции).

Травмированных детей кормят в палате грудным сцеженным молоком из рожка. Если ребенок плохо сосет, кормление проводят через зонд, введенный в желудок.

Прикладывание к груди допускается только после прекращения острых мозговых явлений.

В дальнейшем дети, перенесшие внутричерепную родовую травму, должны находиться под систематическим наблюдением не только врача-педиатра, но и невропатолога.

5. В первые двое суток постоянно проводится оксигенотерапия увлажненным кислородом в кювете, кислородной палатке или барокамере при невысоком давлении.

Для уменьшения сосудистой проницаемости и повышения времени свертывания крови назначают аскорбиновую кислоту (по 0,01—0,05 г), викасол (по 0,002—0,003 г 3—4 раза в сутки в течение 4—7 дней), 5 % раствор кальция хлорида внутрь (по 1 чайной ложке 4—5 раз в сутки), аминокaproновую кислоту (по 0,1 г 3 раза в день 4—5 дней), рутин (по 0,002 г 3 раза в день 3—4 дня), внутривенное переливание нативной или сухой плазмы (по 15—20 мл через 1—2 дня, всего 3—4 раза).

Для устранения ацидоза в пупочную вену вводят 20 мл 5 % раствора натрия гидрокарбоната вместе с 8—10 мл 20 % раствора глюкозы + 10—12 мг/кг массы кокарбоксылазы.

Дегидратационная терапия: внутримышечное введение 25 % раствора магния сульфата из расчета 0,2 мл/кг массы, внутривенное введение 15—20 мл 20 % раствора глюкозы, 8—12 мг дихлотиразида 2 раза в день в течение 3—4 дней, 0,01 г фуросемида 2 раза в день.

Для активации и восполнения недостатка ферментов применяют тиамин бромид, пиридоксин гидрохлорид, кокарбоксылаза, АТФ и т. д.

Для борьбы с судорогами и возбуждением назначают 1 % раствор натрия бромид по чайной ложке 3 раза в день, фенобарбитал (люминал) по 0,002 г 1—3 раза в день, внутримышечное введение

1 мл 0,25 % раствора аминазина 2 раза в сутки; при судорогах необходимо внутримышечное введение 1—2 мл 25 % раствора магния сульфата.

При повышенном возбуждении, возникшем в результате субарахноидального кровоизлияния (распознается по наличию выпячивания родничка и крови в спинно-мозговой жидкости, полученной при спинно-мозговой пункции), хороший результат дает спинно-мозговая пункция с выпуском 2—3 мл жидкости.

Для поддержания работы сердца назначают кордиамин или коразол по 0,2—0,3 мл внутримышечно, при тяжелом состоянии ребенка вводят внутривенно медленно 0,1 мл 0,05 % раствора строфантина с глюкозой.

3. Для профилактики пневмонии и рефлекторного возбуждения дыхательного центра применяют горчичники на спину 1—2 раза в день на 2—3 мин, для профилактики инфицирования (при длительном безводном промежутке, затяжных родах и т. п.) — антибиотикотерапию.

26.4.

1. Состояние новорожденного И. по шкале Апгар оценивается в $2+2+2+2+1=9$ баллов.

2. *Диагноз:* родовая травма новорожденного — перелом правой ключицы.

3. Родовая травма новорожденного подтверждается тем, что травма была обнаружена сразу же после родов, осложненных трудностями при освобождении запрокинутых ручек при тазовом предлежании плода.

Перелом правой ключицы заподозрен на основании некоторой слабости тонуса мышц и ограничения активных движений в правой верхней конечности. Подтвержден диагноз при пальпации, когда в области правой ключицы обнаружили крепитацию, усиливающуюся при крике и пассивных движениях правой ручки.

4. Лечение перелома ключицы состоит в наложении фиксирующей повязки: в правую подмышечную ямку подкладывают комок ваты, а большую ручку, согнутую в локтевом суставе, прибинтовывают к грудной клетке. При большом смещении отломков применяют шинную повязку по Шпитци, состоящую из горизонтальной и двух вертикальных частей. Шину выкраивают из плотного картона, обертывают ватой и фиксируют на спине к рукам, согнутым в локтях и поднятым кверху таким образом, чтобы к горизонтальной части можно было прибинтовать оба плеча, а к вертикальным — оба предплечья. Шина проходит от одной ручки к другой и создает прочную для них опору. К концу второй недели жизни ребенка на месте перелома ключицы образуется костная мозоль.

5. Переломы ключицы являются одной из наиболее частых форм родовой травматизма у новорожденных. Перелом ключицы может произойти тогда, когда ключица во время прохождения плода через родовые пути упирается в лобковый симфиз. Наиболее часто перелом ключицы возникает во время освобождения запрокинутых ручек при тазовом предлежании. Реже перелом ключицы происхо-

дит при головном предлежании плода в момент освобождения плеч, особенно если плод крупный, а выведение их проводится недостаточно бережно или без сохранения биомеханизма родов.

Прогноз при переломе ключицы у детей благоприятный, костная мозоль через 2—3 недели уже консолидируется. Неосложненные переломы ключицы срастаются даже без всякого вмешательства, не оставляя последствий.

В редких случаях, при смещении отломков костей, возможно ранение плечевого сплетения с параличом или парезом соответствующей верхней конечности.

26.5.

1. *Диагноз:* гемолитическая болезнь новорожденного, желтушно-анемическая форма.

2. Гемолитическая болезнь новорожденного подтверждается отягощенным акушерским анамнезом у матери — первые роды были преждевременные, мертвого плода, серологическими (резус-отрицательный фактор в крови у матери и резус-положительная кровь у ребенка) и клиническими данными (ребенок вялый, малоактивный, кожа бледная, слегка желтоватая, увеличенные печень и селезенка), большой плацентой (масса ее — 900 г (в норме — 500—600 г), высоким содержанием в пуповинной крови билирубина — 85 мкмоль/л по Ван-ден-Бергу (в норме — не выше 34—51 мкмоль/л) и значительной анемией (содержание гемоглобина 8,69 ммоль/л (в норме — не менее 9,31—12,4 ммоль/л), количество эритроцитов — 1,5 Т/л (в норме — не меньше 4 Т/л), наличие молодых форм эритроцитов — нормо- и эритробластов).

Диагноз желтушно-анемической формы гемолитической болезни новорожденных установлен на основании симптомов, характерных для желтушной формы (желтоватая кожа, вялость, сниженная активность, гипербилирубинемия), и симптомов, свойственных для анемической формы гемолитической болезни (бледная кожа, выраженная анемия с низким содержанием гемоглобина — 8,69 ммоль/л, наличие эритро- и нормобластов).

3. Гемолитическая болезнь новорожденных подразделяется на три основные клинические формы:

а) *отечную* — общий врожденный отек с общим отеком кожи и подкожной клетчатки, увеличенными сердцем, печенью и селезенкой, резкой анемией, значительно увеличенной плацентой (до 2000 г против 500—600 г в норме);

б) *желтушную* — тяжелая желтуха новорожденных с желтушным окрашиванием кожи, увеличением печени и селезенки, анемией;

в) *анемическую* — врожденная анемия новорожденных, протекающая относительно легко. При этом отмечают бледность кожи, низкое содержание гемоглобина в крови, уменьшенное количество эритроцитов с увеличением числа незрелых форм эритроцитов, увеличенные печень и селезенка.

В основе патогенеза желтушной формы гемолитической болезни лежит нарушение билирубинового обмена, сопровождающегося

накоплением непрямого билирубина в крови. При содержании его более 342 мкмоль/л поражается головной мозг, развивается ядерная желтуха.

Помимо трех перечисленных клинических форм гемолитической болезни Г. П. Полякова (1972) выделяет еще две переходные формы — *желтушно-очаговую* и *желтушно-анемическую*.

4. Одним из главных лечебных средств в комплексной терапии при гемолитической болезни новорожденных является заменное переливание крови. При заболевании, обусловленном резус-несовместимостью, как в случае с новорожденным А., берется резус-отрицательная свежая цитратная кровь не более 3—4-дневной давности, совместимая в групповом отношении с группой крови ребенка. Основная цель замены крови — удаление поврежденных эритроцитов, антител и непрямого билирубина из крови и тканей.

Для лечения анемии трансфузию крови сочетают с препаратами железа (после первого месяца жизни), аскорбиновой кислотой, тиамин, пиридоксин, рибофлавин.

Обязательным является применение препаратов, улучшающих функциональное состояние печени (цианокобаламин, пиридоксина гидрохлорид, тиамина бромид, метионин, γ -глобулин).

Если, несмотря на заменное переливание крови, у ребенка развивается резкая желтуха и имеются симптомы поражения печени, с успехом применяется кортикотропин, который улучшает экскреторную функцию печени.

При нарушении билирубиновыделительной функции печени (обесцвеченный стул), вследствие развития синдрома сгущения желчи, назначают 20—25 % раствор магния сульфата по чайной ложке 2—3 раза в день в течение 6—8 дней.

При поражении центральной нервной системы, проявляющемся возбуждением, судорогами, назначают аминазин по 3—4 мг/кг массы 3 раза в день и оксигенотерапию.

При поражении надпочечников, особенно если заболевание протекает в форме тяжелой желтухи, назначают стероидные гормоны (гидрокортизон, преднизон или преднизолон).

Обязательно проводится дезинтоксикационная терапия, способствующая выведению непрямого билирубина и других продуктов гемолиза: обильное потребление жидкости или внутривенное одномоментное или капельное вливание 5 % раствора глюкозы, раствора Рингера — Локка, переливание альбумина, протенна или сухой плазмы, кровезаменителей, 1 % раствор глутаминовой кислоты по 1 чайной ложке 3 раза в сутки.

Дети с гемолитической болезнью нуждаются во внимательном уходе и правильном вскармливании. Поскольку в молоке матери могут находиться резус-антитела, от кормления материнским молоком в первые 9—12 дней следует отказаться. Назначается кормление донорским грудным молоком. Ребенка прикладывают к груди матери после исследования молока на резус-антитела. В течение первых 3 дней у ребенка ежедневно исследуют содержание

гемоглобина и эритроцитов в крови. При снижении этих показателей ребенка снова переводят на кормление донорским молоком.

Новорожденные, перенесшие гемолитическую болезнь, после выписки из родильного дома должны находиться под постоянным наблюдением врача-педиатра и психоневролога.

5. Показанием для заменного переливания крови является диагностированная гемолитическая болезнь у ребенка, рожденного иммунизированной матерью.

Главным показателем для замены крови служит концентрация билирубина в пуповинной крови, превышающая 60—68 мкмоль/л, а также скорость нарастания уровня билирубина в сыворотке крови у новорожденного более чем на 5—7 мкмоль/л.

Техника операции замены крови. Для обменного переливания крови у новорожденных самым простым и удобным считается пуповинный метод, который обычно используется в первые часы после рождения (до 18—20 ч жизни ребенка). Позже введение крови производят в подкожные вены (локтевую, височную, лобную, наружную яремную и т. д.).

Замену крови производят в операционной или манипуляционной комнате.

Донорскую кровь перед введением подогревают на водяной бане до 36—37 °С. Ребенка пеленают так, чтобы руки и ноги были вытянуты и неподвижны, живот оставляют открытым. Операционное поле (кожу живота и культю пуповины) обрабатывают этиловым спиртом и 2 % спиртовым раствором йода, обкладывают стерильными пеленками. Пуповину отсекают так, чтобы ее остаток имел длину не более 1,5—1 см от пупочного кольца. Отверстие пупочной вены легко обнаруживают по ширине и фестончатым краям, иногда капле крови в нем. В пупочную вену вводят пуговчатый зонд для определения хода вены, после извлечения которого сразу же вводят катетер или канюльку от шприца Брауна, промытый 6 % раствором натрия цитрата, на глубину 8—10 см от пупочного кольца; катетер фиксируют в пуповине шелковой лигатурой. С помощью шприца медленно отсасывают 30—40 мл крови из пупочной вены. Из первой порции крови берут сыворотку и производят пробу на совместимость с донорской кровью. Затем из другого шприца медленно вводят такое же количество совместимой одноклассовой или I(0) группы резус-отрицательной крови донора. Медленно нагнетают 10 мл крови и после небольшой паузы (5—6 с) вводят 12—15 мл крови донора и так далее в течение 1,5—2 ч. После каждых 100 мл введенной крови в пупочную вену вводят 20 мл 20 % раствора глюкозы и 1,5—2 мл 10 % раствора кальция глюконата.

Для обменного переливания используют 250—300 мл крови. Крови вводят на 40—50 мл больше, чем выпускают. В конце заменной трансфузии в пупочную вену вводят 100 000 ЕД пенициллина.

Первую и последнюю порции извлекаемой крови направляют в лабораторию для определения уровня билирубина, что необходимо для контроля эффективности заменного переливания крови.

Во второй половине операции ребенку непрерывно дают увлажненный кислород, так как вводимая кровь не оксигенизирована.

Первые 3—4 дня после заменной трансфузии ребенку с профилактической целью вводят антибиотики (группы пенициллина, оксациллина натриевую соль и пр.).

26.6.

1. *Диагноз:* токсико-инфекционное (септическое) заболевание новорожденного.

2. Диагноз токсико-инфекционного заболевания новорожденного подтверждается характерной эпидемиологической ситуацией: выяснено, что в роддоме, откуда переведена девочка П., аналогичные заболевания детей появились несколько дней назад, из 9 заболевших новорожденных умерло двое.

Диагноз подтверждается данными клинической картины: быстро прогрессирующим ухудшением общего состояния ребенка, снижением массы тела — после рождения девочка потеряла 850 г, что составляет почти четверть первоначальной массы; ухудшением сосания, закончившимся полным отказом от груди, срыгиванием, перешедшим во рвоту, частым, водянистым стулом до 8—10 раз в сутки, испражнениями ярко-оранжевой окраски, напоминающей цвет охры; бледной с серовато-цианотичным оттенком, дряблой, собирающейся в плохо расправляющиеся складки кожей, запавшими с выраженной синевой глазами, температурой тела 38,2 °С, учащенным дыханием (80 в 1 мин), несколько вздутым животом, увеличенной печенью, слабостью, полной адинамией.

