**Эмбрио- и фетопатии** ─это аномалии развития эмбриона и плода.

 По срокам развития зародыша выделяют следующие периоды:

 --бластогенез-с 1 по 15 день

 --эмбриогенез 16 - 75 дней ( эмбрион)

 --фетогенез 76 - 280 дней (плод)

 **Основная цель акушерства** - дать здорового ребёнка и сохранить мать.В

 1966 году возникла наука

 сохранение внутриутробного плода.Она охватывает период жизни человека

 с28 недели беременности по 7-й день жизни.

 В 28 недель ребёнок весит ок.1000 г. и имеет длину 35 см. При опре-

 делённых условиях он может существовать. Самый маленький новорожденный

 которого удалось выходить весил 400 г.

 ОСЕНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ ПЛОДНОГО ЯЙЦА

 Регуляция менструального цикла имеет 5 уровней:

 1-кора и подкорка(трансмиттеры - адреналин, норадреналин, серотонин ^#& в

 гипоталамус).

 2-гипоталамус. Инфекции в детском периоде ^#& нарушение гипоталамических

 релизинг-факторов.

 3-гипофиз.Передняя доля - ФСГ,ЛГ,ЛТГ,ТТГ,АКТГ,СТГ. ФСГ и ЛГ определяют

 рост и развитие первичных фолликулов.

 4 - яичники.Фазы: фолликулиновая, выхода, лютеиновая.

 Уровень эстрогенов поднимается в первую половину цикла;пик приходит-

 ся на 7-8й день цикла.Уровень гестагенов повышается во вторую половину

 цикла ( т.е. после овуляции) ; пик приходится на 21-23й день цикла.

 5 - матка,яичники, трубы, кости, фолликулы волосяных мешочков.

 Оплодотворение наступает в ампулярной части трубы. С этого момента на-

 чинается предимплантационный период. На 4-е сутки плодное яйцо полнос-

 тью внедряется в слизистую матки/маточный эпителий нахдится в это вре-

 мя в фазе секреции и обеспечивает зародыш всеми необходимыми компонен-

 тами питания.С этого момента до 7-9 недели идет процесс имплантации и с

 8-9недели до 12 недели - процесс плацентации.

 **К окончанию беременности:**

 1-плод

 2-оболочки

 а)детская(амнион) - водная оболочка

 б)хорион - сосудистая оболочка.Эта оболочка состоит из двух частей:

 --лысый хорион

 --ветвистый хорион

 3-материнская/децидуальная/ оболочка. эта оболочка отпадает во вре-

 мя отделения плаценты.

 Плод соединяется с пацентой пуповиной, длина= 50 -51 см, d=1.5см; со-

 держащей артерию /венозная кровь/ и две вены /артериальная кровь/.

**Эмбриогенез** 3-4 сут. - погружение в матку.

 6-8 нед. - период закладки органов.

 7-8 нед. -- 38 нед. - фетогенез,органы начинают приспосабливаться к

 своей функции. Роды ранее 37 недель - патологические/ недоношенные и

 недоразвитые дети. Беременность и роды наследственно детерминированный

 процесс.

 До 20 лет коэфициент болези Дауна = 0.7

 до 30 -- 1.8

 до 40 -- 4.5

 после 40 -- 29.2

 Производят биологические и биомолекулярные исследования. По спе-

 циальному алгоритму определяют беременность с наследственной патоло-

 гией.Аборт можно делать до 28 недель.На УЗИ можно увидеть поликистоз

 почек, опухоли, эктопия мочевого пузыря, микроцефалия. Факторы риска:

 электромагнитное излучение / микрофтальмия, пороки костей, половых ор-

 ганов/, тяжелые металлы,органические растворители - гнойничковые забо-

 левания, нарушения менструального цикла и сперматогенеза. Многие поги-

 бают в раннем возрасте; лекарственные препараты / стрептомицин - глухо-

 та/.

 Инфекционные заболевания - TORCH

 Т - ТОКСОПЛАЗМОЗ.Анецефалы,микрофтальмия, волчье небо, гидроцефалия,

 хориоретинит, менингит, энцефалит.

 О - сифилис, хламидиоз, энтеровирусы, гепатит А и В, иерсинеоз, корь,

 эпидемический паротит.

 R - rubella /краснуха/ - тяжелое поражение клапанов сердца, глухота,

 микрофтальмия, поражение ЦНС .

 С - цитомегаловирус - гидроцефалия, анофтальмия, многоводие.

 Н - герпес-вирусы - поражение ЦНС.

 Гепатит В, туберкулез,парагрипп, аденовирусы - плод отстает в развитии

 от сроков беременности /фетоплацентарная недостточность/.

 Алкогольный синдром плода ( 60-80 гр/сут). - микроцефалия, микроф-

 тальмия, птоз век, Дисплазия ушных раковин, носа, челюстей, ^^&- гипер-

 трофия клитора, отставание шейки матки в развитии; диафрагмальная гры-

 жа, гидронефроз, пигментные пятна и гемангиомы. В послеродовом периоде

 - неврозы, эпилепсия, олигофрения, дромопатия( склонность к бродяжни-

 честву).

 \* Курение - хронические заболевания легких,

 \* наротики - плод плохо набирает вес;

 \* неполноценное белковое питание и т.д.

 Медикогенетическая консультация:

 1я половина беременности - 1 раз в месяц

 2я половина беременности - 1 раз в 2 недели

 37-38 недель - 1 раз в неделю.

 Амниоскопия - если гипоксия плода - меконий ( зеленый цвет) , резус

 конфликт - билрубин / желттый цвет /.

 Амниоцентез - определяют белок, сахар, билирубин, Ig.

 Хорион-биопсия на ранних сроках.

 Хордоцентез (пункция сосудов пуповины) - гр. крови, Rh, HbF, сахар, би-

 лирубин, креатинин, белковые фракции.

 Факторы социальной защиты: на ранних сроках беременности женщин осво-

 бождают от вредного производства, запрет на некоторые профессии для жен-

 щин.

 **РОДЫ** -процесс изгнания плода и родовых оболочек по родоваму каналу.

 Родовой канал - это кости таза, матка, шейка матки, мышцы дна мало-

 го таза. Процесс изгнания плода:

 у первородящих -- 14-15 часов, у повторнородящих -- 8-9 часов.

быстрые роды -- 8-6 -- -- 6-4 --

стремительные роды -- 6-4 -- -- 4-2 --

 ПЕРИОДЫ РОДОВ

 До родов шейка матки: l=1.5см d= 1.5-2 см. Шейка расположена по оси

 малого таза.

 рез 15-20 мин. по 15-20 сек. В середине периода через 6-8 мин по 25-30

 секунд.Перед родами через 1-2 мин по 45-55 / до 60/ сек.

 Регулярные схватки ведут к раскрытию шейки матки до d=10см. За нес-

 колько дней до родов могут наблюдаться нерегулярные схватки, усиливаю-

 щиеся в ночные часы. Доминанта Беременности за 2 недели до родов прев-

 ращается в доминанту родов. В прелиминарный период появляются схват-

 ки-предвестники, более частые но нерегулярные,которые через 6-8 часов

 переходят в роды. нормальная продолжительность 1-го периода - 10-12 ча-

 сов. Скорость раскрытия шейки матки равна 1 см/час.

 У первородящих раскрывается сначала область внутреннего зева, за-

 тем наружного ; у повторнородящих оба зева раскрываются одновременно.

 момента рождения плода. В норме продолжается до 4-х часов, в среднем

 30-40 минут.У повторнородящих максимум 2 часа, в среднем 15-20 минут.

 Первородящая - 20 мин. Повторнородящая - 5- 10 мин.

 В среднем длина пуповины 50-70 см. Пуповина менее 50 см - АБСОЛЮТНО

 КОРОТКАЯ ПУПОВИНА.

 Срочные - 40 +/- 2 нед. Рождаются доношенные дети.

 нем 3000-3500 г. мах до 4-6 кг ( африканский гангартюа 10800 г.).Сред-

 ний рост 50-51 см, мin 46 см.

 Преждевременные 37-28 недель.В 28 нед. ребенок весит 1000г. и ростом 37

 см. В 22 недели ребенок весит 500г.; в США таких выхаживают, у нас счи-

 тают, что не стоит.

 Запоздалые - 42+/- 2 недели. Ребенок с признаками переношенности:выра-

 жена сморщенность кожных покровов( ручки прачки,ножки банщика), очень

 выражена исчерченность ладоней и подошв,очень сухая кожа (нет сыровид-

 ной мазки) , выраженны плотные кости черепа, узкие швы и роднички (от-

 сюда мала конфигурация головки,низкое приспособление к родовым путям).

 Роды через естественные родовые пути / partus per vias naturalis.

 Partus per abdomen ─ кесарево сечение.

 Антенатальная гибель плода - гибель до родов.

 Интранатальная гибель плода - гибель в родах.

 Постнатальная гибел - в течение 7-ми дней после родов.

 ПРИЧИНЫ НАСТУПЛЕНИЯ РОДОВ. Роды обеспечиваются комплексом мать-плацен-

 та-плод.Плацента вырабатывает хориальные гонадотропины:

 - эстрогены -- эстриол во время беременности. Эстрогены обеспечи-

 вают рст и развитие матки. К началу беременности матка весит 50 г., к

 концу беременности ок 1000 г. к родам возрастает концентрация эстрадио-

 ла. Плацента вырабатывает плацентарный лактоген

 Прогестерон обеспечивает закрытие зева и сохранение беременности.К

 родам концентрация прогестерона снижается, а окситоцина повышается. Ко-

 личество рецепторов к окситоцину увеличивается в 10 000 раз.

