

Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего образования  
**«Кубанский государственный медицинский университет»**  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)  
Кафедра скорой медицинской помощи, мобилизационной подготовки  
здравоохранения и медицины катастроф ФПК и ППС



**Помощь на догоспитальном этапе при  
неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии.**

Учебное пособие предназначено для  
врачей службы скорой медицинской помощи,  
клинических ординаторов,  
обучающихся по специальности  
«Скорая медицинская помощь», врачей женских  
консультаций, реаниматологов

Краснодар  
2020 г.

УДК 614.88.618.2:618.1

ББК 57.16

Н 55

**Составители:** сотрудники кафедры скорой медицинской помощи, мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф ФПК и ППС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России:

**А.С. Багдасарьян**- заведующий кафедрой , к.м.н., доцент;

**Д.В. Пухняк, А.А. Сирунянц** - доценты кафедры к.м.н.

**Ж.А. Камалян, А.Г. Старицкий, А.В. Михалевич** - ассистенты кафедры

**С.Н. Линченко** - заведующий кафедрой мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф КубГМУ, д.м.н, профессор

**И.В. Чёрная**- доцент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС КубГМУ

**Е.В. Геращенко**- заместитель главного врача по скорой медицинской помощи ГБУЗ КБСМП г. Краснодара

под редакцией ректора ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, д.м.н **С.Н. Алексеенко**

**Рецензенты:** заведующий кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС КубГМУ, д.м.н, профессор **Г.А. Пенжоян**

заведующая кафедрой акушерства и гинекологии КубГМУ, д.м.н., профессор

**И.И. Куценко**

**«Помощь на догоспитальном этапе при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии»: учебно-методическое пособие-Краснодар: Изд-во КубГМУ 2020 г. – 77 страниц.**

Составлено согласно требований ФГОС ВО по направлению подготовки 31.08.48 «Скорая медицинская помощь», Приказа Минобрнауки России от 25.08.2014г. № 1091 « Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.48 «Скорая медицинская помощь» и рабочих программ: основной образовательной программы высшего профессионального образования в ординатуре специальности 31.08.48 «Скорая медицинская помощь», дополнительной профессиональной программы переподготовки врачей по специальности 31.08.48 «Скорая медицинская помощь».

Сведения, изложенные в пособии являются базовыми в системе подготовки врачей- ординаторов, первичной переподготовки и усовершенствования врачей при наиболее распространенных неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии на догоспитальном этапе.

Предназначено для врачей и среднего медицинского персонала службы скорой медицинской помощи, клинических ординаторов, обучающихся по специальности «Скорая медицинская помощь», врачей женских консультаций и реаниматологов.

Рекомендовано к изданию ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

Протокол № 16 от 17 декабря 2020 г.

УДК 614.88.618.2:618.1

ББК 57.16

Н 55

А.С. Багдасарьян, Д.В. Пухняк А.А. Сирунянц, Ж.А. Камалян, А.В. Михалевич, А.Г. Старицкий, С.Н. Линченко, И.В. Чёрная, Е.В. Геращенко

### Список сокращений

- АГ** – артериальная гипертензия  
**АД** – артериальное давление  
**АЯ** – апоплексия яичника  
**ВВЛ** – вспомогательная вентиляция лёгких;  
**ДВС** – диссеминированное внутрисосудистое свёртывание;  
**ДТП** – дорожно-транспортное происшествие  
**ЕД** – единицы действия  
**ЖКТ** – желудочно-кишечный тракт  
**ИВЛ** – искусственная вентиляция лёгких  
**ИТ** – инородное тело  
**ЛЖ** – левый желудочек сердца  
**ЛС** – лекарственное средство  
**ОПН** – острая почечная недостаточность  
**ОПСС** – общее периферическое сосудистое сопротивление  
**ОЦК** – объём циркулирующей крови  
**САД** – систолическое артериальное давление  
**СМП** – скорая медицинская помощь  
**ССВО** – синдром системного воспалительного ответа  
**УЗИ** – ультразвуковое исследование  
**УНМ** – ургентные негравидарные метрорагии  
**ЦНС** – центральная нервная система  
**ЧД** – частота дыхания  
**ЧСС** – частота сердечных сокращений  
**ЭБ** – эктопическая болезнь  
**ЭКГ** – электрокардиография (электрокардиограмма)

## Оглавление

Список сокращений .....	3
Предисловие .....	6
Введение .....	5
Тема № 1 Токсикозы и гестозы беременных.....	10
1.1.Токсикозы беременных .....	10
1.1.1 Клиническая картина токсикоза характеризуется слюнотечением, рвотой и неукротимой рвотой – в зависимости от степени выраженности токсикоза. ....	10
1.2 Гестозы беременных .....	12
1.2.1 Патогенез гестозов .....	13
1.2.2 Классификация гестозов.....	14
1.3. Преэклампсия .....	14
1.4 Эклампсия .....	15
1.4.1 Эклампсическая и постэклампсическая кома .....	15
1.4.2 Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе.....	18
1.4.3 Лечение эклампсического приступа .....	20
1.4.3 Клиническая фармакология ряда лекарственных средств.....	25
Тема №2 Кровотечение в акушерско-гинекологической практике. Методы остановки кровотечения. Неотложная помощь. ....	26
2.1. Маточные кровотечения, не связанные с беременностью.....	26
2.1.1 Органические причины связаны с системными заболеваниями и патологией органов репродуктивной системы. ....	26
2.1.2 Функциональные причины.....	27
2.1.3 Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе	28
2.2 Кровотечения при травмах женских половых органов.....	31
2.3 Акушерские кровотечения .....	33
2.3.1. Этиология и патогенез.....	33
2.3.3 Дифференциальная диагностика .....	36
2.3.4 Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе.....	36
Тема № 3. Роды. Ведение внебольничных родов. Оказание скорой медицинской помощи при самопроизвольных родах. ....	41
3.1 Классификация .....	41
3.2. Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе	42
3.3. Ведение родов.....	43
3.3.1 Первый период родов .....	44
3.3.2 Второй период родов .....	46
3.3.3 Третий период родов.....	52
Тема №4 Острый живот в гинекологической практике .....	55
4.1 Эктопическая беременность .....	55
4.1.1 Клиника .....	56
4.1.2 Клиническая картина разрыва маточной трубы .....	56
4.1.3 Диагностика эктопической беременности.....	56
4.1.4 Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе.....	58

4.2 Апоплексия яичника .....	58
4.2.1 Клиника .....	59
4.2.2 Диагностика апоплексии яичника .....	59
4.2.3. Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе.....	60
4.3 Перекрут ножки кисты (кистомы) яичника.....	61
4.3.1 Клиника .....	61
4.3.2 Дифференциальная диагностика .....	62
4.3.3 Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе:.....	62
4.4 Перфорация гнойных образований придатков матки .....	62
4.4.1. Классификация .....	62
4.4.2 Диагностика .....	63
4.4.3 Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе.....	64
4.5 Пельвиоперитонит.....	65
4.5.1 Клиника .....	65
4.5.2 Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе.....	66
5. Список использованных источников .....	67
6. Список рекомендованной основной и дополнительной литературы	68
Приложение 1. Контрольные вопросы к зачетному занятию .....	69
Приложение 2. Перечень контрольных тестовых занятий.....	70
Приложение 3. Ответы на тестовые задания .....	74
Приложение 4. Ситуационные задачи .....	75

## Предисловие

Учебно- методическое пособие составлено с целью расширения и углубления теоретических знаний и практических навыков врачей и фельдшеров станций (подстанций) скорой медицинской помощи, курсантов циклов повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, клинических интернов и ординаторов, обучающихся по специальности «Скорая медицинская помощь», врачей женских консультаций, реаниматологов в организации оказания неотложной медицинской помощи при акушерско-гинекологической патологии.

Методической литературы по оказанию скорой медицинской помощи при неотложной акушерско-гинекологической патологии в настоящее время недостаточно и она не всегда доступна для практикующих специалистов службы.

В пособие в доступной форме изложены вопросы этиологии и патогенеза, клиническая картина, дифференциальная диагностика и скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе при наиболее актуальной акушерско- гинекологической патологии: токсикозы и гестозы беременных; кровотечения в акушерско – гинекологической практике; « острый живот» в гинекологической практике; ведение внебольничных родов.

Учебно- методическое пособие составлено в соответствии с требованиями национальных стандартов и рекомендаций по оказанию скорой неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе и имеет как теоретическую, так и практическую часть подготовки специалиста, а так же примеры оценочных средств в виде тестов, ситуационных задач и контрольных вопросов.

Учебно- методическое пособие « Помощь на догоспитальном этапе при неотложных состояниях в акушерстве и гинекологии направлено на формирование у специалистов следующих компетенций:

1) Универсальные:

- способность осуществлять критический анализ проблемных ситуаций на основе системного подхода, выработать стратегию действий;
- способность организовывать и руководить работой команды, выработывая командную стратегию для достижения поставленной цели;
- способность применять современные коммуникативные технологии, в том числе на иностранных языках, для академического и профессионального взаимодействия;
- способность определять приоритеты собственной деятельности и способы ее совершенствования на основе самооценки и образования;
- способность поддерживать уровень физической подготовки для обеспечения полноценной социальной профессиональной деятельности;
- способность создавать и поддерживать в повседневной жизни и профессиональной деятельности безопасные условия жизнедеятельности для сохранения природной среды, обеспечение устойчивого развития

общества, в том числе при угрозе и возникновении чрезвычайных ситуаций и военных конфликтов.

- способность формировать нетерпимое отношение к коррупционному поведению.

2) Общепрофессиональных :

- способность в условиях развития науки к переоценке накопленного опыта; приобретение новых знаний при оказании помощи.

3) Профессиональных:

- проведение обследования пациентов с заболеваниями или состояниями, требующими оказания скорой медицинской помощи;

- назначение лечения пациентам с заболеваниями или состояниями, требующими оказания скорой медицинской помощи;

- проведение профилактических мероприятий, санитарно - просветительной работы по предупреждению заболеваний или состояний, требующими оказания скорой медицинской помощи.

## Введение

Целью государственной политики в области здравоохранения служит улучшение состояния здоровья населения через обеспечение доступности качественной медицинской помощи путём создания правовых, экономических и организационных условий предоставления медицинских услуг. Одно из направлений развития здравоохранения – это совершенствование службы скорой медицинской помощи.

Своевременное развитие здравоохранения, основанное на принципах медико-экономической эффективности, характеризуется повышением требований к качеству и срокам оказания скорой медицинской помощи на этапах её реализации, внедрением высокотехнологичных методов диагностики, сокращением сроков начала этиопатогенетического лечения.

В 2007 г. утверждена Концепция демографической политики РФ на период до 2025 года, которая направлена на стабилизацию и рост численности населения, повышения общего коэффициента рождаемости в 1,5 раза и увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет. Достижение таких показателей невозможно без принятия эффективных мер по совершенствованию оказания скорой медицинской помощи населению, в том числе скорой неотложной медицинской помощи, направленной на сохранение жизни и репродуктивной способности женщин, жизнеспособности плода.

За последние 20 лет в России отмечается тенденция к росту уровня госпитализации пациентов. Прирост показателя за последние 10 лет составил более 100% (С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутия с соавт., 2015 г.) при этом наблюдается увеличение доли тяжёлых и среднетяжёлых форм ургентной патологии. Увеличилось за последние годы и количество вызовов скорой медицинской помощи по акушерско-гинекологическим причинам. Так, например, количество вызовов по этим причинам увеличилось в таких городах Краснодарского края, как Краснодар, Новороссийск, Анапа, Геленджик и другие в 1,5- 2 раза и в среднем составляет от 1 до 1,5 случаев на 1 тысячу населения. С одной стороны, это вызвано увеличением рождаемости, с другой – недостаточным качеством лечебно-диагностической помощи в женских консультациях (А.С. Багдасарьян с соавт., 2013). Высока частота гестозов, составляющая 8-16% среди всех беременных, среди всех беременных. Среди причин материнской смертности гестозы составляют 20-25% случаев, перинатальная смертность при этом заболеваний в 3-4 раза превышает среднюю. Ежегодно в мире умирает около 600 тысяч женщин от причин, связанных с беременностью и родами (С.Ф. Багненко с соавт., 2010).

В настоящее время оказание скорой медицинской помощи регламентировано Федеральным Законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», федеральным законом от 29 ноября 2010 г. №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и приказом



Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 июня 2013 г. № 388-н «Об учреждении порядка оказания скорой, в том числе специализированной медицинской помощи и другими нормативными актами.

Динамичное развитие медицинской науки в последние годы, быстрое внедрение в клиническую практику новых высокотехнологичных методов диагностики и лечения требуют от врача непрерывного повышения профессионализма и обновления знаний на его деятельности.

Учитывая тот факт, что эффективность работы скорой медицинской помощи играет критически важную роль в улучшении показателей здоровья населения, обеспечения методической литературой первичного звена службы с целью расширения и углубления теоретических знаний и практических навыков врачей и фельдшеров является одной из ситуальных задач.

Задача учебного пособия, разработанного сотрудниками кафедры скорой медицинской помощи, мобилизационной подготовки здравоохранения и медицины катастроф КубГМУ для курсантов циклов повышения квалификации и первичной переподготовки специалистов, клинических интернов и ординаторов, обучающихся по специальности «Скорая медицинская помощь» – расширить и углубить знания в организации оказания неотложной медицинской помощи при наиболее актуальной акушерско-гинекологической патологии и внебольничных родах.

## Тема № 1 Токсикозы и гестозы беременных

**Токсикозы и гестозы беременных** – патологические состояния, которые проявляются только во время беременности и, как правило, исчезают после её окончания или в раннем послеродовом периоде. Они представляют собой комплекс нарушений обменных процессов во всех органах и системах материнского организма в результате недостаточности адаптации к новым условиям, связанным с внутриутробным развитием плода.

**Токсикозы** – осложнения, связанные с беременностью, которые проявляются в ранние сроки беременности, чаще в первые 3 месяца. Если же клинические симптомы наиболее выражены во II и III триместре беременности, можно говорить о гестозах.

### 1.1 Токсикозы беременных

**1.1.1 Клиническая картина** токсикоза характеризуется слюнотечением, рвотой и неукротимой рвотой – в зависимости от степени выраженности токсикоза.

Слюнотечение (птиализм) начинается с симптома избытка слюны в полости рта беременной. При тяжёлой форме суточное отделение слюны может достигать нескольких литров. Это приводит к потере белков, углеводов, витаминов, солей и обезвоживанию организма.

В зависимости от степени выраженности клинических проявлений токсикоза различают:

– **лёгкую степень** тяжести токсикоза. При этом общее состояние больной остается удовлетворительным. Рвота наблюдается 2-3 раза в сутки, чаще после еды;

– **среднюю степень** тяжести токсикоза. При этом отмечается ухудшение общего состояния больной. Рвота 10-12 раз в сутки, уже не связанная с приёмом пищи, отмечается потеря массы тела до 2-3 кг. В месяц, тахикардия до 100 в минуту, ацетонурия и иногда субфебрильная температура;

– **тяжёлая степень** тяжести токсикоза. Проявляется развитием неукротимой рвоты беременных. Рвота бывает до 20-25 раз в сутки. Развивается обезвоживание. Заболевание сопровождается выраженной интоксикацией, нарушением сна. Тахикардия достигает 110-120. Нередко имеет место артериальная гипотензия, выраженная ацетонурия, сдвиг кислотно-щелочного равновесия в сторону ацидоза. Общее состояние больной становится тяжёлым.

К токсикозам относят также такие редкие формы токсикоза, как хорей беременных, остеомалация, бронхиальная астма беременных, дерматозы, тетания, острая желтая дистрофия печени.

### Дифференциальная диагностика

Токсикозы беременных необходимо дифференцировать с:

- острым аппендицитом;
- кишечной непроходимостью;
- пищевым отравлением;
- грыжей пищеводного отверстия диафрагмы;
- тиреотоксикозом;
- трофобластической болезнью (пузырный занос);
- острым панкреатитом;
- язвенной болезнью;
- пиелонефритом;
- почечной коликой.

**Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе.**

**Действия на вызове.** На вызове в обязательном порядке выясняют:

- срок беременности, какая беременность по счету, состоит ли пациентка на учете в женской консультации, резус-принадлежность, были ли изменения в анализах крови и мочи;
- перенесённые и хронические заболевания ЖКТ;
- связь с постоянным употреблением лекарственных средств, возможность передозировки или побочного действия (тошнота, рвота);
- длительность, частота, интенсивность тошноты и рвоты;
- характер рвотных масс (количество, консистенция, цвет, запах, наличие патологических примесей (кровь, слизь, желчь, съеденная пища);
- приводит ли рвота к облегчению состояния;
- какие лекарственные средства применяются для купирования рвоты;
- есть ли снижение диуреза, запоры, сухость во рту;
- наличие повышения температуры тела.