3. Уточнить диагноз токсико-инфекционного заболевания можно на основании исследования крови (характерны явления анемии, лейкоцитоз, сдвиг лейкограммы влево, нейтрофилез, токсическая зернистость нейтрофильных гранулоцитов, эозинофилия, но картина крови может быть малоизмененной); мочи (могут быть следы белка, лейкоциты, эритроциты и цилиндры); крови на стерильность — выделение патологических микроорганизмов при этом является неоспоримым подтверждением диагноза.

4. Лечение должно иметь антибактериальную направленность, антибиотики применять с учетом антибиотикограммы. Во избежание возникновения антибиотикоустойчивых штаммов микроорганизмов антибиотики необходимо менять каждые 7—10 дней, длительность применения антибиотиков должна определяться клиническим состоянием новорожденного.

Для повышения реактивности организма ребенка применяют трансфузию крови, плазмы и γ -глобулина, а также стафилококкового бактериофага (последний чаще применяется для лечения по поводу пиемических очагов).

Борьба с токсикозом осуществляется назначением обильного питья 3—5 % раствора глюкозы или раствора Рингера — Локка и внутривенного введения 20 % раствора глюкозы по 15—20 мл ежедневно с 1 мл 5 % раствора аскорбиновой кислоты, 25 мг кокарбоксилазы, а также введением плазмы и гемодеза по 20—30 мл через день в течение всего периода токсикоза.

При выраженном токсикозе и эксикозе внутривенно вводят изотонический раствор натрия хлорида из расчета 120—150 мл/кг массы со скоростью 14—16 капель в 1 мин.

Гормональную терапию назначают только при тяжелом токсикозе курсами по 4—5 дней (преднизолон по 1 мг/кг массы или гидрокортизон по 5 мг/кг массы в сутки).

Для усиления иммунологического процесса назначают пентоксил (по 0,01 г 3 раза в день в течение 12—14 дней), дибазол (по 0,0005 г 2 раза в день), натрия нуклеинат (по 0,005 г 3—4 раза в день).

Для общего повышения реактивности организма назначают физические методы лечения — УВЧ или электрофорез с этилморфина гидрохлоридом (дионином) на область чревного сплетения.

Большое значение имеют мероприятия общего характера — хороший уход, витаминотерапия, рациональное вскармливание.

Лечение надо продолжать до полного исчезновения всех симптомов инфицированности и нормализации общего состояния ребенка.

5. В основу профилактики токсико-септических заболеваний новорожденных должно быть положено строгое соблюдение санитарно-гигиенического режима родовспомогательного учреждения во всех его звеньях.

В женской консультации у всех беременных должны выявляться и своевременно санироваться хронические фокальные очаги инфекции (кариозные зубы, тонзиллит и т. п.). В конце беременности с профилактической целью должна проводиться иммунизация беременных стафилококковым анатоксином.

При поступлении в родом в приемном отделении проводится тщательная фильтрация и изоляция в наблюдательное отделение рожениц, имеющих признаки какой-либо инфекции, так как они могут стать источниками токсико-инфекционных заболеваний.

Чрезвычайно важным профилактическим мероприятием является соблюдение правил асептики и антисептики в родовом зале, особенно при рождении и первичном туалете новорожденного. Работа в родильном отделении проводится в стерильных масках, акушерка тщательно обеззараживает руки перед приемом родов и повторно перед обработкой пуповинного остатка, надевает стерильный халат или передник. При обработке и перевязке пуповины, согласно инструкции Министерства здравоохранения СССР, необходимо пользоваться индивидуальными стерильными пакетами со стерильными инструментами (ножницы, зажимы) и перевязочным материалом. Туалетный стол, весы, ростомер и другие предметы следует мыть и дезинфицировать после каждого ребенка. Необходимо тщательное согревание новорожденного в родовой комнате с момента рождения и при проведении мер оживления и первого туалета.

В отделении (палатах) новорожденных необходимо стремиться к максимальному разобщению и рассредоточению детских коек,

строго следить за выполнением санитарно-гигиенического режима. Все детское белье должно быть чистым, подвергаться стерилизации. Для ухода за пуповинным остатком должны быть стерильные индивидуальные пакеты. Предметы ухода (бутылочки, чашки, стаканы, ложки, соски, пипетки и т. п.) необходимо после каждого употребления мыть и кипятить.

Все растворы (глюкозы, солевые и пр.) должны иметь дату приготовления, стерилизоваться и храниться не более суток.

Особенно большое внимание должно уделяться правильному вскармливанию новорожденных и соблюдению правил сбора и хранения молока, сцеженного матерями.

Динамика массы тела новорожденного является объективным и точным критерием его состояния и развития, поэтому взвешивание и графическое изображение динамики массы обязательны.

При возникновении в отделении новорожденных токсико-инфекционного заболевания врач-педиатр обязан:

а) немедленно сообщить об этом главному врачу родильного дома и в районную санитарно-эпидемиологическую станцию;

б) заболевшего ребенка немедленно изолировать в больницу;

в) палату, где находился больной ребенок, подвергают тщательной дезинфекции, мытью, облучению бактерицидными лампами и проветриванию;

г) на оставшихся в палате детей, находившихся в контакте с больным ребенком, накладывают карантин (изолируют, проводят термометрию, осмотр, анализы крови, наблюдение за динамикой массы тела);

д) в экстренном порядке производится эпидемиологическое обследование отделения и персонала.

26.7.

1. *Диагноз:* беременность сроком 37 недель. Гипотрофия и гипоксия плода. Фетоплацентарная недостаточность.

2. Различают следующие причины задержки развития плода: социально-биологические (16 %) — хронические интоксикации, эмоциональные нагрузки; экстрагенитальные заболевания матери (18 %) — гипертоническая болезнь, анемия, нефрит; патология беременности (66 %) — поздний токсикоз, предлежание и преждевременная отслойка плаценты, недонашивание беременности. Все перечисленные выше причины приводят к развитию фетоплацентарной недостаточности, проявлением которой является хроническая внутриутробная гипоксия и гипотрофия плода.

Большое практическое значение при этом имеет морфофункциональное состояние последа. Наряду с уменьшением размеров и массы плаценты в ней выявляются распространенные инфаркты с очагами обызвествления, массивные отложения в области базальной пластинки и плодной части плаценты фибриноида, наблюдается уменьшение кровеносных сосудов в ворсинах хориона, часто встречаются дегенеративные концевые ворсинки, почти полностью отсутствуют синцитиальные узелки.

При этом в межворсинчатых пространствах отмечаются явления застоя, отека, с отложением в них фибрина, и мелкоклеточной инфильтрации со скоплением лейкоцитов.

3. У беременных с гипотрофией и гипоксией плода большое значение имеет родовая подготовка, направленная на антенатальную охрану плода и улучшение состояния фетоплацентарной системы. Для этого необходимо проводить длительные инфузии небольших доз β -миметических препаратов в сочетании с сигетинном или эуфиллином, глюкозовитаминной смеси с альбумином и аминокислотами, гипербарическую оксигенотерапию, введение антигипоксантов типа этимизола, курантила, карбокромена, пентоксифиллина и других препаратов, усиливающих маточно-плацентарное кровообращение (реполиглукин, маннит). Хороший эффект оказывает абдоминальная декомпрессия и пребывание беременной в камере горного климата.

Родоразрешение таких беременных необходимо проводить на 37—38-й неделе беременности.

Для подготовки беременных к родам за 7—10 дней проводится комплексная родовая подготовка по методу Е. Т. Михайленко (1980) с добавлением в схему подготовки спазмолитиков. Возбуждение родовой деятельности проводится при полной готовности шейки матки к родам и с соблюдением всех условий проведения программированных родов.

4. Возбуждение родов начинают при целом плодном пузыре. Препаратом выбора при этом является простенон — один из первых отечественных простагландинов группы Е.

В отличие от окситоцина, он обладает свойством расширять сосуды плаценты, ускорять маточно-плацентарное кровообращение, активировать в печени плода и в плаценте глюкозо-6-фосфатдегидрогеназу (Г-6-ФДГ) и 6-фосфатдегидрогеназу (6-ФДГ), являющиеся ферментами прямого окисления углеводов, что связано с энергообеспечением плода. Окситоцин же может вызвать спазм сосудов матки, затрудняет маточно-плацентарное кровообращение, вызывает состояние гипоксии у плода.

Простенон (1—2 мг в 500 мл изотонического раствора натрия хлорида или 5 % растворе глюкозы) вводят внутривенно капельно с начальной скоростью 6—8 капель в 1 мин. В дальнейшем дозу препарата увеличивают на 4—5 капель каждые 30 мин до установления регулярной родовой деятельности, но не более 25—30 капель в 1 мин. Капельное внутривенное введение простенона обычно проводится в течение всего родового акта и в раннем послеродовом периоде, что является профилактикой развития послеродового маточного кровотечения.

При наличии регулярной родовой деятельности и открытия шейки матки на 3—4 см производят амниотомию при головном предлежании плода. Как известно, раннее вскрытие плодного пузыря сопровождается повышением синтеза эндогенного окситоцина, что способствует усилению сократительной функции матки. При введении простенона через 20—30 мин возникают нерегулярные низ-

коамплитудные сокращения матки. Регулярная родовая деятельность обычно развивается в течение 2—3 ч. Как правило, при этом наблюдаются ритмичные, координированные схватки. В процессе родового акта частота и продолжительность сокращений матки прогрессивно нарастают, присутствует очевидная доминанта фундального тонуса матки.

В процессе родовозбуждения и родостимуляции роженице проводят ингаляцию чистого увлажненного кислорода (со скоростью 8—10 л/мин), внутривенное струйное введение 40 мл 40 % раствора глюкозы с 4 ЕД инсулина, 100 мг кокарбоксилазы, 10 мл 10 % раствора кальция глюконата, 10 мл 10 % раствора эуфиллина. Для обезболивания родов вводят 10 мл 2 % раствора баралгина и другие спазмолитические средства, закись азота.

При снижении частоты сердечных сокращений плода, наступившем через 30—40 с после начала схваток, и в связи с развитием острого фетального дистресс-синдрома введение простенона приостанавливают, проводят внутриматочную реанимацию плода с применением срочного токолиза с помощью внутривенного введения матери папаверина гидрохлорида. Стимулирующее влияние простенона на матку снимается папаверином, что обеспечивает усиление маточно-плацентарного кровообращения, способствует нормализации кислородного баланса плода.

Для предупреждения сдавливания маткой нижней половой вены роженицу кладут на бок, что обеспечивает оптимальные условия для плода. В результате инфузии папаверина токолитический эффект наблюдается через 3—5 мин и достигает максимума на 10—15-й минуте. При этом, как правило, улучшаются работа сердца и состояние плода.

Для коррекции гипертонуса и тахисистолии матки рекомендуют использовать нейротропик дроперидол. Он улучшает маточно-плацентарное кровообращение, снимает спазм мускулатуры матки, оказывает благоприятное влияние на метаболические процессы плода и матери, повышает устойчивость плода к гипоксии.

26.8.

1. *Диагноз:* беременность сроком 34 недели. Гипоксия и гипотрофия плода. Отягощенный акушерский анамнез.

2. Антенатальная охрана плода проводится в антенатальный (дородовой) период его развития. Плод (зародыш, эмбрион) во время своего развития опосредованно через организм матери может испытывать воздействие патологических факторов окружающей среды. Особенно ранимым является эмбрион в возрасте до 8 недель беременности, когда происходит закладка и формирование внутренних и внешних (конечностей) его органов. В этот период вредные факторы (химические, медикаментозные, физические) могут вызвать повреждение любого органа с последующим уродством развития плода.

Быстрый темп роста и развития плода требует от матери обеспечения его кислородом, пластическим (белок) и энергетическим (углеводы, жиры) материалом, а также витаминами, гормонами,

минеральными солями и другими веществами, обеспечивающими развитие и жизнедеятельность плода.

В материнском организме плод хорошо защищен посредством плаценты и околоплодной среды (матка, плодные оболочки, околоплодная жидкость) от внешних повреждающих влияний. Наиболее частыми причинами антенатальной патологии плода являются заболевания матери (поздний токсикоз, патология плаценты и пуповины, иммунологические конфликты, а также экстрагенитальные заболевания — пороки сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, эндокринопатии, инфекционные и другие заболевания). Неблагоприятное влияние на плод могут оказывать различные химические агенты, проникающие через плацентарный барьер (антибиотики, гормоны, свинец, ртуть, мышьяк, фосфор и т. п.), курение во время беременности, употребление алкоголя. Никотин и спирт вызывают нарушения развития мозга.

При длительном курении матери наблюдаются преждевременные роды и выкидыши, уменьшается масса тела плода, происходит отставание его в развитии.

К нарушению развития плода и даже внутриутробной гибели его приводит острое или длительное воздействие ионизирующего излучения.

3. Методы диагностики нарушений развития плода, применяемые при беременности, многочисленны и разнообразны. К ним относятся:

а) анамнестические сведения об обоих супругах (возраст, профессия, перенесенные и настоящие заболевания, вредные привычки, социальное положение, материальный уровень и т. д.);

б) аускультация сердца плода с помощью электро- и фонографии;

в) увеличение матки в динамике (прекращение и несоответствие величины матки сроку беременности являются тревожными симптомами для состояния плода);

г) функциональные пробы-тесты: реакция сердца плода на его шевеление (значительное учащение сокращений сердца свидетельствует о его гипоксии), проба с задержкой дыхания беременной (в норме задержка дыхания на вдохе приводит к урежению, а на выдохе к учащению сокращений сердца), проба с термическим раздражением кожи живота беременной (холод уменьшает, тепло ускоряет ЧСС), проба с внутривенным введением атропина сульфата (при гипоксии плод слабо или слишком сильно реагирует на введение препарата), окситоциновый тест — при введении окситоцина матери в норме сокращения сердца учащаются (акцелерация), а через 1 мин после сокращения матки приходят к исходному уровню, при децелерации ЧСС наблюдается маточно-плацентарная недостаточность и гипоксия плода, кислородный тест — реакция сердца плода на ингаляцию кислорода в течение 10 мин (во время ингаляции кислорода сокращения сердца плода учащаются (акцелерация), после прекращения ее наступает децелерация их;

д) ультразвуковое исследование — визуальное наблюдение за плодом (определение его размеров, дыхательных движений, пола, функционального состояния внутренних органов, конечностей), за состоянием плаценты и количеством околоплодной жидкости;

е) электро- и реоэнцефалография — методы, позволяющие оценить функциональное состояние мозга и мозгового кровообращения у плода;

ж) фетоскопия — непосредственный осмотр плода в матке с помощью эндоскопа (фетоскопа);

з) фетоамниография — рентгенологическое исследование состояния внешних органов и пищевого канала плода после введения в околоплодные воды контрастных веществ (триомбраз, верографин или уротраст);

и) амниоскопия — осмотр предлежащей части плода и околоплодных вод с помощью амниоскопа;

й) определение в крови матери содержания α -фетопротеина, свидетельствующего о возможных пороках развития плода;

к) определение в крови матери содержания эстриола, плацентарного лактогена, хорионического гонадотропина для оценки состояния фетоплацентарного комплекса;

л) амниоцентез для исследования околоплодных вод по содержанию в околоплодных водах креатинина, лецитина и сфингомиелина определяют степень созревания плода, по содержанию сурфактанта (тест Клементса) — степень созревания легких; увеличение содержания белка в околоплодных водах свидетельствует о смерти плода;

м) определение в околоплодной жидкости полового хроматина;

н) гормональная кольпоцитология — определение созревания матки к родам и состояния плода.

