

УРЮПИНСКИЙ ФИЛИАЛ
ГБПОУ “ВОЛГОГРАДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ”

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ № 4

Тема: Патологическое течение родов.

Доврачебная помощь при неотложных состояниях.

При освоении ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах
МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях
Часть 3. Сестринский уход в акушерстве и гинекологии
3.1. Сестринское дело в акушерстве

Специальность 060501 Сестринское дело базовой подготовки СПО Курс III

Обучающийся должен знать:

- классификацию, причины возникновения, диагностику тазовых предлежаний;
- особенности ухода за роженицей при тазовых предлежаниях;
- классификацию, причины возникновения, диагностику поперечного и косого положения плода;
- классификацию, причины возникновения, диагностику аномалий родовой деятельности;
- особенности ухода за роженицей при поперечном и косом положении плода, аномалиях родовой деятельности;
- классификацию, причины возникновения, диагностику кровотечений в послеродовом и раннем послеродовом периодах;
- классификацию, причины возникновения, диагностику родового травматизма;
- оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях.

Содержание:

1. Тазовые предлежания. Классификация. Причины возникновения. Диагностика, тактика ведения.
2. Поперечное и косое положение плода. Аномалии родовой деятельности. Классификация, причины, диагностика, принципы лечения.
3. Кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах. Родовой травматизм. Причины, диагностика, особенности течения родов.
4. Доврачебная помощь при неотложных состояниях.

Патологическими родами называют те, которые несут в себе угрозу для здоровья или жизни матери и ребенка.

Патологические роды бывают по следующим причинам:

- узкий таз роженицы;
- крупный плод;
- слабая родовая деятельность (аномалия сократительной деятельности матки);
- разгибательные предлежания головки плода;
- асинклитические вставления головки плода (в этом случае одна из теменных костей находится ниже другой (внеосевое вставление головки));
- тазовое предлежание;
- задержка переднего плечика позади лонного сочленения;
- неправильное положение плода;
- многоплодная беременность;
- выпадение пуповины;
- рубец на матке.

Причинами таких родов могут быть состояния, диагностируемые еще во время беременности:

- различные заболевания внутренних органов роженицы (порок сердца, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, туберкулез и т. д.);
- узкий таз;
- неправильное положение плода (косое, поперечное);
- поздние токсикозы беременных (нефропатия);
- врожденные аномалии развития женщины (недоразвитие половых органов, перегородки влагалища, двойная матка).

1. Тазовые предлежания. Классификация. Причины возникновения. Диагностика, тактика ведения.

Частота тазовых предлежаний в течение последних нескольких десятков лет остается постоянной и составляет в среднем 3-5 %.

Классификация

Различают ягодичные и ножные предлежания.

Ягодичные предлежания:

- чисто ягодичное (неполное) предлежание - во вход в малый таз обращены ягодичцы плода, ноги вытянуты вдоль туловища (частота встречаемости 63-75 %);
- смешанное ягодичное предлежание - во вход в малый таз обращены ягодичцы плода вместе с ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах (частота встречаемости 20-24 %).

Ножные предлежания (частота встречаемости 11-13 %):

- полное - предлежат обе ноги плода;
- неполное - предлежит одна нога плода;
- коленное - предлежат колени плода (частота встречаемости 0,3 %).

Классификация тазовых предлежаний обусловлена особенностями биомеханизма родов при каждом типе, а также разным объемом предлежащей части, за которой следует туловище и головка плода. Если при небольших размерах плода в чисто ягодичном предлежании, нормальных размерах таза роженицы роды через естественные родовые пути возможны без осложнений, то при смешанном и ножном предлежании прогноз для здоровья и жизни новорожденного значительно ухудшается.

Ножное предлежание плода является наиболее неблагоприятным вследствие частого возникновения в родах таких осложнений, как асфиксия, выпадение петель пуповины и мелких частей плода.

Ведение беременности и родов при тазовых предлежаниях плода требует глубоких знаний и высокого профессионального мастерства для оказания квалифицированной помощи пациентке и плоду.

Причины тазовых предлежаний плода

Причины, по которым плод занимает тазовое положение перед родами, до настоящего времени не изучены до конца. Однако к основным факторам риска тазовых предлежаний относят:

- аномальные формы таза, в том числе анатомически узкий таз
- аномалии развития и строения матки
- опухоли матки и придатков (в том числе миомы)
- низкое расположение и предлежание плаценты
- аномалии размеров головки плода (гидроцефалия, микроцефалия и пр.)
- укороченные размеры пуповины и обвитие ею тела плода
- нарушения сократительной активности мышц матки
- рубцы на матке, в том числе после операции кесарева сечения
- фетоплацентарная недостаточность

Кроме того, у многих женщин, родившихся в тазовом предлежании, отмечаются подобные ситуации и во время их беременностей. Данные факты специалисты также считают свидетельством возможной наследственной предрасположенности к подобному размещению плода в матке, однако они пока научно не подтверждены.

Диагностика тазового предлежания плода

При физиологическом течении беременности, приспосабливаясь к форме матки, плод устанавливается головкой вниз к 22-24 нед. Однако это положение остается неустойчивым еще 11-13 нед.

В течение этого периода сократительная деятельность матки отличается несинхронностью, высокой частотой и малой амплитудой, разнонаправленным сокращением отдельных участков матки. Такой тип сокращений сохраняет запирательную функцию внутреннего зева матки, способствует оптимизации миометриального и маточно-плацентарного кровотока. Плод многократно, даже в течение дня может менять свое положение.

Окончательно плод устанавливается предлежащей частью над входом в малый таз к 35-й неделе. К этому времени в коре большого мозга беременной формируется родовая доминанта, и сократительная деятельность матки приобретает синхронный характер; преобладает тонус симпатической части вегетативной нервной системы над парасимпатической. Это способствует повышению функциональной активности дна и тела матки. Усиливаются сокращения продольно и косо расположенных гладкомышечных пучков с одновременным расслаблением поперечных, циркулярных и спиралеобразных пучков миометрия.

Если к 34-35-й неделе плод устанавливается в тазовом предлежании, то с высокой долей вероятности следует предполагать и роды в тазовом предлежании.

Следовательно, формулировка диагноза "тазовое предлежание плода" целесообразна именно к этому сроку беременности, так как более ранняя диагностика может быть ошибочной и будет вводить в заблуждение беременную, ее родственников и других консультантов по смежным специальностям, наблюдающих данную пациентку, создавая излишнюю эмоциональную напряженность.

Диагностика тазовых предлежаний прежде всего основывается на данных наружного акушерского и влагалищного исследования.

Для тазовых предлежаний характерно более высокое стояние дна матки над лобком, не соответствующее сроку беременности.