**При осмотре и физикальном обследовании:**

- оценивается общее состояние беременной;
- выявляется и оценивается выраженность пищеварительных расстройств и обезвоживания организма;
- оценивается выраженность системной интоксикации (тахикардия, артериальная гипотензия, тахипноэ);
- оценивается проявление дегидратации (снижение тургора кожи и ее сухость, влажность языка, запах ацетона изо рта, болезненность печени при пальпации).

**Лечебные мероприятия:**

1. Для снятия рвоты вводит 0,25% раствор дроперидола по 0,5-1,0 мл внутримышечно или внутривенно. Возможно введение 2 мл метоклопрамида с последующим введением 2 мл 0,5% раствора диазепама (реланиума) внутримышечно. Дроперидол дает кратковременный (около 0,5 – 1 часа), но сильный нейролептический эффект, обладает также противошоковыми противорвотным свойством, снижает АД, усиливает действие анальгетиков и наркотиков, эффект действия при внутривенном

(капельном) введении проявляется через 2-5 минут, достигает максимума через 20-30 минут и продолжается до 2-3 часов.

Диазепам—анксиолитический препарат (транквилизатор), приводит к снятию эмоционального напряжения, подавляет чувство тревоги, страха, оказывает седативное и умеренное снотворное действие. При одновременном приеме со снотворными, седативными препаратами наблюдается резкое усиление угнетающего действия на ЦНС.

2. Для лечения развивающегося при неукротимой рвоте гиповолемического шока внутривенно вводят дисоль, трисоль, калия хлорид + магния хлорид + натрия хлорид + натрия фумарат (мафусол), 0,9 % раствор натрия хлорида, а также 5% раствор декстрозы.

3. Для улучшения выделительной функции почек в конце инфузионной терапии внутривенно вводят 10 мл. 2,4% раствора аминофиллина.

4. Сердечные гликозиды (строфантин-к) беременным с обезвоживанием вводят только под контролем ЭКГ.

5. Инфузионную терапию необходимо проводить на фоне оксигенотерапии.

#### **Показания для госпитализации**

Пациенток с рвотой беременных средней степенью тяжести, а также неукротимой рвотой необходимо госпитализировать в акушерский стационар, транспортировку больных осуществляют в горизонтальном положении, под контролем АД, ЧСС и ЧД.

**Рекомендации для больных, оставленных дома** (не госпитализируют только пациенток с легкой формой рвоты беременных):

- проводят разъяснительную работу, сообщают, что состояние пациентки временное и обычно разрешается в течении I триместра;
- избегать приема ЛС, приостановить прием препаратов, содержащих железо до разрешения тошноты;
- перед тем, как встать с постели, рекомендуют съесть сухое печенье;
- разнообразную пищу принимать в охлажденном виде, небольшими порциями, каждые 2-3 часа в положении лежа, исключить алкоголь, жирную пищу, приправы;
- обязателен патронаж врача женской консультации.

#### **1.2 Гестозы беременных**

Термин «гестоз» объединяет ряд патологических состояний, характеризующихся полиорганной функциональной недостаточностью с нарушениями функций почек, печени, сосудистой и нервной систем, фетоплацентарного комплекса.

Этиология гестозов в настоящее время до конца не выяснена, однако большое значение в последнее время в их развитии придается сопутствующей соматической патологии (фоновым заболеваниям), особенно заболеваний почек (пиелонефрит), гипертонической болезни,

эндокринопатий, пороков сердца, резус-несовместимой беременности, часто на фоне перенесенных во время беременности инфекционных заболеваний (грипп, орви).

Фоновыми состояниями, способствующими возникновению гестозов являются:

- первородящие моложе 18 лет и старше 28 лет;
- профессиональные вредности;
- генетическая предрасположенность;
- несбалансированное питание;
- неблагоприятные бытовые условия;
- неустроенность и противоречия в семейной жизни.

Фоновые заболевания и состояния способствуют нарушению адаптации к развивающейся беременности, что проявляется развитием гестоза.

### **1.2.1 Патогенез гестозов**

Основные звенья патогенеза гестозов:

- генерализованный спазм сосудов;
- гиповолемия;
- изменение реологических и коагуляционных свойств крови;
- нарушение микроциркуляции и водно-солевого обмена;
- повышение вязкости крови, замедление кровотока;
- появление медленно циркулирующих и не циркулирующих эритроцитов, их лизис с освобождением кровяного тромбoplastина и развитием хронической формы ДВС – синдрома.

Нарушение кровообращения приводит к развитию дистрофических и некротических изменений в тканях. В первую очередь при этом поражается ЦНС, печень, почки, легкие, система маточно-плацентарного кровообращения.

Если беременность наступила у больной женщины (гипертоническая болезнь, заболевания почек, эндокринопатия и др.), плацента развивается в неблагоприятных условиях, нарушается её микроструктура, она становится легко проницаемой для антигенов плода. При этом в различной степени снижаются все функции плаценты (дыхательная, питательная, защитная и выделительная).

Мочевыделительная система начинает страдать раньше других. Постепенно нарушаются все основные функции почек (фильтрационная, концентрационная, реабсорбционная, выделительная, гормональная и регуляторная). Всё это нарушает регуляцию в организме беременной АД, ОЦК, объема циркулирующей плазмы, осмолярности плазмы, плотности и кислотности мочи.

В результате выраженного нарушения микроциркуляции, хронической тканевой гипоксии развивается печеночная недостаточность (дистрофические изменения паренхимы печени, жировое перерождение гепатоцитов, нарушается обмен холестерина).

### 1.2.2 Классификация гестозов

По клинической форме гестозы классифицируют:

1. **Чистый** – развивается в конце III триместра, недлительного течения.
2. **Сочетанный** – возникает на фоне гипертензии, заболеваний почек, печени, нейроэндокринной системы.
3. **Неклассифицированный** – отсутствие недостаточной информации для диагноза.

#### Клиническая картина

К достоверным признакам гестоза относят наличие во второй половине беременности его основных клинических симптомов: протеинурии, артериальной гипертензии, отёков и их сочетаний с учётом возможного преобладания одного над другим.

К **критическим проявлениям гестоза**, требующим быстрого родоразрешения относят:

- преэклампсию;
- эклампсию;
- эклампсическую кому;
- тяжелые повреждения печени – HELLP-синдром, острый жировой гепатоз, острую почечно-печёночную недостаточность, острую подкапсульную гематому, разрыв капсулы печени;
- преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты;
- развивающиеся на фоне гестоза осложнения тяжёлой гипертензии со стороны глаз (кровоизлияния в стекловидное тело, отслойку сетчатки).

### 1.3. Преэклампсия

Это критическое, но обратимое состояние, предшествующее самой тяжелой форме гестоза – эклампсии.

Патофизиологическая основа синдрома – нарушение и недостаточность мозгового кровообращения в сочетании с генерализацией системных нарушений печени, почек, гемостаза, гемоликвородинамики, лёгких, сердечно-сосудистой системы.

Характерны различные комбинации следующих симптомов:

- головная боль, чаще в затылочной и височной области;
- расстройство зрения, пелена или мелькание «мушек» перед глазами;
- боли в надчревной области и правом подреберье, часто сочетающиеся с головными болями;
- тошнота, рвота;
- «судорожная готовность» - гиперрефлексия;
- психическое возбуждение или, напротив, угнетённое состояние;

- повышение АД до критического уровня – 170/110 мм.рт.ст. и выше;
- олигурия-диурез 600мл и ниже;
- низкий часовой диурез – 60 мл/ч;
- генерализованные отёки;
- кожный геморрагический синдром в виде петехии.

#### 1.4 Эклампсия

Если период преэклампсии был пропущен или терапия была неадекватной, развивается эклампсия. *Эклампсия* – острый отёк мозга, высокая внутричерепная гипертензия, срыв ауторегуляции и нарушение мозгового кровообращения, ишемические и геморрагические повреждения структуры мозга.

**Клиническая картина эклампсии** складывается из четырёх периодов:

- **предсудорожный период** – длительность его 20-30 с, при этом отмечают мелкие подёргивания мышц лица, верхних конечностей, проявляется фиксированный в одну сторону застывший взгляд;

- **период тонических судорог** – длительность его 20-30 с, при этом вслед за подёргиванием верхних конечностей наблюдается запрокидывание головы, тело вытягивается, напрягается, позвоночник изгибается, лицо бледнеет, челюсти плотно сжимаются, зрачки расширяются и уходят под верхнее веко, дыхание прекращается, язык оказывается прикушенным, пульс трудно прощупывается, сознание отсутствует;

- **период клонических судорог** – клонические судороги, как и тонические, распространяются по направлению книзу, дыхание отсутствует, пульс не прощупывается, лицо багрово-синее, вены напряжены;

- **период разрешения припадка** – происходит глубокий, прерывистый вдох, изо рта появляется пена (иногда с примесью крови), дыхание становится регулярным, исчезает цианоз, сознание восстанавливается, однако носит сумеречный характер, выражена амнезия.

Продолжительность припадка 1,5-2 мин.

Эклампсия крайне опасна даже при наличии одного припадка, так как возможно кровоизлияние в жизненно важные центры мозга (прилив крови в желудочки мозга).

#### **Клинические формы эклампсии:**

- отдельные припадки;
- серия судорожных припадков (статус экламптикус);
- бессудорожная форма (самая тяжёлая).

##### 1.4.1 Эклампсическая и постэклампсическая кома

Развивается в результате тяжёлого гинекологического и метаболического повреждения мозга, проявляющегося ишемическим или геморрагическим инсультом, острым отёком мозга (который не удалось

купировать), или диффузным сосудистым нарушением функций полушарий мозга, ствола или ретикулярной формации. В результате потери регулирующей функции мозга развиваются тяжелейшие дисфункции органов и систем, нарушается гемостаз. Иногда кома переходит в **сопор**. На фоне глубокого торможения психической активности могут иметь место отдельные элементы сознания и ответ на простейшие речевые команды или болевые раздражения.

**Неблагоприятные** прогностические признаки:

1. гипертермия;
2. расстройство дыхания;
3. снижение АД;
4. анурия

Необходимо исключить:

- диабетическую кому;
- уремическую кому;
- печёночную кому;
- острую гипертоническую энцефалопатию;
- эпилепсию.

### **Острый жировой гепатоз**

Развивается в последнем триместре беременности на фоне длительно текущего гестоза. Диффузным жировым перерождением гепатоцитов без реакции воспаления и некроза. Основные симптомы:

- анорексия;
- резкая слабость;
- тошнота;
- признаки геморрагического диатеза (рвота «кофейной гущей», кровоточивость дёсен);
- олигурия.

На более поздней стадии развивается желтуха.

Прогноз крайне неблагоприятный, летальность составляет 70-80%.

### **HELLP - синдром**

Этот синдром развивается на фоне сочетанного гестоза, ДВС – синдрома и почечно-печёночной недостаточности (нефрогепатопатии). Синдром развивается остро: появляется резкая слабость, одышка, сердцебиение, боли в пояснице, нередко повышение температуры, чувство страха. Характерны изменения ЭКГ (увеличение амплитуды зубца Т при сужении его основания и заострении верхушки, смещение книзу интервала Q-T, замедление внутрижелудочковой проводимости, исчезновение зубца Р).

### **Острая печёночно-почечная недостаточность**

Это следствие и терминальная стадия тяжёлого гестоза. Преобладают симптомы, характерные для коагулопатии, интоксикации, кровотечения, преэклампсии.

### **Острая подкапсульная гематома и спонтанный разрыв печени**



Крайне Тяжёлые осложнения гестоза, почти всегда приводящие к летальному исходу. В основе лежат сосудистые нарушения, типичные для позднего гестоза, или внутripечёночные паренхиматозные поражения. Основные симптомы – острые нарастающие боли в правом подреберье, признаки острой кровопотери.

#### **Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты**

Типичные симптомы – острые боли внизу живота, артериальная гипотензия, тахикардия. Наружного кровотечения может не быть, если отслойка имеет не краевой, а центральный характер.

#### **Дифференциальная диагностика**

Необходимо исключить:

- диабетическую кому;
- уремическую кому;
- печёночную кому;
- острую гипертоническую энцефалопатию;
- эпилепсию.

**При диабетической коме** клиническая картина характеризуется постепенно наступающей потерей сознания. Дыхание становится шумным, глубоким и редким. Определяется запах ацетона. Характерный симптом – гипотония глазных яблок. Мышцы расслаблены, зрачки обычно сужены, сухожильные рефлексy снижены.

**При уремической коме** первыми появляются признаки диспепсии (потеря аппетита, сухость во рту, тошнота, быстрая потеря массы тела), затем появляются поносы, развиваются боли внизу живота. Больные жалуются на повышенную жажду, кожа сухая с большим количеством расчёсов и кровоизлияний. Отмечаются гипертензия, запах аммиака изо рта. Температура тела снижена. Зрачки резко сужены.

**При печёночной коме** больная лежит неподвижно, не реагируя даже на сильные внешние раздражители. Печень при пальпации болезненна. Сильно выражена желтуха. Изо рта ощущается своеобразный сладковатый и «печёночный» запах. Живот вздут, печень уменьшена. Пульс частый, аритмичный.

**При острой гипертонической энцефалопатии** клонические судороги напоминают судороги при эклампсии. Указания на повышение АД до наступления беременности или в первые её месяцы, изменения со стороны сердца (гипертрофия ЛХЕ, акцент II тона на аорте, изменения на ЭКГ) свидетельствуют о гипертонической болезни.

**При эпилепсии** обычно имеются указания на судорожные припадки до беременности или в её первые месяцы. При эпилепсии отсутствуют отёки. Перед эпилептическим припадком больная обычно вскрикивает, а после припадка быстро приходит в сознание. Наблюдается также произвольное мочеиспускание.

Истерические припадки не нарушают общего состояния, сознание сохранено и нет симптомов, характерных для поздних гестозов.

### **1.4.2 Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе**

**Действия на вызове.** На вызове в обязательном порядке выясняют следующее:

- срок беременности, состоит ли пациентка на учёте, проверить карту беременной;
- наличие патологической прибавки массы тела (более 400 гр. в неделю);
- имеет ли место неравномерная прибавка массы тела со снижением в ответ на приём диуретиков и последующим быстрым повышением;
- есть ли нарастание отёков;
- наличие изменений в анализах мочи (протеинурия);
- есть ли уменьшение суточного диуреза;
- имеет ли место появление зуда кожных покровов, желтушного окрашивания склер;
- есть ли повышение АД;
- наличие стрессовых ситуаций в семье, на работе;
- имеют ли место головные боли, головокружения;
- есть ли нарушения зрения (туман перед глазами, мелькание мушек);
- наличие заторможенности, вялости, бессонницы.

#### **Осмотр и физикальное обследование:**

- 1) общее состояние беременной;
- 2) состояние кожного покрова;
- 3) зрачковые и сухожильные рефлексы;
- 4) степень нарушения сознания;
- 5) видимые отёки нижних конечностей, одутловатость лица;
- 6) изменение АД на периферических артериях на обеих руках (наличие асимметрии показателей), повышение АД по сравнению с исходным (до беременности) на 20-25 мм.рт.ст.;
- 7) ЧСС, ЧД

#### **ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ**

Во всех случаях гестоза обязательна незамедлительная госпитализация беременной в акушерский стационар: при нетяжёлом течении заболевания – в отделение патологии беременных, при тяжёлом – в акушерское реанимационное отделение.

Всех больных доставляют через приёмное отделение акушерского стационара. Однако в случае транспортировки беременной с преэклампсией или эклампсией целесообразно сообщить в соответствующий стационар о скорой доставке туда тяжелобольной. Всех беременных и рожениц госпитализируют только санитарным транспортом в сопровождении медицинского персонала (фельдшера, лучше врача). Предпочтительна

транспортировка в специализированной реанимационной машине. При наличии в городе, районе специализированной акушерской реанимационной бригады скорой помощи транспортировку должна осуществлять эта бригада. Беременные с нефропатией могут быть транспортированы в положении сидя. При преэклампсии и эклампсии обязательна транспортировка на носилках, в сопровождении врача с передачей больной непосредственно врачу стационара.

**Лечебно-тактические мероприятия при гестозе тяжёлой степени** должны быть направлены на:

- медикаментозное обеспечение лечебно-охранительного режима Беременной (роженицы или родильницы);
- лечение гестоза, в том числе устранение генерализованного спазма сосудов и снижение АД, нормализацию общей гемодинамики и микроциркуляции в жизненно важных органах, коррекцию метаболических нарушений и восстановление гомеостаза;
- поддержание жизнедеятельности плода;
- бережное родоразрешение в интересах матери и плода.

Оказание неотложной помощи беременным с гестозом тяжёлой степени необходимо начинать как можно раньше, на догоспитальном этапе (дома, в женской консультации, в машине СМП).