4. Антенатальная охрана плода (АОП) включает совокупность социально-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий, способствующих созданию оптимальных условий для развития эмбриона и плода, для предупреждения аномалий и перинатальной смертности. Одним из важных вопросов АОП является своевременное выявление, лечение и профилактика патологии матери и плода.

Правильный режим труда и отдыха, рациональное питание, своевременный перевод беременных на работу, не связанную с воздействием вредных производственных факторов, длительное пребывание на свежем воздухе способствуют сохранению здоровья матери и правильному развитию плода.

Своевременная госпитализация беременных с различными видами патологии, физико-, психопрофилактическая подготовка к родам обеспечивают повышение эффективности АОП. В нашей стране охрана здоровья беременной женщины и ее будущего ребенка обеспечивается законодательством. К ним относятся постановления об охране труда беременных, оплачиваемые декретные отпуска (56 дней до и 56—70 после родов), сокращение продолжительности рабочего дня и т. д.

27.1.

1. *Диагноз:* беременность сроком 10 недель. Подозрение на вирусную и медикаментозную эмбриопатию.

2. Клинические признаки у И., подтверждающие диагноз беременности сроком 10 недель: задержка менструации на 2,5 месяца, величина матки, слегка превышающая размеры гусиного яйца, но меньшая, чем голова новорожденного.

3. Предоперационная подготовка к искусственному аборту начинается в женской консультации, где проводится тщательное обследование женщины для выявления и устранения противопоказаний. Срок беременности при производстве аборта должен быть не менее 6 и не более 12 недель. Должно быть установлено отсутствие гнойничковых и общих инфекционных заболеваний, гонореи, чистота влагалищной флоры — не меньше второй степени, СОЭ — не более 15 мм/ч. Женщина должна поступить в стационар накануне операции, чтобы не менее двух раз провести ей термометрию для исключения хронической или остротекучей инфекции.

Искусственный аборт проводится в специальной операционной, в которой не выполняются гнойные манипуляции.

До операции женщине удаляют волосы с лобка, проводят спринцевание влагалища раствором калия перманганата (1:7000). Перед операцией женщина опорожняет мочевой пузырь и по возможности кишки и укладывается на гинекологическое кресло. Перед началом операции оперирующий врач дополнительно производит тщательное влагалищное исследование для подтверждения диагноза беременности и определения положения матки.

4. Методы обезболивания, применяющиеся при искусственном аборте:

а) общее обезболивание закисью азота или эфиром с применением анальгетиков короткого действия (используется очень редко);

б) кратковременный вводный наркоз с помощью внутривенного введения раствора пропанидида (сомбревина) (8—10 мл (400—500 мг) раствора с 10 мл 40 % раствора глюкозы);

в) местное обезболивание методом новокаиновой парацервикальной блокады: по 20—40 мл 0,25 % раствора новокаина парацервикально в боковые части свода влагалища (перед введением новокаина делается проверка на его переносимость);

г) смазывание влагалищной части шейки матки и канала ее 2 % раствором дикаина.

5. *Техника выскабливания полости матки.* После дезинфекции наружных половых органов и влагалища обнажают влагалищными зеркалами шейку матки, переднюю и заднюю губу отверстия захватывают щипцами Мюзо, максимально оттягивают книзу для выпрямления оси матки. После этого в полость матки осторожно вводят зонд для ее измерения и определения направления канала шейки матки. Расширение канала шейки матки производят расширителями Хегара, которые вводят строго по номерам в возраста-

ющем порядке. Расширители вводят с некоторым усилием, которое тем больше, чем быстрее проводится расширение; при аборте до 12 недель беременности расширение достаточно доводить до 11,5—12-го номера расширителя. Как только достигнуто нужное расширение шейки матки, вводят кюретку, соответствующую ширине раскрытого канала шейки матки. Кюреткой разрушают плодное яйцо, отделяют его от стенки матки и удаляют из полости. При сроке беременности 9—12 недель для удаления элементов плодного яйца необходимо пользоваться абортцангом. Затем остатки яйца и децидуальная оболочка удаляются с помощью кюреток, для чего применяют сначала тупые, более крупные (№ 5—6), затем острые, меньших размеров (№ 1—2) кюретки. Каждый раз кюретка вводится в полость матки по ходу канала шейки до дна ее очень осторожно и медленно, а обратное движение делается смелее и более энергично. При этом соблюдается строгая последовательность выскабливания стенок матки, рога и края ее выскабливаются кюреткой наименьшего размера. К концу операции должен отчетливо слышаться характерный хрустящий звук кюретки на всех участках полости матки. Если на каком-либо участке матки этого звука не получается, кюретку меняют на меньшую, но более острую и выскабливание продолжают. При уверенности в чистоте матки выскабливание прекращают, инструменты удаляют, шейку матки смазывают 2 % спиртовым раствором йода.

27.2.

1. *Диагноз:* беременность сроком 8 недель. Краснуха. Подозрение на вирусную эмбриопатию.

2. Признаки у беременной Я., подтверждающие беременность сроком 8 недель: задержка менструации на 2 месяца, при влагалищном исследовании тело матки увеличено до размеров гусиного яйца, матка шаровидной формы, мягковатой консистенции, при осмотре с помощью влагалищных зеркал отмечается цианотичность слизистой оболочки шейки матки и влагалища.

3. Противопоказаниями к производству искусственного аборта являются срок беременности меньше 6 и больше 12 недель, срок после предшествовавшего аборта меньше 6 месяцев, острая и подострая гонорея и другие воспалительные процессы половых органов, наличие гнойных очагов независимо от места их локализации, острые инфекционные заболевания, СОЭ выше 15 мм/ч, чистота влагалища III—IV степени.

4. Вакуум-экскохлеацию проводят с помощью вакуум-аппарата, вакуумметра, банки-сборника, трубки и набора аспирационных наконечников — цилиндрических кюреток, представляющих собой канюлю-трубку, соединенную шлангом с банкой-сборником вакуум-аспиратора.

Стерилизации подвергаются наконечники, трубка, соединяющая их с банкой-сборником, и банка-сборник.

Техника операции. Наружные половые органы и влагалище обрабатывают 2 % спиртовым раствором йода. Введенным во влагалище ложкообразным зеркалом и подъемником обнажают шейку

матки, переднюю и заднюю губу отверстия матки захватывают пулевыми щипцами. Для расширения канала шейки матки используют расширители Хегара или электрический виброрасширитель. Расширение канала производят на 1—2 мм больше диаметра вводимого аспирационного наконечника. Затем наконечник вводят в полость матки и соединяют его с электроотсосом, предварительно убедившись, что аппарат создает вакуум (опасность воздушной эмболии). После этого в системе аппарата создают отрицательное давление, равное 40,5—81 кПа (0,4—0,8 атм). Во время аспирации боковое отверстие наконечника обращают к стенке матки и делают вращательные (не скользящие) движения от дна матки к перешейку ее. Для удаления отделившихся частей плодного яйца необходимо в процессе аспирации периодически выводить наконечник из шейки матки, чтобы засасываемый воздух способствовал продвижению по трубке частей плодного яйца. Процесс отсасывания определяется визуально по заполнению стеклянной банки-сборника. При беременности сроком до 9—10 недель все элементы плодного яйца свободно проходят через отверстие цилиндрического наконечника. Операция считается законченной, если содержимое полости матки больше не поступает, а рука оперирующего через наконечник ощущает стенки сократившейся матки.

5. Осложнения при аборте с помощью вакуум-асpirатора могут быть те же, что и при выскабливании полости матки кюретками (надрывы и разрывы шейки при ее расширении, кровотечении, задержка частей плодного яйца, перфорация матки), но они наблюдаются значительно реже.

Наиболее грозным осложнением при вакуум-эксхолеации может быть воздушная эмболия вследствие нагнетания воздуха в матку вместо отсасывания. Это может произойти в результате неисправности вакуум-аппарата. Чтобы убедиться в исправности его, необходимо перед введением кюретки-наконечника в полость матки включить аппарат и поднести к отверстию кусочек стерильной ваты. Если в трубке наблюдается эффект присасывания (ворсинки направляются внутрь трубки), аппарат работает исправно.

27.3.

1. *Диагноз:* беременность сроком 20 недель. Активная фаза ревматизма, эндокардит, комбинированный митральный порок сердца с преобладанием стеноза.

2. Диагноз подтверждают данные анамнеза (последняя менструация 20 недель назад, в детстве болела ангиной, с 16-летнего возраста состоит на диспансерном наблюдении в ревматологической кабине), объективных признаков исследования (со стороны сердца имеются выраженные признаки комбинированного митрального порока с преобладанием стеноза, матка на 2 поперечных пальца ниже пупка, увеличена до размеров 20-недельной беременности) и диагноз в справке-направлении в клинику.

3. В поздние сроки беременности методы прерывания беременности можно разделить на хирургические (влагалищное, малое, абдоминальное кесарево сечение) и методы, стимулирующие со-

кратительную функцию матки (экстра- или интраамниональное введение жидкостей и метрейриз) в сочетании с применением медикаментозного родовозбуждения (эстрогены, окситоцин, галаскорбин и пр.).

4. Метрейриз — прерывающая беременность операция, сущность которой заключается в том, что для механического возбуждения мускулатуры матки в ее полость вводят резиновый баллон конусовидной формы (метрейринтер), заполненный жидкостью. К отводной трубке через блок подвешивают небольшой груз массой 200—300 г, и, благодаря создаваемому раздражению, происходит постепенное расширение канала шейки матки.

Показания к метрейризу: поздний искусственный аборт по медицинским показаниям, краевое и боковое предлежание плаценты, преждевременное отхождение вод при поперечном положении плода, выпадение пуповины при небольшом открытии отверстия матки, первичная слабость родовых сил.

Условия: открытие отверстия на 2 пальца (при закрытом отверстии — расширение до 18—19-го номера расширителя Хегара), отсутствие признаков инфекции.

5. *Техника экстра- и интраамнионального введения жидкости.* За 4—5 дней до введения жидкости ежедневно внутримышечно вводят 20 000—30 000 ЕД эстрадиола дипропионата или синэстрола, в дни введения назначая внутрь по 1 г галаскорбина 3 раза в сутки.

Беременную укладывают на гинекологическое кресло. Канал шейки матки расширяют до 18—19-го номера расширителя Хегара и интраамнионально вводят резиновым катетером 20 % раствор натрия хлорида или экстраамнионально (между плодным пузырем и стенкой матки) — стерильную жидкость: раствор этакридина лактата (1 : 5000) или фурацилина (1 : 5000). Количество раствора вводят из расчета 150—200 мл на каждые 4 недели беременности. После введения раствора катетер удаляют и женщину переводят в палату.

Через 4—5 ч от момента введения раствора в матку начинают внутривенное капельное введение 10 ЕД окситоцина, растворенного в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида. Указанное количество окситоцина вводят в течение 3,5—4 ч вначале по 20 капель, затем по 35—40 капель в 1 мин. Плодоизгнание обычно наступает в течение 1—2 сут.

27.4.

1. *Диагноз:* пузырьный занос, сопровождающийся развитием двусторонних текалютеиновых кист яичников. Начавшееся изгнание заноса.

2. Диагноз пузырьного заноса подтверждается наличием признаков, характерных для нормальной беременности (аменорея, цианоз слизистой шейки матки и влагалища, увеличение матки), и возникновением признаков, характерных для пузырьного заноса (размеры матки соответствуют размерам 6-месячной беременности, т. е. превышают срок предполагаемой беременности (3 месяца — 12 недель), плод в матке не удается установить — части плода не определяются,

сердцебиение не выслушивается, шевелений плода женщина не ощущает), тугоэластической консистенцией матки, развитием двусторонних кист яичников и появлением симптомов раннего (рвота) и позднего (отеки) токсикоза беременных. Абсолютным признаком пузырного заноса является выделение из матки пузырьков заноса.

Появление кровянистых выделений из половых путей свидетельствует о начинавшемся изгнании заноса.

3. После установления диагноза пузырного заноса необходимо принять неотложные меры, направленные на удаление пузырного заноса из полости матки.

При отсутствии кровотечения создают гормональный фон с последующим медикаментозным родовозбуждением, в результате которого происходит самопроизвольное опорожнение полости матки от основной массы пузырного заноса. После этого производят осторожное выскабливание полости матки с помощью большой тупой кюретки.

При сильном кровотечении и достаточном раскрытии отверстия матки или после искусственного расширения канала шейки матки производят пальцевое опорожнение полости матки или вакуум-аспирацию ее содержимого.

Кесарево сечение при пузырном заносе производят сравнительно редко. Показаниями к нему являются: безуспешные консервативные способы родовозбуждения при больших размерах пузырного заноса, профузное кровотечение при неподготовленных родовых путях, внутреннее кровотечение при деструктивном росте пузырного заноса.

Во время кесарева сечения не следует одновременно удалять лютеиновые кисты, так как они обычно сами подвергаются обратному развитию в течение ближайших 2—4 недель. Родившийся или удаленный пузырный занос подвергают тщательному патогистологическому исследованию.