При **наружном исследовании** определяется предлежащая ко входу в таз крупная неправильной формы мягковатой консистенции малоподвижная часть, не способная к баллотированию. В дне матки определяется крупная, круглая, твердая, подвижная, баллотирующая часть (головка плода).

Сердцебиение отчетливее выслушивается на уровне или выше пупка справа или слева в зависимости от позиции.

Влагалищное исследование. При чисто ягодичном предлежании ощущается мягковатая объемная часть, на которой определяется паховый сгиб, крестец и копчик. Нельзя пытаться установить пол плода путем пальпации наружных половых органов из-за опасности их повреждения и возникновения патологических форм дыхательных движений. При большой родовой опухоли, отеках вколоченных ягодичах последние можно спутать с головкой.

При смешанном ягодичном и ножном предлежании определяются стопы плода, которые отличаются от ручки наличием пяточного бугра и коротких пальцев, расположенных на одной линии.

Распознавание ножных предлежаний обычно не представляет затруднений. Часто ягодичное предлежание следует дифференцировать от лицевого и лобного. При выпадении мелких частей плода нужно отличать ручку от ножки.

Позицию и вид при тазовом предлежании устанавливают по расположению крестца и спинки плода, а также межвертельной линии (*linea inter-trochanterica*). Так же, как и при головном, при тазовых предлежаниях различают передний и задний вид, первую и вторую позицию плода. В конце беременности ягодичы плода стоят поперечным размером над одним из косых размеров входа в таз.

Для уточнения диагноза следует использовать УЗИ. С помощью эхографии возможно определение не только самого тазового предлежания, но и в целом ряде случаев его вида.

Неоценимую помощь в диагностике тазовых предлежании плода оказывает трехмерная эхография.

Важно определить положение головки плода и степень ее разгибания (голова разогнута слабо, умеренно или имеет место чрезмерное разгибание). К разгибанию головы могут приводить те же самые причины, которые приводят к тазовым предлежаниям (аномалии развития плода, миома матки, аномалии развития матки, обвитие пуповины вокруг шеи и т. д.). Кроме того, на фоне гипоксии и ФПН может быть снижен тонус плода, что также является одной из частых причин разгибания головы плода не только при тазовых, но и при головном предлежании. Чрезмерное разгибание головы плода может привести к таким серьезным осложнениям в родах, как травма мозжечка, шейного отдела спинного мозга и другим повреждениям.

О состоянии плода позволяют судить и результаты функциональной оценки с помощью эхографии, данные доплерографии, КТГ и компьютерной КИГ.

Особенности родоразрешения

Роды при тазовом предлежании относят к патологическим, поэтому выбор способа родоразрешения зависит от многих факторов:

- возраста матери,
- срока и характера течения беременности,
- сопутствующих заболеваний,
- размеров таза,
- состояния плода, его пола и веса,
- вида тазового положения и степени разгибания головки плода.

Так, абсолютным показанием к проведению операции кесарева сечения считают ножное предлежание плода и разгибательное положение головы. Это связано с тем, что тело ребенка быстро продвигается по родовому каналу, а головка, как крупная часть, не может в него пройти. Такая ситуация может привести к травме плода, повреждениям головного мозга и даже смерти малыша, а для матери извлечение головки чревато разрывом матки или ее шейечной части.

Другими показаниями к кесареву сечению могут быть аномальные формы таза матери, масса плода менее 2000 или более 3500 г, предлежание плаценты, рубцы на матке, гестоз, выраженная фетоплацентарная недостаточность, неготовность шейки матки к родам, возраст старше 30 лет и многие другие факторы. Помимо этого, если женщина вынашивает мальчика, то тазовое положение может привести к тяжелым травмам яичек в родах, поэтому в большинстве случаев (и тем более, при наличии других осложнений) женщину также родоразрешают оперативным путем.

Роды естественным путем возможны при удовлетворительном состоянии плода и матери, нормальных размерах ее таза и размеров плода, готовности организма к родам, согнутой головке плода, ягодичном или смешанном предлежании, при этом проводится предварительная подготовка (спазмолитики, витамины, препараты, улучшающие тканевый обмен, и т.п.) и применяется обезболивание. На родах должен присутствовать врач-неонатолог, чтобы при необходимости своевременно оказать реанимационную помощь новорожденному малышу.

2. Поперечное и косое положение плода. Аномалии родовой деятельности. Классификация, причины, диагностика, принципы лечения.

Поперечное и косое положение плода наблюдаются примерно в 0,5–0,7% случаев по отношению к общему количеству родов. Их относят к неправильным положениям. Ось плода образует с продольной осью матки прямой или острый угол, и плод не имеет предлежащей части.

При **косом положении плода** голова или тазовый конец располагаются ниже линии, проходящей через гребни подвздошных костей.

При **поперечном положении** все крупные части плода находятся выше этой линии.

Позиция плода определяется по головке: при расположении головки плода слева первая позиция, справа – вторая позиция. Вид плода определяется по отношению положения спинки к передней или задней стенке матки (передний или задний вид).

Причины поперечного и косого положения плода разнообразны.

1. Чрезмерная подвижность плода – при многоводии, дряблости мышц передней брюшной стенки у многорожавших.

2. Ограниченная подвижность плода – при маловодии, многоплодии, крупном плоде, аномалиях строения матки, наличии миомы матки, повышенном тонусе матки, при угрозе прерывания беременности.

3. Наличие препятствий к вставлению головки – предлежание плаценты, наличие миомы матки в области нижнего сегмента, при узком тазе.

4. Врожденные аномалии развития плода: гидроцефалия, анэнцефалия.

Диагностика.

Диагноз ставится на основе визуального осмотра: определяют поперечно-овальную или косо-овальную форму живота, низкое стояние дна матки.

При наружном акушерском осмотре предлежащую часть плода определить не представляется возможным. Крупные части (головка, тазовый конец) определяются при пальпации в боковых отделах матки. При помощи аускультативного обследования выслушивается сердцебиение плода в пупочной области.

При вагинальном исследовании предлежащую часть плода определить не удастся, при этом большое значение уделяется методу УЗИ. По подмышечной впадине можно определить, где находится головка плода.

Аномалии родовой деятельности.

Различают следующие аномалии родовой деятельности:

- 1) патологический прелиминарный период;
- 2) слабость родовой деятельности:
 - а) первичная,
 - б) вторичная;
- 3) чрезмерно сильная родовая деятельность;
- 4) дискоординированная родовая деятельность.

Патологический прелиминарный период.

В норме подготовительный период (предвестники родов) переходит в прелиминарный период, а прелиминарный период — в роды. Нормальный прелиминарный период продолжается около 6 ч и затем переходит в регулярные родовые схватки.