#### 1. Нейролептаналгезия.

С этой целью следует начать внутривенное или внутримышечное введение 2 мл 0,5% р-ра диазепама и 1 мл 2,5% р-ра прометазина (или 2 мл 1% р-ра дифенгидрамина); в/м или в/в 2 мл 0,25% р-ра дроперидола (под контролем АД!). Нейролептаналгезию можно усилить введением 1 мл 2% р-ра тримеперидина или 1 мл 0,005% р-ра фентанила.

Внутримышечно вводят 3-4 мл 1% р-ра бендазола и 2-4 мл 2% р-ра папаверина.

2. Необходимо начать введение 25% р-ра магния сульфата по одной из действие на ЦНС и уменьшает судорожную готовность; оказывает гипотензивное и диуретическое действие.

По схеме Бровкина: в/м 24 мл, что соответствует 6 г сухого вещества 25% р-ра магния сульфата, 4 раза через 4 часа. Препарат вводят вместе с 5 мл 0,5% р-ра прокаина в верхненаружный квадрант ягодицы длинной иглой обязательно на фоне предварительной нейролептаналгезии (диазепам, дроперидол, дифенгидрамин), так как боль может спровоцировать приступы эклампсии (В, 2+).

Первую инъекцию 25% р-ра магния сульфата можно сделать в/в в количестве 10–12 мл на 200 мл изотонического раствора натрия хлорида, а последующие инъекции – в/м; скорость в/в введения препарата 16–18 – 30 капель в минуту.

3. В качестве **гипотензивных средств** при оказании неотложной помощи женщинам с гестозами могут быть использованы следующие препараты: под язык гидралазин по 0,01г или пропранолол по 0,01 г, или

клонидин в таблетках по 0,00075 г или 0,00015 г. При АД 160/100 мм рт.ст. и выше клонидин может быть использован п/к, в/м или в/в в дозе 0,5—1 мл 0,01% р-ра, для внутривенного введения раствор клонидина разводят в 10—20 мл изотонического раствора натрия хлорида.

4. **В целях профилактики гипоксии внутриутробного плода** вводят 3 мл 5% р-ра аскорбиновой кислоты и 5 мл 5% р-ра димеркаптопропансульфоната в 20 мл 40% р-ра декстрозы.

5. Обязательным компонентом лечения тяжёлых форм гестоза является **инфузионная терапия**. С этой целью внутривенно капельно целесообразно введение: мафусола\* 400 мл; при его отсутствии – трисоля или дисоля в количестве 200-250 мл. Объём инфузионной терапии при гестозе тяжёлой степени, преэклампсии и эклампсии не должен превышать 600—800 мл (при сохранённом диурезе!).

6. **Для улучшения реологических свойств крови** внутривенно капельно вводят декстраны – 400 мл декстрана, реоглюмана или рондекса.

7. **При выраженной тахикардии** применяют сердечные гликозиды: 0,5-1 мл 0,05% р-ра строфантина-К или 0,5–1 мл 0,06% р-ра ландыша гликозида внутривенно в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида.

В конце инфузии внутривенно струйно вводят 10 мл 2,4% р-ра аминофиллина.

8. При отсутствии эффекта от проводимой терапии у беременных с гестозом тяжёлой степени применяют диуретические препараты. На фоне инфузионной терапии вводят фуросемид в дозе 20–40–60–80 мг в зависимости от нарушений водно-солевого обмена и симптомов отёка мозга.

9. Лечение гестоза проводят на фоне обязательной ингаляции кислородно-воздушной смеси.

### 1.4.3 Лечение эклампсического приступа

При возникновении эклампсического приступа беременную, утратившую сознание, необходимо уложить на бок (желательно правый), запрокинуть голову назад для предотвращения западения языка, ввести резиновые или пластмассовые воздуховоды, удалить изо рта пену (иногда с примесью крови), произвести ингаляцию кислорода и воздуха через маску. Оксигенацию при дыхательной недостаточности у беременных с тяжелыми формами гестозов следует проводить с осторожностью. При выраженной острой дыхательной недостаточности (ОДН) необходима интубация, отсасывание секрета из трахеи и бронхов, ИВЛ в режиме гипервентиляции (при  $\text{CO}_2$  - 20 – 22 мм рт. ст.). Для проведения ИВЛ вызвать специализированную бригаду скорой медицинской помощи. После окончания приступа обследование беременной следует проводить

только в условиях нейролептоаналгезии. Если нейролептоаналгезия не была проведена до начала эклампсии, после припадка следует ввести 2 мл 0,5% раствора диазепама; 2-4 мл 0,25% раствора дроперидола, 2 мл 2,5% раствора прометазина (или 2 мл 1% раствора дифенгидраитна), 1 мл 2% раствора тримеперидина внутривенно или внутримышечно: дать наркоз закистью азота с кислородом.

Нейролептаналгезия ослабляет судорожную форму гестоза и предупреждает развитие следующего приступа.

Необходимо выяснить акушерскую ситуацию: общее состояние больной (частота пульса, дыхание, цифры артериального давления на одной и второй руке, наличие отеков, степень их выраженности, срок беременности, наличие (отсутствие) схваток, форма матки, наличие локальной болезненности при пальпации матки, наличие (отсутствие) шевеления и сердцебиения плода, наличие кровянистых выделений из половых путей).

После купирования приступа судорог необходимо начать лечение гестоза (магния сульфатом, декстраном).

Введение магния сульфата сочетают с введением препаратов, уменьшающих вазоконстрикцию сосудов: бендазола 1% в дозе 3-6 мл, 2% раствора папаверина 2-4 мл, дротаверина 2% - 2 мл.

Одновременно больной проводят инфузионную терапию: вводят в дозе 400-450 мл внутривенно капельно или 500 мл любого полиионного раствора – лактосоля или трисоля, или лактосоля 250 мл, или трометамола 500 мл, или 500 мл 5% раствора декстрозы под контролем диуреза, так как при тяжелых гестозах развивается острая почечная недостаточность.

Для улучшения реологических свойств крови можно ввести 400 мл декстрана.

Если на фоне введения спазмолитических средств, магния сульфата, инфузионной терапии у беременной (роженицы) сохраняются высокие цифры артериального давления, вводят 10 мл 2,4% раствора аминофиллина в 10 мл изотонического раствора натрия хлорида.

Из других гипотензивных препаратов можно ввести подкожно, внутримышечно или внутривенно 0,5-1 мл 0,01% раствора клонидина. Препарат вводят под контролем АД, в первые минуты введения возможно кратковременное повышение АД. При введении с нейролептиками клонидин усиливает их седативное действие.

Для снижения артериального давления у беременных (рожениц) целесообразно использование препаратов для управляемой гипотензии: пентамин 0,5-1 мл 5% раствора внутримышечно или 0,5-1 мл 5% раствора пентамипа, разведенных в 20 мл изотонического раствора натрия хлорида или 5% раствора декстрозы.

У некоторых больных с эклампсией развивается острая дыхательная недостаточность. Лечебные мероприятия при острой дыхательной недостаточности направлены на:

- восстановление и обеспечение проходимости дыхательных путей, при необходимости – их дренирование;
- улучшение альвеолярной вентиляции и лёгочного газообмена;
- улучшение гемодинамики, борьбу с сердечно-сосудистой недостаточностью.

У больных с эклампсией может развиваться острая сердечная недостаточность. Для борьбы с ней вводят сердечные гликозиды: 0,25-0,5-1 мл 0,05 раствора строфантина-К или 0,5-1мл 0,06% раствора ландыша гликозида.

Алгоритм неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии приведены на рисунке 1.1; 1.2.



**Рис. 1.1 Алгоритм неотложной помощи при преэклампсии**



**Рис.1.2. Алгоритм неотложной помощи при эклампсии**



### 1.4.3 Клиническая фармакология ряда лекарственных средств

– **Магния сульфат в зависимости от дозы** вызывает седативный, снотворный или наркотический эффекты. В процессе выделения почками магния сульфат усиливает диурез. Магний контролирует нормальное функционирование клеток миокарда, повышает резистентность к нервному стрессу. Конкурентным антагонизмом магния и кальция объясняется антикоагулянтная способность магния и, как следствие, уменьшение тромбообразования и улучшение микроциркуляции. Внутривенно вводят по 400-800 мг/инъекция в зависимости от тяжести состояния.

– **Нифедипин** – представитель антагонистов кальция, активный периферический вазодилататор; у нифедипина более выражены периферические (снижение общего сосудистого сопротивления), чем кардиальные эффекты; оказывает отрицательное инотропное действие (которое компенсируется рефлекторной тахикардией); несколько увеличивает сердечный выброс и улучшает кровоснабжение органов и тканей, уменьшает потребность миокарда в кислороде. Препарат быстро всасывается при приёме внутрь. Принимают обычно внутрь (независимо от времени приёма пищи). Рекомендуемые дозы: 0,01 г (10 мг) 2-3 раза в день (не более 0,04 г в сутки). Для купирования гипертонического криза, а иногда при приступах стенокардии часто применяют препарат сублингвально. Таблетку (0,01 г) помещают под язык до полного рассасывания. Необходимо учитывать быстрое нарастание при этом способе применения концентрации препарата в крови, возможность рефлекторных реакций, явлений ортостатической гипотонии. Применение препарата должно производиться в положении лёжа. После приёма нифедипина часто наблюдают покраснение лица и кожи верхней части туловища, головную боль, тошноту, головокружение, сонливость. Выпускают в таблетках и капсулах 0,01 и 0,02 г (10 и 20 мг). Выпускаются растворы нифедипина для инъекций.

### НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОШИБКИ

– На догоспитальном этапе во время транспортировки не вводят ЛС для предупреждения повторных судорожных припадков.

– Назначение ЛС для внутримышечного введения, не обеспечив доступ в периферическую вену.

## **Тема №2 Кровотечение в акушерско-гинекологической практике.**

### **Методы остановки кровотечения. Неотложная помощь.**

#### **2.1. Маточные кровотечения, не связанные с беременностью**

Патологические маточные кровотечения, не связанные с беременностью называются **негравидарные метроррагии**. Это одна из наиболее частых вариантов гинекологической патологии.

##### **Этиология и патогенез**

По этиологическим факторам негравидарные метроррагии делятся на две большие группы: *органические и функциональные*.

#### **2.1.1 Органические причины связаны с системными заболеваниями и патологией органов репродуктивной системы.**

##### **1. Системные заболевания.**

**Коагулопатии** могут быть наследственными (болезнь Виллебранда, дефицит протромбина, дефицит фибриногена, дефицит V и XI факторов) и приобретенными. **Приобретенные коагулопатии** наблюдаются при лейкозах, тяжелом сепсисе, идиопатической тромбоцитопенической пурпуре, гиперспленизме, которые приводят к тромбоцитопении. Коагулопатия может впервые проявиться тяжёлым маточным кровотечением, особенно в период менархе. По различным литературным данным, 5-70% ювенильных кровотечений связаны именно с наследственной коагулопатией.

– **Гипотериоз** может проявляться меноррагиями и межменструальными кровотечениями (0,3-2,5% случаев негравидарных метроррагий). При негравидарных метроррагиях неясного генеза обязательно необходимо исследовать функцию щитовидной железы (тиреотропный гормон, тироксин свободный, трийодитронин свободный, УЗИ щитовидной железы).

– **Цирроз печени** приводит к развитию негравидарных метроррагий в связи со снижением метаболизма эстрогенов и развитием гипотромбинемии.

– **Ожирение** (ароматизация андростендиона в эстрон в жировой ткани приводит к избыточной эстрогенной стимуляции эндометрия).

– **СД** (секреция эстрогенов гиперплазированной тека-тканью).

– **Гиперплазия** (аденома) **коркового слоя надпочечников** (избыточная секреция эстрогенов).

##### **2. Патология репродуктивной системы.**

– **Патология тела матки** (лейомиома, аденомиоз, полипы эндометрия). Следует учитывать вероятность того, что органическая патология матки является в некоторых случаях сопутствующей.

– **Органические изменения яичников** (фолликулярные кисты, гиперплазия тека-ткани и хилюсных клеток яичника, синдром склерокистозных яичников).

– Злокачественные **опухоли** любого отдела репродуктивного тракта, а также гормонально-активные опухоли яичников.

– **Острые и хронические воспалительные заболевания органов малого таза**, в частности эндометрит, могут проявляться меноррагиями, хотя яболее частый симптом – эпизодические скудные кровянистые выделения.

– **Поражения шейки матки и влагалища**, такие как эктопия, эктропион шейки матки, полипы шейки матки травматические повреждения шейки матки, влагалища, выраженные воспаления, могут быть причиной нерегулярных кровянистых выделений, особенно контактных.

### 3. Ятрогенные причины.

– **Применение инертных и медьсодержащих внутриматочных контрацептивов** достаточно часто приводит к негравидарным метроррагиям, что связывают с развитием местной воспалительной реакции и индуцированным ИТ повышением фибринолитической активности эндометрия. Гормональные препаратыЮ назначаемые с целью контрацепции, заместительной гормональной терапии, лечения акне, дисменореи, гирсутизма, эндометриоза, могут быть причиной негравидарных метроррагий.

– Транквилизаторы и другие психотропные средства, влияющие на нейротрансмиттеры, **изменяют** гормональную активность гипоталамуса, тем самым вызывая ановуляторные кровотечения.

– Крайне редкая причина негравидарных метроррагий – **гинетически обусловленный дефект рецепторного аппарата эндометрия** (снижение концентрации рецепторов и эстрогенов и прогестерона в эндометрии с соответственным снижением чувствительности к гормональным воздействиям).

#### 2.1.2 Функциональные причины

Маточное кровотечение может быть симптомом повреждения любого вена функциональной системы гипоталамус-гипофиз-яичники-матка. Чаше метроррагии данной этиологии регистрируют в пубертатном и перименопаузальном периодах – 2,5 – 32,0% и 50-60% в структуре дисфункциональных маточных кровотечений соответственно, что связано с функциональной перестройкой репродуктивной системы в эти возрастные периоды. В репродуктивном периоде частота функциональных маточных кровотечений составляет 4-5% в структуру общей гинекологической заболеваемости.

Основная причина метроррагий в пубертатном и перименопаузальном периодах – ановуляция, связанная с нарушением нейроэндокринной регуляции овариального цикла. В репродуктивном периоде причиной метроррагий могут быть стрессы, инфекции, гормональные нарушения после самопроизвольного или искусственного прерывания беременности. Эпизоды подобных нарушений регистрируют как минимум у 10% женщин.

Поскольку метроррагии в различные возрастные периоды имеют особенности патогенеза, клинической картины и тактики ведения, в клинической практике принято выделять метроррагии:

- **Пубертатного периода** (ювенильные кровотечения) (12-18 лет);
- **Репродуктивного периода** (18-45 лет);
- **Перименопаузального периода** (45-55 лет).

### **Классификация**

Параметры нормального менструального цикла:

- интервал между кровотечениями – 21-35 дней;
- длительность кровотечения – 3-7 дней;
- кровопотеря – до 80 мл (в среднем 35-40 мл).

Выделяют следующие нарушения менструального цикла:

- **межменструальное кровотечение** – возникает между регулярными менструациями, варьирует по интенсивности (скудные непродолжительные кровянистые выделения в середине цикла могут быть внешним проявлением овуляции, связаны с падением уровня эстрогенов, не являются патологией).

- **Меноррагия** (гиперменорея) – продолжительность и обильное маточное кровотечение, возникающее с регулярными интервалами.

- **Метроррагия** – нерегулярные маточные кровотечения (обычно длительные, различной интенсивности).

- **Полименорея** – маточное кровотечение, возникающее с регулярными короткими интервалами (менее 21 дня).

- **Олигоменорея** – редкие маточные кровотечения с интервалом более 35-40 дней.

- **Аменорея** – отсутствие менструаций у женщин 18-45 лет в течение 6 месяцев и более (вне беременности и лактации)

## **2.1.3 Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе**

### **Диагностика**

- при осмотре оценить характер и количество кровянистых выделений (по прокладке).

- Исследовать пульс, измерить артериальное давление, оценить общее состояние и жизненно важные функции : сознания, дыхания, кровообращения.

- Визуально оценить цвет кожного покрова и слизистых оболочек, наличие кахексии, асцита (вероятность онкозаболеваний), сыпи (коагулопатии, системных заболеваний), признаков поражения печени (телеангиэктазий, расширения подкожных вен брюшной стенки, желтухи, асцита).

При расспросе выяснить:

- Длительность, интенсивность кровотечения;
- Срок последних нормальных месячных;

- Наличие возможной беременности;
- Есть ли миома матки, аденомиоз, злокачественные заболевания половых органов (в том числе в анамнезе), наблюдались ли у гематолога;
- Есть ли связь начала кровотечения с половым контактом (возможность травмы);
- Принимались ли препараты, влияющие на свертывающую систему, или оральные контрацептивы.