После опорожнения матки назначают средства, стимулирующие мускулатуру матки, антибиотики. В течение не менее 2 лет после удаления пузырного заноса за женщиной проводится систематическое наблюдение. Причем в течение первого года больной ежемесячно следует проводить гинекологический осмотр и определять содержание гонадотропных гормонов в моче.

4. *Показания* к пальцевому отделению и удалению пузырного заноса: неполный аборт в поздние сроки беременности, пузырный занос. *Условие:* раскрытие отверстия матки на 1—2 пальца.

Техника операции. При проведении операции необходимо соблюдать правила асептики и антисептики. Пальцами левой руки разводят половую щель, кисть правой руки вводят во влагалище, одним или двумя пальцами проникают за перешеек в полость матки. Левую руку переводят на стенку живота, обхватывают дно матки и стараются как бы надеть матку на находящиеся внутри нее пальцы. В таком положении наружная рука фиксирует матку, что дает возможность последовательно отделить от стенок матки пузырный занос или остатки плодного яйца и удалить их из полости матки. После этого, не вынимая пальцев из полости матки, еще раз пос-

ледовательно, внимательно и осторожно обходят пальцами все стенки, и, убедившись, что ощутимых пальцем остатков пузырного заноса нет, извлекают пальцы. Удаленную массу взвешивают и направляют на патогистологическое исследование.

5. При пузырном заносе самой предпочтительной операцией является вакуум-аспирация содержимого матки. Это наиболее эффективный и наименее опасный метод лечения. Вакуум-аспирация практически исключает опасность перфорации матки и дальнейшего распространения пузырного заноса по сосудам.

При отсутствии аппарата для вакуум-аспирации достаточно бережной считается операция пальцевого отделения и удаления пузырного заноса.

К ТЕМЕ 28

1. *Диагноз:* беременность сроком 12 недель. Самопроизвольный угрожающий аборт. Истмико-цервикальная недостаточность.

2. Беременность сроком 12 недель устанавливается по данным женской консультации, уточняется при влагалищном исследовании (матка увеличена до размеров 12-недельной беременности).

Самопроизвольность аборта устанавливается на основании наблюдения и обследования женщины в женской консультации и желания беременной иметь ребенка.

Угрожающая стадия аборта определяется при влагалищном исследовании: отверстие матки закрыто, величина матки соответствует сроку беременности, матка возбудима, но схваткообразных болей нет, незначительные кровянистые выделения.

Диагноз истмико-цервикальной недостаточности устанавливается на основании совокупности предположительных признаков. Наиболее постоянным признаком недостаточности являются повторные выкидыши и безуспешность консервативных методов лечения начавшегося аборта, что наблюдается у беременной Ф. Важным клиническим признаком шеечной несостоятельности является патологическое расширение канала шейки, что было установлено при влагалищном исследовании: при закрытом отверстии шейка матки несколько укорочена, что указывает на расширение перешейка. Не менее характерным является наличие слабой боли внизу живота, которая не имеет схваткообразного характера.

Кроме того, в акушерском анамнезе указано, что первые роды были осложнены разрывом шейки матки, и хотя внешних изменений на влагалищной части шейки нет (шейка цилиндрической формы, чистая), но три последующие беременности закончились выкидышами, несмотря на то, что причин для преждевременного прерывания беременности не обнаружено: кровь резус-положительная, хронических инфекций (токсоплазмоз, листериоз, бруцеллез, сифилис) не установлено.

Таким образом, не без оснований у беременной Ф. можно поставить диагноз истмико-цервикальной недостаточности.

3. Женщины, страдающие повторными выкидышами с подозре-

нием на истмико-цервикальную недостаточность, должны обязательно обследоваться вне беременности с помощью гистерографии. В норме у женщин в первой фазе менструального цикла истмико-цервикальный отдел матки бывает несколько расширен, во второй — сужен. У женщин с несостоятельностью шейки матки перешеек может быть расширен как в первую, так и во вторую фазу менструального цикла. В некоторых случаях тело матки может подвергаться нейрогуморальным воздействиям, в результате которых во второй фазе менструального цикла может сохраняться расширение истмико-цервикального отдела матки. Для исключения этого воздействия в следующем менструальном цикле производят повторную гистерографию после предварительного введения больной в течение 5—6 дней 60—80 мг прогестерона. Если у женщины наблюдается функциональная недостаточность, перешеек под влиянием прогестерона суживается, при наличии истмико-цервикальной недостаточности перешеек останется расширенным. Проведение такого исследования позволяет правильно установить диагноз истмико-цервикальной недостаточности.

4. Перед операцией по поводу истмико-цервикальной недостаточности проводится специальная подготовка: беременным в течение 5—6 дней вводят аллилэстренол (туринол); оксипрогестерона капронат, магния сульфат, токоферола ацетат, или фенотерол (при больших сроках беременности), тропацин. За 2 дня до операции проводится промывание влагалища раствором фурацилина. Операцию проводят под общим ингаляционным или внутривенным обезболиванием в срок от 12 до 36 недели беременности.

5. При угрожающем и начинающемся аборте, обусловленном истмико-цервикальной недостаточностью, проводят хирургическое лечение — операции, способствующие сужению или временному закрытию канала шейки матки. *Операция Широждкара* состоит в наложении кругового кетгутного шва в области перешейка матки. Шов сдвоенным шелком № 6 проводят под слизистую оболочку влагалища на границе перехода шейки матки в свод влагалища (на уровне перешейка).

Операция Любимовой — наложение кругового шва (кольца) из медной проволоки в полиэтиленовом чехле на влагалищную часть шейки матки на уровне перешейка. Кольцо удерживается отдельными фиксирующими швами.

Операция Сценди — удаление слизистой оболочки канала шейки матки вокруг зияющего отверстия матки и сшивание между собой передней и задней губы отверстия матки. При этом отверстие матки полностью зашивают кетгутowymi или шелковыми швами, вследствие чего образуется рубец, легко разрушающийся во время родов.

Операции должны проводиться под общим ингаляционным наркозом или инфильтрационной анестезией с последующим введением в течение 2—5 дней 10—20 мг прогестерона.

После операции применяют обычные меры сохранения беременности (постельный режим, тропацин, свечи с папаверина гидрохлоридом, спазмолитики, токоферола ацетат, аллилэстренол и пр.).

29.1.

1. *Диагноз:* беременность сроком 40 недель. Срочные роды, второй период. Запоздалый разрыв плодного пузыря.

2. *Диагноз* запоздалого разрыва плодного пузыря устанавливается на основании того, что у роженицы А. 1,5 ч назад начались потуги, при влагалищном исследовании определено полное раскрытие отверстия матки, целый плодный пузырь, показывающийся из половой щели и напрягающийся во время потуг.

3. В связи с тем, что сохраняющийся после полного раскрытия отверстия матки плодный пузырь затягивает роды, а также способствует круговому отрыву плодных оболочек и рождению ребенка в оболочках («в сорочке»), препятствующих доступу воздуха и вызывающих асфиксию или гибель новорожденного, необходимо немедленно произвести искусственный разрыв оболочек плодного пузыря.

4. *Показания* к искусственному разрыву оболочек плодного пузыря: а) запоздалый разрыв плодного пузыря; б) плоский плодный пузырь; в) неполное предлежание плаценты; г) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; д) многоводие; е) задержка рождения второго плода при многоплодии; ж) преэклампсия, тяжелая степень нефропатии.

5. *Техника искусственного разрыва плодного пузыря.* При напряженном плодном пузыре достаточно нажать пальцем, чтобы пузырь порвался. При плотных оболочках или плоском плодном пузыре последний разрывают браншей пулевых щипцов или корнцангом. Инструмент осторожно вводят во влагалище по пальцу другой руки и под контролем пальца пузырь разрывают.

При многоводии пузырь следует разрывать не в центре, а возможно выше и сбоку, чтобы предупредить слишком быстрое вытекание околоплодных вод с мелкими частями (пуповиной). Руку из влагалища не следует извлекать сразу после вскрытия оболочек плодного пузыря.

29.2.

1. *Диагноз:* первородящая старшего возраста (35 лет). Срочные роды, первый период (16 ч). Ригидность отверстия матки. Раннее отхождение вод, безводный промежуток — 1 ч.

2. Ригидность шейки матки часто наблюдается у старых первородящих (роженице С. 35 лет). При ригидности заторможено раскрытие отверстия матки — за 16 ч раскрытие отверстия только на 2,5 пальца, замедлено течение родов. При влагалищном исследовании обнаружена плотность, неподатливость краев отверстия матки.

Раннее отхождение вод, безводный промежуток 1 ч установлены на основании разрыва плодных оболочек, возникшего при раскрытии отверстия на 2,5 пальца, т. е. до полного раскрытия шейки матки; длительность безводного промежутка выяснена из анамнеза (по дороге, за час до поступления в клинику).

3. В борьбе с ригидностью шейки (дистоцией), при отсутствии

эффекта от фармакологических средств (атропина сульфата), приходится применять механическое растяжение шейки пальцами. Если попытка 1—2-кратного пальцевого расширения отверстия окажется неэффективной, его рассекают и проводят стимуляцию родовой деятельности.

4. *Показания* к пальцевому расширению отверстия матки: ригидность шейки и необходимость ускорить роды.

Условия: полное сглаживание шейки матки и открытие отверстия не менее чем на 2 пальца.

Техника операции. Во влагалище вводят всю кисть, а двумя пальцами (указательным и средним) входят в отверстие матки. Введенными пальцами постепенно и осторожно раздвигают края отверстия в различных направлениях и по мере их растяжения вводят третий, а затем и четвертый пальцы и осторожно продолжают расширять шейку до полного раскрытия. Эта операция тяжела из-за наступления быстрого утомления пальцев; при длительных перерывах для отдыха растянутое отверстие нередко снова суживается до исходного состояния.

5. *Показания* к рассечению краев отверстия матки: ригидность шейки матки при отсутствии эффекта от лекарственной терапии и пальцевого расширения отверстия при необходимости быстрого родоразрешения. Иногда эту операцию применяют как подготовительный этап перед другими операциями.

Условия: полное сглаживание канала шейки матки.

Техника. Отверстие матки обнажают влагалищными зеркалами, края его фиксируют пулевыми щипцами. Тупоконечными изогнутыми ножницами под контролем зрения делают 2 или 4 насечки краев отверстия, глубиной не более 1 см в направлении правого и левого косых размеров.

29.3.

1. *Диагноз:* срочные роды, первый период. Неполное (боковое) предлежание плаценты. Отягощенный акушерский анамнез.

2. *Диагноз* предлежания плаценты установлен на основании наличия основного признака предлежания плаценты — кровотечения из половых органов, начавшегося внезапно в начале первого периода родов, а также вследствие высокого стояния предлежащей головы плода.

Вид предлежания — неполное (боковое) предлежание — подтвержден при влагалищном исследовании: при открытии отверстия матки на 2,5 пальца рядом с плодным пузырем справа определяется шероховатая мягкая губчатая ткань плаценты, занимающая почти половину окружности перешейка матки.

Диагноз отягощенного акушерского анамнеза поставлен на основании патологических отклонений в детородной функции роженицы Т.: вторая и третья беременности закончились искусственным абортom, четвертая — самопроизвольным абортom.

3. При сложившейся у роженицы Т. акушерской ситуации (неполное (боковое) предлежание плаценты, отсутствие угрожающего жизни кровотечения, удовлетворительное состояние роженицы

(АД стабильно 15,9/10,7 кПа, пульс 1,27 Гц, нормальная емкость газа) после вскрытия плодного пузыря без промедления необходимо наложить кожно-головные щипцы Иванова — Гаусса или произвести метрейризм.

Эти операции выполняют для остановки кровотечения (голова с наложенными на ее кожу щипцами или наполненный метрейринтер с подвешенным к ним грузом придавливают отслоившуюся часть плаценты к нижнему сегменту матки и тампонируют вскрывшиеся при отслойке плаценты кровеносные сосуды) и ускорения родов (постоянное влечение за голову или метрейринтер вызывает расширение отверстия матки и усиливает родовую деятельность).

4. Возможные осложнения при метрейризе: восходящая инфекция, разрыв шейки матки и нижнего сегмента ее, особенно при насильственном проведении метрейринтера (при грузе, превышающем 200 г) через недостаточно раскрытый канал шейки при предлежании плаценты. Эти же осложнения могут наблюдаться при наложении кожно-головных щипцов Иванова — Гаусса. Кроме того, при кожно-головных щипцах длительная тракция за голову неблагоприятно отражается на состоянии плода (мертворождаемость, по Я. И. Русину, 7,4 ‰).

5. *Техника наложения кожно-головных щипцов Иванова — Гаусса.* После обнажения шейки матки широкими влажными зеркалами под контролем зрения на предлежащий участок головы плода накладывают усовершенствованные кожно-головные щипцы, а при их отсутствии применяют обычные двузубцовые щипцы Мюзо. При наложении щипцов на подвижную голову помощник должен фиксировать ее со стороны живота, а оператор — накладывать щипцы под контролем введенных во влагалище пальцев. После захвата кожи головы щипцами необходимо тщательно проверить место расположения щипцов и достаточность захвата. К рукоятке щипцов подвешивают груз массой 150—200 г, перекинутый через блок. Максимальная продолжительность нахождения щипцов на голове плода не должна превышать 6—8 ч.

29.4.

1. *Диагноз:* срочные роды, второй период. Угроза разрыва промежности.

2. Клинические симптомы, подтверждающие диагноз угрозы разрыва промежности, выявляются при осмотре промежности во время потуги: промежность куполообразно выпячивается, становится цианотичной и отечной, кожа на вершине потуги — блестящей и бледной.

3. При угрожающем разрыве промежности попытки консервативного предупреждения разрыва оказались безуспешными. Поэтому необходимо экстренно произвести разрез промежности, чтобы предупредить обширность разрыва и переход его на нижний отдел прямой кишки. Кроме того, гладкие края резаной раны после наложения швов заживают значительно лучше, чем неровные края рваной.

4. *Показания* к рассечению промежности (перинео- и эпизиотомия): угроза разрыва промежности и гипоксия плода.

Условия: предлежащая голова плода расположена на тазовом дне или прорезывается.