Симптоматика.

Патологический прелиминарный период имеет определенную клиническую картину, которая характеризуется нерегулярными по частоте, длительности и интенсивности схваткообразными болями внизу живота, в области крестца и поясницы; боли продолжаются более 6 ч, нарушают суточный ритм сна и бодрствования и вызывают утомление женщины.

Тонус матки обычно повышен, предлежащая часть плода располагается высоко, шейка матки, как правило, «незрелая», и, несмотря на схватки, динамика в раскрытии шейки отсутствует.

Основными этиологическими моментами патологического прелиминарного периода являются функциональные сдвиги в центральной нервной системе, вегетативные и эндокринные нарушения в организме беременной женщины.

Патологический прелиминарный период наблюдается у женщин с эндокринными расстройствами, вегетативными неврозами, нейроциркуляторной сосудистой дистонией, при наличии страха перед родами, у беременных с отягощенным акушерским анамнезом, осложненным течением данной беременности, у пожилых первородящих и др.

Крайне важна дифференциальная диагностика первичной слабости родовой деятельности и патологического прелиминарного периода, так как терапия этих патологических состояний различна.

Лечение.

Необходимо проводить коррекцию сократительной деятельности матки с учетом нормализации нарушенных корково-подкорковых и нейроэндокринных взаимоотношений, способствовать биологической готовности организма к родам и таким образом нормализовать сократительную функцию матки.

С целью подготовки организма женщины к родам показано введение эстрогенных гормонов (фолликулин по 20 ООО ЕД, 3—4 инъекции).

Для коррекции сократительной деятельности матки весьма эффективной является лечебная электроаналгезия, при которой с целью премедикации используют 2% раствор промедола (1 мл) или 2,5% раствор пипольфена (1 мл) внутримышечно и седативные средства (седуксен).

Для регуляции нейро-гуморальных процессов на уровне гипофиза и гипоталамуса эффективно внутримышечное введение диазепама в дозе 10 мг.

При затянувшемся прелиминарном периоде (10—12 ч), утомлении женщины показано введение 10—20 мл 20% раствора натрия оксибутирата (ГОМК), что вызывает сон.

После медикаментозного отдыха 85% пациенток пробуждаются в активной фазе родов, и роды протекают без аномалий. У 10% беременных после сна сократительная деятельность матки отсутствует, у остальных 5% схватки остаются слабыми, этим женщинам показано введение утеротонических средств (окситоцин, простагландин).

Эффективна амниотомия, особенно при маловодии и многоводии.

Если эффекта от проводимого лечения патологического прелиминарного периода получить не удастся, то по совокупности показаний у матери и плода иногда приходится прибегать к операции кесарева сечения.

Слабость родовой деятельности (гипоактивность, инертность матки) заключается в недостаточной интенсивности, продолжительности и частоте схваток, а поэтому сглаживание шейки матки, раскрытие шеечного канала и продвижение плода при его соответствии размерам таза идет замедленными темпами.

Различают первичную и вторичную слабость родовой деятельности. Первичная слабость проявляется с началом родов и может оставаться до их окончания. Вторичная слабость возникает после нормальной родовой деятельности, частота слабости родовой деятельности составляет примерно 5—6% к общему числу родов.

Причины первичной слабости многообразны: изменения функции центральной нервной системы, расстройства эндокринной функции, менструального цикла, заболевания обменного характера, патологические изменения матки (пороки развития, перенесенные воспалительные заболевания, инфантилизм) и др.

К причинам вторичной слабости родовой деятельности, помимо перечисленных, можно отнести утомление роженицы, узкий таз, ригидность тканей шейки матки, роды крупным плодом и др.

Диагноз устанавливают при наблюдении за роженицей в течение 4—5 ч от начала родов (слабые, короткие, редкие схватки, замедленное раскрытие шейки матки).

Регистрация сократительной деятельности матки (гистерография, кардиотокография) и ведение партограммы позволяют установить диагноз в течение 1—2 ч. Слабость родовой деятельности ведет к затяжному течению родов, что в свою очередь может вызвать гипоксию

плода, развитие эндометрита в родах, кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах.

В дифференциально-диагностическом отношении важно исключить патологический прелиминарный период, дистонию шейки матки, дискоординированную родовую деятельность, клиническое несоответствие между размерами таза и головкой плода.

Лечение слабости родовой деятельности в первом периоде родов зависит от состояния женщины.

При утомлении роженицы необходимо предоставить ей отдых, при наличии плоского пузыря или многоводия показано вскрытие плодного пузыря. Акушерский наркоз должен проводить врач-анестезиолог. Если нет такого врача, можно предоставить отдых назначением комбинации препаратов (2% раствор промедола — 1 мл, 2% раствор димедрола — 1 мл), которые вводят внутримышечно. Сон продолжается 2—3 ч. Можно добавить 0,25% раствор дроперидола — 1 мл, 0,5% раствор седуксена — 2 мл, элениум — 100 мг на 10 мл дистиллированной воды внутримышечно. Для лечебного акушерского наркоза с успехом используют 20% раствор натрия оксибутирата (ГОМК). Можно применять также электроаналгезию с использованием импульсных токов (сила 8—10 мА, частота от 160 до 450—750 Гц) в комбинации с предварительным введением промедола, пипольфена.

Для энергетического обеспечения организма в родах рекомендуется введение витаминов, особенно аскорбиновой кислоты (300 мг) и тиамин бромид (витамин В₁ — 50—100 мг) внутривенно в 50 мл 40% раствора глюкозы.

Хороший эффект оказывает внутривенное введение 10% раствора хлорида кальция (10 мл) или 10% раствора глюконата кальция (10 мл), а также 1% раствора сибгетина (20 мл), разведенного в 300 мл изотонического раствора натрия хлорида, который вводят капельно внутривенно.

Для повышения чувствительности матки к окситотическим веществам показано введение эстрогенных препаратов (фолликулин, эстрадиола дипропионат).

Если после предоставления отдыха не разовьется регулярная родовая деятельность, следует проводить родостимуляцию.

Для родостимуляции используются следующие препараты: сочетанное введение окситоцина и простагландина внутривенно.

Наряду со стимуляцией родовой деятельности показано применение спазмолитических препаратов (но-шпа).

В случае неэффективности лечения слабости родовой деятельности следует своевременно ставить вопрос об операции кесарева сечения, а при полном открытии шейки матки о наложении акушерских щипцов.

Чрезмерно сильная родовая деятельность наблюдается у возбудимых и нервных рожениц. Возможно, она связана с нарушением кортико-висцеральной регуляции и повышенным образованием контрактильных веществ (окситоцина, ацетилхолина, простагландина и др.).