#### **Лечение**

- Холод на низ живота.
- Не есть, не пить (возможность оперативного лечения!).
- Ввести окситоцин в дозе 5 МЕ внутримышечно.
- При САД менее 90 мм РТ.ст. – катетеризация кубитальной (для специализированной бригады скорой медицинской помощи – подключичной) вены с дальнейшей инфузией: гидроксоэтилкрахмала 6 или 10% раствора по 500-1000 мл, 0,9% раствора натрия хлорида в дозе 400 мл, 5% раствора декстрозы – 400 мл.
- При прогрессировании признаков геморрагического шока на фоне проводимой терапии придавить и зафиксировать брюшную аорту кулаком к позвоночнику слева от пупка.

#### **Чего нельзя делать**

Не повышать САД более 100 мм рт.ст.

#### **Дальнейшее ведение**

- Всех пациенток с urgentными негравидарными метроррагиями (УНМ) госпитализируют в стационар.
- При признаках шока известить через бюро госпитализации стационар, куда планируется доставить пациентку.
- При отказе от госпитализации – актив в женскую консультацию.

#### **Наиболее часто встречающиеся ошибки**

- Отсрочка госпитализации, особенно у пациенток климактерического возраста.
- Назначение патогенетически необоснованных кровоостанавливающих ЛС больным вместо госпитализации.



**Рисунок 2.3. Дифференциальная диагностика маточных кровотечений в репродуктивном и климактерическом периоде**



**Рисунок 2.4. Дифференциальная диагностика маточных кровотечений в ювенильном периоде**

## 2.2 Кровотечения при травмах женских половых органов

Травматические повреждения половых путей могут возникать при дефлорации (особенно у детей и подростков), половом акте (может быть и у рожавших женщин), изнасиловании, несчастных случаях, ДТП, ранениях во время введения во влагалище инородных тел в целях мастурбации или прерывания беременности во время криминального аборта. Особенности травмы женских половых органов следующие:

- Травма половых органов женщины, как правило, сопровождается значительным кровотечением, что требует необходимости оказания неотложной помощи.
- В значительной части случаев наружное кровотечение сочетается с внутренним.
- Вследствие анатомических особенностей травмы таза и половых органов часто сопровождаются повреждением кишечника, вне- или внутриутробным разрывом мочевого пузыря.

### Классификация:

- Огнестрельные раны (сквозные, слепые, касательные).
- Неогнестрельные повреждения (ушибы, резаные, колотые, рубленые, рваные раны).
- Ожоги.
- Комбинированные поражения.
- Ранения и закрытые повреждения женских половых органов делят на изолированные и сочетанные (с одновременным поражением

других органов), систем и областей тела (брюшной полости, таза, мочевыделительной системы).

По тяжести повреждения травмы женских половых органов бывают лёгкими, средней тяжести и тяжёлыми, что определяется характером и обширностью повреждений, величиной наружного и внутреннего кровотечения.

#### **Клиническая картина**

- Выделения крови из половой щели.
- Возможно наличие ран, кровоподтёков и ссадин в области промежности, ягодиц, нижней части передней брюшной стенки.
- При выраженном продолжительном кровотечении развивается клиническая картина анемии вплоть до геморрагического шока.

#### **Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе**

##### **Диагностика**

Диагноз при травматических повреждениях половых путей устанавливают при сборе анамнеза, на основании объективного обследования: по данным осмотра наружных половых органов и входа во влагалище.

- Определить вид и характер повреждения с учётом возможности внутрибрюшного кровотечения. Необходимо помнить, что женщина может скрыть факт травмы, в частности при изнасиловании и особенно при криминальном аборте.
- Исследовать пульс, измерить артериальное давление, оценить степень гемодинамических нарушений.
- После оценки общего состояния пациентки – определить характер повреждений, наличие пятен крови, спермы, особенно на нижнем белье; имеется ли алкогольное (наркотическое) опьянение. При осмотре необходимо обращать внимание на соседние органы (уретру, анус), поскольку не исключается их сочетанная травма. Осмотр необходимо проводить комплексно в целях выявления возможных травм грудной клетки, головы и т.д.
- Уточнить наличие возможной беременности.
- При изнасиловании (или подозрении на него) о случившемся немедленно известить правоохранительные органы.

##### **Лечение**

- Успокоить пациентку, при необходимости ввести седативные средства (диазепам в дозе 5-10 мг внутривенно).
- Обезболить (метамизол натрия в дозе 1 г (2 мл) внутривенно или внутримышечно; кетопрофен в дозе 100 мг (2 мл) внутримышечно).
- При наличии обильного кровотечения ввести транексам внутривенно капельно 5% раствор в дозе 10 мг/кг в разведении 200 мл 0,9% раствора NaCl или этамзилат 4 мл (1000 мг) внутримышечно или внутривенно (С, 2-).



- При открытой ране промежности – наложить давящую асептическую повязку, приложить холод.

- При признаках геморрагического шока (ознобе, холодном поте, снижении наполнения вен, тахикардии более 100 в минуту, гипотонии ( $AD_{\text{сист}}$  менее 100 мм РТ.ст.) наладить надежный венозный доступ, начать инфузию плазмозамещающих растворов (гидроксиэтилкрахмала в дозе 400 мл, 0,9% раствора натрия хлорида – 400 мл, 5% раствора декстрозы – 400 мл).

- При обильном кровотечении с признаками прогрессирующего геморрагического шока брюшную аорту придавливают кулаком к позвоночнику слева от пупка (это удаётся сделать при вялой брюшной стенке). Недостатком пальцевого прижатия сосудов является невозможность длительной остановки кровотечения из-за того, что оказывающий помощь быстро устаёт. Но вместе с тем этот способ незаменим в тех случаях, когда невозможно тотчас остановить кровотечение более радикально.

#### **Чего нельзя делать**

- Не есть, не пить.
- Инородное тело не извлекать.
- При указании на изнасилование – не мыться, белье не менять.
- Не повышать САД более 100 мм.рт.ст.

#### **Дальнейшее ведение**

- Пациентки с травматическими повреждениями женских половых органов подлежат экстренной госпитализации в гинекологическое отделение многопрофильной больницы. Транспортировку осуществляют на носилках.

- При признаках шока через бюро госпитализации известить стационар, куда планируется доставить пациентку.

## **2.3 Акушерские кровотечения**

**Акушерские кровотечения** – патологическое выделение крови из половых путей во время беременности, родов в послеродовом и раннем послеродовом периодах.

### **2.3.1. Этиология и патогенез**

#### **Причины кровотечений в акушерской практике**

1. **Прерывание беременности** – самопроизвольное прерывание беременности на ранних (до 22 недель) сроках, когда происходит раскрытие цервикального канала и изгнание плодного яйца целиком или частично. Выделяют следующие **предрасполагающие факторы** прерывания беременности.

- **Анатомические:** инфантилизм, пороки развития матки, истмико-цервикальная недостаточность, травматическое повреждение матки при искусственном аборте или родах, опухоли.

– **Функциональные:** инфекционные заболевания в детстве, искусственные аборты, воспалительные заболевания половых органов, нарушение функционального состояния желёз внутренней секреции, патологические роды в анамнезе, психоэмоциональный стресс, экстрагенитальная патология.

– **Нарушение системы** мать-плацента-плод.

– **Хромосомные нарушения** у плода.

2. **Предлежание плаценты** – патология плаценты, связанная с аномалией её расположения, при которой плацента частично или полностью перекрывает область внутреннего зева. К **предрасполагающим факторам** предлежания плаценты относят:

– Рубец на матке;

– Осложнённый акушерско-гинекологический анамнез;

– Миому матки.

3. **Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты** – патология беременности, при которой происходит полная или частичная отслойка плаценты от стенок матки во время беременности или в I, или во II периоде родов (т.е. до рождения плода). **Предрасполагающие факторы** преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты:

– Гестоз;

– Артериальная гипертензии (АГ);

– Заболевания почек;

– Осложнённый акушерско-гинекологический анамнез;

– Миома матки;

– Быстрое опорожнение матки при многоводии, многоплодии, крупном плоде;

– Травмы живота.

– **Разрывы мягких родовых путей** во время родов.

– **Гипотонические и атонические кровотечения** в раннем послеродовом периоде.

– **Разрыв матки.**

**Классификация**

1) Кровотечения в первой половине беременности (20 недель).

2) Кровотечения во второй половине беременности.

3) Кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.

**Клиническая картина**

**Клиническая картина** акушерского кровотечения зависит от его причины.

**Самопроизвольный аборт.**

– Боли в нижних отделах живота, часто схваткообразные.

– Кровянистые выделения, которые могут принимать характер кровотечения.

– Повышение тонуса матки.

- Наличие структурных изменений в шейке матки, в результате чего происходят раскрытие внутреннего гистологического отверстия матки и изгнание плодного яйца (целиком или полностью).

**Криминальный аборт.**

- Выраженные признаки воспалительного процесса.
- Интоксикация (озноб, лихорадка, тахикардия) вплоть до развития септического шока.
- Симптомы раздражения брюшины при перфорации стенки матки

**Предлежание плаценты.** Ведущий и единственный симптом – повторяющиеся маточные кровотечения во второй половине беременности.

**Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.**

- Сильные боли в нижних отделах живота в поздние сроки беременности или во время родов.

- Чувство напряжения матки.
- Наружное (из родовых путей), внутреннее (в область ретроплацентарной гематомы) или комбинированное кровотечение.
- Слабость, головокружение, недомогание.
- Бледность кожного покрова, тахикардия, артериальная гипотензия.

- Значительное снижение или исчезновение движений плода.

Тяжесть состояния пациентки зависит от интенсивности кровотечения и степени кровопотери, которые определяются площадью отслойки плаценты. Состояние плода также зависит от площади и скорости отслойки плаценты. При отслойке плаценты на 30% и более плод всегда погибает.

Возможные **осложнения** также зависят от этиологии кровотечения.

- **Самопроизвольный аборт:**
- Маточное кровотечение;
- Воспаление матки и придатков;
- Повторный самопроизвольный аборт (невынашивание беременности);
- Депрессивное состояние пациентки с ощущением вины (возможно, необходима психотерапия).

**Предлежание плаценты:**

- Некроз гипофиза (синдром Шихана);
- Острый некроз почечных канальцев;
- Сильное кровотечение;
- Плотное прикрепление плаценты.

**Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты:**

- Массивное кровотечение;
- Геморрагический шок;
- Коагулопатия потребления (ДВС);
- ОПН;

- Симптомокомплекс Кувелера («матка Кувелера») – обширное пропитывание миометрия кровью и попадание её пол серозную оболочку матки.

### 2.3.3 Дифференциальная диагностика

При **самопроизвольном аборте** дифференциальную диагностику проводят со следующими заболеваниями:

- Эктопическая беременность (имплантация плодного яйца вне полости матки);
- Полипы, новообразования, воспалительные процессы в шейке матки (причину выявляют при гинекологическом исследовании, т.е. при осмотре при помощи зеркала);
- Трофобластическая болезнь (увеличение размера матки больше предполагаемого срока гестации; при УЗИ в полости матки выявляют разрастания, гапоминающие гроздь винограда, плодное яйцо отсутствует);
- Дисменорея.
- **При предлежании плаценты** отсутствуют болезненность и напряжение матки, доступны пальпации части плода, обычно не нарушена его жизнедеятельность. Предлежание плаценты дифференцируют от следующих заболеваний и состояний:
  - Шеечная беременность;
  - Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты;
  - Разрыв матки;
  - Заболевания крови;
  - Разрыв варикозно расширенных вен влагалища;
  - Эктопия шейки матки;
  - Полипы и рак шейки матки.
- При **разрыве матки** в анамнезе есть указания на осложнённые аборт, роды, перенесённые операции на матке.
- **Преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты** дифференцируют от предлежания плаценты и разрыва матки.
- Дифференциальную диагностику также проводят с другими заболеваниями, сопровождаемыми болью в животе (острый аппендицит).

### 2.3.4 Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе

**Действия на вызове.** На вызове в обязательном порядке:

1. Каков срок беременности; заинтересована ли пациентка в данной беременности; где наблюдается; есть ли обменная карта;
2. Были ли кровянистые выделения из половых органов во время беременности, их степень, характер, цвет;
3. Какие ЛС принимает пациентка;

4. Имеется ли регулярная родовая деятельность (во II и III триместрах беременности); чувствует ли пациентка шевеления плода; если нет, то как давно.

#### **Осмотр и физикальное обследование**

– Оценить количество, цвет кровянистых выделений, степень тяжести общего состояния больной. Определить ЧСС, ЧД и шоковый индекс Альговера, измерить АД и температуру тела.

– Оценить размер матки (высоту дна) при пальпации живота, определить её тонус, болезненность, характер подлежащей части.

– Категорически противопоказаны влагалищное или ректальное исследование без развёрнутой операционной в связи с опасностью развития профузного маточного кровотечения!

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе нецелесообразны.

**Показания к госпитализации.** Всех беременных с кровянистыми выделениями из половых путей, независимо от срока беременности, необходимо госпитализировать в стационар. Пациенток со сроком беременности до 23 недель госпитализируют в гинекологический стационар, свыше 23 недель – в акушерский.

Алгоритмы оказания неотложной медицинской помощи при различных заболеваниях, сопровождаемых акушерским кровотечением, приведены на рис. 2.5-2.7.

#### **Наиболее часто встречающиеся ошибки:**

Перед транспортировкой больной для уменьшения сократительной активности матки не вводят ЛС, уменьшающие родовую деятельность (магния сульфат или папаверин).

– При отсутствии кровотечения и выраженного болевого синдрома терапии на догоспитальном этапе не требуется.

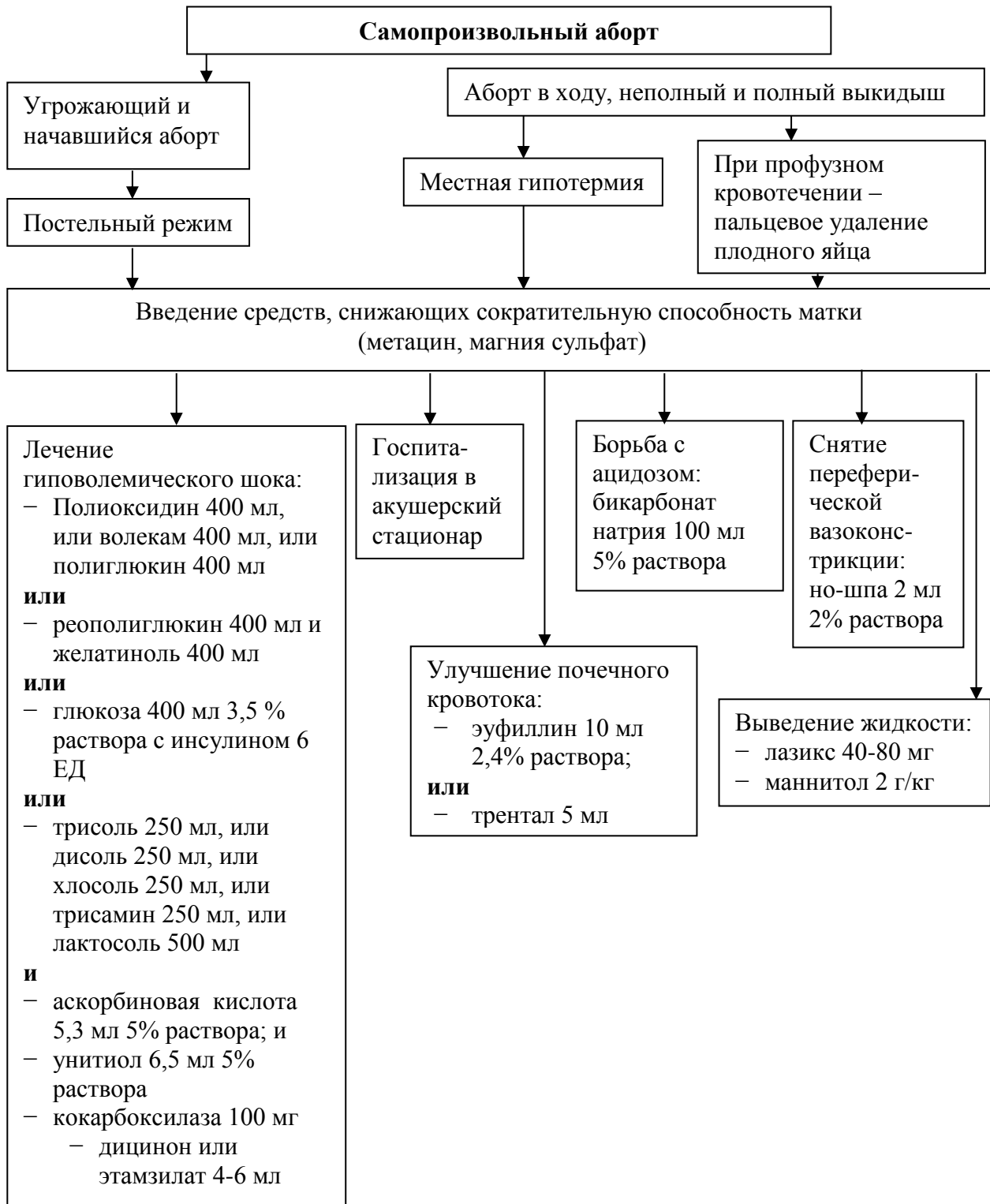
– При необходимости ввести седативные средства : диазепам в дозе 5-10мг внутривенно.