Техника операции. После обработки кожи промежности 2 % спиртовым раствором йода одну браншу тупоконечных ножниц вводят между головой и задней спайкой губ и рассекают промежность. Разрез промежности, произведенный по срединному шву, называют перинеотомией, разрез, произведенный сбоку, отступив на 2—3 см от задней спайки по направлению к седалищному бугру, — эпизиотомией. Длина разреза не должна превышать 2—3 см. После родов разрез промежности зашивают. Для лучшей ориентировки на верхний угол раны, находящийся на стенке влагалища, накладывают один кетгутовый шов и за концы ниток оттягивают его кверху. После этого на края раны, на месте перехода слизистой оболочки влагалища в кожу промежности, накладывают 2 зажима, с их помощью рану раскрывают, просушивают тампонами и зашивают. Вначале накладывают кетгутовые швы на слизистую оболочку влагалища, затем — шелковые швы на кожу промежности. Расстояние между швами должно составлять 1 см, иглу при каждом шве проводят под всей раневой поверхностью, чтобы предупредить образование щелей, в которых скапливается кровь, мешающая заживлению. При завязывании узлов края раны должны вплотную прилегать один к другому.

5. Главным требованием послеоперационного ухода при перинео- и эпизиотомии является гигиена поверхности швов. На рану в течение первых 3—4 дней накладывают стерильную марлевую салфетку, которую меняют через каждые 3—4 ч (допускается открытый метод ухода за швами). При туалете родильницы область швов не обмывают, их только осторожно обсушивают стерильным тампоном. После каждого мочеиспускания и акта дефекации производят дополнительный туалет наружных половых органов с обработкой швов 70 % этиловым спиртом или раствором калия перманганата (1:500). Чтобы задержать стул, назначают внутрь по 8—10 капель настойки йода 2 раза в день до 5—6-го дня. На 6-й день дают 50—60 мл касторового масла, при отсутствии эффекта можно поставить масляную клизму.

Питание: сладкий чай, кисель, бульон, творог, молоко и другие легкоусвояемые продукты, после 5—6-х суток назначают общий стол.

Шелковые швы с кожи промежности снимают на 5—6-е сутки. Вставать родильнице разрешают на следующий день после снятия швов, сидеть — на 10—12-е сутки.

30.1.

1. *Диагноз:* беременность сроком 38 недель. Поперечное положение плода, вторая позиция.

2. *Диагноз поперечного положения плода* установлен на основании данных наружного акушерского и влагалищного исследования: низкое стояние дна матки (29 см) при большой окружности живота (109 см), вытянутая в поперечном направлении форма матки, широкое, плоское дно матки, голова и тазовый конец плода располагаются в боковых отделах матки, отсутствие предлежащей части над входом в малый таз, наиболее отчетливое выслушивание сердцебиения плода на уровне пупка. Вторая позиция поперечного положения определена по голове плода, расположенной справа.

3. Для исправления поперечного положения плода в последние годы рекомендуется корригирующая гимнастика по методу Н. Н. Грищенко, А. Е. Шулешовой и Н. Ф. Дикань. Для этого беременной рекомендуют, лежа на жесткой кушетке поворачиваться попеременно на правый и левый бок и лежать на каждом из них по 10 мин. Процедура продолжается 60 мин. Такие занятия проводятся 3 раза в день в течение 10 дней. После поворота рекомендуется лежать на том боку, где находится крупная нижележащая часть (голова или ягодицы). Например, если голова находится в левой паховой области, беременной рекомендуют спать на левом боку и т. д.

4. Тактика ведения беременности и родов при поперечном положении плода: а) гимнастические упражнения по Грищенко, Шулешовой и Дикань, начиная с 36-недельного срока беременности; б) если положение плода не исправится, попытаться осуществить поворот плода из поперечного положения в продольное наружными приемами; в) при безуспешности наружного поворота плода и начале родовой деятельности для возможно дольшего сохранения целостности плодного пузыря назначают строгий постельный режим (запрещают вставать), мочеиспускание и дефекацию проводить в положении лежа, тактика выжидательная; г) при раннем излитии околоплодных вод и неполном раскрытии шейки матки производят метрейриз и кольпейриз, а при полном раскрытии — классический поворот на ножку с последующей экстракцией плода; д) при сочетании поперечного положения плода с другой патологией (узкий таз, сердечно-сосудистая недостаточность и пр.) вскоре после начала родовой деятельности производят кесарево сечение.

5. *Техника операции наружного поворота при поперечном положении плода.* Наружный поворот производят после 35—36-недельного срока беременности.

Условия: хорошая подвижность плода, податливость стенки живота, нормальные размеры таза, нормальное состояние матери и плода. Перед проведением операции проводят подготовку — беременной опорожняют мочевой пузырь, вводят 1 мл 1 % раствора

морфина гидрохлорида, укладывают на жесткую кушетку и предлагают согнуть ноги. Врач садится справа, одну руку кладет на голову, другую — на тазовый конец плода. Осторожными неторопливыми движениями голову плода смещает ко входу в малый таз, а тазовый конец — ко дну матки.

После окончания поворота для предупреждения возможного возврата плода в поперечное положение вдоль спины и мелких частей плода укладывают два валика из туго скатанных простыней и прибинтовывают их, фиксируя таким образом плод в продольном направлении.

30.2.

1. *Диагноз*: срочные роды, первый период. Поперечное положение плода, первая позиция.

2. На поперечное положение плода указывает круглая форма живота, большая его окружность (110 см), низкое стояние дна матки (30 см), отсутствие предлежащей части над лобком, выявление при пальпации крупной плотной баллотирующей части плода (головы) слева, выше гребня подвздошной кости, и более мягкой крупной части плода (ягодиц) справа, также выше гребня подвздошной кости. Сердцебиение плода выслушивается слева на уровне пупка. При влагалищном исследовании над входом в малый таз крупные части плода (голова или тазовый конец) не определяются. Первая позиция поперечного положения плода подтверждается расположением головы: крупная плотная баллотирующая часть плода (голова) определяется слева, выше гребня подвздошной кости.

3. При отсутствии своевременной и рациональной помощи роженице с поперечным положением плода грозит разрыв матки, а плод, как правило, погибает от внутриутробной асфиксии.

В родах могут возникнуть следующие осложнения: несвоевременное излитие околоплодных вод в связи с отсутствием пояса соприкосновения, при раннем излитии вод может произойти выпадение мелких частей плода и пуповины, которое влечет за собой гибель плода и способствует проникновению инфекции в полость матки (эндометрит).

После излития вод стенки матки плотно охватывают плод, нарушается маточно-плацентарное кровообращение, что вызывает внутриутробную гипоксию плода. Кроме того, близлежащее ко входу в малый таз плечо вколачивается во вход в малый таз, стенки матки плотно охватывают плод, ограничивая его подвижность, возникает грозное осложнение — запущенное поперечное положение плода. При отсутствии своевременной квалифицированной помощи — разрыв матки.

4. *Показания* к классическому акушерскому повороту плода на ножку: поперечное положение плода, неблагоприятные предлежащие и вставление головы (лобное предлежание, задний вид лицевого предлежания, задний асинклитизм), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, выпадение пуповины и мелких частей плода при головном предлежании.

Условия: полное раскрытие отверстия матки, достаточная подвижность плода (целый плодный пузырь или воды только что отошли), соответствие между размерами плода и таза, живой плод.

5. *Техника классического акушерского поворота плода на ножку.* Перед операцией предварительно производят повторное наружное акушерское и влагалищное исследование для уточнения положения, позиции, степени подвижности плода и раскрытия отверстия матки. Операция складывается из следующих моментов: введение руки, отыскивание ножки, захватывание ножки, собственно поворот.

Введение руки. В полость матки чаще вводят ту руку, которой легче работать. М. С. Малиновский рекомендует вводить руку, соответствующую тазовому концу плода (при первой позиции — левую, при второй — правую). Тщательно обработав наружные половые органы роженицы и подготовив свои руки, как для хирургической операции, в промежутке между схватками наружной рукой раздвигают половую щель, руку, выбранную для поворота (внутреннюю), складывают конусом, вводят во влагалище и продвигают к отверстию матки. При этом тыл кисти должен быть обращен в сторону крестца. После введения руки во влагалище другую (наружную) руку переносят на дно матки. Затем, если воды целы, разрывают плодный пузырь и внутреннюю руку вводят в полость матки.

Отыскивание ножки. При повороте из поперечного положения для выбора ножки плода руководствуются видом его: при переднем виде захватывают нижележащую ножку, при заднем — вышележащую. Чтобы отыскать ножку, нащупывают бок плода, скользят по нему рукой от подмышечной ямки к тазовому концу и далее по бедру до голени и стопы. При этом наружной рукой тазовый конец плода подталкивают книзу, навстречу внутренней руке.

Захватывание ножки можно производить двумя способами. При первом способе голень захватывают всей рукой: четырьмя пальцами обхватывают голень спереди, большой палец располагают сзади вдоль икроножной мышцы, причем конец его достигает подколенной ямки. При втором способе указательным и средним пальцами ножку захватывают в области лодыжек, а большой палец поддерживает стопу.

Собственно поворот. Захватив ножку, наружную руку переводят с тазового конца на голову плода и осторожно отодвигают ее кверху ко дну матки. В это время внутренней рукой ножку оттягивают вниз и через влагалище выводят наружу. Поворот считают законченным, если ножка выведена из половой щели до подколенной ямки.

30.3.

1. *Диагноз:* беременность сроком 36 недель. Преждевременные роды, первый период. Поперечное положение плода. Раннее отхождение вод. Отягощенный акушерский анамнез.

2. Поперечное положение плода установлено на основании сле-

дующих данных: живот неправильной формы, вытянут в поперечном направлении, при пальпации живота в боковых отделах матки определяются крупные части плода — голова слева, ягодицы справа, предлежащей части над входом в малый таз нет, сердцебиение плода выслушивается на уровне пупка слева.

Диагноз раннего отхождения вод поставлен на основании излития околоплодных вод в первом периоде родов до полного раскрытия отверстия матки.

Акушерский анамнез отягощен тем, что 4—5-я и 6-я беременности были прерваны искусственно, а седьмая закончилась самопроизвольным выкидышем на четвертом месяце беременности с последующим выскабливанием полости матки.

3. *Тактика ведения родов.* При поперечном положении плода очень редко наступает самоповорот плода в продольное положение, поэтому родоразрешают оперативно. При раннем излитии околоплодных вод и неполном раскрытии отверстия матки можно произвести операцию Брекстона Гикса, метрейриз и при полном раскрытии отверстия матки — классический акушерский поворот плода на ножку с последующей его экстракцией. Кроме того, показано кесарево сечение как операция, гарантирующая рождение живого плода.

В данном случае, учитывая недоношенность беременности, удовлетворительное состояние матери и плода, небольшой срок с момента отхождения вод (хорошая подвижность плода), неполное раскрытие отверстия матки (2 пальца) и отсутствие показаний к немедленному родоразрешению, можно произвести внутренний несвоевременный акушерский поворот плода на ножку (операцию Брекстона Гикса).

4. *Показания к операции Брекстона Гикса:* а) неполное предлежание плаценты — после поворота оттянутый книзу тазовый конец плода прижимает предлежащую плаценту к стенке таза и способствует остановке кровотечения; б) поперечное (косое) положение плода при раннем отхождении вод и недоношенном (особенно мертвом) плоде.

Условия: а) раскрытие отверстия не менее чем на 2 пальца; б) достаточная подвижность плода (воды целы или недавно отошли); в) клиническое соответствие размеров плода и таза женщины; г) отсутствие показаний к немедленному родоразрешению.

5. *Техника операции Брекстона Гикса.* Операцию производят под общим наркозом. После тщательной асептической обработки наружных половых органов и рук врача вводят всю кисть внутренней руки во влагалище, а два пальца (указательный и средний) — через отверстие в полость матки и разрывают плодный пузырь. Наружную руку переносят на дно матки, смещают тазовый конец плода по направлению к введенным в матку пальцам. Двумя пальцами внутренней руки нащупывают и захватывают ножку плода за голень над стопой в области лодыжек. После этого наружную руку переносят на голову плода и отталкивают ее вверх ко дну матки. В это время внутренней рукой оттягивают ножку книзу, выво-

дят ее через отверстие во влагалище и наружу. Окончание поворота определяют по появлению колена плода из половой щели. К ножке подшивают груз массой 200—400 г (при предлежании плаценты груз противопоказан). Извлечение плода после операции Брекстона Гикса противопоказано!

К ТЕМЕ 31

31.1.

1. *Диагноз:* срочные роды, начало второго периода. Чистое ягодичное предлежание. Выпадение пуповины. Начавшаяся гипоксия плода.

2. Клинические признаки у роженицы Р., подтверждающие чистое ягодичное предлежание: в области дна матки посредине определяется голова плода, над входом в малый таз прощупывается тазовый конец плода, сердцебиение плода лучше всего прослушивается чуть выше пупка слева, при влагалищном исследовании над входом в малый таз определяются ягодичи, а ножки не достигаются. Выпадение пуповины выявлено при влагалищном исследовании — впереди ягодиц определяется петля пульсирующей пуповины, длиной около 20 см. Начавшаяся гипоксия плода установлена на основании учащенного сердцебиения плода и несколько приглушенных тонов сердца.

3. Для спасения жизни плода (выпадение пуповины, начавшаяся гипоксия плода) показано немедленное родоразрешение методом экстракции плода за тазовый конец.

4. *Показания* к извлечению плода за тазовый конец: а) тяжелые заболевания роженицы (болезни сердца, эклампсия и пр.); б) после классического акушерского поворота плода на ножку; в) начавшаяся гипоксия плода; г) акушерские ситуации, при которых необходимо быстро закончить роды (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, выпадение пуповины и пр.).

Условия: а) полное раскрытие отверстия матки; б) соответствие между размерами плода и таза матери; в) живой плод; г) вскрытие плодного пузыря.

5. *Техника извлечения плода* за паховый сгиб. Эта операция проводится при чистом ягодичном предлежании. Перед операцией роженице вводят вещества, расслабляющие мышцы промежности (атропина сульфат, но-шпа или новокаин с лидазой), и применяют эпизио- или перинеотомию.