Диагноз чрезмерно сильной родовой деятельности устанавливают на основании внезапного и бурного начала родов: схватки сильные, следуют одна за другой через короткие промежутки времени и быстро приводят к полному раскрытию маточного зева. Роды в подобных случаях заканчиваются в течение 1—3 ч и раньше, их называют стремительными. Они могут представлять значительную опасность как для роженицы, так и для плода. У роженицы часто возникают глубокие разрывы шейки матки, влагалища, клитора, промежности; возможна преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты. Со стороны плода часто отмечают внутриутробную гипоксию и родовую травму. В связи со стремительным течением родов последние могут произойти на улице, в транспорте.

Лечение.

Для ослабления схваток (потуг) роженица должна лежать на боку, противоположном позиции.

Очень эффективно проведение токолиза адреномimetиками (партусистен внутривенно). Можно использовать внутримышечное введение сульфата магния (10 мл 25% раствора) и раствора промедола (1 мл 2% раствора). Показано рассечение промежности.

После родов тщательно осматривают мягкие родовые пути с целью выявления разрывов.

При наличии в анамнезе беременной стремительных родов показана госпитализация в родильный стационар до наступления родов. Если предыдущие беременности закончились стремительными родами с неблагоприятным исходом для плода, то необходимо своевременно ставить вопрос о плановом кесаревом сечении в интересах плода.

Дискоординированная родовая деятельность характеризуется отсутствием координированных сокращений между различными отделами матки: правой и левой ее половинами, между верхними (дно и тело матки) и нижними отделами матки, между всеми отделами матки.

Дискоординация может проявляться в виде гипертонуса матки, судорожных схваток, в виде сокращения циркулярных мышц матки.

Причиной дискоординированных сокращений могут быть пороки развития матки (двурогая, седловидная, перегородка в матке и др.), дистония шейки матки (ригидность, рубцовые изменения), нарушение иннервации (перенесенные воспалительные заболевания, операции на матке), новообразования (миома матки).

Схватки обычно нерегулярные, очень болезненные, болезненность в нижних отделах живота и пояснице. При пальпации матки обнаруживается неодинаковое ее напряжение в различных отделах. При многоканальной записи сократительной деятельности матки определяется асинхронность, аритмичность сокращений различных отделов матки. Схватки различной интенсивности и продолжительности, тонус матки обычно повышен. Шейка матки, как правило, незрелая, ее раскрытие идет замедленно. Предлежащая часть плода длительно остается подвижной или прижатой ко входу в малый таз.

В дальнейшем наступает утомление роженицы, процесс родов замедляется или останавливается. Ввиду нарушения маточно-плацентарного кровообращения плод часто страдает от гипоксии. В последовом и раннем послеродовом периодах часто наблюдается кровотечение.

Дискоординацию родовой деятельности следует дифференцировать от слабости и несоответствия между размерами плода и тазом матери.

Лечение.

Рекомендуется проведение психотерапии, электроаналгезии, использование спазмолитических и обезболивающих средств, акушерского наркоза.

Эффективно вскрытие плодного пузыря.

Ошибкой является назначение окситотических средств. При отсутствии эффекта от лечения показано кесарево сечение.

3. Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах. Родовой травматизм.

Причины, диагностика, особенности течения родов.

Кровотечения в последовом (в третьем периоде родов) и в раннем послеродовом периодах могут возникать в результате нарушения:

- снижения сократительной активности миометрия (гипо- и атония матки),
- травматических повреждений родовых путей,
- процессов отделения плаценты и выделения последа,
- нарушений в системе гемо-коагуляции.

Кровопотеря до 0,5 % от массы тела считается физиологически допустимой в родах. Объем кровопотери более этого показателя следует считать патологическим, а кровопотеря от 1 % и более квалифицируется как массивная. Критическая потеря крови - 30 мл на 1 кг массы тела.

Кровотечения в последовом периоде

Гипотоническое или атоническое кровотечение, как правило, развивается при наличии определенных, предшествующих данному осложнению морфологических изменений в матке.

Предпосылками к снижению тонуса матки еще до начала родов можно считать следующие:

- Возраст 30 лет и старше является наиболее уязвимым по гипотонии матки, особенно для первородящих женщин.
- Развитию послеродовых кровотечений у студенток способствуют большие психические нагрузки, эмоциональные стрессы и перенапряжения.
- На частоту гипотонического кровотечения паритет родов не оказывает решающего влияния, так как патологическая кровопотеря у первобеременных первородящих женщин отмечается так же часто, как у повторнородящих.
- Нарушение функции нервной системы, сосудистого тонуса, эндокринного баланса, водно-солевого гомеостаза (отек миометрия) в связи с различными экстрагенитальными заболеваниями (наличие или обострение воспалительных заболеваний; патология сердечно-сосудистой, бронхолегочной систем; заболевания почек, печени, заболевания щитовидной железы, сахарный диабет), гинекологическими заболеваниями, эндокринопатиями, нарушением жирового обмена и др.
- Дистрофические, рубцовые, воспалительные изменения миометрия, вызвавшие замену значительной части мышечной ткани матки соединительной, в связи с осложнениями после предыдущих родов и абортов, операциями на матке (наличие рубца на матке), хроническим и острым воспалительным процессом, опухолями матки (миома матки).
- Недостаточность нервно-мышечного аппарата матки на фоне инфантилизма, аномалий развития матки, гипофункции яичников.
- Осложнения настоящей беременности: тазовое предлежание плода, ФПН, угроза прерывания беременности, предлежание или низкое расположение плаценты. Тяжелые формы позднего гестоза всегда сопровождаются гипопроотеинемией, увеличением проницаемости сосудистой стенки, обширными геморрагиями в ткани и внутренние органы. Так, тяжелые гипотонические кровотечения в сочетании с гестозом являются причиной смерти у 36 % рожениц.
- Перерастяжение матки из-за крупного плода, многоплодной беременности, многоводия.

Гипотоническое кровотечение обусловлено таким состоянием матки, при котором отмечается существенное снижение ее тонуса и значительное уменьшение сократительной способности и возбудимости. При гипотонии матки миометрий реагирует неадекватно силе раздражителя на механические, физические и медикаментозные воздействия. При этом могут отмечаться периоды чередующегося снижения и восстановления тонуса матки.

Атоническое кровотечение является результатом полной потери тонуса, сократительной функции и возбудимости нервно-мышечных структур миометрия, которые находятся в состоянии паралича. При этом миометрий неспособен обеспечить достаточный послеродовой гемостаз.

Однако с клинической точки зрения деление послеродовых кровотечений на гипотонические и атонические следует считать условным, так как врачебная тактика в первую очередь зависит не от того, какое это кровотечение, а от массивности кровопотери, темпа кровотечения, эффективности консервативного лечения, развития ДВС-синдрома.