– Обезболивание ввести метамизол натрия в дозе 1 г (2мл) внутривенно или внутримышечно, кетопрофен в дозе 100 мг (2мл) внутримышечно.

– Гемостатики: ввести 5% раствор транексама внутривенно капельно в дозе 10 мг/кг в разведении 200 мл 0,9% раствора NaCl или этамзилат 4мл (1000 мг) внутримышечно или внутривенно (В, 2+).

– Ввести магния сульфат в дозе 10 мл 25% раствора внутримышечно, папаверин в дозе 2 мл 2% раствора внутримышечно

– При АД<sub>сис</sub>т менее 100 мм РТ.ст., тахикардии более 100 в минуту – кататеризация двух кубитальных вен (или -подключичной вены) и инфузия гидроксипропилкрахмала 6 или 10% раствора по 500-1000 мл или ХАЕС-стерила 6 или 10% раствора по 500-1000 мл внутривенно капельно (или струйно) ( С, 2-).



**Рисунок 2.5 Алгоритм неотложной помощи при самопроизвольном аборте**

### Чего нельзя делать

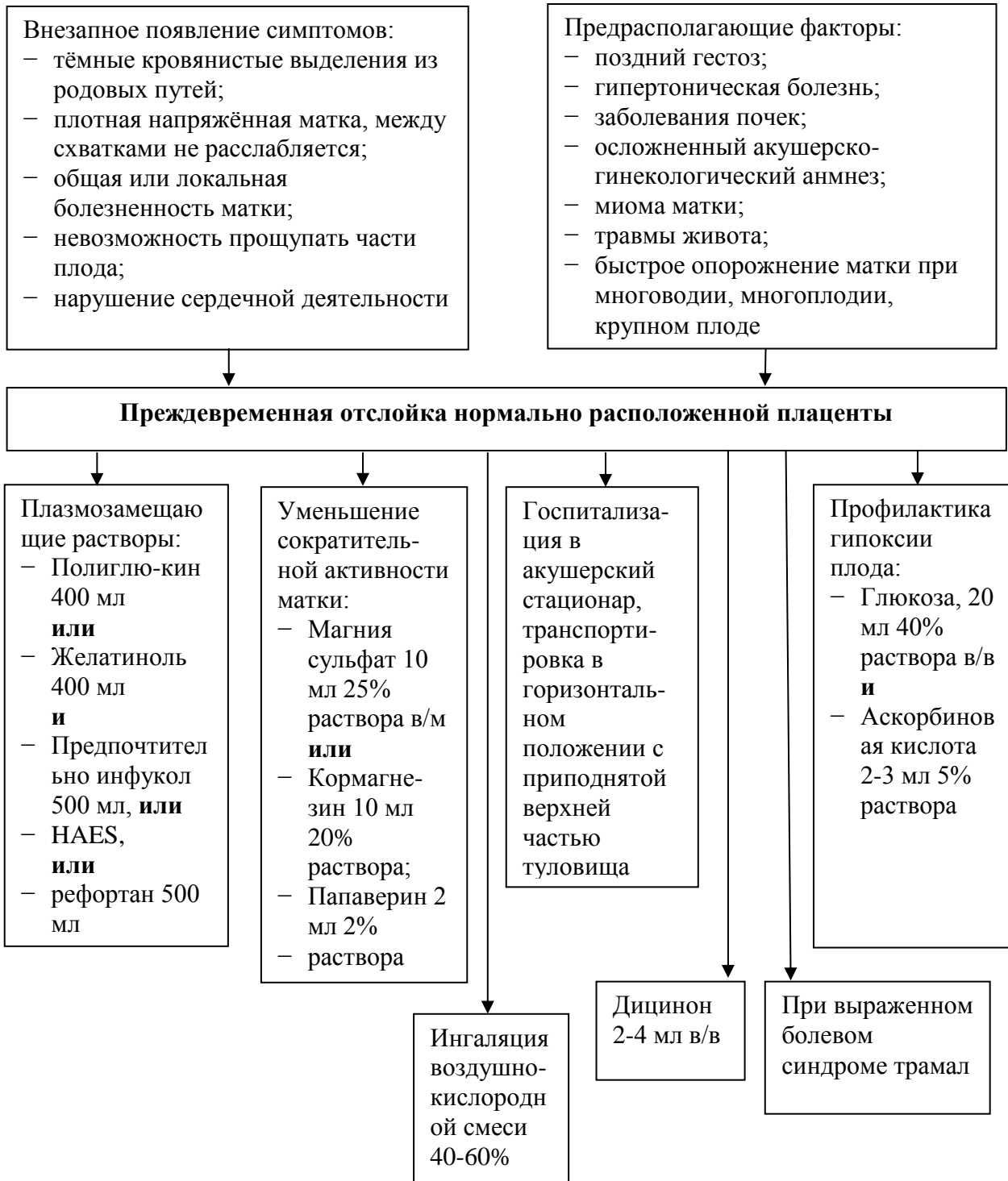
При признаках шока – не повышать САД более 100 мм РТ.ст.

### Дальнейшее ведение. Показания к госпитализации

- Всех беременных до 22 недель с жалобами на боли в животе и/или кровянистыми выделениями из половых путей необходимо госпитализировать в гинекологический стационар.
- При признаках шока – известить через бюро госпитализации стационар, куда планируется доставить пациентку.
- При отказе от госпитализации – актив в женскую консультацию.



**Рисунок 2.6 Алгоритм неотложной помощи при предлежании плаценты**



**Таблица 2.7 Алгоритм неотложной помощи при преждевременной отслойке нормально расположенной плаценты**



### **Тема № 3. Роды. Ведение внебольничных родов. Оказание скорой медицинской помощи при самопроизвольных родах.**

*Роды – физиологический процесс изгнания плода, плодовых оболочек и плаценты по родовым путям матери.*

Врач СМП может столкнуться с любым периодом родового акта: раскрытия, изгнания, последовым и ранним послеродовым периодом. Врач должен уметь:

- Диагностировать периоды родов, оценить их физиологическое или патологическое течение;
- Определить состояние плода;
- Выбрать рациональную тактику ведения родов и раннего послеродового периода;
- Провести профилактику кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах;
- Оказать акушерское пособие при головном предлежании.

Роды вне стационара чаще всего возникают при недоношенной беременности или при доношенной беременности у много рожавших женщин. В таких случаях роды протекают, как правило, стремительно.

#### **3.1 Классификация**

Преждевременные роды, наступившие при сроке беременности от 22 до 37 недель беременности, в результате чего рождаются недоношенные дети с массой тела от 500 до 2500 г и ростом от 19-20 до 46 см. Для них характерен высокий процент как перинатальной смертности, так смертности и заболеваемости недоношенных детей, особенно родившихся в сроки 22-27 недель беременности (масса тела – от 500 до 1000 г).

Срочные роды, наступившие при сроке беременности  $40 \pm 2$  недель и заканчивающиеся рождением живого доношенного плода с массой тела примерно 3200-3500 г и ростом от 46см.

Запоздалые роды, наступившие при сроке беременности свыше 42 недель и закончившиеся рождением плода с признаками переношенности: плотными костями черепа, узкими швами и родниками, выраженным слущиванием эпидермиса, сухостью кожных покровов. Роды переношенным плодом характеризуются высоким процентом травматизма.

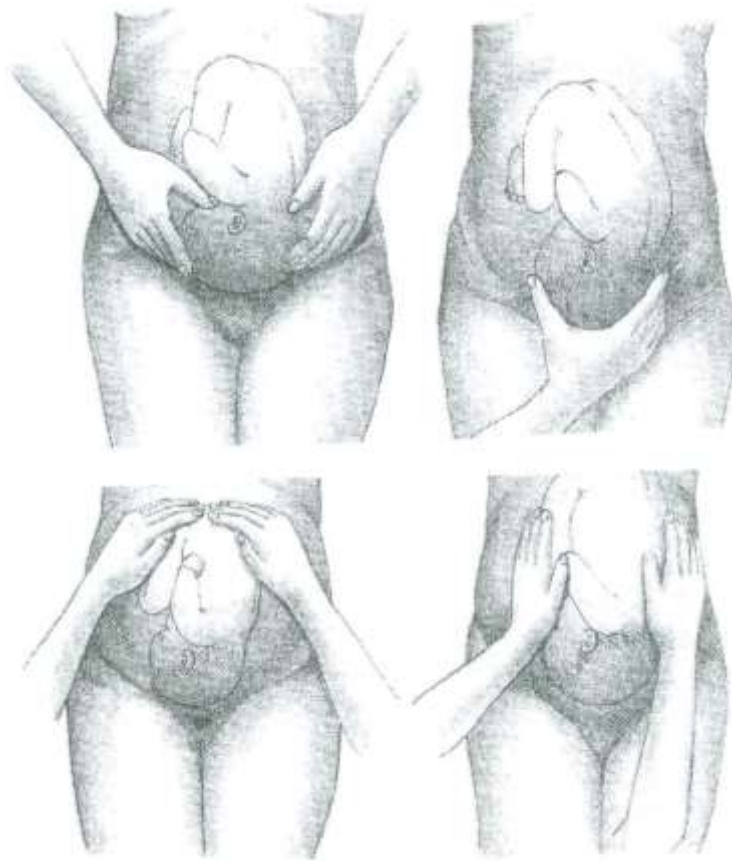
Кроме того, выделяют роды физиологические и патологические. Осложнённое течение родов развивается у беременных с экстрагенитальной патологией, отягощённым акушерско-гинекологическим анамнезом или патологическим течением беременности.

В течение родов наблюдают три периода:

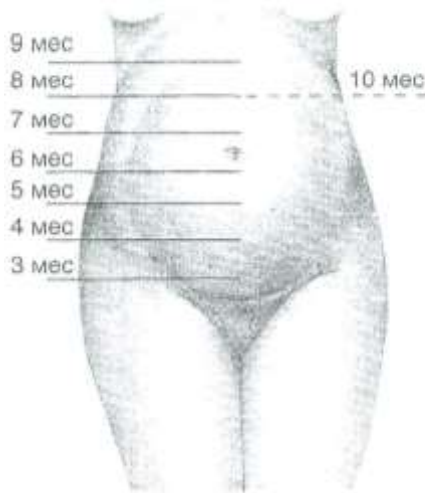
- Раскрытия шейки матки;
- Изгнания плода;
- Последовый.

### 3.2. Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе

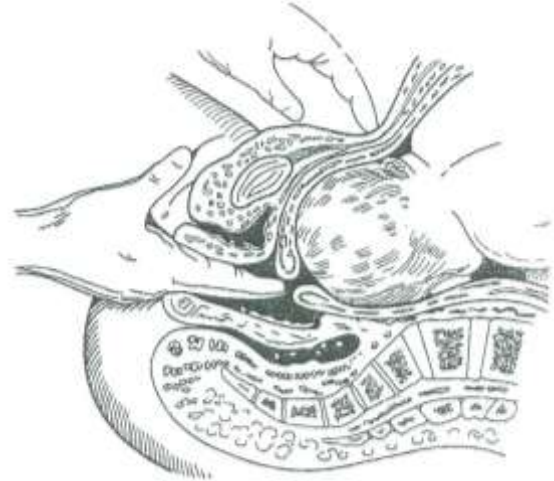
- Решить вопрос о возможности транспортировки роженицы в родильный дом.
- Оценить данные общего и акушерского анамнеза.
- Количество беременностей и родов в анамнезе, их течение, наличие осложнений.
- Течение настоящей беременности: угроза прерывания беременности, общая прибавка массы тела, динамика артериального давления, изменения в анализах крови (по данным обменной карты).
- Данные общего объективного исследования.
- Оценить период родов: начало схваток, их регулярность, продолжительность, интенсивность, болезненность. Провести четыре приёма наружного исследования: определить высоту стояния дна матки, положение и позицию плода, характер предлежащей части и её отношение к плоскости входа в малый таз (подвижна над входом в таз, фиксирована малым сегментом, большим сегментом во входе в таз, в полости малого таза, на тазовом дне). Провести аускультацию плода.
- Оценить характер выделений: наличие кровянистых выделений, подтекание околоплодных вод, наличие в них мекония.
- При необходимости провести влагалищное исследование.
- Поставить диагноз родов:
  - ✧ Первые или повторные;
  - ✧ Срочные, или преждевременные, или запоздалые;
  - ✧ Период родов – раскрытия, изгнания, последовый;
  - ✧ Характер излития околоплодных вод – преждевременное, раннее, своевременное;
  - ✧ Осложнения беременности и родов;
  - ✧ Особенности акушерско-гинекологического анамнеза;
  - ✧ Сопутствующая экстрагенитальная патология.



**Рисунок 3.8** Четыре приёма наружного акушерского исследования беременной. А (1й приём) – определение высоты стояния дна матки; Б (2й приём) – определение позиции плода; В(3й приём) – определение предлежащей части плода; Г(4й приём) – определение предлежащей части (головка) к плоскости входа малого таза



**Рисунок 3.9** Высота стояния дна матки в разные сроки беременности



**Рисунок 3.10** Влагалищное исследование роженицы

### 3.3. Ведение родов

Роды у первородящих протекают 12-14 часов, у повторнородящих 8-10 часов.

При наличии условий и возможностей транспортировки необходимо срочно госпитализировать в акушерский стационар или специализированный родильный дом по профилю.

При отсутствии возможности транспортировки роженицы в родильный дом следует приступить к ведению родов. Роженице ставят очистительную клизму, сбривают волосы на лобке, наружные половые органы обмывают кипячённой водой с мылом, производят смену постельного белья, под него подкладывают клеёнку, готовят самодельный пльстер – маленькую подушку, обёрнутую в несколько слоёв простынёй (желательно стерильной).

Пльстер в родах подкладывают под таз роженицы, что придаёт ему возвышенное положение и открывают свободный доступ к промежности.

В целях профилактики гипоксии плода:

- Ввести внутривенно 5 мл 5% раствора аскорбиновой кислоты в 20 мл декстрозы;
- Ингаляция кислорода.

В потужном периоде в целях обезболивания (особенно у пациенток с заболеваниями сердца и гестозом):

- ввести дротаверин (но-шпу) 2% в дозе 2 мл внутримышечно (С, 2-);
- тримеперидин 2% в дозе 1 мл внутримышечно.
- 

### 3.3.1 Первый период родов

Первый период родов (**период раскрытия шейки матки**) начинается с первыми регулярными родовыми схватками и заканчивается полным (9-10 см) раскрытием шейки матки, достаточным для прохождения по родовому канала плода.

Схватки характеризуются спонтанно возникающими сокращениями гладкомышечных клеток тела матки с последующим раскрытием шейки матки и продвижением плода по родовым путям за пределы материнского организма. Схватки в начале родов продолжаются примерно 15-20 с, в конце – 80-90 с, а интервалы между схватками с 10-12 мин (в начале родов) сокращаются до 2-3 мин (в конце родов).

За время схваток происходят укорочение, сглаживание, раскрытие шейки матки и формирование родового канала. В период схватки предлежащая часть плода скользит по внутренней стенке родового канала, оказывая на неё давление, а стенки нижнего сегмента матки и родового канала оказывают сопротивление опускающейся предлежащей части.

Плодный пузырь (часть плодных оболочек и околоплодных вод, располагающихся впереди предлежащей части плода) во время схватки наливается и вклинивается в шейный канал, что способствует его раскрытию. Раскрытие шейного канала при целом плодном пузыре происходит быстрее, чем при его отсутствии. Несвоевременный разрыв плодного пузыря (преждевременный и переносенный) часто нарушает

физиологическое течение родов. Преждевременный разрыв плодного пузыря способствует образованию на головке плода большой родовой опухоли – кефалогематомы, вызывает нарушение внутричерепного кровообращения плода. Это одна из наиболее частых причин асфиксии плода, мертворождения и ранней смертности новорождённого. При физиологическом течении родов плодный пузырь вскрывается в конце периода раскрытия на высоте одной из схваток и околоплодные воды в количестве 100-200 мл изливаются наружу.