Извлечение начинают одним указательным пальцем, который сгибают, как крючок, и вводят в передний паховый сгиб плода, а большой палец располагают на крестце. Поскольку производить тракцию очень трудно, врач второй рукой захватывает лучезапястный сустав первой руки, а помощник надавливает на дно матки. Извлечение производят во время потуги.

Захватив таким образом тазовый конец плода, переднюю ягодицу тянут вниз до тех пор, пока под нижним краем симфиза зафиксирована область подвздошной кости. Тракциями вверх высвобождают заднюю ягодицу. После этого в задний паховый сгиб вводят крючкообразно согнутый указательный палец другой руки и производят извлечение плода до нижнего угла лопаток. Ножки выпадают сами. Освобождение ручек и головы производят также, как при ручном пособии.

31.2.

1. *Диагноз*: срочные роды, второй период. Ревматизм. Недостаточность митрального клапана.

2. Диагноз ревматизма установлен на основании анамнеза: в 16-летнем возрасте перенесла атаку суставного ревматизма, после чего состояла под наблюдением в ревматологическом кабинете.

О наличии недостаточности митрального клапана свидетельствует расширение границ сердца влево и вверх, ослабление I тона над верхушкой, дующий систолический шум и акцент II тона над легочным стволом.

3. Принимая во внимание, что у роженицы И., страдающей заболеванием сердца, наблюдается клиническое соответствие между размерами плода и таза (ориентировочная масса плода 3000 г, размеры таза нормальные, первая беременность закончилась нормальными срочными родами), оптимальным методом является родоразрешение через естественные родовые пути.

В родах необходимо проводить эффективную кардиальную терапию, потуги выключить наложением акушерских щипцов.

4. *Показания* к наложению акушерских щипцов: со стороны плода — внутриутробная гипоксия, со стороны матери — вторичная слабость родовых сил при отсутствии продвижения головы плода в течение 2—3 ч, тяжелые заболевания сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем, эклампсия.

Условия: полное раскрытие шейки матки, отсутствие плодного пузыря, голова в полости или в выходе из малого таза, клиническое соответствие между размерами головы плода и таза (голова средних размеров, нормальные размеры таза), живой плод.

5. *Техника наложения выходных, или типичных, акушерских щипцов* состоит из 5 моментов.

Введение ложек щипцов во влагалище и расположение их на голове плода. Сначала вводят левую ложку: рукоятку левой ложки захватывают левой рукой, как пишущее перо, и без грубого насилия вводят в левую половину таза женщины, продвигая ее по боковой стенке таза. При этом вогнутая часть ложки должна быть обращена к поверхности головы, плотно прилегая к ней. Затем аналогичным образом вводят захваченную правой рукой правую ложку в правую половину таза.

Замыкание щипцов. Рукоятку каждой ложки захватывают одноименной рукой, сближают замковые части и замыкают так, что внутренние поверхности рукояток вплотную прилегают между собой.

Пробная тракция. Правой рукой захватывают рукоятки щипцов, кисть левой руки располагают сверху правой, концом вытянутого указательного пальца левой руки касаются головы плода и производят потягивание. Если голова продвигается и не отстает от указательного пальца, щипцы наложены правильно, если она отстает или щипцы соскальзывают, щипцы наложены неправильно.

Собственно извлечение головы. Правая рука остается на щипцах, а левой захватывают концы рукояток снизу. Извлечение совершают отдельными тракциями, которые, подобно схваткам, должны нарастать в своей силе, затем постепенно ослабевать. Тракцию производят горизонтально на себя, а после появления над промежностью затылка плода оператор становится сбоку от роженицы, захватив рукоятки щипцов одной рукой и производит тракцию вверх, другой рукой защищая промежность до рождения головы.

Снятие щипцов. После рождения головы плода щипцы снимают в обратном порядке — сначала правую, а затем левую ложку, рукоятки снимаемых щипцов направляют к противоположному бедру матери.

31.3.

1. **Диагноз:** срочные роды. Вторичная слабость родовых сил, затянувшийся второй период родов.

2. Вторичная слабость родовых сил и затянувшийся второй период родов установлены на основании выписки из истории родов, указывающей, что первые 10 ч родовая деятельность развивалась хорошо, а после своевременного отхождения вод 6 ч назад схватки прекратились. Проведенное внутривенное капельное введение окситоцина вызвало слабые потуги, но, несмотря на применение бинта Вербова и старательные потуги роженицы, сила потуг осталась очень слабой, продвижения головы не отмечается в течение последних 5—6 ч.

3. Роженице с выраженной слабостью потуг, не усилившихся от внутривенного капельного введения окситоцина и применения бинта Вербова, необходимо закончить роды наложением акушерских щипцов или извлечением плода с помощью вакуум-экстрактора.

4. **Показания** к вакуум-экстракции плода: заболевания матери, требующие сокращения или исключения потуг (заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, тяжелый токсикоз беременных), слабость родовой деятельности (затянувшийся второй период родов свыше 2 ч у повторнородящих и 3—4 ч у первородящих), слабость родовой деятельности в сочетании с эндометритом; со стороны плода начинающаяся внутриутробная гипоксия, выпадение пуповины.

Условия: полное или почти полное открытие отверстия матки, отсутствие плодного пузыря, клиническое соответствие размеров плода и таза матери.

5. **Техника вакуум-экстракции плода:** а) тщательная проверка герметичности аппарата; б) выбор места наложения чашечки вакуум-экстрактора (ближе к проводной точке), избегая швов и род-

ничков; в) медленное, в течение 3—10 мин, создание вакуума до 73,3—80 кПа (550—600 мм рт. ст.); г) содружественная работа обеих рук во время тракции: левая рука предупреждает отрыв колпачка от головы плода, правая производит влекущие тракции; д) тракции перпендикулярно плоскости колпачка и соответственно проводной оси таза в зависимости от высоты стояния головы. При этом недопустимы косые тракции, приводящие к соскальзыванию чашечки вакуум-экстрактора и травме головы плода.

31.4.

1. *Диагноз:* беременность сроком 38 недель. Головное предлежание. Неактивная фаза ревматизма, комбинированный митральный порок сердца с преобладанием стеноза (II степень по Бакулеву), недостаточность кровообращения I стадии. Раннее излитие околоплодных вод.

2. В первом периоде родов с началом родовой деятельности необходимы максимальное обезболивание, кардиальная терапия, профилактика угрожающей внутриутробной гипоксии плода, спазмолитики. Учитывая одышку при физической нагрузке, экстрасистолию, недостаточность кровообращения I стадии на фоне преобладания стеноза II степени по Бакулеву, период потуг необходимо исключить наложением выходных акушерских щипцов. С началом потуг следует ввести 20 мл 40 % раствора глюкозы, 0,5 мл 0,06 % раствора коргликона, применить оксигенотерапию. Акушерские щипцы накладывают под пудендальной анестезией в сочетании с вдыханием закиси азота или внутривенным введением пропанидида. Третий период родов вести как угрожающий по кровотечению.

Роды начались 17.02, в 21 ч, осложнились ранним излитием околоплодных вод. С началом родовой деятельности были введены глюкоза с коргликоном, но-шпа, промедол, 20 000 ЕД фолликулина на эфире внутримышечно, назначены ингаляции кислорода. Через 2,5 ч для обезболивания введена свеча Скробанского. Родовая деятельность развивалась хорошо. Субъективно состояние оставалось удовлетворительным, небольшая одышка, частота дыхательных движений 24 в 1 мин, пульс — 1,67 Гц (100 в 1 мин), аритмичный.

Через 5 ч от начала родовой деятельности голова плода находилась в полости малого таза, сердцебиение плода ритмичное, частота 2,29 Гц (136 уд./мин). Внутривенно введена глюкоза с коргликоном. В 2 ч 15 мин появились потуги, сердцебиение плода ясное, ритмичное, частота 2,29 Гц. При влагиальном исследовании установлено: голова плода на тазовом дне, малый родничок — над лобком, стреловидный шов — в прямом размере выхода из таза, раскрытие шейки матки полное.

3. Согласно намеченному плану, роды закончить наложением выходных акушерских щипцов.

Показания: комбинированный митральный порок сердца с преобладанием стеноза II степени по Бакулеву.

Условие: полное открытие отверстия матки, голова плода на тазовом дне, стреловидный шов — в прямом размере выхода из

малого таза, соответствие размеров плода и таза матери, отсутствие плодного пузыря, живой плод.

Обезболивание: 1) внутривенное введение 500 мг пропанидида (сомбревина); 2) пудендальная анестезия 0,25 % раствором новокаина по 100 мл с каждой стороны.

Техника наложения выходных акушерских щипцов. Производят катетеризацию мочевого пузыря, после чего вводят левую ложку, левой рукой в левую половину таза под контролем 4 пальцев правой руки. Правую ложку вводят правой рукой в правую половину таза под контролем левой руки. Ложки сомкнуты, замок закрыт. Пробная тракция — положительная. Ложки введены так, что верхушка их обращена кпереди, расположены на голове плода биариетально, проводная точка находится в плоскости щипцов, т. е. щипцы наложены на поперечный размер головы в поперечном размере выхода из таза. Тракциями на себя и кверху голову плода выводят по Цовьянову. Плод мужского пола, масса 3500 г, 7 баллов по шкале Апгар. В пупочную вену введено по 10 мл 4 % раствора натрия гидрокарбоната, 20 % раствора глюкозы, 0,5 мл аналептической смеси.

После родов произведено ручное отделение плаценты и выделение последа под общим обезболиванием. Родовые пути целы. Кровопотеря составила 250 мл.

31.5.

1. **Диагноз:** срочные роды, первый период. Полное предлежание плаценты. Острая геморрагическая анемия.

2. Диагноз предлежания плаценты подтверждается наличием у роженицы Р. в конце беременности и в первом периоде родов повторных безболезненных кровотечений из половых органов при отсутствии каких-либо патологических изменений со стороны слизистой оболочки влагалища и шейки матки. Диагноз полного предлежания плаценты установлен при влагалищном исследовании: при раскрытии отверстия матки на 2,5 поперечных пальца на всей площади, доступной исследованию, пальпируется подушкообразная мягкая губчатая ткань; оболочки плодного яйца не определяются.

Острая геморрагическая анемия установлена на основании кровопотери, составившей за 2 ч 850 мл, выраженной бледности кожи, обильного пота на лице, вялости, безучастности, АД, равного 12/7,3 кПа, пульса, равного 14,7 Гц.

3. Учитывая, что у роженицы Р. имеется полное предлежание плаценты, массивное кровотечение (850 мл), сопровождающееся явлениями острой анемии, единственным методом терапии является немедленное родоразрешение с помощью абдоминального классического кесарева сечения. Местом разреза на матке, учитывая тяжелое состояние больной и большую кровопотерю, по-видимому, должен быть корпоральный продольный разрез как наиболее выгодный.

Параллельно с операцией необходимо проводить борьбу с острым малокровием (гемотранфузия и пр.).

4. Показания к кесареву сечению: а) анатомически узкий таз III—IV степени сужения; б) опухоли, расположенные во входе или в полости малого таза, а также рубцовые сужения влагалища, препятствующие прохождению плода по родовому каналу; в) клиническое несоответствие между размерами головы плода и таза матери; г) угрожающий разрыв матки; д) центральное (полное) предлежание плаценты, а также другие виды предлежания плаценты, сопровождающиеся массивным кровотечением; е) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, сопровождающаяся внутренним кровотечением и шоком при отсутствии условий для быстрого извлечения плода через естественные родовые пути; ж) тяжелое состояние женщины (болезни сердца, гипертоническая болезнь, тяжелые формы токсикоза беременных и пр.); з) рубцы на матке после предшествующих операций, переносимость в сочетании с сужением таза, неблагоприятное вставление головы (лобное предлежание и пр.), выпадение пуповины, запущенное поперечное положение при живом плоде и т. д.

5. Основные моменты техники абдоминального классического корпорального кесарева сечения:

а) вскрытие полости живота срединным продольным разрезом от пупка до лобка (иногда выше пупка, огибая его слева); операционную рану тщательно ограждают салфетками от полости, матка устанавливается в срединное положение;

б) разрез передней стенки матки строго по средней линии;

в) разрыв плодных оболочек, введение руки хирурга в полость матки, отыскивание и захватывание ножек плода, извлечение плода и рассечение между двумя жимами пуповины;

г) удаление плаценты выжиманием по Креде—Лазаревичу, или рукой; ручное обследование полости матки и введение в ее толщу контрактильных средств;

д) зашивание матки трехэтажными узловатыми кетгутовыми швами (при наложении первого ряда швов (мышечно-мышечный) тщательно совмещают края разреза, второй ряд (мышечно-серозный) тоже узловатый, третий ряд (серо-серозный) — непрерывный кетгутовый шов);

е) удаление крови из полости живота, воды и отгораживающих салфеток, глухое послойное зашивание операционной раны, наложение асептической повязки.

31.6.

1. Диагноз: срочные роды, начало первого периода. Общесуженный плоский таз, III степень сужения. Отягощенный акушерский анамнез.

2. Диагноз общесуженного плоского таза подтверждается данными тазоизмерения: уменьшены все размеры таза, но прямые укорочены больше остальных (поперечные размеры укорочены на 2 см, прямые — на 4 см). Верхний треугольник ромба Михаэлиса очень низкий. Кроме того, на узкий таз указывает низкий рост женщины — 147 см, тяжелые материально-бытовые условия в детстве, перенесенный рахит. III степень сужения таза определена по величине

не истинной конъюгаты, равной 7 см (истинная конъюгата при III степени сужения таза равна 7,5—6 см).

О высокой степени сужения таза свидетельствуют дополнительные данные тазоизмерения: окружность таза — 74 см (в норме 75—80 см); боковые конъюгаты по 13 см (в норме не менее 14 см); размеры выхода из малого таза: поперечный — 9,5 см (в норме 11 см); прямой — 7,5 см (в норме 9,5 см).

Отягощенный акушерский анамнез установлен на основании того, что первые роды были 2 года назад, продолжались около 2 суток и закончились рождением мертвого, не крупного (2750 г) плода.

3. У роженицы 3. с III степенью сужения таза и отягощенным акушерским анамнезом родоразрешение через естественные родовые пути невозможно. Поэтому следует немедленно приступить к родоразрешению с помощью кесарева сечения. Условия для производства операции имеются: общее состояние роженицы удовлетворительное, температура тела нормальная, околоплодные воды целы, состояние плода хорошее (сердцебиение ясное, ритмичное, 136 уд./мин).