Ведение последового периода при кровотечениях

Следует придерживаться выжидательно-активной тактики ведения последового периода.

Физиологическая продолжительность последового периода не должна превышать 20-30 мин. По истечении этого времени вероятность самостоятельного отделения плаценты уменьшается до 2-3 %, а возможность развития кровотечения резко увеличивается.

В момент прорезывания головки роженице внутривенно вводят 1 мл метилэргометрина на 20 мл 40 % раствора глюкозы.

Внутривенное введение метилэргометрина вызывает длительное (в течение 2-3 ч) нормотоническое сокращение матки. В современном акушерстве метилэргометрин является препаратом выбора для проведения медикаментозной профилактики в родах. Время его введения должно совпасть с моментом опорожнения матки. Внутримышечно вводить метилэргометрин для профилактики и остановки кровотечений не имеет смысла из-за потери фактора времени, так как препарат начинает всасываться только через 10-20 мин.

Выполняют катетеризацию мочевого пузыря. При этом нередко происходит усиление сокращения матки, сопровождающееся отделением плаценты и выделением последа.

Внутривенно капельно начинают вводить 0,5 мл метилэргометрина вместе с 2,5 ЕД окситоцина в 400 мл 5 % раствора глюкозы.

Одновременно начинают инфузионную терапию для адекватного восполнения патологической кровопотери.

Определяют признаки отделения плаценты.

При появлении признаков отделения плаценты послед выделяют с помощью одного из известных способов (Абуладзе, Креде-Лазаревича).

Недопустимо повторное и многократное применение наружных приемов выделения последа, так как это приводит к выраженному нарушению сократительной функции матки и развитию гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде. Кроме того, при слабости связочного аппарата матки и других ее анатомических изменениях грубое использование подобных приемов может привести к вывороту матки, сопровождающемуся тяжелым шоком.

В случае отсутствия признаков отделения плаценты через 15-20 мин при введении утеротонических препаратов или при отсутствии эффекта от применения наружных методов выделения последа необходимо произвести ручное отделение плаценты и выделение последа. Появление кровотечения при отсутствии признаков отделения плаценты служит показанием к данной процедуре независимо от времени, прошедшего после рождения плода.

После отделения плаценты и удаления последа исследуют внутренние стенки матки для исключения добавочных долек, остатков плацентарной ткани и оболочек. Одновременно удаляют пристеночные сгустки крови. Ручное отделение плаценты и выделение последа, даже не сопровождающееся большой кровопотерей (средняя кровопотеря 400-500 мл), приводят к уменьшению ОЦК в среднем на 15-20 %.

При выявлении признаков приращения плаценты попытки ее ручного отделения должны быть немедленно прекращены. Единственным методом лечения этой патологии является экстирпация матки.

Если тонус матки после проведенной манипуляции не восстанавливается, дополнительно вводят утеротонические средства. После того как матка сократится, руку выводят из полости матки.

В послеоперационном периоде проводят контроль за состоянием тонуса матки и продолжают введение утеротонических препаратов.

Основными задачами в борьбе с гипотоническим кровотечением являются:

- максимально быстрая остановка кровотечения;
- предупреждение развития массивной кровопотери;
- восстановление дефицита ОЦК;
- недопущение снижения артериального давления ниже критического уровня.

При возникновении гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде необходимо придерживаться строгой последовательности и этапности проводимых мероприятий по остановке кровотечения.

Схема борьбы с гипотонией матки состоит из трех этапов. Она рассчитана на продолжающееся кровотечение, и если кровотечение удалось остановить на определенном этапе, то и действие схемы ограничивается данным этапом.

Первый этап. Если кровопотеря превысила 0,5 % от массы тела (в среднем 400-600 мл), то приступают к первому этапу борьбы с кровотечением.

Основные задачи первого этапа:

- остановить кровотечение, не допуская большей кровопотери;
- обеспечить адекватную по времени и объему инфузионную терапию;
- проводить точный учет кровопотери;
- не допускать дефицита возмещения кровопотери более чем 500 мл.

Второй этап. Если кровотечение не остановилось или возобновилось вновь и составляет 1- 1,8 % от массы тела (601-1000 мл), то следует перейти ко второму этапу борьбы с гипотоническим кровотечением.

Основные задачи второго этапа:

- остановить кровотечение;
- не допустить большей потери крови;
- избежать дефицита возмещения кровопотери;
- сохранить объемное соотношение вводимой крови и кровезаменителей;
- предотвратить переход компенсированной кровопотери в декомпенсированную;
- нормализовать реологические свойства крови.

Третий этап. Если кровотечение не остановилось, кровопотеря достигла 1000-1500 мл и продолжается, общее состояние родильницы ухудшилось, что проявляется в виде стойкой тахикардии, артериальной гипотонии, то необходимо приступить к третьему этапу, остановки послеродового гипотонического кровотечения.

Особенностью данного этапа является оперативное вмешательство с целью остановки гипотонического кровотечения.

Основные задачи третьего этапа:

- остановка кровотечения путем удаления матки до момента развития гипокоагуляции;
- предупреждение дефицита возмещения кровопотери более чем 500 мл с сохранением объемного соотношения вводимой крови и кровезаменителей;
- своевременная компенсация функции дыхания (ИВЛ) и почек, что позволяет стабилизировать гемодинамику.

Таким образом, основными принципами борьбы с гипотоническим кровотечением в раннем послеродовом периоде являются следующие:

- все мероприятия начинать как можно раньше;
- учитывать исходное состояние здоровья пациентки;
- строго соблюдать последовательность мероприятий по остановке кровотечения;
- все проводимые лечебные мероприятия должны носить комплексный характер;
- исключить повторное использование одних и тех же методов борьбы с кровотечением (повторные ручные вхождения в матку, перекладывание зажимов и т. д.);
- применять современную адекватную инфузионно-трансфузионную терапию;
- использовать только внутривенный способ введения лекарственных препаратов, так как в сложившихся обстоятельствах всасываемость в организме резко снижена;
- своевременно решать вопрос об оперативном вмешательстве: операция должна проводиться до развития тромбгеморрагического синдрома, в противном случае она часто уже не спасает родильницу от смертельного исхода;
- не допускать снижения артериального давления ниже критического уровня на продолжительное время, что может привести к необратимым изменениям в

жизненно важных органах (коре большого мозга, почках, печени, сердечной мышце).

Кровотечение вследствие патологического прикрепления плаценты

Нарушение отделения плаценты чаще всего обусловлено ее плотным прикреплением или приращением, а в более редких случаях врастанием и прорастанием. В основе этих патологических состояний лежит выраженное изменение структуры губчатого слоя базальной децидуальной оболочки либо частичное или полное его отсутствие.