 Простагландины J

 Е ---------- в шейке

 Повышается концентрация аденалина, норадреналина, серотонина.

 Изменяется взаимоотношение и чувствительность всех отделов нервной сис-

 темы: торможение коры, растормаживание подкорки, повышение тонуса сим-

 патической нервной системы.

 Матка начинает сокращаться.

 метрия. РЕТРАКЦИЯ - перемещение волокон миометрия относительно друг

 друга. ДИСТРАКЦИЯ - расслабление круговых волокон шейки матки.

 Закрываются кальциевые каналы - накапливается кальций необходимый

 для нервно- мышечного проведения.Накапливаются витамины В, Е, С. Изме-

 няется чувствительность мышечного волокна ( альфа -адренорецепторы --

 сокращение, вета- адренорецепторы -- расслабление).

 Изменяется гомеостаз матки.

 В норме сердцебиение плода 120-140 уд./мин.

 Роды это наследственно детерминированный процесс. Это процесс имму-

 ного отторжения плода и плаценты.

 ПЕРИОДЕ

 У человека гемохориалльная плацентация. С наступлением беременности

 начинается новая гормональная организация. Управление в организме осу-

 ществляется иерархическим методом. Гонадотропин вырабатывается перед-

 ней долей гипофиза или желтым телом. При менструации происходит сниже-

 ние концентрации половых гормонов и отслоение функционального слоя эн-

 дометрия. Хорионический гонадотропин препятствует этому. На определе-

 нии избытка хорионического гонадотропина в моче основан диагностичес-

 кий тест.

 Хорион состоит из двух частей : лысый хорион и ворсинчатый хорион(

 собственно плацента).

 В норме нижний край плаценты тстоит не менее 7 см от внутреенего зева.

 Функциональный слой эндометрия, входящий в состав оболочек плодного

 пузыря - децедуальная оболочка. 2я оболочка - хорион ( лысый); 3я - ам-

 нион ( развивается из плодного яйца.

 В ряде случаев плацента распологается ближе 7см к внутреннему зеву -

 зона нижнего сегмента.

 **Аномалии расположения плаценты**.

 1) Аномалии прикрепления - нарушение интимности связи .

 Аномалии расположения встречаются 1/200 - 1/300 родов. (0.5 - 0.8%)

 лежании плаценты она полностью перекрывает внутренний зев.

 Предраспологают к амомалиям расположения возраст старше 28 лет; ис-

 куственные аборты, Воспалительные процессы, рубец на матке, миома мат-

 ки, плод мужского пола ( в 12 раз чаще), аномалии развития полового ап-

 парата.

 Клинически на фоне полного здоровья появляется кровотечение в отсут-

 ствие схваток. Об`ективно: ненормальное положение плода; высокое стояие

 предлежащей части над входом в таз.

 При росте матки происходит смещение мышечных волокон относительно

 друг друга, при этом может развиться кровотечение. Влагалищное исследо-

 вание при подозрении на предлежание плаценты производят только в усло-

 виях развернутой операционной.

 Информативным методом исследования является УЗИ.

 При полном предлежании плаценты кровотечение чаще появляется на сро-

 ках 28 - 30 недель; при неполном -- 36-38 недель. При низком расположе-

 нии -- в периоде раскрытия. Чем раньше появляется кровотечение, тем ху-

 же прогноз.

 Пренатальная смертность - с28 нед. по 7й день жизни. В России ок.

 18/1000 в Санкт-Петербурге ок. 14/1000. В Швеции - 6.5/1000 ; в Японии

 - 5.5/1000 .

 При первых подозренях на предлежание плаценты женщина госпитализи-

 руется до конца беременности.

 ЛЕЧЕНИЕ: бета-адреномиметики( партусистен, бреканил, сальбутамол)

 спазмолитики ( но-шпа, белладонна)

 Если есть центральное предлежание плаценты - кесарево сечение. Непол-

 ное предлежание можно вести per vias naturalis при отсутствии кровоте-

 чения. Если есть возможность родоразршения через естественные родовые

 пути ( определяются шероховатые плодные оболочки) необходимо вкрыть

 плодный пузырь. Если после вхождения головки в родовой канал кровотече-

 ние не остановилось - кесарево сечение.

 Дифдиагноз с шеечно-перешеечной беременностью, раком шейки матки, ва-

 рикозным расширением вен вагалища, отслойкой плаценты.

 Преждевременная отслойка плаценты ( 0,5 - 1,3%).

 Причины:1. Группа повышенного риска - ОПГ-гестоз, ГБ, вторичная ярте-

 риальная гипертензия, сахарный диабет, механическая травматизация.

 2. полиамнион, многоплодие.

 3. короткая пуповина( менее 35 см

 Диагноз ставится на основани изучения факторов риска.

 Клиника: кровтечение/ 35%/ , гипертонус матки- 50% , локальная болез-

 ненность- 30% , нарастающие признаки гипоксии плода. В зависимости от

 площадиотслойки - погноз. Отслойка более 1/3 площади - гибель плода.Ро-

 дившиеся живыми дети обладают повышенной чувствительностью к гипоксии,

 девочек чувствительны к кровопотере.

 При отслоке плаценты и наличии кровотечения высока вероятность разви-

 тия ДВС-синдрома.

 Кровотечения в 3м периоде родов менее интенсивные, из-за большого ко-

 личества тромбопласинов. При имбибиции матки кровью невозможно нор-

 мальное сокращение миометрия - матка Кювелера.( при этом кровопотеря

 1000-150мл).

 Ведение: срочное родоразрешение, переливание теплой крови, вскрытие

 плодного пузыря( чтобы снизить вероятность матки Кювелера). Наличие

 мертвого плода не является показанием к кесареву сечению.

 КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПРОЦЕССЕ РОДОВ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.

 Диаметр головки плода 9,5- 10 см.

 Рождение последа; отторжение паценты может происходить ретроплацен-

 тарной гематомой( по Шульцу) или скраю ( по Дункану).

 Прзнаки отделения плаценты: Шредера - дно матки поднимаетсь в правое

 подреберье преобретает вид песочных часов. Альфельда - лигатура нало-

 женная на пуповину около половой щели отходит. Кюстнера- Чукалова - при

 надавливнии ребром ладони на низ живота лигатура не уходит.Штрассмана -

 при постукивании по дну матки вибрация на пуповину не передается. Пока

 не выделится послед контракция матки не произойдет. При отделившейся

 плаценте можно применить приемы выделения последа:

 прием Абуладзе - переднюю брюшную стенку собирают в складку и просят

 женщину потужиться. Прием Креде-Лазаревича - выпусккается моча, матка

 массируется, далее матка захватывается рукой ( болбшой палец на перед-

 ней поверхности, 4 других на задней.

 **Аномалии сократительной деятельности** -- это отклонение от нормальной

 деятельности матки.При этом виде потологии роды приобретают либо заяж-

 ное , либо стремительное течение. Повышается родовой травматизм: гипок-

 сия плода, асфиксия новрожденного,травмы спинного и головного мозга,

 переломы и т.д. ПРи этом возникают трудности в ведении родов.

 КЛАССИФИКАЦИЯ:

 1. изменение силы маочных сокращений

 2. изменение интервалов

 3. изменение периодичности схваток - дискоординированная родовая дея-

 тельность.

 Водитель ритма матки находится в роге матки. Наибольшая сила сокраще-

 ний в дне матки, нижние сегменты практически не сокращаются.Запись

 произаводят с помощю наружной гистерографии ( КТГ), иногда регистри-

 руют внутриматочное давление.

 К родам матка обладает определенным тонусом, определяющим способ-

 ность маткик сокращениям. К родам тонус матки = 10 мм Hg --

 В нормотонусе протекает около 90% родов, гипертонус -- 0,5% ; гипо-

 тонус-- все остальное.

 КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ:

 1. Полный спазм( тетания) матки. угрожает разрывом

 2. Частичный спазм в области наружного зева - ригиность шейки матки,

 м.б. врожденной и посттравматической/ у повторнороящих/.

 3. Дискоординированая родовая деятельность - теряется ритмичнось сокра-

 щений и команда воителя ритма.

 Гипотонус матки: 1. первичная слабость родовой деятельности;2.

 вторичная слабость родовой деятльности. Иногда выделяют слабость потуг.

 За рубежом определяется как активность матки; соответственно нормо-,

 гипо-, и гиперактивность.

 По И.И. Яковлеву:

 1. первичная слабость родовой деятельности

 2. вторичная слабость родовой деятельности

 3. быстрые стремительные роды

 4. дискоординация сокращений.

 ЭТИОЛОГИЯ

 1. Возраст более 30 лет

 2. Аборты ( остаются ногочисленные рубцы).

 3. Экстрагенитальная патология: эндокринная( ожирение, сахарный диабет,

 тиреотоксикоз), психические и нервные нарушения; сердечнососудистая па-

 тология, патология почек.

 4. Акушерские причины: узкий таз, клинически узкий таз,разгибательное

 лицевое передне-головное предлежание; многоплодная беременность, много-

 водие/ в норме ок. 1 литра вод ; производят раннюю мниотомию/ малово-

 дие/ то же/ ; затяжные роды, косое и поперечное положение плода.

 ПАТОГЕНЕЗ

 Для нормальной родовой деятельности необходимо: изменение соотноше-

 ния уровней гормонов; увеличение синтеза постогландина F2 -альфа;Увели-

 чение уровня окситоцина и рецепторов к нему; увеличение уровня БАВ( ад-

 реналина, норадреналина,серотонина); Изменение ферментативных процес-

 сов в миометрии , накопление белков и электролитов; Изменение рецепто-

 ров симпатической и парасимпатической нервной системы,изменение чув-

 ствителност центальной и периферической нервной системы; в матке увели-

 чевается количество альфа и снижается бета - рецепторов.Изменяется го-

 меостаз матки, ОЦК фетоплацентарного круга увеличевается в 1.5 раза.Со-

 держание кислорода увеличевается в 100 раз.