4. Условия для проведения кесарева сечения: матери не должна угрожать опасность внесения инфекции, необходимо, чтобы была нормальная температура тела, целый плодный пузырь или только что вскрытый, отсутствие многочисленных влагалищных манипуляций перед операцией (влагалищные исследования, попытки к наложению вакуум-экстрактора или акушерских щипцов и т. п.). Кроме того, для успешного выполнения операции необходимо иметь опытного врача-специалиста, владеющего техникой кесарева сечения, и оборудованную операционную с достаточным количеством стерильных инструментов, белья, обученного персонала и средств обезболивания.

Вторым условием для кесарева сечения является наличие живого плода, кроме тех случаев, когда показанием к операции является спасение жизни роженицы (преждевременная отслойка плаценты и пр.).

5. Основные моменты проведения кесарева сечения в нижнем сегменте матки:

а) вскрытие полости живота срединным продольным (от пупка до лобка) или надлобковым поперечным разрезом, после чего больной придают положение Тренделенбурга, чтобы было доступно пузырно-маточное углубление; б) поперечное рассечение пузырно-маточной складки брюшины, отсепаровка тупым путем (тупфером) мочевого пузыря от передней стенки нижнего сегмента матки;

в) поперечный разрез нижнего сегмента матки с помощью небольшого поперечного разреза в области передней стенки матки на участке отсепарированных мочевого пузыря и брюшины;

г) разрыв плодных оболочек и извлечение плода — при головном предлежании плода хирург проводит левую руку между симфизом и головой, выводит голову сначала в рану, затем захватывает ее обеими руками за боковые поверхности и извлекает всего

ребенка (если предлежат ножки или положение плода поперечное, рукой захватывают ножку и извлекают плод, как при корпоральном кесаревом сечении), затем пуповину рассекают между двумя зажимами и передают ребенка акушерке;

д) удаление плаценты по способу Креде—Лазаревича, или рукой (после удаления последа производят ручное обследование полости матки и вводят в мышечный слой контрактильные препараты);

е) зашивание матки узловатыми кетгутowymi швами в два ряда, перитонизация за счет переднего и заднего листков пузырно-маточной складки;

ж) зашивание раны живота послойно с последующим наложением асептической повязки.

31.7.

1. *Диагноз:* беременность сроком 37—38 недель, отягощенный акушерский анамнез. Продольное положение плода, головное предлежание. Полное (центральное) предлежание плаценты.

2. Объективными признаками, подтверждающими диагноз центрального предлежания плаценты, являются: маточное кровотечение на фоне общего благополучия беременной, начавшееся без видимых на то причин, данные влагалищного исследования.

3. Причиной кровотечения у беременной Б. является предлежание и частичная преждевременная отслойка плаценты.

4. Срочно необходимо определить группу крови и резус-принадлежность беременной, провести общий анализ крови, коагулографию, ультразвуковое исследование и кардиотокографию плода. Заготовить 1 л одногруппной и совместимой по резус-фактору крови. Определить все гемодинамические показатели больной.

5. Учитывая центральное предлежание плаценты и кровотечение, необходима срочно произвести родоразрешение с помощью кесарева сечения и начать трансфузионную терапию.

9 сентября 1983 г. в 0 ч 10 мин произведено кесарево сечение в нижнем сегменте матки, в котором плацента располагалась по передней стенке и переходила на заднюю, перекрывая отверстие матки. После выведения головы плод извлечен за плечи в удовлетворительном состоянии с оценкой по шкале Апгар 8 баллов. Матка хорошо сократилась. Общая кровопотеря — 700 мл. Перелито 400 мл полиглюкина и 600 мл одногруппной крови.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Родильница выписана домой с ребенком на 15-й день в удовлетворительном состоянии.

31.8.

1. *Диагноз:* беременность сроком 35—36 недель. Головное предлежание. Нефропатия, гипертоническая болезнь, II стадия. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Внутривенная смерть плода, отягощенный акушерский анамнез.

2. Необходимо определить группу крови и резус-принадлежность, провести пробу на совместимость и начать инфузионную терапию. Срочно приступить к проведению кесарева сечения под эн-

дотрахеальным наркозом. Произвести коагулографию, так как при наличии ретроплацентарной гематомы можно ожидать развитие ДВС-синдрома. Во время операции осмотреть матку, при обнаружении матки Кювелера произвести экстирпацию ее.

В 8 ч 45 мин начата гемотрансфузия и под общим эндотрахеальным наркозом вскрыта передняя стенка живота. Передняя стенка матки без выраженных патологических изменений. Сделан разрез в нижнем сегменте по Гусакову, извлечен мертвый мальчик массой 2550 г, рост 45 см. Послед был отделен почти по всей поверхности с ретроплацентарной гематомой, располагался на задней стенке матки. Масса ретроплацентарной гематомы около 700 мл. В мышцу матки введен 1 мл окситоцина. Задняя поверхность матки багрово-синюшного цвета с полосами кровоизлияний. Значительное кровоизлияние обнаружено в области правой широкой связки матки, правой трубы яичника. Матка сокращена плохо, кровотечение продолжается.

3. При наличии ДВС-синдрома необходимо произвести экстирпацию матки с правыми придатками. Во время операции анестезиологом отмечено кровотечение из мест внутривенных инъекций, гематомы на местах подкожных инъекций. Кровь не свертывается, общая потеря крови составляет 1600 мл. Пульс — 1,67 Гц (100 в 1 мин), АД — 12/7,9 кПа (90/60 мм рт. ст.).

4. Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови (ДВС-синдром) в акушерской практике встречается при тяжелых формах позднего токсикоза, преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, эмболии околоплодными водами, геморрагическом шоке, при сепсисе, болезнях сердечно-сосудистой системы, почек и печени, при резус-конфликте, переливании несовместимой крови.

Пусковым механизмом в развитии этого синдрома является активация кровяного или тканевого тромбопластина за счет гипоксии и негазового ацидоза любого происхождения, травмы, поступления в кровеносное русло токсинов различного происхождения и т. д.

В течении ДВС-синдрома выделяют четыре стадии:

I стадия — гиперкоагуляция, связанная с появлением большого количества активного тромбопластина; *II стадия* — коагулопатия потребления, связанная с уменьшением содержания прокоагулянтов из-за включения их в микротромбы (одновременно активизируется фибринолиз); *III стадия* — резкое снижение в крови содержания всех прокоагулянтов, вплоть до развития афибриногенемии на фоне выраженного фибринолиза, наличие тяжелых геморрагий; *IV стадия* — восстановительная, при которой происходит постепенная нормализация состояния свертывающей системы крови. Однако иногда на этой стадии могут проявляться результаты тромбозов и нарушения регионарной перфузии органов и тканей в виде ОНП, ОНД и (или) нарушения мозгового кровообращения.

Следует подчеркнуть, что в клинической практике у беременных, рожениц и родильниц ДВС-синдром нечасто проявляется в такой классической форме. В зависимости от причины, вызвавшей его

развитие, продолжительности патогенного воздействия, состояния здоровья женщины одна из стадий может быть продолжительной и не переходить в другую. В одних случаях наблюдается преобладание гиперкоагуляции на фоне недостаточно выраженного фибринолиза, в других — фибринолиз является ведущим звеном патологического процесса.

В стадии гиперкоагуляции укорочено время свертывания общих тестов коагулограммы, снижена фибринолитическая и антикоагулянтная активность. Во второй стадии коагулограмма указывает на потребление факторов свертывания: снижены число тромбоцитов, содержание фибриногена, протромбиновый индекс, активность V, VII и VIII факторов свертывающей системы крови, особенно анти-тромбина III. Повышенный уровень свободного гепарина, высокая фибринолитическая активность крови и появление продуктов деградации фибрина свидетельствуют о локальной активизации фибринолиза. Третья стадия характеризуется резким уменьшением числа тромбоцитов, снижением концентрации и активности прокоагулянтов, особенно антитромбина III, с одновременным генерализованным повышением фибринолитической активности и увеличением содержания свободного гепарина. Стадии полного несвертывания крови присуща крайняя степень гипокоагуляции с чрезвычайно высокой фибринолитической и антикоагулянтной активностью.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, эмболия околоплодными водами, геморагический шок, вызванный разными причинами (предлежание плаценты, разрыв матки, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах), септический шок могут привести к резкой активизации течения ДВС-синдрома. Острая форма ДВС-синдрома приводит к быстрому нарушению функций жизненно важных органов (печени, почек, легких, головного мозга) за счет массивного микротромбообразования в них и к развитию генерализованных кровотечений.

Для острой формы ДВС-синдрома характерны удлинение времени свертывания крови (более 10 мин), снижение числа тромбоцитов и уровня фибриногена, антитромбина III, увеличение времени рекальцификации плазмы, протромбинового и тромбинового времени, повышение концентрации продуктов деградации фибрина.

Лечение при ДВС-синдроме должно быть строго индивидуальным, направленным на ликвидацию основной причины, вызвавшей его, нормализацию гемодинамики и свертывания крови.

Методы лечения, применяемые для устранения причины ДВС-синдрома, вытекают из характера акушерской патологии. Прогрессирующая хроническая форма ДВС-синдрома у беременных с поздним токсикозом обуславливает необходимость досрочного родоразрешения предпочтительнее через естественные родовые пути. Такой же тактики придерживаются при наличии мертвого плода в матке. При острой форме ДВС-синдрома на фоне преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты рекомендуется срочное кесарево сечение и удаление матки. Наличие кровотечения в третьем периоде родов, связанного с истинным приращением пла-

центы, или атонического маточного кровотечения в раннем послеродовом периоде требует своевременного удаления матки.

Подход к ликвидации нарушений гемодинамики также должен быть индивидуальным. При хронической форме ДВС-синдрома у беременных с поздним токсикозом в комплекс лечебных мероприятий следует включать низкомолекулярные кровезаменители (реополиглюкин, гемодез, полидес, желатиноль) в сочетании со спазмолитическими препаратами. Этим достигается улучшение реологических свойств крови, препятствующих микротромбозу и способствующих оптимизации тканевой перфузии. Важным средством лечения этой формы ДВС-синдрома является гепарин, который вводят подкожно по 5000—10 000 ЕД каждые 12 ч до нормализации уровня тромбоцитов и фибриногена. Гепарин является антикоагулянтом прямого действия, уменьшает адгезивность тромбоцитов, обладает антитромбопластиновой и антитромбиновой активностью, нормализующей кровообращение в паренхиматозных органах и маточно-плацентарном комплексе.

Острая форма ДВС-синдрома, как правило, сочетается с геморрагическим шоком. Поэтому мероприятия по восстановлению центральной и периферической гемодинамики при ней имеют много общего с лечением геморрагического шока. При трансфузионной и инфузионной терапии в этих случаях отдают предпочтение «теплой» донорской или свежецитратной крови в сочетании с плазмозаменителями типа реополиглюкина и кристаллоидами типа раствора Рингера — Локка — натрия лактату, лактасолу в режиме управляемой гемодилюции, не превышающей 15—25 % ОЦК.

Самой сложной задачей при лечении острой формы ДВС-синдрома является восстановление нормальных коагуляционных свойств крови. Для этого необходимо прекратить внутрисосудистое свертывание, снизить фибринолитическую активность и восстановить коагуляционный потенциал крови. Эту задачу должен решать специалист-гематолог на основании коагулограммы. В отличие от хронической формы ДВС-синдрома при острой форме геморрагия является не только следствием повышенного потребления прокоагулянтов, но и их потери, нарушения синтеза и гемодилюции. Поэтому предварительно необходимо устранить главную причину кровотечения, т. е. удалить матку, дефект коагуляции, а также обеспечить точную лабораторную диагностику. Гепарин вводят внутривенно в 100—150 мл изотонического раствора натрия хлорида или 5 % растворе глюкозы со скоростью 30—50 капель в 1 мин. В зависимости от стадии ДВС-синдрома допустимо вводить до 5000 ЕД (70 ЕД/кг массы) гепарина в первой стадии, во второй и третьей — 2500—3000 ЕД (30—50 ЕД/кг массы), а в четвертой стадии гепарин вводить нельзя. При передозировке гепарина используют протамина сульфат: 100 ЕД гепарина нейтрализует 0,1 мл 1 % раствора протамина сульфата.

Торможение фибринолитической активности можно осуществить с помощью ингибиторов животного происхождения — контрикала — разовая доза 20 000 ЕД (суточная — 60 000 ЕД), гордок-

са — 100 000 ЕД (500 000 ЕД). Ингибиторы фибринолиза применяются по строгим показаниям, ибо резкое снижение фибринолитической активности может привести к усилению внутрисосудистого отложения фибрина с последующим некрозом коркового вещества почек, печени и других органов. Особую осторожность необходимо соблюдать при ДВС-синдроме, вызванном преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

Самым апробированным способом восстановления коагуляционных свойств крови при острой форме ДВС-синдрома является замещающая терапия. С этой целью используются «теплая» донорская и свежечитратная кровь, сухая, нативная и антигемофильная плазма, фибриноген. Начальная доза переливаемой крови составляет около 500 мл. После оценки эффекта гемотрансфузии вливание крови повторяется. Объем сухой, нативной и (или) антигемофильной плазмы составляет около 250—500 мл. Введение фибриногена начинается с небольших доз (1—2 г) и только при ДВС-синдроме с выраженным фибринолизом доза увеличивается до 4 г. Рекомендуется учитывать содержание фибриногена во всех вводимых препаратах: в «теплой» донорской крови — 2 г/л, в антигемофильной плазме — 4 г/л. Все указанные препараты следует применять под контролем коагулограммы, так как вводимые коагулянты могут потребляться на внутрисосудистое свертывание и пролонгировать ДВС-синдром.

31.9.

1. *Диагноз:* первый период родов. Головное предлежание. Раннее излитие вод. Острая внутриутробная гипоксия плода, III степень.

2. Внезапно изменившееся сердцебиение плода с момента излития вод заставляет, в первую очередь, подумать о выпадении и прижати пуповины. Женщине необходимо придать коленно-локтевое положение или приподнять тазовый конец кровати и произвести влагалищное исследование, во время которого устанавливается выпадение петель пуповины, открытие отверстия матки на 2 см.