Патологические изменения губчатого слоя могут быть обусловлены:

- перенесенными ранее воспалительными процессами в матке после родов и аборт, специфическими поражениями эндометрия (туберкулез, гонорея и др.);
- гипотрофией или атрофией эндометрия после оперативных вмешательств (кесарево сечение, консервативная миомэктомия, выскабливание матки, ручное отделение плаценты в предыдущих родах).

Возможна также имплантация плодного яйца на участках с физиологической гипотрофией эндометрия (в области перешейка и шейки матки). Вероятность патологического прикрепления плаценты повышается при пороках развития матки (перегородка в матке), а также при наличии подслизистых миоматозных узлов.

Чаще всего имеет место плотное прикрепление плаценты (*placenta adhaerens*), когда ворсины хориона прочно срастаются с патологически измененным недоразвитым губчатым слоем базальной децидуальной оболочки, что и влечет за собой нарушение отделения плаценты.

Различают частичное плотное прикрепление плаценты (*placenta adhaerens partialis*), когда только отдельные доли имеют патологический характер прикрепления. Реже встречается полное плотное прикрепление плаценты (*placenta adhaerens totalis*) - по всей площади плацентарной площадки.

Приращение плаценты (*placenta accreta*) обусловлено частичным или полным отсутствием губчатого слоя децидуальной оболочки вследствие атрофических процессов в эндометрии. При этом ворсины хориона прилежат непосредственно к мышечной оболочке или иногда проникают в ее толщу. Различают частичное приращение плаценты (*placenta accreta partialis*) и полное приращение (*placenta accreta totalis*).

Значительно реже встречаются такие грозные осложнения, как врастание ворсин (*placenta increta*), когда ворсины хориона проникают в миометрий и нарушают его структуру, и прорастание (*placenta percreta*) ворсин в миометрий на значительную глубину, вплоть до висцеральной брюшины.

При данных осложнениях клиническая картина процесса отделения плаценты в третьем периоде родов зависит от степени и характера (полное или частичное) нарушения прикрепления плаценты.

При частичном плотном прикреплении плаценты и при частичном приращении плаценты вследствие ее фрагментарного и неравномерного отделения всегда имеет место кровотечение, которое начинается с момента отделения нормально прикрепленных участков плаценты. Степень кровотечения зависит от нарушения сократительной функции матки в месте прикрепления плаценты, так как часть миометрия в проекции неотделившихся частей плаценты и в близлежащих участках матки не сокращается в должной степени, как это требуется для остановки кровотечения. Степень ослабления сокращения варьирует в широких пределах, что и определяет клинику кровотечения.

Сократительная активность матки вне места прикрепления плаценты обычно сохраняется на достаточном уровне, вследствие чего кровотечение в относительно длительное время может быть незначительным. У некоторых рожениц нарушение сокращения миометрия может распространяться на всю матку вызывая ее гипо- или атонию.

При полном плотном прикреплении плаценты и полном приращении плаценты и отсутствии насильственного ее отделения от стенки матки кровотечение не возникает, так как не нарушается целостность межворсинчатого пространства.

Дифференциальная диагностика различных патологических форм прикрепления плаценты возможна только во время ее ручного отделения. Кроме того, данные патологические состояния следует дифференцировать от нормального прикрепления плаценты в трубном углу двурогой и удвоенной матки.

При плотном прикреплении плаценты, как правило, всегда удастся рукой полностью отделить и удалить все доли плаценты и остановить кровотечение.

В случае приращения плаценты при попытке произвести ее ручное отделение возникает обильное кровотечение. Плацента отрывается кусками, полностью от стенки матки не отделяется, часть долей плаценты остается на стенке матки. Быстро развиваются атоническое кровотечение, геморрагический шок, ДВС-синдром. В этом случае для остановки кровотечения возможно только удаление матки. Аналогичный выход из создавшейся ситуации возможен также при врастании и прорастании ворсин в толщу миометрия.

Кровотечение из-за задержки частей последа в полости матки

В одном из вариантов послеродовое кровотечение, которое начинается, как правило, сразу после выделения последа, может быть обусловлено задержкой его частей в полости матки.

Это могут быть дольки плаценты, части оболочки, которые препятствуют нормальному сокращению матки. Причиной задержки частей последа чаще всего является частичное приращение плаценты, а также неправильное ведение третьего периода родов.

При тщательном осмотре последа после рождения, чаще всего без особых затруднений выявляется дефект тканей плаценты, оболочек, наличие разорванных сосудов, расположенных по краю плаценты. Выявление подобных дефектов или даже сомнение в целостности последа служит показанием к срочному ручному исследованию послеродовой матки с удалением ее содержимого.

Эту операцию выполняют даже в том случае, если при обнаруженном дефекте последа кровотечение отсутствует, так как оно обязательно проявится позднее.

Недопустимо производить выскабливание полости матки, эта операция очень травматична и нарушает процессы тромбообразования в сосудах плацентарной площадки.

Профилактика кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах

Своевременное и адекватное лечение воспалительных заболеваний и осложнений после оперативных гинекологических вмешательств.

Рациональное ведение беременности, профилактика и лечение возникших осложнений. При постановке беременной на учет в женской консультации необходимо выделить группу высокого риска по возможности развития кровотечений.

Следует провести полноценное обследование с использованием современных инструментальных (УЗИ, доплерометрия, эхографическая функциональная оценка состояния фетоплацентарной системы, КТГ) и лабораторных методов исследования, а также консультировать беременных со смежными специалистами.

Во время беременности необходимо стремиться к сохранению физиологического течения гестационного процесса.

У женщин группы риска по развитию кровотечения профилактические мероприятия в амбулаторных условиях заключаются в организации рационального режима отдыха и питания, проведении оздоровительных процедур, направленных на повышение нервно-психической и физической устойчивости организма. Все это способствует благоприятному течению беременности, родов и послеродового периода. Не следует пренебрегать методом физиопсихопрофилактической подготовки женщины к родам.

На протяжении всей беременности проводят тщательное наблюдение за характером ее течения, своевременно выявляют и устраняют возможные нарушения.

Все беременные группы риска по развитию послеродовых кровотечений для осуществления завершающего этапа комплексной дородовой подготовки за 2-3 нед до родов должны быть госпитализированы в стационар, где вырабатывается четкий план ведения родов и проводится соответствующее дообследование беременной.

