**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Акушерства и гинекологии**

Доклад

на тему:

**«Частая патология в гинекологии»**

**Пенза 2008**

# **План**

1. Выпадение пуповины и мелких частей плода
2. Излитие околоплодных вод (преждевременное, раннее)
3. Кровотечения во время беременности и родов

Литература

**1. Выпадение пуповины и мелких частей плода**

Петля пуповины может выпасть во влагалище при головном и тазовом предлежании плода. Более опасно выпадение петли пуповины при головном предлежании, так как в этих случаях она сдавливается между костями таза и головкой плода. При тазовом предлежании выпадение петли пуповины менее опасно из-за мягкой консистенции тазового конца.

Выпадение ручки плода может произойти как при головном предлежании плода, так и при поперечном его положении. Выпадение пуповины и мелких частей плода происходит при раннем излитии околоплодных вод, когда подлежащая часть (головка) еще не вставилась во входе малого таза. При поперечном положении плода выпадение петли пуповины и ручки также обычно происходит при раннем излитии вод.

Выпадение петли пуповины наблюдается непосредственно после излития околоплодных вод. Сдавление пуповины быстро приводит к развитию внутриутробной гипоксии, что определяется по изменениям сердцебиений плода: частота сердцебиений после кратковременного учащения (свыше 160 в 1 мин) замедляется до 100 и менее в 1 мин, появляется глухость и аритмия сердечных тонов. Воды приобретают зеленоватое окрашивание из-за примеси мекония. При влагалищном исследовании во влагалище обнаруживают слабо пульсирующую петлю пуповины. За внутренним зевом пальпируют головку или тазовый конец плода. Выпадение ручки при головном предлежании плода может быть обнаружено только при влагалищном исследовании. В этих случаях отмечается прекращение продвижения головки по родовому каналу, так как этому препятствует выпавшая ручка.

При поперечном положении плода выпадение петли пуповины во влагалище и наружу не сопровождается быстрым наступлением гипоксии плода, поскольку пуповина не сдавливается костями таза и предлежащей частью (при поперечном положении плода предлежащая часть отсутствует).

Неотложная помощь и госпитализация. При выпадении петли пуповины и головном предлежании плода роженице следует придать положение Тренделенбурга и слегка отодвигать головку плода кверху, удерживая ее в таком положении в течение всей транспортировки в родильный дом. Для ослабления родовой деятельности женщине вводят 1–2 мл 2% раствора промедола. При тазовом предлежании плода ввиду меньшей опасности гипоксии к этим мероприятиям прибегать не следует, а роженицу необходимо также срочно госпитализировать в родильный дом.

При выпадении мелких частей плода их завертывают в стерильную пеленку, роженице вводят 1–2 мл 2% раствора промедола и транспортируют в родильный стационар.

**2. Излитие околоплодных вод (преждевременное, раннее)**

Преждевременное излитие вод (до начала родовой деятельности) и раннее излитие их (до полного раскрытия шейки матки) сопряжено с угрозой выпадения петли пуповины или мелких частей и развития восходящей инфекции (хлориоамнионит). Преждевременное и раннее излитие вод может произойти как при доношенной, так и при недоношенной беременности; обычно вскоре после этого начинается родовая деятельность.

Беременная отмечает, что у нее без схваток или на их фоне из влагалища начала подтекать жидкость в небольшом количестве. Необходимо убедиться, что подтекающая жидкость действительно является околоплодными водами, а не мочой (производится влагалищное исследование). Надо обратить внимание на окраску вод. Обычно околоплодные воды имеют слегка беловатую окраску. Опасным симптомом является и примесь к водам первородного кала плода (мекония), что является признаком внутриутробной гипоксии плода.

Неотложная помощь. Необходимо определить состояние предлежащей части плода (прижата или подвижна над входом в малый таз). При прижатой предлежащей части отсутствует опасность выпадения пуповины и мелких частей плода. В таком случае беременную при наличии хорошего сердцебиения у плода (120–140 в 1 мин) направляют в родильный дом.

При подвижной предлежащей части плода или признаках начавшейся гипоксии плода (сердцебиение 100 и менее в 1 мин, глухость тонов, их аритмия) необходимо произвести влагалищное исследование и убедиться в отсутствии выпадения петли пуповины или мелких частей. После этого беременную направляют в родильный дом.

Если первичный медицинский осмотр беременной или роженицы производится при длительном безводном промежутке (свыше 12 ч), то в этих случаях всегда имеется реальная угроза развития внутриматочной инфекции. В такой ситуации для профилактики хориоамнионита необходимо ввести антибиотики (оксациллина натриевую соль по 0,25–0,5 г 4 раза в день внутрь или внутримышечно либо ампициллина натриевую соль в тех же дозах внутримышечно, канамицина сульфат по 0,5 г 4 раза в сутки внутримышечно). Госпитализация срочная в родильный дом.

**3. Кровотечения во время беременности и родов**

Кровотечения из половых путей женщины могут встретиться как в первой, так и во второй половине беременности. Причины этих кровотечений различны.