 ДИАГНОСТИКА

 Наружная и внутренняя гистерография.Внутриматочное давление, биохими-

 ческий анализ крови.

 ЛЕЧЕНИЕ

 Медиккаментозные средства и оперативные методы лечения.Амниотомия, пе-

 ринетомия, наложение акушерских щипцов, извлечение плода за тазовый ко-

 нец, ручное пособие.

 Слабость родовой деятельности - эстрогеновый фон, глюкозо-витамин-

 но-кальциевый комплекс.

 Фолликулин 20000-30000 ЕД в/м иногда на 1,5 мл эфира.

 Сиднестрол 0,1% 1мл (10000 ЕД), до 30-40 тыс. в/м в течение не более

 3-4 дней; в родах -- 6-8 часов.

 Схемы родостимуляции и родовозбуждения:

 глюкоза 40%- 20мл

 аскорбиновая кислота 5% - 25мл

 кальция хлорид 10% -10мл

 витамин В1 5% - 1мл в/м

 витамин В6 1% - 1мл в/м

 Окситоцин 1мл (5 ЕД) на 500мл 5% глюкозы в/в капельно, первые 8-10 ка-

 пель вводят 15-20 минут. До макс. скорости в 30-40 капель/мин. Вводят в

 течение 2-4 часов, ближе к полному раскрытию шейки матки. Капоть окси-

 тоцин нельзя прекращать до полного выделения последа, т.к. в это время

 у женщины эндогенный окситоцин не вырабатывается.

 Несколько схем на одной женщине не применяют.Окситоцин можно вво-

 дить через компьютерные счетчики.Главное не перевести матку в геперто-

 нус.

 Простенон (ПГ Е2-альфа) 0.1% - 1мл в 300-400мл 5% глюкозы в/в ка-

 пельно, не более 20 капель в минуту. можно по 0.5 мл окситоцина и прос-

 тенона.

 Цервипрост (ПГ Е) - гель на шейку матки. Можно ватный тампон смочен-

 ный простеноном.

 Антагонисты кальция - фенаптин,изоптин таб. 0.04 по 1-3 таб/день.

 Акушерский сон -- закись азота с кислородом ( 1:2 или 1:1)

 - фторотан

 В/в промедол 2% - 1мл

 атропин 0.1% - 1мл

 димелрол 0.1% - 1мл

 седуксен, реланиум 2мл

 Таб. сибазон 0.01

 нозепам, тозепам 0.02

 БЫСТРЫЕ РОДЫ

 У первородящих < 6 час., у поворнородящих < 4 час. Могут привести к

 акушерскому травматизму: разрывы матки, шейки, влагалища, помежности.

 Кровотечениям в родоах и раннем послеродовом периоде. Гипоксия плода и

 механические травмы плода.

 Лечение: спазмолитики; наркоз( закись азота, фторотан),бета-миметики(

 бреканил,фенотерол,сальбутамол)-- 0.5 мг на 300 мл 5% р-ра глюкозы/

 физ. р-ра/ в/в капельно 15- 20 капель/мин.

 ДИСКООРДИНАЦИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

 Спазмолитики в/в или в шейку матки - промедол, фентанил. В шейку матки

 -- лидаза 64 ЕД. Вит. в1, в6. При тетанусе и дискоординации схватки

 становятся малоинтенсивными и стимулировать их нельзя.

 **Аборт** - прерывание беременности ( abortus - выкидыш).

 А. -- от начала беременности до 22 нед ( масса до 500 г, длина плода

 до 22 см).

 Невыншивание беремености : аборт, преждевременные роды (8--12%).

 Надолю аборта приходится ок 3-4% но м.б. выкидыш на ранних сроках с за-

 держкой цикла на 7-10 дней.

 КЛАССИФИКАЦИЯ

 ABORTUS SPONTANEUS- спонтанный аборт

 Abortus artificialis - искусственный аборт

 Аборт ранних сроков -- до 22недель

 аборт поздних сроков 22-28 недель

 преждевременные роды после 28 недель.

 Искусственный аборт

 1. по желанию до 12 недель, но чем больше развита плацента, тем больше

 вероятност перфорации матки.

 2. по медицинским показаниям -

 а) матери- пороки сердца,ГБ 3 , гломерулонефрит с ОПН, психичес-

 кие заболевания, заболевания крови.

 б) плода - гидроцефалия, анецефалия, пороки развития ЦНС, ЖКТ,

 почек.

 3. немедицинские ( криминальные) аборты.

 Ежегодно в России погибает 1000 женщин репродуктивного возраста, 250

 из них от абортов. 80% сепсис, 8% кровотечения, 4% воспалительные забо-

 левания органов малого таза/ВЗОТ/, 8% травмы матки и сосудов малого та-

 за.

 По клинической картине:

 Abortus immenes - угрожающий аборт. Повышается тонус матки, больные

 жалуются на тянущие боли, но шейка матки сохранена, наружный зев закрыт.

 Abortus incipiens - начавшийся аборт. Слабость, головокружение, АД

 понижено, шейка укорочена, наружный зев пропускает кончик пальца. Появ-

 ляютс и усиливаются кровянистые выделения.Возможны попытки сохранить

 беременость , но вероятность не большая. Определяют стееь раскрытия ма-

 точного зева( УЗИ, кольпоцитограмма - мазок на цитологию, определяют

 степень эстрогенизации мазка). При нормальной беременности - навикуляр-

 ный мазок, при нарушенни увеличивается эстрогенизация - большие,повер-

 хностные клетки. Кариопикнотический индекс - отношение без"ядерных кле-

 ток ко всем остальным. 1я половина беременности не должен быть более

 5-10%; вторая половина -- 3-4%

 Abortus progredicus - аборт в ходу. Плодное яйцо на 3/4 отслоилось от

 стенк матки.Шейка открыта; происходит изгнание плодного яйца. Сильное кровотечение,

 Кожные покровы бледные,слизистые бледные, низкое АД, тахикардия, изме-

 нение шокового индекса.

 Ab. complectus - полный аборт. Все выходит из шейки. Шейка зияет.

 кровотечение может прекратиться.

 Ab. incomplectus - оболочки и плацента задерживаются в полости

 матки.Состояние больной определяется степенью кровопотери. Кровотече-

 ние продолжается.

 Несостоявшийся выкидыш ( замирание беременности).

 Пузырный занос - перерождение ворсин хориона в пузырьки.М.б. порстой

 и дестругирующий(поникающий в стенку матки). М.б. кровотечение.

 Трофобласическая болезнь - хориоэпителиома, хорионбластома, хорион-

 карцинома, пузырный занос.

 ЭТИОЛОГИЯ АБОРТОВ

 1. На ранних сроках - генетические аномалии.

 2. Инфекция половых путей - хламидии, микоплазмы, гарнереллы, неспеци-

 фические заболевания. Специфические заболевания: сифилис, гонорея, tbc,

 СПИД. А также ОРВИ, грипп, краснуха, листерилёз.

 3. соматические заболевания - острый и хрон.пиелонефрит.

 4. Экстрагениталная патология сердца, печени, щитовидной железы, сахар-

 ный диабет, гормональные расстройства.

 5. Гормональные расстройства в репродуктивной системе - нарушение мен-

 струального цикла, инфантилизм.

 6. Заболевания енских половых органов - кольпиты, эндометриты.

 7. Аборты, рубцы, синехии, миомы, оперативные вмешательства на матке.

 8. Аномалии развития матки - двурогая матка, инфантилизм.

 9. Надпочечниковые нарушения, привычное невынашивание, резус-конфликт.

 ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ.

 В соответствии с патогенезом: медикаментозное, физиоерапевтическое, хи-

 рургическое.

 1. постельный режим, половой покой, чаще выкидыш происходит в сроки

 наступления менструаций или бывших выкидышей -- критические сроки.

 2. Успокоительная терапия - настойка Кватера, настойка валерианы, нас-

 тойка Павлова, транквилизаторы.

 3. Введение гормональных препаратов:

 Sol. Progesteroni 1% - 1ml

 На курс не менее 100мг ; сначала каждый день , 0.25% -1мл через день.

 Потом 17-ОПК 12.5% - 1мл 1 разв неделю.

 Далее таб. туринама 0.05 по 1-2 таб. 1-3 раза в день.

 Одновременно вместе с прогестероном малае дозы эстрогенов: микрофол-

 лин 0.01мг.

 Препараты снижающие сократительную деятельность матки.

 Sol.Magnesii 25% - 10ml в/м 2 раза/день.(слабый токолитик).

 Партусистен 10мл /0.5мг/ в 300 мл 5% р-ра глюкозы или физ.р-ра в/в

 капельно , 6-20 капель/мин. ( следить за пульсом!).

 Астмопент , алупент 1мл /0.5мг/ в/в капельно, можно 1мл в/м

 Бриканил 0.5 /1мл/ в/в капельно.

 таб. Метацин 0.02 по 1 таб. 3 р/д ; 0.1%р-р 1мл в 300мл 5% глюкозы,

 6-20 капель/мин.

 Спазмолитики: но-шпа, баралгин; свечи красавки,

 Диатермия солечного сплетения ( после 20 нед- поясница). Электрофо-

 рез магния по Щербину . Синусоидальные токи.

 ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

 Истмико-цервикальная недостаточность. У женщин врожденная или

 приобретенная аномалия внутреннего зева( не смыкается). Накладывают ли-

 гатуру на внутренний зев в 16-19 недель , на 37 неделе лигатуру снимают.

 Способ Любимова-Мухамедова - шейка зашивается с боков. По Мак-Дональду

 лигатура между внутренним и наружным зевом.

 Obrasio cavi uteri - выскабливание полости матки.

 **ОПГ-гестоз** = поздний токсикоз беременых. Это сложный нейрогумо-

 ральный процесс, проявляющийся в нарушении сердечно-сосудистой и эндок-

 риной системы ( практически всех систм организма ). Возникает во вто-

 рой половине беременности, с частотой от 2х до 18%. Такой разброс цифр

 объясняется различиями в исследуемом контингенте и подходом к класси-

 фикции.

 КЛАССИФИКАЦИЯ.

 1. Водянка. М.б. чистой и сочетонной.

 2. Нефропатия

 3. Преэклампсия

 4. Эклампсия.

 Чистая форма возникает у практически здоровых женщин. Сочетанная

 форма - при наличии патологии сердечно-сосудистой системы, почек, са-

 харного диабета и т.д. Моносимптомные формы -- отеки беремных; полисим-

 птомные -- водянка и т.д. Иногда к моносимптомным относят ГБ.

 КЛИНИКА

 ОПГ- Отеки, Протеинурия, Гипертензия.

 Различают 3 степени отеков:

 1 - только ноги; 2- ноги, живот, крестец; 3 - общийотек ( анасарка).

 Нефроатия:

 │степень нефропатии│ АД │протеинурия │ отеки │

 │ 1я │до 150/90 │до 1 г/л │1й степени│

 │ 2я │до 170/100 │ 1-3 г/л │2й стеени │

 │ 3я │более 170/100│ более 3х г/л│3й степени│

 В остальных случаях ориентируются на ведущие симптомы.

 ╔══════════════════════════════════════════════════════════════╗

 ║ АД систолическое + 2АД диастолических ║

 ║ Среднее АД = ─────────────────────────────────────── ║

 ║ 3 ║

 ║ в норме около 100 мм рт ст. ║

 ╚══════════════════════════════════════════════════════════════╝

 Преэклампсия: Появляется, если не производится госпитализация, на раз-

 личных сроках ОПГ. Это та же нефропаия , но с присоединением головной

 боли, ухудшением зрения, появлением болей в эпигасральной области ( мо-

 жет сопровождаься рвотой). Морфологически это отек мозга и сетчатки глаза, мелкие кро-

 воизлияния о слизистой желудка. Если сделаь промыване желудка, то мож-

 но превести в судорожную фазу.

 Эклампсия -- Сударожный припадок. Характерен опистотонус, клоникотони-

 ческие судороги, кома. Резкое повышение АД может привести к кровоизлия-

 нию в головной мозг.

 Переход в преэклампсию возможен на любой стадии нефропатии.

 Учитывается прибавка массы тела и ее скорость, суточный диурез, су-

 точную потерю белка с мочой, состояние глазного дна.

 Претоксикоз -- состояние, клинически не проявляющееся, но выявляемое

 специальными методами исследования: тромбоцитопения, Иммунологические

 сдвиги, исследование антиоксидантов крови.

 К группам риска по ОПГ-гестозам относятся:

 - рыжие и блондинки,

 - возрост первородящей до 18 лети после 30 лет.

 - профессия ( высокое развитие интеллекта, также риск повышается в

 группах с очень низким интеллектуальным развитием ) учителя, врачи, ин-

 жинерно-технические работники.

 - вредные производства,

 - наследственность ( наличие ОПГ у матерей ),

 - преждевременные беременость и роды,

 - беременость вне брака и стресс во время беременности.

 - заболевания почек, ГБ, сахарный диабет, ожирение, анемия.

 - гинекологические заболевания : хронический аднексит.

 Некоторые авторы отмечают связь с многоводием, крупным плодом( усилен-

 ный рост матки ); иммунными конфликтами, временем года.

 Существует несколько гипотез этилогии ОПГ : инфекция, интоксикация,

 почечная недостаточность, нервизм, иммунная теория. Самые современные

 представления - недостатчная инвазия трофобласта, дефицит простоциклина.

 Патогенез: 1.Генералзованный спазм артериол ^#& повышение АД ^#& наруше-

 ние кровобращения вжизненно важных органах.

 2. Выпаденние фбрина в просвет сосуда ^#& нарушение кровобращения в жиз-

 ненно важнх органах ( напо минает хроническое течение ДВС ).

 3. Циркуяторные нарушения в печени ^#& нарушение детоксикациии белкового

 обмена.

 4. Ишемия кркового слоя почек ^#& задержка Na и воды.

 5. Изменения в сердечной мышце - ишемическая миокардиопатия.

 6. Гипо- и диспротенемия ^#& снижается онкотическое давление ^#& гиповоле-

 мия.

 7. Метаболический ацидоз.

 8. Раздражение волюморецепторов ^#& повышенный вырос антидиуретического

 гормона( АДГ) ^#& задержка Na и воды.

 9. Активизируется ренин-ангиотензин-альдостеоговая система( РААС).

 10. Спозм сосудов головного мозга ^#& отек.

 11. Ухудшение маточно-плацентарного кровотока ^#& гипотрофия плода.

 ДИАГНОСТИКА

 Необходимо обследовать всех беременных до 12 недель. После регуляр-

 ное посещение консуьтации 2 раза в месяц. Измеряется АД на обеих руках,

 если есть ассиметрия это настораживающий признак. Производится проба с

 переворачванием, ассиметрия АД более 20 мм рт.ст. настораживает.

 После 32 недельного срока масса беременной не должна повышсится более

 800 грамм.

 Удельный вес мочи не должен снижаться. Потеря белка более 0.5 г/л приво-

 дит к гипотофии плода. Осмотр глазного дна. Б/х нанализ крови - сниже-

 ние альбуминовой и глобулиновой фракции насторажевает относитьно ОПГ.

 КЛИНИКА

 Характерно волнооброзное течение процесса. Женщине показаны : лечеб-

 но-охранителный режим, полноценное белковое питание.

 Нефропатию лечат в зависимости от степени:

 1я степень -- 2недели

 2я ---------- 10 дней

 3я ---------- 2-3 дня

 Если терапия не приносит эффекта показано прерывание беременности.

 При наличи эклампсии прерывание беременности в течение суток. Если плод

 жизнеспособен и женщина готова к родам можно поивести родовозбуждение

 или операцию кесарева сечения.

 ЛЕЧЕНИЕ

 1. Противосудорожная терапия средствами действующими на ЦНС:

 наркоз( фторотан, закись азота); дроперидол, седуксен 0.5% р-р 2мл ,

 промедол - 2мл

 2. Генерализованный сосудистый спазм: клофелин , пентамин 5%р-р 1-1.5мл,

 дибазол 0.5-1% р-р до 3-6мл ( соответственно), глюкоза с новокаи-

 ном в/в капельно.

 3. Магнезиальная терапия по Бровкину: 24мл 25% р-ра серокислой магне-

 зии делят на 4 равные порции и вводят по схеме -

 ( 1 пор.) - 4 часа - ( 2я ) - 4 часа - ( 3я ) - 6 часов - ( 4я )

 через 12 часовпосле введения последней порции курс можно повторить.

 можно ввоить магнезию в/в капельно.

 4. Отеки : за сутки капать не более 1200 мл различнных р-ров. Альбумин,

 голбулин, протеин, сухая плазма. Гемодез, реополиглюкин , трентал.

 Для борьбы с метаболическим ацидозом - бикарбонат натрия.

 Оценить диурез , при необходимости - лазикс до 40 мг. Аскорбиновая кис-

 слота, рутин 0.02 3раза/день. Антиоксидантная терапия: вит. Е , глута-

 миновая кислота,мембранные стабилизаторы - эссенциале.

 Прежде всего необходимо выяснить следующие вопросы:

 1-не влияет ли забованиена репродуктивную функцию женщины

 2-наиболее оптимальный путь родоразрешения

 3-ведение послеродового периода

 Физиологические изменения сердечно-сосудистой системы при беременности:

 1-горизонтальное положение сердца (встречается у 30% беремен-

 ных ),чаще при многоплодной беременности,многоводии.

 2-появляется стстолический шум:

 на верхушке- 50% случаев

 на легочной артерии- 10%

 на аорте- 33%

 Ps учащается на 10-15 уд./мин.

 3-эпизодическая экстрасистолия и дыхательная аритмия

 4-варикозно расширенные вены

 5-максимальные изменения сердечно-сосудистой системы наблю-

 даются при сроке 28-32 недели.

 ОЦК увеличевается на 25-40%

 об"ем плазмы увеличивается на 50%

 количество эритроцитов увеличивается на 25%

 (снижается вязкость крови)

 АД в первой половине беременности снижается, во второй поло-

 вине возвращается к исходным цифрам.

 Причинами вышеперечисленных изменений являются:

 1)эстрогены,прогестерон,кортизол плода;

 2)повышение активности щитовидной железы;

 3)появление плацентарного (третьего) круга кровобращения.

 РЕВМАТИЗМ

 Встречается с частотой 2-6%. Имеет склонность к обострению,

 особенно в третьем триместре беременности и в послеродовом

 периоде.

 Иссдедуют титр анти-О-стрептолизина в крови,молозиве,моло-

 ке;определяют сиаловые кислоты,иммунный статус,белковые фрак-

 ции.

 При активности ревматического процесса снижается количес-

 тво плацентарного лактогена.

 Если активный процесс выявлен до беременности рекомендуется предохра-

 няться от беременности в течение 6-ти месяцев.