В редких случаях к концу периода раскрытия шейки матки разрыва плодного пузыря не происходит и он первым рождается из половой щели. В таких случаях необходимо произвести искусственное вскрытие плодного пузыря любым инструментом (браншей пулевых щипцов, зажимом Кохера, корнцангом) или пальцем, иначе плод родится в оболочках, что может привести к нарушению процесса перехода к внутриутробному дыханию и асфиксии новорожденного.

Ведение первого периода физиологических родов – активно-выжидательное. Необходимо следить за развитием регулярной родовой деятельности, сердцебиением плода, продвижением предлежащей части (головки). Для оценки характера регулярной родовой деятельности определяют длительность, интенсивность, периодичность, болезненность схваток рукой, расположенной ладонью на животе роженицы. Когда схватки становятся особенно сильными и начинают повторяться через 3-4-5 мин (4-5 схваток за 10 мин), можно думать о полном раскрытии маточного зева. Выслушивание сердцебиения плода в период раскрытия проводят каждые 15 мин до излития околоплодных вод, а после излития вод – каждые 5-10 мин. В норме частота сердцебиения плода составляет 120-140 в минуту, тоны сердца – ясные, ритмичные. Стойкое замедление сердечных тонов до 100 в минуту и ниже, равно как и учащение до 160 в минуту и выше указывает на начавшуюся внутриутробную асфиксию плода.

При нормальном течении родов процесс раскрытия шейки матки совпадает с постепенным продвижением головки плода. В конце первого периода родов головка прижимается ко входу в малый таз и даже несколько вступает в него. При неясности предлежащей части, подозрении на редкий вариант вставления (лобное предлежание, задний вид лицевого предлежания, высокое прямое стояние головки), поперечное или косое положение плода необходимо предпринять все меры для срочной транспортировки роженицы в акушерский стационар. Для профилактики разрыва матки во время транспортировки роженице дают эфирный масочный наркоз, одновременно через носовой катетер проводят ингаляцию кислородом.

### **Ведение первого периода родов**

Ведение периода раскрытия, как правило, активно-выжидательное. Следует наблюдать за развитием схваток, сердцебиением плода и продвижением предлежащей части (обычно головки). Необходимо выяснять

самочувствие: степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, расстройства зрения, выслушивать сердечные тоны, систематически измерять пульс, артериальное давление. Необходимо следить за мочеиспусканием и опорожнением прямой кишки. Переполнение этих органов ведёт к нарушению периода раскрытия, изгнанию плода и выделению последа. Регулярно оценивают сократительную способность матки. Учитывают тонус матки, интервал между схватками, ритмичность и частоту. Одним из важных моментов ведения первого периода является контроль за состоянием плода. Наблюдение за сердцебиением плода в период раскрытия при ненарушенном плодном пузыре проводится каждые 15-20 мин, а после излития околоплодных вод – через 5-10 мин. При аускультации обращают внимание на частоту, ритм и звучность сердечных сокращений плода.

### **3.3.2 Второй период родов**

**Второй период родов (период изгнания)** – время от момента полного раскрытия маточного зева до рождения плода. После излития вод схватки ненадолго прекращаются. Объём полости матки уменьшается. Полость матки и влагалище представляют собой родовой канал. Схватки снова усиливаются, предлежащая часть плода (головной или тазовый конец) опускается на тазовое дно. Рефлекторно возникающие при этом сокращения брюшного пресса вызывают и позывы роженицы на потуги, повторяющиеся ещё чаще и чаще – через 5-3-2 мин. Предлежащая часть плода растягивает при этом половую щель и рождается, за ней рождается туловище. Вместе с рождением плода изливаются задние воды. Период изгнания продолжается 1-2 ч, но не более 4 ч.

#### **Ведение второго периода родов**

Начиная с полного или почти полного раскрытия шейки матки начинается поступательное движение плода по родовому каналу (биомеханизм родов).

**Биомеханизм родов** – совокупность поступательных и вращательных движений, производимых плодом, проходящим по родовому каналу.

В периоде изгнания ведут систематическое наблюдение за состоянием роженицы и плодом (наблюдение за плодом – как происходит продвижение головки плода). При наблюдении за плодом следует иметь в виду, что при физиологическом течении родов в периоде изгнания головка большим сегментом не должна стоять в одной и той же плоскости малого таза свыше 2 ч, а весь период изгнания не должен продолжаться свыше 4 ч. Начиная с полного или почти полного раскрытия шейки матки начинается поступательное продвижение плода по родовому каналу. Этот момент называют биомеханизмом родов. Роды в затылочном предлежании составляют около 96% всех родов, чаще наблюдают передний вид затылочного предлежания. Роды в поперечном, косом положении, при разгибательных вставлениях, тазовом предлежании плода в домашних

условиях невозможны, необходима экстренная госпитализация в акушерский стационар. При диагностике первичной и вторичной слабости, дискоординации родовой деятельности самостоятельные действия врача необходимо прекратить и срочно госпитализировать пациентку в специализированное лечебное учреждение. В этом периоде родов ведут наблюдение за состоянием роженицы, характером родовой деятельности, сердцебиением плода. Сердцебиение необходимо выслушивать после каждой потуги, следует обращать внимание на ритм и звучность тонов сердца плода. Необходимо следить за продвижением предлежащей части – при физиологическом течении родов головка не должна стоять в одной плоскости малого таза более 2 ч; за характером выделений из половых путей – в период раскрытия и изгнания кровянистых выделений из половых путей не должно быть. Как только головка начинает врезываться, т.е. в тот момент, когда при появлении потуги головка появляется в половой щели, а с окончанием потуги уходит во влагалище, надо быть готовым к приёму родов. Роженицу помещают поперёк кровати, а голову – на поставленный к кровати стул, подкладывают под таз роженицы самодельный пльстер. Под голову и плечи роженицы кладут еще одну подушку для того, чтобы роженица находилась в слегка полусидячем положении: в таком положении ей легче тужиться. Наружные половые органы повторно обмывают тёплой водой с мылом, обрабатывают 5% раствором йода. Задний проход закрывают стерильной ватой или пелёнкой. Принимающий роды тщательно с мылом моет и обрабатывает дезинфицирующим раствором руки, при наличии целесообразно использовать стерильный акушерский комплект одноразового пользования.

Приём родов заключается в оказании акушерского пособия. При головном предлежании акушерским пособием в родах называют совокупность последовательных манипуляций в конце второго периода родов, направленных как на содействие физиологическому механизму родов, так и на предупреждение травматизма матери и плода. Как только головка врежется в половую щель и будет сохранять такое положение и вне схватки, начинается прорезывание головки; с этого момента врач или акушерка, стоящая справа от роженицы, боком к её голове, ладонью правой руки с широко отведённым большим пальцем обхватывает промежность, покрытую стерильной салфеткой, и через последнюю старается при схватке задержать преждевременное разгибание головки, способствуя этим выходу затылка из под симфиза. Левая рука находится наготове на случай, если бы поступательное движение головки оказалось чрезмерно сильным и одна правая рука не смогла бы удержать её. Как только подзатылочная ямка подойдёт под лонную дугу (принимающий роды ощущает затылок в ладони), а с боков можно прощупать теменные бугры, приступают к выведению головки. Роженицу просят не тужиться; ладонью левой руки обхватывают вышедшую часть головки, а ладонью правой руки, с отведённым большим пальцем, обхватывают промежность и медленно,

как бы снимая её с головки (с лица), одновременно другой рукой бережно приподнимают головку кверху – при этом над промежностью сначала показывается лоб, затем нос, рот и, наконец, подбородок. Непременно нужно выводить головку до тех пор, пока промежность не сойдет с подбородка, то есть пока подбородок не выйдет наружу.



**Рисунок 3.11 Помощь акушерки при прорезывании головки**

Всё это проделывают обязательно вне схватки, так как при схватке медленно вывести головку очень трудно, а при быстром выведении рвётся промежность. В этот момент следует из ротика плода отсосать вытекающую слизь, так как ребёнок может сделать первый вдох и слизь может попасть в дыхательные пути, вызывая асфиксию.

После рождения головки пальцем проводят по шее плода до плеча – проверяют, не обвилась ли пуповина вокруг шеи; если имеется обвитие пуповиной, петлю последней осторожно снимают через головку.

Родившаяся головка обычно поворачивается затылком в сторону бедра матери, иногда наружный поворот головки задерживается. Если показаний к немедленному окончанию родов не имеется (внутриутробная асфиксия плода, кровотечение), не следует торопиться, надо дожидаться самостоятельного наружного поворота головки, в таких случаях женщину просят потужиться, при этом головка поворачивается затылком в сторону бедра матери и переднее плечико подходит под лоно. Если переднее плечико не подошло под лono оказывают помощь: повернувшуюся головку захватывают между обеими ладонями: с одной стороны – за подбородок, а с другой – за затылок или кладут ладони на весочно-шейные поверхности и осторожно, слегка вращают головку затылком в сторону позиции, одновременно бережно оттягивая её книзу, подводя преднее плечико под лонное сочленение. Далее обхватывают головку левой рукой так, что ладонь её ложится на нижнюю щёчку, и приподнимают головку, а правой рукой, подобно тому, как это делали при выведении головки, осторожно сдвигают промежность с заднего плечика.



**Рисунок 3.12 Период изгнания Освобождение личика**



Когда оба плечика вышли, осторожно обхватывают младенца за туловище в области подмышечных впадин и, приподнимая кверху, извлекают полностью из родовых путей.

Принцип защиты промежности при переднем виде затылочного предлежания заключается в том, чтобы не допустить преждевременного разгибания головки; только после того, когда выйдет затылок и подзатылочная ямка упрётся в лунную дугу, медленно выпускают головку над промежностью – это важное условие для сохранения целостности промежности и рождения головки наименьшим размером – малым косым. Если головка будет прорезываться в половой щели не малым косым размером (при затылочном предлежании), легко может произойти её разрыв. С техникой и методикой проведения родов нередко может быть связана родовая травма новорождённого (внутричерепные кровоизлияния, переломы).



**Рисунок 3.13** Снятие пуповины, обвитой вокруг шеи плода



**Рисунок 3.14** Акушерское пособие при головном предлежании. Пятый момент – освобождение плечевого пояса (выведение переднего плечика)



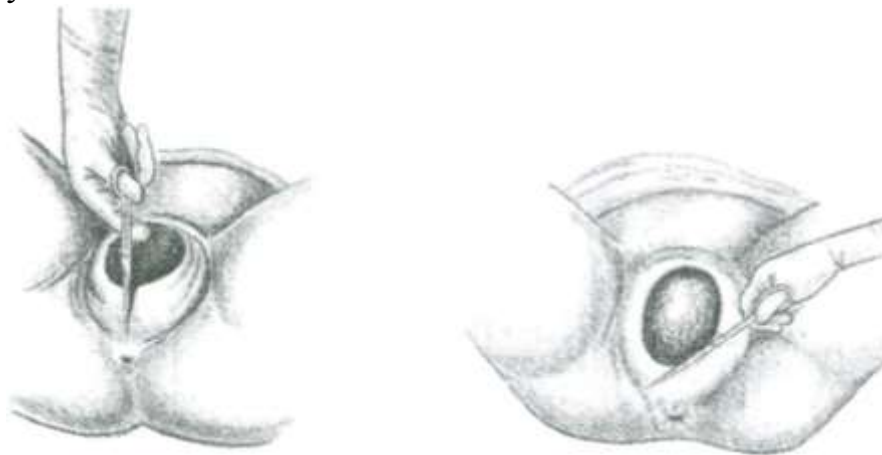
**Рисунок 3.15** Акушерское пособие при головном предлежании. Пятый момент – освобождение плечевого пояса (выведение заднего плечика)

Если акушерское ручное пособие при прорезывании головки проводит грубо или принимающий роды давит пальцем на головку, это может привести к указанным осложнениям. Во избежание подобных осложнений рекомендуют устранить чрезмерное противодействие растягивающейся промежности на головку плода, для чего применяют операцию рассечения промежности – перинео- или эпизиотомию.

Акушерское ручное пособие при прорезывании головки должно быть всегда максимально бережным, оно имеет целью, прежде всего, помочь рождению здорового ребёнка, не причиняя ему никакой травмы, и одновременно сохранить по возможности целостность тазового дна. Только так нужно понимать термин «защита промежности».

Сразу же после рождения головки из верхних частей глотки и ноздрей необходимо отсосать слизь околоплодные воды с помощью заранее прокипячённой резиновой груши. Во избежание аспирации новорождённым содержимого желудка сначала отсасывают содержимое глотки, а затем носа. Родившегося младенца кладут между ног матери на стерильные пелёнки, сверху ребёнка покрывают ещё одной плёнкой, чтобы не допустить его переохлаждения. Проводят осмотр и оценку ребёнка по шкале Апгар сразу при рождении и через 5 минут (табл. ). Метод оценки состояния плода по шкале Апгар позволяет провести быструю предварительную оценку по 5 признакам физического состояния новорождённого:

- частоте сердцебиения – с помощью аускультации;
- дыханию – при наблюдении за движениями грудной клетки;
- цвету кожи младенца – бледный, цианотичный или розовый;
- мышечному тону – по движению конечностей;
- рефлекторной активности при пошлёпывании по подошвенной стороне ступни.



**Рис. 3.16** Перинеотомия и эпизиотомия. Показаны места разреза при перинео- и (А) или эпизиотомии (Б).

Таблица. Оценка состояния новорождённого по Апгар

Признаки	Выраженность признака в баллах		
	2	1	0
ЧСС	Ритмичное, 120-140 в минуту	Бради- или тахикардия	Отсутствует
Дыхание	Громкий крик, нормальное, регулярное дыхание	Крик слабый, приступы апноэ, судорожные вдохи	Отсутствует
Окраска кожи	Кожный покров розовый	Кожный покров розовый, цианоз конечностей и лица	Тотальный цианоз или бледность кожи
Рефлексы	Живые, легко вызываются – кашель, крик, чихание	Слабые – гримаса	Отсутствуют
Тонус мышц	Нормальный, физиологическая поза новорожденного – поза флексии	Снижен, лёгкая степень сгибания конечностей	Атония
<p>Количество баллов от 4 до 6 свидетельствует о том, что эти дети цианотичны, имеют аритмичное дыхание, ослабленный мышечный тонус, повышенную рефлекторную возбудимость, частоту сердцебиения свыше 100 в минуту и могут быть спасены. Количество баллов от 0 до 3 указывает на наличие тяжёлой асфиксии. Такие дети при рождении должны быть отнесены к числу нуждающихся в немедленной реанимации. Понятию «мёртворождённых» соответствует 0 баллов.</p>			

Оценкой через 1 мин после рождения (или раньше) выявляют младенцев, нуждающихся в оказании им немедленной помощи; оценка через 5 мин коррелирует с показателями неонатальной заболеваемости и смертности.

После появления первого крика и дыхательных движений, отступив 8-10 см от пупочного кольца, пуповину обрабатывают спиртом и между двумя стерильными зажимами рассекают и перевязывают толстым хирургическим шёлком, тонкой стерильной матовой тесёмкой. Культю пуповины

смазывают 5% раствором йода и на неё накладывают стерильную повязку. Нельзя использовать для перевязки пуповины тонкую нитку, так она может порезать пуповину вместе с ее сосудами.



**Рис. 3.17** Перевязка и рассечение пуповины

Дальнейшую обработку новорождённого (кожу, пуповину, профилактику офтальмобленнореи) проводят только в акушерском стационаре в условиях максимальной стерильности, для профилактики возможных инфекционных и гнойно-септических осложнений. Кроме того, неумелые действия при вторичной обработке пуповины могут вызвать трудноостановимое кровотечение после отсечения пуповины от пупочного кольца. Роженице выпускают мочу с помощью катетера, внутривенно вводят метилэргометрин в дозе 1 мл 0,02% раствора и приступают к введению третьего (послеродового) периода родов.

### **3.3.3 Третий период родов**

После рождения плода начинается третий – *послеродовой период родов*, во время которого происходит отделение плаценты от стенок матки и рождение последа. Продолжительность периода – 5- 20 минут.

#### **Ведение послеродового периода**

*Последовый период* – время от рождения ребёнка до рождения последа. В течение этого периода происходят отслойка плаценты вместе с её оболочками от маточной стенки и рождение плаценты с оболочками – последа. При физиологическом течении родов в первые два их периода (раскрытия и изгнания) отслойки плаценты не бывает.

Послеродовый период продолжается в норме от 5 до 20 мин и сопровождается кровотечением из матки. Через несколько минут после рождения ребёнка возникают схватки и, как правило, кровянистые выделения из половых путей, указывающие на отслойку плаценты от стенок матки. Дно матки находится выше пупка, а сама матка вследствие тяжести отклоняется вправо или влево; одновременно отмечают удлинение видимой

части пуповины, что заметно по перемещению зажима, наложенного на пуповину около наружных половых органов. После рождения последа матка приходит в состояние резкого сокращения. Дно её находится посередине между лоном и пупком, и его пальпируют как плотное, округлое образование.