В процессе обследования оценивают состояние фетоплацентарного комплекса. С помощью УЗИ изучают функциональное состояние плода, определяют место расположения плаценты, ее структуру и размеры. Серьезного внимания накануне родоразрешения заслуживает оценка состояния системы гемостаза пациентки. Заблаговременно следует также заготовить компоненты крови для возможной трансфузии, используя при этом методы аутодонорства. В стационаре необходимо выделить группу беременных для выполнения кесарева сечения в плановом порядке.

Для подготовки организма к родам, профилактики аномалий родовой деятельности и предотвращения повышенной кровопотери ближе к предполагаемому сроку родов необходимо провести подготовку организма к родам, в том числе и с помощью препаратов простагландина E2.

Квалифицированное ведение родов с достоверной оценкой акушерской ситуации, оптимальной регуляцией родовой деятельности, адекватным обезболиванием (длительная боль истощает резервные силы организма и нарушает сократительную функцию матки).

Все роды следует вести под кардиомониторным контролем.

В процессе ведения родов через естественные родовые пути необходимо следить за:

- характером сократительной деятельности матки;
- соответствием размеров предлежащей части плода и таза матери;
- продвижением предлежащей части плода в соответствии с плоскостями таза в различные фазы родов;
- состоянием плода.

При возникновении аномалий родовой деятельности следует своевременно их устранить, а при отсутствии эффекта решить вопрос в пользу оперативного родоразрешения по соответствующим показаниям в экстренном порядке.

Все утеротонические препараты необходимо назначать строго дифференцированно и по показаниям. При этом пациентка должна находиться под строгим контролем врачей и медицинского персонала.

Правильное ведение последового и послеродового периодов со своевременным применением утеротонических препаратов, включая метилэргометрин и окситоцин.

В конце второго периода родов внутривенно вводят 1,0 мл метилэргометрина.

После рождения ребенка опорожняют катетером мочевой пузырь.

Тщательное наблюдение за пациенткой в раннем послеродовом периоде.

При появлении первых признаков кровотечения необходимо строго придерживаться этапности проведения мероприятий по борьбе с кровотечением. Важным фактором в оказании эффективной помощи при массивных кровотечениях является четкое и конкретное распределение функциональных обязанностей среди всего медицинского персонала акушерского отделения. Все родовспомогательные учреждения должны иметь достаточные запасы компонентов крови и кровезаменителей для адекватной инфузионно-трансфузионной терапии.

Соблюдение перечисленных выше рекомендаций служит тем резервом, за счет которого можно значительно снизить частоту одного из самых грозных осложнений - гипотонического кровотечения - и уменьшить риск материнской смертности.

Родовой травматиз

К родовому травматизму матери в основном относят повреждения мягких тканей родового канала. Повреждения костной основы (расхождение и разрыв лонного сочленения, растяжение подвздошно-сакрального сочленения) встречаются редко.

Разрывы мягких тканей родового канала (промежности, влагалища, шейки матки) наиболее часто встречаются у первородящих, разрывы матки могут быть как у первородящих, так и у повторнородящих. Они связаны чаще всего с осложненным течением родов, а также с несвоевременным или неквалифицированным оказанием акушерской помощи.

Разрывы мягких тканей родового канала наблюдаются в 6-20% родов. Разрывы матки - от 0,1 до 0,05% общего числа родов, или один разрыв на 3000-5000 родов.

Разрывы вульвы, влагалища и промежности

Причинами травм мягких тканей родового канала чаще всего являются:

- роды крупным или гигантским плодом;
- быстрые и стремительные роды;
- вторичная слабость родовой деятельности;
- разгибательные вставления головки;
- узкий таз;
- тазовое предлежание плода;
- рубцовые или воспалительные изменения тканей;
- оперативное родоразрешение (наложение акушерских щипцов).

Разрывы вульвы происходят обычно в области малых половых губ, клитора и представляют собой поверхностные трещины, надрывы.

Разрывы в области клитора сопровождаются кровотечением, иногда весьма значительным при повреждении кавернозных сосудистых сплетений.

Лечение. Разрывы в области малых половых губ зашивают непрерывным швом с использованием тонкого кетгута, или викрила под регионарной анестезией, продолжающейся и после родов, или под внутривенной анестезией. При зашивании разрывов в области клитора в уретру вводят мочевого катетер, швы накладывают без захвата подлежащих тканей во избежание кровотечения из кавернозных тел.

Травмы влагалища в нижней его трети обычно сочетаются с разрывом промежности. В верхней трети разрывы влагалища могут переходить на свод влагалища и сочетаться с разрывами шейки матки.

Средняя треть влагалища вследствие растяжимости гораздо реже подвергается повреждениям. Разрыв и разможение тканей возможны также в глубоких подслизистых слоях влагалища, когда эластичная слизистая оболочка остается целой. При этом в глубине ткани в результате повреждения сосудов образуется гематома, иногда значительных размеров.

Клиническая картина и диагностика. Разрывы влагалища проявляются либо кровотечением из поврежденной стенки, либо ощущением распирания при гематоме. Диагностика не представляет труда. При раздвигании малых половых губ или осмотре с помощью зеркал виден разрыв или гематома, которая определяется как тугоэластической консистенции образование синюшного цвета.

Лечение. Разрыв стенки влагалища ушивают отдельным или непрерывным швами (кетгут, викрил). Небольшие гематомы рассасываются самостоятельно и вмешательства не требуют. При значительном кровоизлиянии (диаметром более 3 см в) гематома вскрывается, опорожняется и на кровоточащие сосуды накладываются швы. Если сосуды не удается лигировать, то накладывают погружные швы на ткани. При очень большой гематоме в ее полость можно ввести на 2-3 дня дренаж в виде резиновой полоски.

При разрыве верхней трети влагалища с переходом на свод влагалища необходимо произвести ручное обследование матки для исключения ее разрыва в области нижнего сегмента.

Разрыв промежности. Несмотря на то что ткани промежности растяжимы, нередко происходит их разрыв в конце второго периода родов.

Различают самопроизвольные и насильственные разрывы, которые наблюдаются при проведении влагалищных родоразрешающих операций.

По глубине повреждения все разрывы промежности делятся на три степени.

К разрывам I степени относятся разрывы кожи промежности и стенки влагалища нижней трети.

Разрывы II степени заключаются в нарушении целостности не только перечисленных тканей, но и мышц тазового дна, в основном *m. levator ani*.

К разрывам III степени относятся более глубокие повреждения тканей с вовлечением сфинктера прямой кишки, а иногда и части прямой кишки.

Разрыв промежности III степени является тяжелой акушерской травмой. Неквалифицированное оказание медицинской помощи при разрыве III степени может привести к инвалидизации пациентки (недержание газов, кала).