Следовательно, необходимо срочное кесарево сечение. До операции — опустить головной конец кровати, дать кислород.

31.10.

1. *Диагноз:* первородящая 35 лет, беременность сроком 40 недель. Головное предлежание. Отягощенный акушерский анамнез. Преждевременное излитие вод.

2. Поскольку безводный промежуток составляет уже 6 ч, следует начать родовозбуждение, однако при неподготовленной шейке матки рассчитывать на быстрое окончание родов нет оснований. Кроме того, в родах может развиться слабость, асфиксия плода. В данном случае наиболее целесообразно закончить роды с помощью кесарева сечения по относительным показаниям в интересах плода.

3. Показания к выполнению кесарева сечения подразделяются на показания, связанные с состоянием плода и с состоянием матери.

Показания, связанные с состоянием плода: а) часто регистрируемые признаки угнетения жизнедеятельности плода, что может быть связано с гипоксией, вызванной сдавлением пуповины, преждевременной отслойкой и недостаточностью плаценты и т. д.; б) сахарный диабет (кесарево сечение при этом может быть не обязательным, если течение родов контролируется динамическим определением уровня глюкозы в крови матери, регулируется ее содержание); в) изоиммунизация плода (кесарево сечение предупреждает возникновение внутриутробных повреждений плода или смертельный исход, вызванный желтухой или водянкой при резус- и АВО-сенсibilизации матери в тех случаях, когда возбуждение родов неэффективно); г) гипотрофия плода, связанная с плацентарной недостаточностью; д) выпадение пуповины в первом периоде родов; е) герпес половых органов матери, осложняющий течение родов; ж) неоднократная перинатальная смертность при прошлых родах.

Показания, связанные с состоянием матери:

а) диспропорция между размерами плода и таза матери; б) нестойкость рубца на матке, оставшегося после миомэтомии или предыдущего кесарева сечения (угроза разрыва матки по старому рубцу); в) предлежание плаценты, при котором закрывается более 30 % перешейка матки; г) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, сопровождающаяся сильным кровотечением; д) разрыв матки; е) опухоль таза, препятствующая нормальным родам; ж) неправильное положение плода — поперечное, предлежание плеча, заднего и полное ягодичное; з) быстро развившийся экламптогенный токсикоз беременных; и) тяжелые экстрагенитальные заболевания матери (пороки сердца, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, кифосколиоз); й) осложнения у матери (наличие пузырно-влагалищного свища или злокачественной опухоли шейки матки).

Очевидно, что кесарево сечение, выполняемое по неотложным показаниям, является средством спасения жизни матери и (или) плода. Рождение плода хирургическим путем желательно производить в течение 5—10 мин.

Легкий обезболивающий препарат общего действия, применяемый при кесаревом сечении, обычно оказывает минимальное влияние на младенца и безопасен для матери. Комбинация закиси азота с мышечным релаксантом вызывает быстрый и хороший наркотический эффект. Методика применения легкой обезболивающей смеси общего действия заключается в следующем. Незадолго до разреза кожи живота ввести внутривенно около 300 мг тиопентала-натрия в качестве вводного наркоза. Доза препарата не должна превышать 4 мг/кг. Затем начать введение закиси азота с кислородом (в концентрации 3 : 1, а через 3—4 мин изменить соотношение компонентов смеси (1 : 1)), внутривенно ввести дитилин в дозе 2,5 мг/мин в 2 мл 10 % раствора глюкозы, суммарная доза которого должна составлять 100 мг.

Местное обезболивание с помощью прямой инфильтрации тка-

ней операционной раны 0,5 % или 1 % раствором новокаина также безопасно и эффективно при кесаревом сечении.

Чтобы уменьшить опасность кесарева сечения для плода, необходимо произвести следующие мероприятия: а) оставить оперируемую лежать на боку до начала обработки кожи; б) во время операции левое бедро роженицы держать слегка приподнятым для уменьшения вероятности возникновения синдрома полой вены; в) при возникновении брадикардии или аритмии плода, а также в течение 5 мин перед извлечением младенца матери через маску давать чистый кислород; г) произвести широкий разрез матки (в нижнем сегменте) и быстро извлечь плод, предотвращая аспирацию околоплодных вод и сдавление пуповины; д) передать новорожденного врачу-неонатологу для проведения реанимации и интенсивной терапии.

31.11.

1. *Диагноз:* беременность сроком 38—39 недель. Продольное положение плода. Головное предлежание. Состояние после корпорального кесарева сечения. Несостоятельный рубец на матке. Угроза разрыва матки по старому рубцу.

2. Тактика врача: срочная госпитализация беременной в стационар для проведения планового кесарева сечения. Кесарево сечение произвести по старому рубцу на матке с последующим его иссечением в пределах здоровой ткани миометрия.

31.12.

1. *Диагноз:* срочные роды, первый период. Головное предлежание, нефропатия средней тяжести. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Внутриутробная гибель плода.

2. План ведения родов: женщину немедленно перевести в операционную, дать наркоз, начать инфузионно-трансфузионную терапию. Провести влагалищное исследование и при отсутствии условий к родоразрешению через естественные родовые пути произвести немедленное кесарево сечение.

К ТЕМЕ 32

32.1.

1. *Диагноз:* срочные роды, начало второго периода. Гидроцефалия плода. Многоводие.

2. Гидроцефалия плода установлена на основании данных акушерского исследования. При наружном исследовании обнаружена предлежащая голова крупных размеров, прямой размер — 14,5 см (в норме 12 см), кости черепа истончены, подвижны, при пальпации ощущается пергаментный хруст. При влагалищном исследовании диагноз подтверждают чрезмерная ширина швов и родничков, четко определяющаяся флюктуация в области родничков, подвижные кости черепа.

Диагноз многоводия установлен по истечению большого количества вод (более 2,5 л) и большим размерам живота до отхожде-

ния вод (окружность живота — 111 см, высота стояния дна матки над лобком — 37 см).

3. Учитывая большие размеры (прямой размер — 14,5 см) головы при гидроцефалии, препятствующие самостоятельному, без травмы матки, рождению плода, производят перфорацию головы с последующей краниоклазией. *Условия* для краниотомии: полное раскрытие отверстия матки и отсутствие абсолютного сужения таза (размеры таза нормальные). После краниотомии для исключения травмы мягких тканей родового канала необходимо осмотреть шейку матки и влагалище с помощью влагалищных зеркал.

4. *Показания* к краниотомии: мертвый плод, гидроцефалия, признаки угрожающего разрыва матки, акушерские ситуации, при которых изгнание плода встречает механическое препятствие (узкий таз, неблагоприятные вставления головы — лобное предлежание, передний вид лицевого предлежания, асинклитизм Литцманна и пр.), роды затягиваются, закончить их естественным путем невозможно, а кесарево сечение опасно для здоровья и жизни роженицы (инфекция родовых путей).

Условия: раскрытие отверстия матки не менее 2 поперечных пальцев, нормальные размеры таза роженицы (истинная конъюгата не менее 6 см), отсутствие плодного пузыря.

5. Операция выполняется в положении роженицы для влагалищной операции. Если предполагается ограничить операцию только перфорацией головы, ее можно выполнить без обезболивания. При наличии полного или почти полного раскрытия отверстия матки краниотомию производят под контролем зрения.

Краниотомия обычно выполняется в три этапа: перфорация головы, эксцеребрация и краниоклазия.

Техника перфорации головы. Влагалище раскрывают зеркалами, на кожу головы плода накладывают две пары пулевых щипцов, с помощью которых голову плотно фиксируют к тазу. Между наложенными щипцами кожу головы рассекают ножницами, острие перфоратора вводят в кожное отверстие и производят перфорацию черепа в области шва или родничка. Постепенно извлекая, перфоратор раскрывают и поворачивают в разные стороны, тем самым увеличивая перфорационное отверстие. Если перфорацию делают через глазницу, предварительного рассечения кожи не требуется. Перфорацию головы следует выполнять с большой осторожностью, чтобы острие перфоратора не соскользнуло и не травмировало мягкие ткани родового канала (стенку влагалища, мочевого пузыря).

Эксцеребрация. Закончив перфорацию головы, стерильной ложечкой или обычной кюреткой разрушают и удаляют головной мозг. Вещество мозга можно разрушить и удалить при помощи вакуум-аспиратора.

Краниоклазия — извлечение головы плода с помощью краниокласта. Извлекают голову только при полном раскрытии отверстия матки: сплошную ложку краниокласта вводят в полость черепа и располагают в области лицевых костей, окончатую накладывают на наружную поверхность лицевой части черепа (ее вводят аналогично

введению ложек щипцов). После этого краниокласт замыкают, захваченную голову закрепляют с помощью винта и производят тракции аналогично таковым при извлечении плода щипцами. Если открытие отверстия неполное, что является противопоказанием для срочного родоразрешения, на перфорированную голову плода накладывают несколько пар щипцов Мюзю, подвешивают к ним груз, и роды заканчиваются самостоятельно.

32.2.

1. *Диагноз*: срочные роды, второй период. Запущенное положение плода. Угрожающий разрыв матки. Мертвый плод.

2. О поперечном положении плода свидетельствуют неправильная поперечная форма матки, сравнительно низкое стояние дна матки (29 см), крупные части плода, определяющиеся в боковых отделах матки. На запущенное поперечное положение плода указывает выпавшая ручка, глубоко вклинившееся в полость малого таза плечо плода, неподвижность плода. Угрожающий разрыв матки подтверждается неправильной формой ее, перерастяжением и болезненностью нижнего сегмента матки, наличием контракционного кольца, поднявшегося почти до уровня пупка, частыми, сильными и очень болезненными схватками, встревоженным, беспокойным состоянием роженицы, несколько отечными наружными половыми органами. Мертвый плод установлен на основании отсутствия шевеления и сердцебиения плода, неподвижности выпавшей ручки (пальчики не производят хватательные движения), обильного окрашивания вод меконием.

3. При описанной акушерской ситуации показана декапитация. Операцию следует делать под глубоким наркозом, чтобы расслабить мускулатуру матки. Выпавшую ручку плода использовать как рукоятку при декапитации и последующем извлечении плода.

4. *Показания* к декапитации: запущенное поперечное положение плода (чаще мертвого или при угрожающем разрыве матки), сросшиеся плоды, коллизия плодов при многоплодии, уродства плода.

Условия: полное раскрытие отверстия матки, доступность шеи плода, анатомическое соответствие между размерами таза и головы плода, допускающие его рождение. Операция противопоказана при абсолютном сужении таза с истинной конъюгатой 6 см и менее. В этом случае единственным методом родоразрешения является кесарево сечение.

5. *Техника декапитации*. Операцию выполняют с ассистентом. При запущенном поперечном положении плода на выпавшую ручку надевают петлю, оттягивают в сторону, противоположную по отношению к голове, и передают помощнику. Левую руку оператор (а левша — правую) вводит во влагалище и дальше — в матку, отыскивает шею плода и пальцами циркулярно обхватывает ее. Скользя по внутренней руке, в матку вводят декапитационный крючок (пуговкой книзу) и насаживают его на шею плода так, чтобы пуговка впилась в мягкие ткани шеи. После этого рукоятку крючка сильно оттягивают книзу и производят вращательные дви-

жения в сторону головы. При этом происходит перелом позвоночного столба, сопровождающийся характерным хрустом. Крючок удаляют. Мягкие ткани шеи рассекают длинными тупоконечными ножницами под контролем внутренней руки. После обезглавливания туловище извлекают за ручку. Если возникают затруднения при выведении плеч, производят одно- или двухстороннюю клейдотомию. Чтобы извлечь из полости матки голову плода, на культю шеи накладывают щипцы Мюзо, рукой достигают лицевой части плода, один или два пальца вводят в его рот и извлекают. Если попытка не удастся, фиксированную за шею голову перфорируют, освобождают от мозга и извлекают краниокластом или щипцами Мюзо.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	3
Физиологическое акушерство	4
<i>Тема 1.</i> Охрана материнства и детства в СССР. Женская консультация	4
<i>Тема 2.</i> Анатомия и физиология женских половых органов	8
<i>Тема 3.</i> Оплодотворение и развитие плодного яйца	12
<i>Тема 4.</i> Изменения в организме женщины при беременности	13
<i>Тема 5.</i> Диагностика беременности. Методы исследования беременных женщин	14
<i>Тема 6.</i> Личная гигиена и диететика беременных	25
<i>Тема 7.</i> Физиология родов	25
<i>Тема 8.</i> Асептика и антисептика в акушерстве	31
<i>Тема 9.</i> Обезболивание родов	32
<i>Тема 10.</i> Послеродовой период	33
<i>Тема 11.</i> Физиология периода новорожденности	34
Патологическое акушерство	37
<i>Тема 12.</i> Физиологическое акушерство, пограничное с патологией	37
<i>Тема 13.</i> Токсикозы беременных	40
<i>Тема 14.</i> Беременность и роды при заболеваниях внутренних органов	51
<i>Тема 15.</i> Преждевременное прерывание беременности	67
<i>Тема 16.</i> Недонашивание и перенашивание беременности	74
<i>Тема 17.</i> Аномалии элементов плодного яйца	78
<i>Тема 18.</i> Аномалии изгоняющих сил	84
<i>Тема 19.</i> Несвоевременное излитие околоплодных вод	89
<i>Тема 20.</i> Узкий таз	91
<i>Тема 21.</i> Неправильное положение и предлежание плода	97
<i>Тема 22.</i> Патология расположения и отделения плаценты	105
<i>Тема 23.</i> Кровотечение в послеродовом и послеродовом периодах	112
<i>Тема 24.</i> Родовой травматизм	118
<i>Тема 25.</i> Послеродовые септико-воспалительные заболевания	124
<i>Тема 26.</i> Патология плода и новорожденного	130
Оперативное акушерство	135
<i>Тема 27.</i> Операции при преждевременном прерывании беременности	135
<i>Тема 28.</i> Операции при истмико-цервикальной недостаточности	138
<i>Тема 29.</i> Операции, подготавливающие родовые пути	139
<i>Тема 30.</i> Акушерский поворот	143
<i>Тема 31.</i> Родоразрешающие операции	145
<i>Тема 32.</i> Плодоразрушающие операции	154
Ответы на вопросы	157