 Во второй половине беременности --аспирина по 1.0 3раза в день.В пер-

 вой половине беременности прием аспирина вызывает аномалии развития ли-

 цевого черепа.Вхождение в роды на аспирине увеличивает вероятность

 крoвотечения в 3-м периоде.

 Для профилактики обострений ревматизма у беременных используют

 бруфен, вольтарен, пенициллины ( бициллин-5).

 Кортикостероиды способствуют развитию сурфактанта плода. Если ребе-

 нокрождается недоношенным ( ок.32 нед., когда еше не функционируют его

 собственные надпочечники) ^#& сурфактантная недостаточность.

 При осром и подостром миокардите показано прерывание беременности под

 прикрытием антибиотиков.

 1. Врожденные пороки. 2- приобретенные , 3- оперированные.

 Приобретеные пороки: При сильном проявлении порока у женщины снижает-

 ся фертильность.

 Митральный стеноз: 1-я степень , без активного ревматизма -- бере-

 менность разрешена. 2я и 3я степени ( d= < 1.5 см) -- беременность про-

 тивопоказана.

 Митральная недостаточность: Акивный ревматизм и нарушение кровообра-

 щения -- беременность противопоказана. Комбинированный порок -- то же.

 Пролапс митрального клапана -- беременность разрешена.

 Аортальные пороки у беременных всречаются редко. Аортальный стеноз

 -- вопрос о продолжении беременности решается индивидуально. Аор-

 тальная нелостаточность-- прерывание беремеости.

 ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ. Беременность возможна при отсутствии легечной ги-

 пертензии. М.б. сброс слева направо -- беременость возможна при отсут-

 ствии выраженных гемодинамических нарушений ( легочная гипертензия ).

 Сбрс справа налево -- беременность портивопоказана ( тетрада Фалл, син-

 дром Эйзенмейера). При дефекте перегородки беременность возможна.

 ОПЕРИРОВАННОЕ СЕРДЦЕ: количество их в последнее время возрастает. Эти

 женщины принимают антикоагулянты. Беременность возможна после операции

 комиссуротомии, ликвидации дефекта перегородки. После протезирования

 клапанов и биопротезов беременность противопоказана.

 Степени риска осложнений у беременных с пороками сердца:

 1я степень. нарушение кровообращения (НК ) - 0 ; ревматизм ( Р ) - 0

 2я степень НК -1 ; Р - 1

 3я степень НК -2 ; Р - 2 ; аритмии.

 4я степень. -- дистрофические изменения в миокарде.

 При 1-2й степени беременность возможна, при 3-4й -- противопоказана.

 ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ:

 1. Невынашивание - 7-8%. Проводят сохранительную терапию.

 2. Гипотрофия плода. - 40%. Улучшение маточно-плацентарного кровообра-

 щения ( трентал, эуфиллин). Насыщение организма ребенка липидами ( эс-

 сенциале). Повышение устойчивост плода к гипоксии (пирацетам).

 3. Гестоз: при пороках сердца, ГБ, заболеваниях почек.

 4. Тазовое предлежание плода.

 ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ: При 1й и 2

 более тяжелых случаях - противопоказана.

 ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА.

 За период беременности предусмотрено 3 плановых госпитализации. Среди

 женщин несвоевременно вставших на учет в ЖК и пренебрегающих госпитали-

 зацией смертность в 10 раз выше.

 1я госпидалзация - до 12 нед.

 2я ---- 28-32 нед.

 3я --------------- 37 нед.

 При 1й госпиализации выясняется возможность развития полноценной бере-

 менност и родов. До 12й недели степень влияния беременности на сердеч-

 но-сосуистую систему минимадльно, в этот период выясняется степень рис-

 ка развития осложнений. До 5й недели возможна вакуум-аспирация; до 12й

 недели - выскабливание. Т.о. беременость можно прервать с минимальными

 для женщины потерями.

 2я госпитализация - 28 недель - максимальная нагрузка на сердечно-со-

 судистую систему, возможны срывы. Проводится профилактика ревматизма и

 кардиотоническая терапия ( дигиталис).

 3я госпитализация - 37 нед. - пофилактика ревматизма и кардиотоничес-

 кая терапия, подготовка к родам.

 Женщины с сердечной недостаточностью очен чувствительны к кровопоте-

 ре. Выгодне вести роды per vias naturalis. Необходимо обеспечить подго-

 товку женщины к родам. Подготовить шейку матки простагаландинами ( цер-

 випост) -- аспирин и другие НПВС их угнетают. Полноценное обезболива-

 ние т.к. боль может спровоцировать наруение кровообращения, кардиотони-

 ческая терапия. Усуорение вторго периода -- перенеотомия. Профилактика

 кровотечения в 3м и раннем послеродовом периоде-- метилэргометрин 1мл,

 или окситоцин 1мл в/в. Ранняя амниотомия -- более плавное перераспреде-

 ление крови.

 Аномалии сократительной деятельности матки. Роды имеют тенденцию к

 стремителному течению. Вводят партусистен, бреканил, фторотановый нар-

 коз ( но фторотан кардиотоксичен).

 Акушерские щипцы-- инструмент, предназначенный для наложения на го-

 ловку доноеного или почти доношенного плода. Щипциы накладывают для ис-

 ключения потуг. При пороках сердца щипцы накладывают при одышке, нару-

 шениях кровообращения, митральных стенозах, нарушениях кровообращеня в

 анамнезе ( в предыдущих родах), при активности рвматического процесса,

 при наличии эндокардита.

 КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ : При активности ревматического процесса, при нару-

 шени кроввообращения по левожелудочковому типу.

 ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД

 Профилактика ревматизма. При активном ревматизме, нарушениии кровооб-

 ращения, стойких аритмиях - лактация запрещается. В стационаре ро-

 дильница находится 12-14 дней, т.к. нарушение кровообращения может нас-

 тупить в поздние сроки.

 ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ПЛОДА И НОВОРОЖДЕННОГО ( ГБН)

 РЕЗУС-КОНФЛИКТНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

 ║ ГБН -- это следстивие иммунизации на эритроцитарные, лей-║

 ║ коцитарные и тромбоцитарные антигены между матерью и пло-║

 ║ дом. ║

 Частота несовместимости в супружеских парах ок. 13%. Частоа ГБН

 ок.0.5%. Антенатально погибает 13% детей, интранатально 1% , постна-

 тально- 40%. В последующих периоах высок процент инвалидизации детей,

 отставание в физическом и психическо развитии.

 Ребенок наследует группу крови и резус от обих родителей. В системе

 АВ0 существует 4 оснсвные группы и 15 подгрупп. В системе Rh - 3 под-

 группы: Rh(+) = C,D,E ; Rh(-) = c,d,e.

 На плодные антигены (АГ) вырабатываются антитела (АТ) матери ^#& ком-

 плекс повреждений кроветворной сисемы плода. Гемолиз ^#& увеличение чис-

 ла молодых эритроцитов, увеличение билирубина ^#& интоксикация и повреж-

 дения внутренних органов. Сердечно-сосудистая недостаточность, белко-

 вообразвательная недостаточность печени, недостаточнось мочевыдели-

 тельной системы, билирубиновая энцефалопатия.

 Клинически выделяют 3 формы ГБН.

 АНЕМИЧЕСКАЯ форма -- снижен Hb ( в норме до 120 г/л). Одновременно сни-

 жается объем гематокрита ( в норме 30-40% ). Изменяются белковые фрак-

 ции крови, уровень глюкозы и снижается pH крови( в норме 7,45 (в/у);

 сниженной считают ниже 7.35)

 ЖЕЛТУШНАЯ-------- прокрашиваются все органы, покровы и воды.В водах

 зелноватый меконий ( в/у гипоксия плода), м.б. в/у гибель.

 ОТЕЧНАЯ ------ отек клетчаткии кожи, асцит, сердечно-сосудистая не-

 достаточность, билирубиновая энцефалопатия.

 По классификаци ВОЗ различают:

 -- гемолитическая анемия без желтухи и анасарки

 -- гемолитическая анемия с желухой

 -- гемолитическая анемия с анасаркой.

 АТ в основном приобретают во время беременности Rh(+) плодом. Во

 время первой беременности титр АТ незначительный. При попадании 0.25 мл

 крови плода матери иммунизируются 9% женщин, при попадании 3мл -- 20%.

 Попаданию АГ способствуют инфекционные заболевания-- изменяют проницае-

 мость сосудистой стенки.

 ГБ м.б. и по лейкоцитарным и лимфоцитарным АГ.

 ТЕЧЕНИЕ КОНФЛКТНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

 Самопроизвольные выкидыши на любом сроке (0-- 28 нед.). Преждевреме-

 ные роды 22-36нед. Преждевременные роды неравноценны по массе и жизнес-

 пособности плода. Недоношенные дети массой от 500 до 2600 грамм, дли-

 ной до 46 см. С незрелой ЦНС, сердечно-сосудистой системой, дыха-

 тельной стемой. К тому же они страдают гемолитической болезнью. Недоно-

 шенных детей делят на три группы:

 22-28 нед. --- 500-1000 гр. длиной до 36 см

 28-33(34) нед. --- 1000-1900 гр.--- уже способны выжить

 33-36 нед. , 1900- 2600 гр. --- почти зрелые плоды.

 Возможно привычное невынашивание -- 2 и более.

 Часто присоединяются тяжелые формы гестозов, многоводие и отек плода,

 пороки развития плода; анемия беременных -- 1я степень Hb = 110- 100г/л

 2я -- 100-90 г/л, 3я -- 90-80г/л .