Количество теряемой крови в послеродовом периоде обычно не должно превышать 100-200 мл. После рождения последа родившая женщина вступает в послеродовой период. Её теперь называют родильницей. Ведение последового периода родов – консервативное. В этом периоде нельзя ни на минуту отлучаться от роженицы. Нужно следить, всё ли благополучно, то есть нет ли кровотечения, как наружного, так и внутреннего; необходим контроль а характером пульса, общим состоянием роженицы, за признаками отделения плаценты; следует вывести мочу, поскольку переполненный мочевой пузырь препятствует нормальному течению последового периода.



**Рисунок 3.18 Осмотр последа**



**Рисунок 3.19 Осмотр нижней трети влагалища, промежности после рождения последа**

Во избежание осложнений недопустимо проводить наружный массаж матки, потягивать за пуповину, что может привести к нарушениям физиологического процесса отделения плаценты и возникновению сильного кровотечения. Вышедшее из влагалища детское место (плаценту с оболочками и пуповиной) тщательно осматривают, его раскладывают плашмя материнской поверхностью кверху. Обращают внимание все ли дольки плаценты вышли, нет ли добавочных долек плаценты, полностью ли выделились оболочки. Задержка в матке частей плаценты или её дольки не даёт возможности матке хорошо сократиться и может стать причиной гипотонического кровотечения.

Если не хватает плацентарной дольки или её части и имеется кровотечение из полости матки, следует тотчас же провести ручное обследование стенок полости матки и удалить рукой задержавшуюся дольку. Недостающие оболочки, если нет кровотечения, можно не удалять: обычно они в первые 3-4 дня послеродового периода выходят самостоятельно. Родившийся послед обязательно должен быть доставлен в акушерский стационар для тщательной оценки его целостности врачом-акушером. После родов проводят туалет наружных половых органов, их дезинфекцию. Осматривают наружные половые органы, вход во влагалище и промежность. Имеющиеся ссадины, трещины обрабатывают йодом, разрывы должны быть защищены в условиях стационара.

**Метилэргометрин** – утеротоническое средство, производное спорыньи. Повышает тонус миометрия и увеличивает частоту сокращений. Применяют при гипотонии и атонии матки в раннем послеродовом периоде с целью профилактики атонических кровотечений, при кесаревом сечении, кровотечениях после аборта и медленной инволюции матки. Выпускают в виде 0,02 % раствора в ампулах по 1 мл и в виде таблеток по 0,125 мг. Возможны побочные эффекты – тошнота, рвота, АГ.

Если имеется кровотечение из мягких тканей, необходимо наложение швов до транспортировки в акушерский стационар или давящей повязки (кровотечение из разрыва промежности, области клитора), возможна тампонада влагалища стерильными марлевыми салфетками. Все усилия при данных манипуляциях должны быть направлены на срочную доставку родильницы в акушерский стационар.

После родов у родильницы необходимо следить за пульсом, артериальным давлением, состоянием матки и характером выделений (возможно кровотечение). Родившийся послед, родильницу и новорожденного необходимо доставить в акушерский стационар.

### **Часто встречаемые ошибки**

Только физиологически протекающие роды могут быть проведены во внебольничных условиях.

Ведение патологических родов вне стационара влечёт за собой неблагоприятный исход со стороны матери, так и со стороны плода и новорождённого.

## Тема №4 Острый живот в гинекологической практике

**«Острый живот»** в гинекологии – синдром, развивающийся в результате острой патологии со стороны внутренних половых органов женщины и проявляющийся внезапно возникающими болями в животе, перитониальными симптомами и выраженными изменениями в общем состоянии больной.

Острая боль в нижних отделах живота у женщин с выраженными перитониальными симптомами и общими проявлениями возможна при следующих патологических состояниях:

1. Внутриутробное кровотечение:
  - эктопическая беременность;
  - апоплексия яичника.
2. Перекрут ножки кисты (кистомы) яичника
3. Перфорация гнойных образований придатков матки.

### 4.1 Эктопическая беременность

**Внематочная беременность**, к факторам риска которой относят перенесенные ранее сальпингоофорит, эндометрит, аборт, операции на внутренних половых органах, нарушения гормональной функции яичников, генитальный инфантилизм, эндометриоз и повышенную активность трофобласта.

При внематочной беременности оплодотворенная яйцеклетка имплантируется и развивается вне полости матки. Такая беременность может развиваться или нарушаться ( по типу трубного аборта и по типу разрыва маточной трубы).

– При **трубном аборте** плодное яйцо, не имея соответствующих условий для развития, отслаивается от стенок маточной трубы и изгоняется в брюшную полость. В связи с ритмичным сокращением маточной трубы кровь в брюшную полость поступает периодически.

– При **разрыве маточной трубы** (при задержке менструации в среднем на 3-4 недели) в результате внематочной беременности ворсинки плодного яйца полностью разрушают тонкую стенку маточной трубы, и кровь из поврежденных сосудов попадает в брюшную полость.

#### **Классификация внематочной беременности**

##### **По локализации:**

- трубная;
- яичниковая;
- шеечная;
- в рудиментарном роге;
- брюшная.

##### **По клиническому течению:**

- прогрессирующая;
- нарушенная:

- по типу трубного аборта;
- по типу разрыва маточной трубы.

#### 4.1.1 Клиника

##### **Прерывание беременности по типу внутреннего разрыва плодместилища (трубный аборт).**

- Медленное, приступообразное течение до нескольких недель;
- Боль в нижних отделах живота, продолжающуюся от нескольких минут до нескольких часов, иррадиирующую в прямую кишку (иногда боль в подреберье);
- Слабость, головокружение, потемнение в глазах, тошнота, рвота;
- **Появление жидкого стула – важный клинический симптом;**
- У некоторых женщин возможен субфебрилитет;
- Женщина длительное время ощущает себя удовлетворительно до следующего приступа;
- Чувство тяжести в низу живота.

##### **При пальпации:**

- в момент приступа живот мягкий, не вздут, болезненный при пальпации в нижних отделах, на стороне пораженной трубы;
- вне приступа живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.

#### 4.1.2 Клиническая картина разрыва маточной трубы

- Внезапное начало и быстрое нарастание клинической картины заболевания;
- Интенсивные боли в нижних отделах живота справа или слева, с иррадиацией в задний проход;
- Состояние неуклонно ухудшается, вплоть до развития геморрагического шока.

##### **Появляются признаки массивного внутреннего кровотечения!**

- Заторможенность;
- Бледность кожных покровов, слизистых;
- Поверхностное дыхание;
- Тахикардия;
- Пульс слабого наполнения;
- АД понижено;
- Болезненность в нижних отделах живота, особенно на стороне поражения;
- Притупление в отлогих местах;
- **Объём кровопотери от 500 мл до 1200 мл и более!!!**

#### 4.1.3 Диагностика эктопической беременности

##### **1 Прогрессирующая ЭБ**



- Нарушения менструальной функции (часто задержка и нетипичный характер последней менструации), другие вероятные признаки беременности: нагрубание молочных желёз, тошнота, вкусовые изменения.
- Незначительные тянущие боли без четкой локализации, чаще унилатеральные.
- Тест на беременность положительный, уровень ХГЧ несколько ниже, чем при маточной беременности этого срока.
- При влагалищном исследовании (только специализированной бригады скорой медицинской помощи) – незначительное размягчение матки и её перешейка.
- Отсутствие ранних признаков маточной беременности (симптомы Пискачека, Гентера).
- Размеры матки не соответствуют срокам гестации.
- В области придатков пальпируется болезненное образование тестообразной консистенции.
- При шейчной беременности может пальпироваться матка в виде песочных часов. **При подозрении на шейчную беременность бимануальное и ректальное исследования не проводить!**

## **2 Нарушенная ЭБ**

Клиническая картина обусловлена гемоперитонеумом, а выраженность её зависит от длительности и интенсивности кровотечения.

- Общие признаки кровопотери: снижение давления, частый пульс, общая слабость, головокружение, бледность кожных покровов, тошнота, иногда жидкий стул – возникают при дефиците ОЦК, как правило, более 15%.
- Вздутие, боли в животе без чёткой локализации с иррадиацией в задний проход, внутреннюю поверхность бедра.
- Симптомы раздражения брюшины (Блюмберг-Щёткина).
- Больная стремится принять положение сидя, что уменьшает боль в животе (симптом ваньки-встаньки).
- Френикус-симптом.
- Симптом Куленкампа (болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки).
- Притупление перкуторного звука в отлогих частях живота.
- При пальцевом исследовании прямой кишки определяется нависание её передней стенки; при влагалищном исследовании (только для специализированной бригады скорой медицинской помощи) – уплощение сводов, нависание заднего свода, резкая его болезненность («крик Дугласа»).
- Нарушенная шейчная беременность характеризуется массивным наружным кровотечением.

#### 4.1.4 Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе

1. При прогрессирующей ЭБ терапии на догоспитальном этапе не требуется. Медицинская госпитализация – в положении сидя. Контроль за АД в процессе медицинской эвакуации.

##### 2. При нарушенной ЭБ:

- Холод на низ живота;
- Катетеризация кубитальной вены;
- Инфузия: гидроксипропилкрахмала 6% или 10% раствора по 500-1000 мл, 0,9% раствора натрия хлорида в дозе 400 мл, 5% раствора декстрозы – 400 мл;
- Ввести внутримышечно или внутривенно этамзилат в дозе 4 мл (1000 мг) и/или транексамовая кислота внутривенно в дозе 5 мл (В, 2+);
- Ингаляция кислорода.

3 При нарушенной шейной беременности с обильным кровотечением брюшную аорту придавить кулаком к позвоночнику слева от пупка.

##### 4 При развитии геморрагического шока дополнительно:

- Пульсоксиметрия;
- ЭКГ;
- Инфузия: гидроксипропилкрахмала 6 или 10% раствора по 1000-1500 мл, 0,9% раствора натрия хлорида – 1000 мл струйно;
- Преднизолон в дозе 90-120 мг внутривенно (В, 2\_+);
- При отсутствии эффекта (САД < 70 мм рт.ст.) – допамин в дозе 200 мг на 250 мл 0,9% натрия хлорида, 14-18 капель в минуту;
- Ингаляция кислорода;
- При нарушении функции дыхания;
- Атропина 0,1% в дозе 1 мл внутривенно;
- Диазепам в дозе 2 мл внутривенно.

#### **ЧЕГО НЕЛЬЗЯ ДЕЛАТЬ**

- Не повышать САД более 90 мм рт.ст.
- При подозрении на шейную беременность – избегать влагалищного и ректального исследований.

##### – **Дальнейшее ведение**

– Всех пациенток с подозрением на ЭБ госпитализируют в гинекологический стационар.

– При развитии геморрагического шока через бюро госпитализации известить стационар, куда планируется доставить пациентку.

## 4.2 Апоплексия яичника

*Апоплексия яичника* (разрыв яичника, инфаркт яичника, гематома яичника) – острое нарушение целостности яичника с кровоизлиянием в его строму и последующим кровотечением в брюшную полость. Апоплексия яичника чаще возникает у женщин репродуктивного возраста, но может

развиваться и у подростков. Разрыв яичника чаще происходит в период овуляции и в стадии васкуляризации и расцвета жёлтого тела в результате застойной гиперемии, наличия варикознорасширенных и склерозированных сосудов, склеротических изменений в строме и нарушений вегетативной и эндокринной системы. Часто имеется связь с половым контактом. Образующаяся гематома вызывает резкие боли из-за нарастания внутрияичникового давления, а затем приводит к разрыву ткани яичника.

Для **апоплексии яичника** характерны внутрибрюшное кровотечение (анемическая форма) и болевой синдром (болевая форма). Заболевание начинается остро, с внезапных болей внизу живота, преимущественно на стороне поражения.

Болевая форма – не сопровождающаяся внутрибрюшным кровотечением.

Анемическая форма – сопровождающаяся внутрибрюшным кровотечением.

#### 4.2.1 Клиника

- Боли внизу живота на стороне поражённого яичника с иррадиацией в крестец, прямую кишку.
- При значительном кровотечении (анемическая форма): коллапс, тахикардия, гипотензия, бледность кожи и слизистых.
- Перкуторно-притупление в отлогих местах.
- Положительные симптомы раздражения брюшины.
- Болевая форма наблюдается при кровоизлиянии в ткань фолликула.
- Приступ болей внизу живота, тошнота, рвота.
- При пальпации живот мягкий болезненный в нижних отделах.
- Кровотечение отсутствует.

#### 4.2.2 Диагностика апоплексии яичника

- Вторая фаза менструального цикла.
- Унилатеральные боли в нижних отделах живота.
- Острое начало болей, как правило, связанное с половым актом.
- Связь начала болей с физическим напряжением, половым актом, травмой, клизмой.
- При влагалищном исследовании (только для специализированных бригад скорой медицинской помощи) могут пальпироваться резко болезненный увеличенный яичник, уплощение сводов, нависание заднего свода, резкая его болезненность («крик Дугласа»), а при пальцевом исследовании прямой кишки определяется нависание, болезненность её передней стенки.

При кровопотере более 150 мл клиническая картина в основном обусловлена гемоперитонеумом, а выраженность её зависит от длительности и интенсивности кровотечения.

- Общие признаки кровопотери: снижение давления, частый пульс, общая слабость, головокружение, бледность кожных покровов, тошнота, иногда жидкий стул – возникают при дефиците ОЦК, более 15%.
- Вздутие, боли в животе без чёткой локализации с иррадиацией в задний проход, внутреннюю поверхность бедра.
- Симптомы раздражения брюшины (Блумберг-Щёткина).
- Больная стремится принять положение сидя, что уменьшает боль в животе (симптом ваньки-встаньки).
- Френикус-симптом.
- Симптом Куленкампа (болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки).
- Притупление перкуторного звука в отлогих частях живота.

#### **4.2.3. Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе**

##### **1. При болевой форме:**

- Ввести внутримышечно или внутривенно этамзилат в дозе 4 мл (1000 мг) и/или транексамовая кислота (транексам) внутривенно в дозе 5 мл (С, 2-);
- Холод на низ живота.
- Медицинская госпитализация – в положении сидя. Контроль за АД в процессе эвакуации.

##### **2. При анемической форме АЯ дополнительно:**

- Катетеризация кубитальной вены;
  - Инфузия: гидроксипропилкрахмала 6 или 10% раствора по 500-1000 мл, 0,9% раствора натрия хлорида в дозе 400 мл, 5% раствора декстрозы – 400 мл;
  - Ввести внутримышечно или внутривенно этамзилат в дозе 4 мл (1000 мг) и/или транексамовая кислота внутривенно в дозе 5 мл (С, 2-).
  - Ингаляция кислорода.
- Транспортировка пациентки – на носилках.

##### **3. При развитии геморрагического шока дополнительно:**

- для фельдшерской бригады – вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи;
- пульсоксиметрия;
- ЭКГ;
- Инфузия гидроксипропилкрахмала 6 или 10% раствора по 1000 – 1500 мл, 0,9% раствора хлорида натрия в дозе 1000 мл внутривенно струйно;
- Преднизолон в дозе 90-120 мг внутривенно;
- При отсутствии эффекта (САД <70) – допамин в дозе 200 мг на 250 мл 0,9% натрия хлорида со скоростью 14-18 капель в минуту;
- Ингаляция кислорода;
- При нарушении функции дыхания:
- Атропина 0,1% в дозе 1 мл внутривенно;

- Диазепам в дозе 2 мл внутривенно.
- Транспортировка пациента на носилках.

### **Чего нельзя делать**

Не повышать САД более 90 мм рт.ст.

### **Дальнейшее ведение**

- Всех пациенток с АЯ доставляют в гинекологический стационар.
- При развитии геморрагического шока через бюро госпитализации известить стационар, куда планируется доставить пациентку.
- 

## **4.3 Перекрут ножки кисты (кистомы) яичника**

**Перекрут ножки кисты яичника** – осложнение кисты или кистомы яичника.

- Начало заболевания часто связано со следующими факторами:
- резкое изменение положения тела;
- повышение внутрибрюшного давления в результате сильного натуживания, продолжительного кашля, тяжёлой физической работы;
- нарушение кровоснабжения кисты.
- При перекруте ножки кисты (кистомы) возникают нарушения кровоснабжения и отёк кисты, кровоизлияние и некроз паренхимы.
- Выделяют частичный и полный перекрут ножки кисты (кистомы):
  - при **частичном** (постепенном) **перекруте** ножка изменяет своё положение на 90-180°, в результате чего артериальный ток крови сохраняется, а венозный отток затруднён в связи с компрессией сосудов, что ведёт к развитию венозного полнокровия и отёка стенки кисты;
  - при **полном** (внезапном) **перекруте** ножка изменяет своё положение на 360 ° и артериальный кровоток прекращается, в результате чего в кисте (кистоме) яичника происходят некробиотические процессы, появляются перитонеальные симптомы и при инфицировании кисты (кистомы) развивается перитонит.