Клиническая картина и диагностика. По клинической картине различают три стадии в процессе угрозы и разрыва промежности:

I стадия - нарушение венозного оттока крови из тканей промежности в силу их перерастяжения подлежащей частью. При этом определяется цианоз кожи промежности;

II стадия - отек тканей промежности; к цианозу кожи присоединяется своеобразный её "блеск";

III стадия - нарушение кровообращения в артериальных сосудах. Цианоз кожи промежности сменяется её бледностью. Ткани не в состоянии противостоять дальнейшему растяжению, происходит их разрыв.

Диагностика разрывов промежности осуществляется без особых трудностей при тщательном осмотре родовых путей в первые часы после родов.

Лечение заключается в ушивании разрыва сразу или в течение 30 мин после родов.

Разрывы ушивают на гинекологическом кресле или на родильной кровати со вдвинутым внутрь ножным концом и введенными ногдержателями с соблюдением всех правил асептики и антисептики под внутривенной анестезией. Если применялось регионарное обезболивание, его продолжают в период наложения швов. При разрывах I и II степени хирургу необходима помощь врача-ассистента, а при разрывах III степени - двух ассистентов.

Разрывы шейки матки.

Разрывы шейки матки чаще наблюдаются у первородящих и происходят во втором периоде родов.

Этиологические факторы разрыва шейки матки:

- анатомические, послеоперационные рубцовые изменения (коагуляция, лазерное воздействие, электроили ножевое иссечение тканей);
- крупный плод;
- задний вид затылочного предлежания или разгибательные предлежания;
- нарушения родовой деятельности (стремительные и быстрые роды, дискоординация родовой деятельности);
- оперативные роды (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция, плодоразрушающие операции).

Разрывы шейки матки происходят чаще в направлении снизу вверх, т.е. от наружного зева к внутреннему.

В зависимости от глубины различают три степени разрыва шейки матки.

- К разрывам I степени относят разрывы шейки матки с одной или двух сторон длиной не более 2 см,

- к разрывам II степени - разрывы протяженностью более 2 см, но не достигающие до свода влагалища,
- к разрывам III степени - разрывы, достигающие до свода влагалища или переходящие на него. Разрывы III степени - тяжелый вид акушерского травматизма, при котором невозможно исключить переход разрыва шейки матки на ее нижний сегмент.

Клиническая картина и диагностика. Разрывы I степени остаются бессимптомными. Более глубокие разрывы шейки матки при повреждении нисходящей ветви маточной артерии сопровождаются кровотечением, которое начинается сразу после рождения плода. Алая кровь вытекает струйкой до отделения плаценты и после рождения последа при хорошо сократившейся матке.

При отсутствии кровотечения определить разрывы шейки матки можно только при осмотре всех ее краев с помощью влагалищных зеркал и мягких зажимов в первые 2 ч после родов, что обязательно выполняют у всех рожениц. При кровотечении в последовом периоде осмотр следует производить тотчас же после отделения и осмотра целостности последа.

Разрыв шейки матки III степени является показанием к ручному обследованию полости матки для исключения разрыва ее нижнего сегмента.

Лечение. Разрывы шейки матки ушивают отдельными однорядными или двухрядными швами кетгутом.

Для наложения однорядных швов края разрыва захватывают зажимами и несколько низводят, после чего накладывают первый шов через все слои немного выше верхнего угла разрыва. Это дает возможность без труда, не травмируя и без того поврежденную шейку матки, низводить ее, когда это требуется. При ушивании шейки матки вколы и выколы осуществляют через весь слой (слизистый, мышечный).

При наложении двухрядных швов первоначально накладывают слизисто-мышечные швы, а затем мышечно-мышечные. Первый ряд швов завязывают в просвет цервикального канала, второй ряд - со стороны влагалищной части шейки.

Разрывы матки.

Разрывы матки - это нарушение целостности ее слоев во время беременности и родов. Перинатальная смертность при разрывах матки высокая (40-50%). При несвоевременно оказанной помощи может быть гибель женщины.

В настоящее время выделяют следующие варианты разрыва матки

I. По времени происхождения:

- разрывы во время беременности;
- разрывы во время родов.

II. По клиническому течению:

- угрожающий разрыв;
- начавшийся разрыв;
- совершившийся разрыв.

III. По характеру повреждения:

- трещина (надрыв);
- неполный разрыв (не проникающий в брюшную полость) в тех местах матки, где брюшина рыхло соединена с мышечным слоем, обычно в боковых отделах нижнего сегмента матки, по ее ребру или в области предпузырной клетчатки;

• полный разрыв - проникающий в брюшную полость и захватывающий все мышечные слои.

IV. По локализации:

- в дне матки;
- в теле матки;
- в нижнем сегменте матки;
- отрыв матки от сводов влагалища.

Наиболее часто разрывы матки происходят в области ребра и нижнего сегмента матки или по рубцу после ранее произведенных оперативных вмешательств (кесарево сечение, миомэктомия, иссечение маточного угла при внематочной беременности).

В связи с расширением показаний к кесареву сечению, уменьшением частоты использования акушерских щипцов, плодоразрушающих операций уменьшилось число насильственных разрывов матки.

Вопросы для закрепления изученного материала:

1. Какие роды относятся к патологическим родам?
2. Расскажите о диагностике патологических родов?
3. Расскажите классификацию тазовых предлежаний плода?
4. Перечислите причины возникновения поперечных и косых положений плода?
5. Что в себя включает понятие «аномалии родовой деятельности»?
6. Расскажите причинах, особенностях течения кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах?
7. Расскажите о родовом травматизме?

Рекомендуемая литература:

1. Дзигуа М.В., Луныкина Е.А. Сестринское дело в Акушерстве и гинекологии: Учебное пособие.-М.: АНМИ, 2005г. с. 185-234.
2. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Новая редакция. Серия «Медицина для Вас». Ростов н\Д: Феникс, 2001., с. 90-123.
3. Крылова Е.П. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Серия «Медицина для Вас». – Ростов н\Д: «Феникс», 2001., с. 140-154.
4. Линева О.И., Двойников С.И., Гаврилова Т.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Руководство для студентов факультетов ВСО мед.вузов, студентов мед. колледжей и училищ. – Самара: Издательство ГП «Перспектива», 2000., с. 200-202.
5. Лысак Л.А. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: учеб.пособие \ Л.А. Лысак. – Изд. 3-е, перераб. – Ростов н\Д, Феникс, 2013. – (Медицина), с. 124-156.
6. ПРИКАЗ от 1 ноября 2012 г. N 572н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРОФИЛЮ "АКУШЕРСТВОИ ГИНЕКОЛОГИЯ (ЗА ИСКЛЮЧЕНИЕМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ВСПОМОГАТЕЛЬНЫХРЕПРОДУКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ)"
7. www.consultant.ru
8. <http://www.rosminzdrav.ru/>