 В родах несвоевременное отходение вод, слабость родовой деятельности (

 до 20% ) , кровотечения и ДВС. В послероовом периоде - инфекцинные ос-

 ложнения у матери и новороженного, м.б. сепсис.

 ДИАГНОСТИКА

 1. УЗИ - многоводие , в/у пороки развития( ВПР), утолщение плаценты за

 счет обильного развития ворсин ^#& фетоплацентарная недостаточность ^#& ги-

 потрофия плода, симетричное и несиметричное прогрессирующее отставание

 в развитии.

 Асцит , двойной контур на головке, увеличение печени и селезенки.

 2. КТГ - прямое и непрямое ЭКГ плода.

 3. Хорионбиопсия и плацентобиопсия - определяю пол и группу крови ре-

 бенка на 8-9 неделе. На 9-10 нед. определяют Rh плода.

 4. Амниоцентез - оптическая плотность ( билирубин), б/х исследование

 белк в околоплодных водах ( белок; сахар/ в норме 1.2 ммоль/л / pH,

 в норме 7.45-7.35 ; креатинин.

 5. Хордоцентез (пункция пуповны ) -- производится при сроках более 20

 нед. Под контролем УЗИ видны сосуды пуповины, иглой дианетром 1мм

 производят забор крови из вены пуповины. Определяют: группу крови, Rh,

 Hb, гематокрит. Можно перелить кровь или эритроцитарную массу внутриут-

 робному плоду.

 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ КОНФЛИКНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

 Конфликты по системе АВ0 , Rh. Всем женщинам определяют группу крови и

 резус-фактор. При отрицательном Rh исследуют Rh мужа. В 8-9 недельхо-

 рионбиопсия, параллельно диагностируется тромбоцитарная пурпура. В 20

 нед. при благоприятном течении беременности - УЗИ. Если существует кон-

 фликт выявляют АТ в реакции Кумбса (полные и неполные АТ). Титр 1/16 -

 легкая степень гемолитической болезни, титр 1/32 и более - госпитализа-

 ция( в сроки 8-12 нед, 16,20,24,28,32 нед- проводят десенсибилизирую-

 щую трапию). Витамины А,В,С,Е - улучшают состояние сосудистой стенки.

 Аскорутин, трентал, эуфиллин, глюкоза 20% --в/в. ( особого значения не

 играет).Можно провести УФО терапию, подсадка кожного лоскута от мужа к

 жене( лимфоциты мужа супрессируют конфликт ).

 Начиная с 20й нед. делаю УЗИ. При нарастании асцита, отека и т.п. ---

 хордоцентез. Делают обменное переливание крови плоду( Н., 250 мл заби-

 рают и после этого вливают 250 мл свежей крови). обменное переливание

 делаю несколько раз по мере необходмости.

 В 33-34 нед. женщину дгоспитализируют и в 37 нед. родоразрешают.

 Иногда возрасти плода определяют по УЗИ - бипариетальный размер го-

 ловки, длина бедреной кости. Если в анамнезе есть мертворождения или

 гибель детей от гемолитической болезни женщину госпитализируют в 32 нед.

 Родоразрешение ведут самым щадящим способом.

 ИММУНИЗАЦИЯ И ПРОФИЛАКТИКА.

 В ЕВРОПЕ если была конфликтная беременность, в первые 72 часа после

 ее окончания вводят Ig D -- снижение титра АТ.

 МНООГОПЛОДНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ

 Чаще всего рождается 2 или 3 плода. Частота многоплодной беременос-

 ти (МБ) в Санкт-Петербурге 0.9-1%. МБ относится патологической беремен-

 ности.

 ЭТИОЛОГИЯ : 1. Наследственность - матери - 7.2% ; отцы - 1.7%

 2. Прием кормональных препаратов, особенно по поводу бесподия. Стимули-

 руют овуляцию ( суперовуляция).

 Близнецы м.б. Разнояйцевыми и однояйцевыми. Разнояйневые блзнецы -

 биамниотическая беременность ( два плодных пузыря т.к. плоды развивают-

 сяиз разных яйцеклеток) , плазенты могут распологаться в двух разных

 местах ( бихориальная беременность) или сливаться ( монохориальная бе-

 ременость). Однояйцевые близнецы развиваются из одной оплодотворен-

 ной яйцеклетки, которая делится на этапе деления зиготы, поэтому у пло-

 дов будет один общий плодный пузырь и одна общая плацента ( монохо-

 риальная моноамниатическая беременость).

 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

 1. В 16-20 нед. несоответствие размеров матки предпологаемому сроку

 беременост по задержке менструации.

 2. На 30й нед. прощупывается 3 части - две гоовки и один тазовый конец.

 3. Неправильное положение плодов встречаетсяв 16 раз чаще. Ближе к ро-

 дам при перерастянутой матке над входом в таз определяется маленькая

 головка плода.

 У каждой 3й женщины возникает угроза прерывания беременности. тонус

 матки повышен. У 30% преждевременные роды ( 35-37 нед.). У одного из

 плодов м.б. аномалия развития, маловодие.

 В норме д.б. 500-1000мл вод. Считается что на ранних сроках вод -

 транссудат трофобласта; на поздних сроках -- ультрафильтрат крови мате-

 ри. В состав вод входят: белки, жиры, микроэлементы, Ig, соли, меконий/

 первородный кал/ , лануга / первородный пушок/, первородная моча, сыро-

 видная смазка. Воды всасываются в венозные синусы нижнего сегмента мат-

 ки, обновляются каждые 8-10 дней.

 Многоводие м.б. острым и хроническим. Возникает при гемолитической

 болезни плода, Многолодной беремености , сахарном диабете, Заболева-

 ниях сердца и почек. Острое многоводие - инфекция- кольпит, хорионам-

 нионит( воспаление плодных оболочек), токсоплазмоз, сифилис, бруцеллез,

 микоплазмоз, листериоз. М.б. острый пиелонефрит.

 Женщина омечает распирающие боли внизу живота. Ребенок шевелится пло-

 хо, Части плода пальпируются плохо.

 фетпатии). У плода развивается сращение со стенкой амниотического пузы-

 ря( тяжи Симонара ). Развиваются мышечные контрактуры и искревления

 позвоночника. При изменении количества вод надо искать врожденные поро-

 ки развития.

 ДИАГНОСТИКА

 1. Клинические наблюдения за группами риска

 2. УЗИ - количество плодов, соответствие сроку беременности. М.б.

 Диссоциированое развитие плодов ( один развивается за счет другого ).

 Смотрят бипариетальный размер головки, точки окостенения, объем живота,

 длину бедренной кости. Количество плацент, степень зрелости плаценты

 (в 35-36 нед.).

 3. доплерометрия- АД в маточной артерии, сосудах пуповины, средней

 мозговой артерии плода.

 Диф. диагноз - крупный плод, пузырный занос.

 ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РОДОВ.

 Только 11% родов протекает физиологически. Отмечаются аномаии сокра-

 тительной деятельности матки ( амплитуда сокращений на фоне нор-

 мального базального тонуса), прри этом интервалы между схватками увели-

 чены. Макссимально эти расстройства выражены около 8 см раскрытия шей-

 ки. Задержка отделения плаценты вследствии гипотонуса. Часты гипотони-

 ческие кровотчения в 3м периоде родов и раннем послеродовом периоде.

 М.б. быстрые и стремительные роды. Часто имеется хроническая форма

 ДВС-синдрома. Около 40% жнщин имет железодефицитную анемию.

 Несвоевременое излитие вод. Маловодие ^#& разрыв измененных плодных

 оболочек. Над входом в таз головка долго остается подвижной. Часто с

 водами выпадает петля пуповины или мелкие части плода.^#& Гипоксия , м.б.

 гибель плода. Дети часто рождатся с весом менее 2500 гр. У одного из

 плодов обычно есть хроническая фетоплацентарная недостаточность. Высок

 акушерскй травматизм. Переломы связаны и с высоким % оперативных вмеша-

 тельств: - наружный акушерский поворот на головку;- наружно-внутренний

 поворот на ножку. Особенно страдает второй плод.

 ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ МНОГОПЛОДНОЙ БЕРЕМЕНОСТИ.

 1. План ведеия беременности содержит 2-3 госпитализации, последняя в

 35-36 недель.

 2. Лечение анемии беременных.

 3. Объяснение женщине особенностей ее беременности и необходимости не-

 медленого обращения к врачу при подтекании вод.

 В родильном доме подготовка к родам. Родовые пути как правило готовы.

 Если воды отошли рано - родвозбуждение ( простенон 0.1% - 0.5мл и окси-

 тоцин 0.5мл - половинные дозы - в/в). Окситоцин капают еще 2 часа пос-

 ле родов. Роды ведут под кардиомониторингом ( КТГ).

 После изгнания первого плода на пуповину накладывается зажим. До рож-

 дения второго плода должно пройти не более 3-5 мин.

 Если плацента общая то после рождения првого плода начинается ее от-

 слойка. Выясняют положение плода и выслушивают его сердцебиение; если

 полжение продольное - вскрывают плодный пузырь и предлагают потужится.

 Если второй плод в поперечном положении - пытаются сделать наружный

 акушерский поворот. Если поворот наружными приемами не удается деают

 поворот на ножку с последующим извлечением плода за тазовый конец.

 После рождения первого плода м.б. упорная слабость родовой деятен-

 льности. На фоне окситоцина накладывают акушерские щипцы или производя

 вакуум-экстракцию.

 Ребенка оценивают по шкале Апгар: дыхание, сердцебиение, цвет кожных

 покровов, рефлексы, мышечный тонус.