В первой половине беременности кровотечения в основном обусловлены самопроизвольным абортом. Значительно реже кровянистые выделения из матки бывают связаны с внематочной беременностью, а также с развитием трофобластических заболеваний (пузырный занос и хорионэпителиома). Самопроизвольный аборт сопровождается появлением кровянистых выделений из половых путей, выраженность которых находится в зависимости от стадий развития аборта.

При угрожающем аборте больная жалуется в основном на тяжесть внизу живота, небольшие схваткообразные боли; нередко эти явления сочетаются со скудными мажущимися темными кровянистыми выделениями. При влагалищном исследовании канал шейки матки закрыт, матка мягкая, легко возбудимая, по своим размерам соответствует сроку беременности. Начавшийся самопроизвольный аборт характеризуется усилением кровянистых выделений из влагалища и более интенсивными схваткообразными болями внизу живота. При влагалищном исследовании определяется несколько приоткрытый наружный маточный зев, размеры матки соответствуют сроку беременности.

Аборт в ходу представляет собой следующую стадию развития самопроизвольного аборта, при которой плодное яйцо отслаивается от стенок матки и изгоняется в цервикальный канал. Эта стадия аборта сопровождается значительным кровотечением. Во время влагалищного исследования выявляют раскрытие наружного зева и канала шейки матки, в просвете которого обнаруживают сгустки крови и части плодного яйца. Размеры матки несколько меньше срока беременности.

Неполный аборт характеризуется изгнанием большей части плодного яйца и наличием их остатков в матке, вследствие чего матка не может сократиться. Эта стадия характеризуется сильным, иногда профузным кровотечением. Боль незначительная. При влагалищном исследовании канал шейки матки свободно проходим для пальца, размеры матки всегда меньше предполагаемого срока беременности. Полный аборт (встречается редко) сопровождается изгнанием из матки всех частей плодного яйца. Вследствие этого кровотечение значительно меньше, чем при неполном выкидыше. Боль внизу живота почти отсутствует. Канал шейки матки проходим для пальца, матка значительно меньше срока беременности, плотная.

При присоединении инфекции развивается инфицированный выкидыш (чаще всего неполный). Клиническая картина характеризуется кровотечением, болью внизу живота, повышением температуры, ознобом, изменениями картины крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ). При влагалищном исследовании необходимо определить, является ли инфекция ограниченной (поражение только матки), или же она вышла за пределы этого органа (осложненный лихорадочный выкидыш, септический аборт). При осложненном лихорадочном аборте наиболее часто поражаются придатки матки, которые удается пальпировать при влагалищном исследовании.

Неотложная помощь и госпитализация. Больные со всеми формами самопроизвольных абортов подлежат срочной госпитализации. При наличии профузного кровотечения врач на месте бывает вынужден произвести пальцевое удаление остатков плодного яйца. Для сокращения матки при аборте в ходу, неполном и полном выкидыше применяют холод на низ живота и сокращающие матку средства (окситоцин 1 мл внутримышечно). Применение препаратов группы спорыньи (метилэргометрин, эрготал и др.) противопоказано из-за свойства наряду с сокращениями матки одновременно вызывать спазм ее шейки. В стационаре лечение определяется стадией процесса и установлением наличия или отсутствия инфекции. При угрожающем и начавшемся аборте используют средства, направленные на сохранение беременности. При аборте в ходу и неполном выкидыше прибегают к инструментальному удалению остатков плодного яйца. Инфицированный аборт подлежит интенсивной антибактериальной, инфузионной и десенсибилизирующей терапии. Выскабливание матки производят только по жизненным показаниям (профузное кровотечение).

Кровотечения во второй половине беременности и во время родов обусловлены в основном неправильным расположением плаценты (предлежание плаценты), ее преждевременном отделением от стенок матки (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты), задержкой плаценты или ее частей в матке, а также частичным приращением плаценты. Выраженность кровотечения бывает различной – от мажущихся выделений до профузного кровотечения.

Для предлежания плаценты характерно появление кровянистых выделений из половых путей в конце беременности или в начале родов. Кровотечение безболезненное, что весьма типично для этой патологии. При наружном акушерском исследовании обнаруживается высокое расположение предлежащей части. При значительном кровотечении у плода быстро возникают признаки внутриутробной гипоксии (урежение частоты сердцебиений, глухие и аритмичные тоны). Матка при пальпации всегда болезненная. Влагалищное исследование для уточнения диагноза вне родильного стационара абсолютно противопоказано из-за опасности возникновения профузного кровотечения.

При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты, если она происходит на значительном протяжении, женщина жалуется на боль в животе и напряжение матки. Из наружных половых путей появляется кровь, однако степень наружного кровотечения не соответствует анемизации больной, так как значительная часть крови скапливается между маткой и плацентой (ретроплацентарная гематома). Иногда наружного кровотечения может и не быть. При наружном акушерском исследовании матка напряженная и болезненная, особенно на стороне расположения плаценты. У плода быстро нарастают симптомы внутриутробной гипоксии. Значительная отслойка плаценты быстро приводит к коллапсу (бледность кожных покровов, нитевидный частый пульс, снижение АД).