 Операция кесарева сечения ппоказана при: выпадении петли пуповины,

 попречном положении второго плода, при нахождении обоих плодов в попе-

 речном или косом положении, предлежании плаценты, наличии миоматозных

 узлов, хронической фетоплацентарной недстаточности у одного из плодо,

 гестзах, узком тазе.

 В послеродовом периоде часты эндометриты и другие ВЗОТ.

Качество жизни ребенка зависит от способа родоразрешения. Кесарское сечение (КС) делали раньше при узком тазе или при кровотечении для спасения жизни ребенка. Каждый год частота КС растет. На западе вслед-

 ствие развтия страховой медицины, у нас - вследстви введения системы

 мониторинга. Монитор дает ошибку в 40% случаев.

 При родах per vias naturalis наркоз и безболивание даю только после рож-

дения ребенка.

 В XVIII веке Левре и Баделон впервые стали делать КС, но все женщины

умирали, т.к. матку не зашивали , к тому же присоединялась инфекция. В 1876

г. Поро и Рей делали КС с удалением тела матки и подшиванием культи к пе-

редней брюшной стенке. В 1881г. Керол предложил трехэтажный шов на матку,

чем достигалось сохранение органа.

 В России КС производится 10-20% женщин. Например при сахарном диабете

производится плановое родоразрешение. В институте РАМН им. Д.О.Отто часто-

та КС 15%. Частота КС более 15% не снижает показателей перинатальной смер-

тности.

 Человек родившийся обычным путем преодалевает особые трудности и более

адаптирован во внешней среде и в жизни. При кесаревом сечени этого не

происходит.

 Обезболивание: перидуральная анестезия ( способствует раскрытию шейки

матки). Можно интубационный наркоз.

 С целью профилактики инфекции в момент отсечения плода в/в вводят анти-

биотики широкого спектра действия; а также контрактильные вещества.

 ПОКАЗАНИЯ

 КС показано в том случае, если это будет оптимальным родоразрешением при

доношнном плоде. В плане прогноза плановое кесарево сечение лущше, чем эк-

стреное. При большом количестве КС рубцы на матке могут давать угрозу раз-

рыва матки при последующих беременостях и родах. Показания к КС делятся на

абсолютные и относительные.

АБСОЛЮТНЫЕ: Анатомически или клинически узкий таз, экзостозы, опухоли в ма-

лом тазу, рубцовые изменения шейки. Отслойка нормальнорасположенной плацен-

ты. Предлежание плаценты, неполное предлежание плаценты с невозможностью

остановить кровотечение. Неправильное вставление доношенного плода. Предле-

жание пуповины, варикозно расширенные вены влагалища. Мочеполовые свищи,

рак шейки матки. Тазовое предлежание при крупном плоде. Переношенная бере-

менность( возможность гибели в родах). Смерть матери в родах. Пороки разви-

тия матки и влагалища. Резус-конфликт. Гипоксия плода.

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ: Старая первородящая при нарушении сократительной деятельнос-

ти матки. Любые сочетанные осложнения.

УСЛОВИЯ НЕОБХОИМЫЕ ДЛЯ ОПЕРАЦИИ КС: Живой доношенный плод. Опытный хирург.

 Существует несколько вариантов операции кесарева сечения.

 1) Классическое КС -- продольный разрез по средней линии матки. Попасть по

центру матки очень трудно. Большая кровопотеря. Формируется мощный рубец.

Спаечный процесс в брюшной полости. ВЗОТ и бесплодие.

 2) КС по Гусакову -- поперечный разрез в нижнем сегменте матки непосред-

ственно над plica vesica uterina. Наиболее часто используемый вариант.

 3) КС по Дорфлеру -- рассекается plica vesica uterina , разрез проводится

за мочевым пузырем.

 После родоразрешения извлекается плацента и производится выскабливание

полости матки.

 Классическую опрерацю КС делают когда необходима скорость или если мат-

каподлежит удалению.

 При ретровезикулярном разрезе ( по Гусакову) образуется нежный рубец,

хорошее кровоснабжение, в случае воспаления далеко от труб.

 Внебрюшинный доступ не делают, т.к. нет возможност ревизии брюьшной по-

лости.

 Женщины идущие на плановое КС должны быть досрочно госпитализированны.

Необходимо уточнить состояние плода и матери.

 Болевые ощущения в родах женщины лучше переносят, если с ними проводят

психопрофилактическую подготовку. В идеале женщина должна доносить беремен-

ность, родить здорового ребенка и не получить никаких травм.

 В течение беременности уменьшается количество болевых рецепторов в об-

ласти вульварного кольца и на передней брюшной стенке, а также снижается

чувствителность оставшихся.

Родовой травматизм определяют следующие факторы:

1. Готовность женщины к родам. Определяется: формированием доминанты бере-

менности и родов, готовность шейки матки ( зрелая, созревающая, неполностью

созревшая, незрелая). Зрелая шейка длиной 2см, расположена по проводной оси

таза, канал проходим для одного поперечного пальца. Кольпоцитология - сте-

пень эстогенной насыщенности. Окситоциновый тест: в/в 0.01 ЕД окситоцина в

10мл 5% р-ра глюкозы или физ. р-ра. Если сокращение матки произошло в тече-

ние 5ти минут после введния препарата - матка сенсибилизированна, к родам

готова; отсроченная реакция - матка не готова, родовозбуждение поводить не-

целесобразно,т.к. регулярной родовой деятельности добиться все равно не

удасться.

2. Рубцовые изменения на шейке матки и в промежности.

3. Рубцы на матке ( КС , консервативная миомэктомия, перфорация при аборте).

4. Наличие крупного плода ( 4кг и более ); встречается в 10-11% случаев.

5. Формирование разгибательых вставлений в процессе родвого акта.

6. Быстрые и стремительные роды.

7. Родоразрешающие операции при ведении родов per vias naturalis.

 ВИДЫ РОДОВОГО ТРАВМАТИЗМА

1) повреждение наружных половых органов, промежности и влагалища;

2) гематомы на половых органах;

3) разрывы шейки матки;

4) разрывы матки;

5) послеродовый выворот матки;

6) расхождение и разрывы сочленений таза;

7) послеродовые свищи ( пузырно-влагалищные и ректо-вагинальные).

 Травмы промежности наблюдаются в 10-40% случаев. М.б. самопроизвольные

и искусственные ( перенеотомия). По даным ВОЗ перенеотомию имеет смысл де-

лать в 15-20% случаев. Спонтанные разрывы наблюдаются в 9-10% случаев всех

травм промежности.Чаще возникает до 18 и после 30 лет ; при высокой промеж-

ности ( более 4 см ).

 Признаки угрожающего разрыва промежности: побледнение и блеск ткани,

появление геморрагических выделений. Разрывы: 1й степени - задняя спайка

влагалища и кожа( встречается ок. 50% ); 2й степени - то же + мышцы ( ок.

50%); 3я степень - то же + наружный анальный сфинктр ( единичные случаи).

 При угрожающем разрыве промежности делают перенеотомию. Показаниями к

перенеотомии являются: гипоксия плода, преждевременные роды, угрожающий

разрыв промежности, гестозы, миопия высокой степени, Гипертензия в период

изгнания. Операции по укорочению второго периода, акушерские щипцы, извле-

чение за тазовый конец, роды в тазовом предлежании.

 После каждых родов промежность д.б. оформлена и зашита. 1я ст.- швы или

скобки Мишеля, на 5й день снимают. При 2й ст. - в глубине сшивают мышцы и

зашивают задний свод влагалища. Далее как 1я ст. При 3й степени шеком сши-

вают переднюю стенку прямой кишки, далее послойно зашивают мышцы и кожу.

Разрывы 2й и 3й степени могут давать несостоятельность m. sphincter ani ^#&

заживает вторичным натяжением.

 Гематомы влагалща встречаются 1/1000-1500 ,чаще весной. М.б.до

500-700мл, ухдить в забрюшинное пространств и достьгать почек (до 1500мл ).

Гематому вскрывают, опорожняют , грубо прошивают и дренируют.

 Разрывы шейки матки - 7-8% всех родов. после родов шейку осматривают в

зеркалах. 1й ст.- до 2х см по глубине; 2й ст.- более 2х см не доходящие до

свода влагалища; 3й ст. - до свода или заходящие на него. При этом м.б.

разрыв артерии uterina, захождение на тело матки^#& разрыв матки. При зашива-

нии разрыва первый шов д.б. наложен в пределах здоровых тканей.

 Для подготовки шейки матки за 7-10 дней до родов назначают спазмолити-

ки. Чтобы добиться достаточной зрелости матки - свечи с красавкой 0.015

2р/д , но введение белладонны снижает тонус вагуса ^#& тахикардия плода. УФО,

при рубцах - элнктрофорез. ПГ Е - цервипрост, припидил-гель, но матка от

простагландинов начинае сокращаться, чтобы она этого не делала вводят пар-

тусистен или гинепрал.

 Разрывы матки - дают высокий % материнской и детской смертности. Мас-

сивная кровопотеря, ДВС-синдром. Первую теорию разрыва матки предложил Бан-

дель - несоответствие сокращения тела матки и расслабления нижнего сегмен-

та. Происходит сжимание тканей между головкой и лонной костью. В 1911 году

Вербов предложил и в 1913 показал с помощью микроскопа связь между разры-

вом матки и строением нижнего сегмента - рубцовые изменения, глубокую инва-

зию трофобласта, Дистрофию миометрия - аномалии расположения и прикрепле-

ния плаенты. Он назвал эти изменеия гистопатическими. 90% всех разрывов но-

сят именно гистопатичесий характер.

 Разрывы по Банделю происходят в основном у женщин с рубцом на матке, тем

не менее нет оснований все время делать повторные КС. 1) необходимо учиты-

вать как проходил период послеоперационного заживления,для определения сос-

тояния послеоперационного рубца делают гистеросальпингографию или гистерос-

копию. 2) пердшествующие аборты и роды - матка становится неполноценной

после 5ти абортов. 3) воспалительные процессы. 4) аномалии развития полово-

го аппарата. 5) биохимическая травма миометрия - пересыщение миометрия не-

доокисленными продуктами. Анатомически и клинически узкий таз. Если суже-

ние таза 3й степени ( con. verae = 7-8 см) - банделевский разрыв.

 КЛАССИФИКАЦИЯ РАЗРЫВА МАТКИ

 1. по патогенетическому признаку:

 - самопризвольные

 - насильственные

 2. по клиническому течению

 - угрожающие

 - свершившиеся

 3. по характеру повреждения

 - неполный ( нет сообщения между полостью матки и брюшной полостью)

 - полный

 4. по локализации

 - нижний сегмент ( после КС)

 - в теле матки(чаще сзади)-( миомэктомия, КС)

 - в области дна матки ( перфорации)

 - отрыв матки от влагалищных сводов

 КЛИНИКА УГРОЖАЮЩИХ РАЗРЫВОВ МАТКИ

 1. аТИПИЧНЫЕ ( Банделевские) разрывы: Бурная родовая деятельность. Пере-

растяжение нижнего сегмента матки. Предлежащая часть подозрительно легко

пальпируется. Пограничное кольцо поднимкется более чем на 10 см и бимеет

косое направление. Напрягаются круглые матачные связки. Отек маточного зе-

ва. Затруднение мочеиспускания, моча с примесью крови. Непродуктивность по-

туг, гипоксия плода.

 2. Типичные ( вербовские) разрывы: Схватки редкие и короткие, болезненные,

слабые. Между схватками матка в гипертонусе. Рубец становится болезненным.

Сукровичные выделения из половых путей. Гипоксия плода.

 Группы риска: отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.Особеннос-

ти течения данной беремености: угрозы прерывания, боли в животе (в области

рубца ) связанные с шевелением плода. Длительный подготовительный период.

Повышенный тонус матки и хроническая гипоксия плода. В течении родов :

упорная слабость родовой деятельности, затянувшиеся роды, длительный без-

водный период, выраженная родовая опухоль без выраженной рдовой деятельнос-

ти.

 КЛИНИКА СВЕРШИВШЕГОСЯ РАЗРЫВА

деятельности, болевой и геморрагический шок через 5-7 мин.

плацеты, ДВС, геморрагический шок.

 ЛЕЧЕНИЕ

 При угрожающем разрыве родовая деятельность д.б. прекращена ^#& лапарото-

мия ^#& КС.

 Свершившийся разрыв - действуют по ситуации. Небольшой разрыв - заши-

вают. Большой - удаляют матку.

 После разрыва обязательная стерилизация.

 ║ Узкий таз (УТ) - это таз у которого уменьшен хотя бы один из раз-

 ║ меров костного кольца на 1.5-2см и более.

 Снаружи conqugata externa < 17.5 см. Частота встречаемости в популяции -

7.5 % Учащение количества УТ связано с увеличением массо-ростового индекса.

 КЛАССИФИКАЦИЯ

 По форме :

 1. Сравнительно часто встречающиеся:

 - поперечно-суженный таз

 - плоский

 а) простой

 б) плоскорахитический

 в) таз с уменьшенным размером только широкой части.

 - общесуженный таз

 2. Редковстречающиеся:

 - кососмеенный и кососуженный

 - таз, суженный за счет экзостозов и деформаций

 В настоящее время наиболее часто встречается поперечносуженный ( " джин-

совый") таз. Это связано с высокй диагностируемостью, увеличением физичес-

кой нагрузки (шейпинг, аэробика ). при этой форме уменьшен прямой раз-

мер .

 По степени сужения: изменяется С. vera ( в норме 11 см).

 По И.И.Яковлеву 1я степень - 9-10см

 2я--------- 8-9см

 3я--------- 7-8см

 4я -------- < 7 см

 ДИАГНОСТИКА

 Анамнез. Объективное исследование. Специальное исследование.

Факторы предрасположенности: неправильное питание,рахит, полиомиеллит, кос-

тный туберкулез, травмы костей таза и копчика, эндокринные нарушения.

 В период полового созревания эстогены обеспечивают рост таза в ширину, а

андрогены в длину ; изменение нормального соотношения этих гормонов приво-

дит к изменениям формы таза. Также влияют чрезмерные физические нагрузки.

 Акушерский анамнез - аномали родовой деятельности в предыдущих родах,

была операция КС, ребенок имел черепно-мозговую травму, нарушение невроло-

гическго статуса.

 Объективно: рост ниже 150 см, масса тела, телосложение, деформации поз-

воночника, кривизна и укорочение конечностей (рахит). Акушерское исследова-

ние: форма живота ( остроконечный, отвислый), предпологаемая масса плода по

Рудакову и по УЗИ, прямой и поперечный размеры плоскости выхода из малого

таза, лонный угол, ромб Михаэлиса, индекс Соловьева.

 PV: диагональная конъюгата, экзостозы.

 Диагноз ставится по совокупности наружного и внутреннего исследования.

 Рентгенологически - пельвиография. Измеряют размеры таза и головки. УЗИ

- недостаточная разрешающая способность приборов.

 ПОПЕРЕЧНО- СУЖЕННЫЙ ТАЗ

 Уменьшен поперечный размер плоскости входа в малый таз и относительно

увеличен прямой размер. Поперечный размер ромба Михаэлиса менее 10см. PV:

сближены седалищные кости, острый лонный угол. Высокое прямое вставление

стреловидного шва, особенно неблагоприятно при заднем виде.

 Если прямой размер в поперечно-суженном тазе не увеличен, то головка

встает в прямом размере - передний ассинклеизм. В этой ситуации показано КС.

 ПЛОСКИЙ ТАЗ

 Укороченны прямые размеры, а поперечные в норме. При простом ПТ

уменьшены все прямые размеры. Плоскорахитический таз - уменьшен прямой раз-

мер плоскости входа в малый таз. Distantia cristarum = distantia spinarum.

Верхний треугольник ромба Михаэлиса уплощен. Необходимо искать общие приз-

наки рахита.

 БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ УТ

 Длительное стояние головки над плоскостью входа в малый таз. Затруднено

вставление головки. Часты асинклетические вставления. Плоскость широкой

части сужается за счет мыса. Очень часто обнаруживаются экзостозы.

сохранены. Женщина маленького роста и правильного телосложения.

БЕРЕМЕННОСТЬ: После 34-35 нед. при УТ часто наблюдается тазовое предлежа-

ние или поперечное положение плода. Нет пояса соприкосновения, преждевре-

менное отхождение вод и преждевременные роды. Это группа высокого риска, за

2-3 недели до ожидаемого срок родов - обязательная госпитализация. Исход

родов зависит от степени сужения, величины ребенка и родовой деятельности.

1я ст., небольшой ребенок, хоошо выраженная родовая деятельность - per vias

naturalis. 2я ст. при тех же условиях - возможно per vias naturalis с ос-

ложнениями. 3я и 4я степень - роды живым доношенным плодом per vias

naturalis невозможны.

ОСЛОЖНЕНИЯ:несвоевременое излитие вод; аномалии родовых сил ( слабость,

дискоординация, чрезмерная родовая деятельность; сдавления мягких тканей ^#&

мочеполовые и кишечнополовые свищи; Перерастяжение или истончение нижнего

сегмента матки ^#& разрыв; возможно расхождение лоннго сочленения, поврежде-

ние крестцовоподвздошного и крестцовокопчикового сосленения; разрывы про-

межности ( прохождение головки через острый лонный угол); гипоксия плода.

травмы плода,кровоизлияния в мозг или под надкостницу(кефалогематомы).

 ПРОГНОЗ: Решение о функциональной узости таза.

 ║ Клинически УТ - это все

 ║ ситуации , когда головка плода не соответствует таз матери. Про-

 ║ хождение плода через родовые пути невозможно.

 Поперечное положение плода, гидроцефалия, крупный плод, разгибательное

вставление , анатомически УТ и т.д. ^#& КУТ

Родоразрешение с КУТ - per vias naturalis, плаовое кесарево сечение, КС в

экстренном порядке. Экстренное КС делают в родах при аномалиях родовой дея-

телности. Важную роль играет активность родовой деятельности и способность

головки к конфигурации.

 ПЛАНОВОЕ КС : При 3й и 4й степени сужения; если в предидущих родах был

разрыв лонного сочленения; мочеполовые и кишечнополовые свищи в предидущих

родах. При 1й и 2й степени плановое КС делается при сочетании с другими

акушерскими показаниями (см. выше).

 Если женщина поступает в родах - активно-выжидательная тактика. Оцени-

вается характер родовой деятельности, вставление и темп продвижения голов-

ки. Профилактика гипоксии плода, Перенеотомия, эпизиотомия.

Проявления КУТ ^#& экстренное КС.( от 0.5 до 1.7% родов). На фоне суженого

таза в 5 раз чаще нарушается вставление головки, замедляется ее продвижение,

выраженая конфигурация головки, длительное стояние головки в одной плоскос-

ти.

 Угрожающий разрыв матки - экстренное КС. Необходимо срочно выключить ро-

довую деятельность - масочный наркоз. При мертвом плоде на фоне масочного

наркоза делают плододробительную операцию.

 Задержка мочеиспускания - дорога к свищу.

 ПРОФИЛАКТИКА

 Нормальное питание, нормальное половое созревание, контроль травм таза у

девочек. При беременности с УТ - госпитализация.