Кровотечения в третьем периоде родов в основном связаны с нарушением отделения и выделения последа. В нормальных условиях в течение 10–20 мин после рождения ребенка происходит отделение плаценты от стенок матки и рождение последа. Этот процесс сопровождается умеренной кровопотерей – в среднем 100–200 мл (верхняя граница физиологической кровопотери 250 мл крови). Кровопотеря свыше 400 мл требует оказания неотложной помощи.

При возникновении кровотечения в третьем периоде родов, прежде всего, следует убедиться, полностью ли отделилась плацента от стенок матки. Наиболее точным является прием, когда рукой, положенной ребром выше лона, производят давление на нижний сегмент матки через переднюю брюшную стенку. Если при этом пуповина не втягивается во влагалище, то послед отделился от стенок матки полностью и находится в матке. Если при надавливании рукой над лоном пуповина втягивается, то послед от стенок матки отделился не полностью. В зависимости от того, отделился или не отделился послед от стенок матки, порядок оказания неотложной помощи будет различным.

Неотложная помощь и госпитализация. При предлежании плаценты и возникновении кровотечения больную необходимо срочно госпитализировать в родильный дом. В стационаре влагалищное исследование для уточнения диагноза производят только при наличии развернутой операционной. При преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты больную также необходимо срочно доставить в родильный дом.

При возникновении кровотечения в третьем периоде родов и наличии положительных признаков отделения последа женщине следует предложить помочиться, а затем потужиться, при этом нередко послед рождается самостоятельно и кровотечение прекращается. После рождения последа его внимательно осматривают. Если дольки плаценты целы, то производят наружный массаж матки. При не полностью отделившемся последе (признаки отделения последа отрицательны) в домашних условиях не следует предпринимать никаких манипуляций для отделения и выделения последа, так как это может привести к усилению кровотечения. Женщину в срочном порядке следует доставить в родильный дом.

Во всех случаях возникновения кровотечения во время беременности и родов во время транспортировки больной надо вводить кардиотонические препараты и давать дышать кислородом. При сильном кровотечении и развитии коллапса в машине скорой помощи начинают гемотрансфузию.

Послеродовое гипотоническое кровотечение обычно возникает в первые часы после родов и в основном обусловлено недостаточной сократительной активностью матки вследствие аномалий родовой деятельности, перерастяжения матки (крупный плод, двойня, многоводие и др.), инфантилизм, предшествующих воспалительных заболеваний (метроэндометрит), наличия опухолей (миома).

Симптомы, гипотоническое кровотечение нередко начинается в третьем периоде родов и затем продолжается в раннем послеродовом периоде. В других случаях кровотечение возникает при неосложненном течении третьего периода родов. Основной симптом – непрекращающееся кровотечение из половых путей. Матка при наружном исследовании дряблая, плохо сокращается в ответ на наружный массаж. Кровь выделяется порциями. Вытекающая кровь образует сгустки, что отличает гипотоническое кровотечение от гипофибриногенемического.

Диагноз. Гипотоническое кровотечение следует отличать от кровотечения в раннем послеродовом периоде, связанного с разрывом шейки матки или стенок влагалища. При разрыве шейки матки или стенки влагалища кровь алого цвета, тонус матки остается хорошим.

Неотложная помощь и госпитализация. Если гипотоническое кровотечение возникло при домашних родах, то следует выпустить мочу через катетер (если женщина самостоятельно не мочится), ввести сокращающие матку средства (окситоцин 1 мл внутримышечно или внутривенно вместе с 20 мл 40% раствора глюкозы, метилэргометрин 1 мл внутримышечно), произвести наружный массаж матки, положить пузырь со льдом на низ живота и в случае продолжающегося кровотечения до прибытия машины скорой помощи прижать аорту кулаком. Кроме того, необходимо тщательно осмотреть послед и убедиться в его целости.

После госпитализации в родильный дом срочно начинают комплекс мероприятий по остановке кровотечения и возмещению кровопотери. Для этого производят ручное обследование матки (под эфирно-кислородным или закисно-кислородным наркозом или после внутривенного введения эпонтола), продолжают введение сокращающих матку средств (преимущественно внутривенно через капельницу). Одновременно осуществляют комплекс мероприятий, направленных на возмещение кровопотери (переливание крови и кровезаменителей), регуляцию сердечной деятельности и функцию других жизненно важных органов. При вторичных нарушениях свертываемости крови, что нередко осложняет сильное гипотоническое кровотечение, вводят фибриноген (6–8 г. внутривенно), аминокапроновую кислоту (5% раствор 100 мл внутривенно капельно), производят переливание теплой донорской крови.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского В.И. Кандрора, М.В. Неверовой, А.В. Сучкова, А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. В.Т. Ивашкина, Д.М.Н.П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год