### **4.3.1 Клиника**

- Приступ сильных болей внизу живота, связанных с физической нагрузкой, резким движением;
- Тошнота, рвота;
- При пальпации напряжение передней брюшной стенки; положительный симптом Щёткина-Блюмберга;
- Больная принимает вынужденное положение в постели из-за боли;
- Парез кишечника, задержка стула;
- Повышение температуры, бледность кожных покровов, холодный пот.

### 4.3.2 Дифференциальная диагностика

Перекрут ножки кисты (кистомы) яичника необходимо дифференцировать от следующих патологических состояний:

- Эктопическая беременность;
- Острый аппендицит;
- Сальпингиты, тубоовариальные абсцессы;
- Апоплексия яичника;
- Почечная колика;
- Острая кишечная непроходимость.

### 4.3.3 Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе:

1. Холод на низ живота;
2. Экстренная госпитализация в гинекологическое отделение стационара.

## 4.4 Перфорация гнойных образований придатков матки

Термин «**воспалительные заболевания женских половых органов**» является обобщающим для различных заболеваний женской половой сферы: воспалительных поражений вульвы и влагалища, воспаления матки и придатков – яичников и фаллопиевых (маточных) труб, а также воспаления тазовой клетчатки.

К провоцирующим факторам развития гнойных образований придатков матки относят:

- микробную инвазию;
- ослабление или изменение барьерных свойств матки и половых путей физиологического (менструация, роды) или ятрогенного (аборты, внутриматочные контрацептивы, операции, гистероскопия, экстракорпоральное оплодотворение) характера.

Пути инфицирования придатков матки:

- интраканаликулярный;
- восходящий;
- гематогенный;
- лимфогенный.

### 4.4.1. Классификация

На догоспитальном этапе целесообразно классифицировать воспалительные заболевания женских половых органов по распространённости процесса, что даёт определённое представление о тяжести процесса и необходимой интенсивности лечебных мероприятий.

- Локальные формы: вульвит, вульвовагинит, бартолинит, кольпит, эндоцервит, эндо(мио)метрит, сальпингоофорит.
- Распространённые формы: панметрит, параметрит, пельвиоперитонит.
- Генерализованные формы: перитонит, сепсис, септический шок.

Для **воспалительных заболеваний** женских половых органов нередко характерна стёртая, малосимптомная клиническая картина (в том числе для воспаления придатков матки).

При **пиосальпинксе, пиоваре и тубоовариальном абсцессе** пациентки жалуются на постоянные боли внизу живота преимущественно со стороны воспаления, ознобы, высокую лихорадку, слабость, тахикардию, тошноту, задержку стула, газов, гнойное отделяемое из половых путей. Боль иррадирует в нижние конечности, поясничную область. Живот мягкий, может быть умеренно вздут.

**Перфорация гнойных образований** уже в первые часы проявляется слабыми симптомами перитонита, которые наслаиваются на клиническую картину тяжёлого воспалительного процесса. Характерны интенсивные, иногда ноющие боли нечёткой локализации, озноб, лихорадка, тахикардия, болезненное мочеиспускание, жидкий стул, вздутие живота, локальные симптомы раздражения брюшины.

#### 4.4.2 Диагностика

Специфичных признаков для воспалительных заболеваний женской половой сферы нет. Наиболее часто заболевание характеризуется:

- Билатеральной болезненностью в низу живота (боль иногда иррадирует в нижние конечности);
- Наличием патологических выделений из половых путей;
- Лихорадкой (температурой тела выше 38° С);
- Патологическим вагинальным кровотечением;
- Выраженной диспареунией;
- Чувствительностью или болезненностью шейки матки при бимануальном вагинальном исследовании (только специализированные бригады скорой медицинской помощи);
- Чувствительностью придатков матки при бимануальном вагинальном исследовании с или без пальпируемых уплотнений (только специализированные бригады скорой медицинской помощи);
- Перитонеальной симптоматикой (пельвиоперитонитом, перитонитом).

**Внимание!** При перитонеальной симптоматике – оценить наличие/отсутствие синдрома системного воспалительного ответа (ССВО):

1. Температуры более 38 и менее 36 ° С;
2. Тахикардии более 90 в минуту;
3. Частоты дыхания более 20 в минуту.

Сочетание даны признаков со снижением систолического АД менее 90 мм рт.ст. следует расценивать как септический шок.

Необходима дифференциальная диагностика со следующими патологическими состояниями.

1. Гемоперитонеум [эктопическая беременность (ЭБ), апоплексия яичника]. Отличительные признаки:
  - Признаки кровопотери – резкое снижение давления, частый пульс, общая слабость, головокружение, бледность кожных покровов;
  - В анамнезе задержка менструации в течение 4-8 недель, вероятные признаки беременности, унилатеральная боль (при ЭБ);
  - Вторая половина цикла, унилатеральная боль (при апоплексии яичника);
  - Больная стремится принять положение сидя, что уменьшает боль в животе (симптом ваньки-встаньки);
  - Френикус- симптом;
  - Симптом Куленкампа (болезненность и симптомы раздражения брюшины без напряжения брюшной стенки);
  - Притупление перкуторного звука в отлогих частях живота;
  - При пальцевом исследовании прямой кишки определяется нависание её передней стенки; при влагалищном – уплощение сводов, их болезненность, нависание заднего свода (только для АГБ).
2. Перекрут ножки кисты яичника (субсерозный миомы матки).
  - Боли унилатеральные;
  - Боли чаще возникают остро;
  - С момента возникновения болей выражены тошнота, рвота, метеоризм.

#### 4.4.3 Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе

1. При локальных и распространённых формах без ССВО терапии на догоспитальном этапе не требуется.
2. При наличии перитонита и/или ССВО:
  - Для фельдшерской бригады скорой медицинской помощи – вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи;
  - Осмотр РV (только для специализированной бригады скорой медицинской помощи);
  - Катетеризация двух кубитальных (для специализированной бригады скорой медицинской помощи – подключичной) вен;
  - Катетеризация мочевого пузыря;
  - Пульсоксиметрия;
  - Холод на низ живота;
  - Не есть, не пить (возможность оперативного лечения!);
  - Инфузия гидроксипропилкрахмала 6 или 10% раствора по 500-1000 мл, 0,9% раствора натрия хлорида – 1000 мл внутривенно капельно;
  - Преднизолон в дозе 60 мг внутривенно;
  - Апротинин в дозе 200-300 тыс. ЕД внутривенно;
  - Ингаляция кислорода.
3. При признаках септического шока:



- Для общепрофильных бригад скорой медицинской помощи – вызов специализированной бригады скорой медицинской помощи;
- Катетеризация подключичной вены, катетеризация периферической вены;
- Катетеризация мочевого пузыря;
- Глюкометрия;
- Пульсоксиметрия;
- ЭКГ;
- Инфузия: гидроксипропилкрахмала 6 или 10% раствора по 1000-1500 мл, 0,9% раствора натрия хлорида в дозе 1000 мл внутривенно струйно;
- Преднизолон в дозе 90-120 мг внутривенно;
- При отсутствии эффекта (САД < 70) – допамин в дозе 200 мг на 250 мл 0,9% натрия хлорида со скоростью 14-18 капель в минуту;
- Апротинин в дозе 400-500 тыс. ЕД внутривенно (В, 2-);
- Ингаляция кислорода.

4. При нарушении функции дыхания:

- Атропин 0,1% в дозе 1 мл внутривенно;
- Диазепам в дозе 2 мл внутривенно;
- Кетамин в дозе 1мг/кг внутривенно с последующей интубацией и ИВЛ (ВВЛ).

#### **Чего нельзя делать**

На догоспитальном этапе антибиотики не вводить.

#### **Дальнейшее ведение**

- Всех пациенток с воспалительными заболеваниями женской половой сферы госпитализируют в гинекологический стационар.
- Признаки распространённой и генерализованной форм воспаления предполагают госпитализацию в многопрофильный стационар (по возможности!).

При признаках шока через бюро госпитализации известить стационар, куда планируется доставить пациентку.

### **4.5 Пельвиоперитонит**

Возникает при:

- расплавлении гнойного tuboовариального образования;
- гинекологических операциях;
- криминальных абортах, осложненных перфорацией матки;
- некрозе опухоли (кисты) яичника, вследствие перекрута её ножки.

#### **4.5.1 Клиника**

- местные симптомы преобладают над общими;

- при локализации процесса в области матки усиливаются боли в низу живота;
- повышение температуры до 38-39;
- тошнота, рвота.
- Живот вздут в нижних отделах, напряжение мышц передней брюшной стенки;
- Положительные симптомы раздражения брюшины.
- Парез кишечника.

#### **4.5.2 Скорая медицинская помощь на догоспитальном этапе**

- холод на низ живота;
- дезинтоксикационная терапия;
- экстренная госпитализация в гинекологическое отделение стационара.

## 5.Список использованных источников.

1. Скорая медицинская помощь: национальное руководство/ Багненко С.Ф., М.Ш. Хубутя, А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннулин.- Москва.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.-888с. -ISBN N 978-5-9704-2
2. Багненко С.Ф. Скорая медицинская помощь: Клинические рекомендации/ под редакцией С.Ф. Багненко - Москва.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.-896с: ил.- ISBN N 978-5-9704-3447-5
3. Руководство по скорой медицинской помощи: / под редакцией А.Л. Верткина, С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутя - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012.-816с. ISBN N 978-5-97-04-1733-1
4. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии: учебное пособие/под редакцией С.-М.А. Омарова.-Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016.-272с. NF 0001386
5. Руководство по амбулаторно- поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под редакцией В.Н. Серова, Г.Т.Сухих, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского -3-е изд. прораб, и доп,- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.- 1136с.- NF0007545
6. Радзинский В.Е. Гинекология: учебник/ под редакцией В.Е. Радзинский, А.М. Фукса- 2- изд. перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.-1140с. NF0012765
7. Савельева Г.М. Акушерство: учебник/ Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Г. Панина, М.А. Курцер.- 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.-576с. NF0008923
8. Акушерство и гинекология. Практические навыки и умения с фантомным курсом: учебное пособие/В.А. Капительный, М.В. Беришвили, А.В. Мурашко: под редакцией А.И. Ищенко.-Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.- 400с. – NF 0007431
9. А.Л. Верткина. Руководство по скорой медицинской помощи для врачей и фельдшеров/А.А. Верткин,К.А. Свешников.- Москва: Издательство «Э», 2017.-560с. - ISBN N 978-5-699-97 120-6
- 10.Скорая медицинская помощь. Стандарты медицинской помощи/ составители А.С. Дементьев, Н.И. Хуравлева, С.Ю. Кочетков, Е.Ю. Чепанова.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017.-504с. - ISBN N 978-5-9704-4178-7

## 6.Список рекомендуемой основной и дополнительной литературы

### Основная литература :

1. Скорая медицинская помощь: национальное руководство/ Багненко С.Ф., М.Ш. Хубутия, А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннулин.- Москва.: ГЭОТАР-Медиа, 2018.-888с. -ISB N 978-5-9704-2
2. Багненко С.Ф. Скорая медицинская помощь: Клинические рекомендации/ под редакцией С.Ф. Багненко - Москва.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.-896с: ил.- ISB N 978-5-9704-3447-5
3. Руководство по скорой медицинской помощи: / под редакцией А.Л. Верткина, С.Ф. Багненко, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутия - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012.-816с. ISB N 978-5-97-04-1733-1
4. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии: учебное пособие/под редакцией С.-М.А. Омарова.-Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016.-272с. NF 0001386
5. А.Л. Верткина. Руководство по скорой медицинской помощи для врачей и фельдшеров/А.А. Верткин,К.А. Свешников.- Москва: Издательство «Э», 2017.-560с. - ISB N 978-5-699-97 120-6

### Дополнительная литература:

1. Скорая медицинская помощь. Стандарты медицинской помощи/ составители А.С. Дементьев, Н.И. Хуравлева, С.Ю. Кочетков, Е.Ю. Чепанова.- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017.-504с. - ISB N 978-5-9704-4178-7
2. Радзинский В.Е. Гинекология: учебник/ под редакцией В.Е. Радзинский, А.М. Фукса- 2- изд. перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019.-1140с. NF0012765
3. Савельева Г.М. Акушерство: учебник/ Г.М. Савельева, Р.И. Шалина, Л.Г. Сичинава, О.Г. Панина, М.А. Курцер.- 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.-576с. NF0008923
4. Руководство по амбулаторно- поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии / под редакцией В.Н. Серова, Г.Т.Сухих, В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского -3-е изд. прораб, и доп,- Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018.-1136с.- NF0007545
5. Система учебных изданий по дисциплине –текст электронный // Режим доступа: <http://biblio.chqpu.etlu.ru>.
6. Неотложные состояния и экстренная медицинская помощь. Доврачебная медицинская помощь при неотложных состояниях –текст электронный //: <http://fb.ru/article/227932/neotlojnyie-sostoyaniya-i-ekstrennaya-meditsinskaya-pomosch-dovrachebnaya-meditsinskaya-pomosch-pri-neotlojnyih-sostoyaniyah>

**Контрольные вопросы к зачетному заданию.**

1. Что представляют собой токсикозы беременных по стадиям.
2. С какими заболеваниями дифференцируются токсикозы беременных.
3. Какие состояния при беременности способствуют возникновению гестозов.
4. Что такое HELLP- синдром .
5. Алгоритм неотложной помощи при преэклампсии и эклампсии.
6. Отличия дисфункциональных маточных кровотечений в репродуктивном и климактерическом периодах.
7. Что такое акушерское кровотечение по причинам возникновения.
8. Предрасполагающие факторы прерывания беременности.
9. Отличие самопроизвольного аборта от криминального.
10. Симптомы преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты. Тактика врача на догоспитальном этапе.
11. Роды. Виды по положению предлежащей части плода.
12. Ведение внебольничных родов.
13. Периоды родов у первично рожаящих и повторно рожаящих .
14. Что такое быстрые и что такое стремительные роды.
15. По какой шкале оценивается состояние новорожденного . Перечислить все признаки.
16. Какие патологические состояния характерны для острого живота в гинекологии.
17. Клиника апоплексии яичника.
18. Какие факторы могут способствовать развитию гнойных образований матки.
19. Что такое пельвиоперитонит
20. С какими заболеваниями дифференцируют самопроизвольный аборт
21. Классификация внематочной беременности
22. Диагностика апоплексии яичника
23. Клиническая картина перекрута ножки кисты (кистомы) яичника
24. Клиническая картина разрыва маточной трубы
25. Дифференциальная диагностика токсикозов беременности

**Перечень контрольных тестовых заданий.**

1. Показателем начала второго периода родов является:
  - А) потуги
  - Б) рождение головки
  - В) полное раскрытие шейки матки
  - Г) опускание предлежащей части в малый таз
  
2. Преждевременными считаются роды:
  - А) 37 недель
  - Б) до 38 недель
  - Г) до 39 недель
  - Д) до 40 недель
3. Для тазового предложения не характерно:
  - А) баллатирующая часть на дне матки
  - Б) баллатирующая часть над входом в малый таз
  - В) высокое расположение дна матки
  - Г) сердцебиение плода прослушивается выше пупка
  
4. Наиболее частая причина кровотечения в раннем послеродовом периоде:
  - А) остатки плацентарной ткани
  - Б) разрыв шейки матки
  - В) гипотония матки
  - Г) повышенная температура в родах
  
5. Для апоплексии яичника характерно все, кроме:
  - А) болей внизу живота
  - Б) лейкоцитоза
  - В) перетониальных симптомов
  - Г) отрицательный тест на беременность
  
6. Снижение АД у женщин в третьем триместре беременности во время транспортировки на спине обусловлено:
  - А) сдавливание аорты и нижней полой вены
  - Б) маточно-вазомоторный рефлекс
  - В) вагустная реакция на увеличение притока крови к сердцу
  - Г) замедленная реакция сосудодвигательного центра на перераспределение крови
  
7. Эффективность родовой деятельности оценивается в первую очередь по:
  - А) частоте сердечных сокращений плода
  - Б) темпу сглаживания и раскрытия шейки матки
  - В) длительности родов

Г) частоте и продолжительности схваток

8. Показания для госпитализации в акушерское отделение является все, кроме:

- А) угрозы прерывания беременности при сроке более 28 недель
- Б) беременных при сроке более 28 недель с признаками инфекции
- В) начинающиеся роды при беременности до 28 недель
- Г) женщины родившие вне роддома

9. Первичная слабость родовой деятельности характеризуется

- А) болезненные схватки
- Б) медленное продвижение предлежащей части
- В) замедленное развитие шейки матки
- Г) запоздалое излитие околоплодных вод

10. Оценка состояния новорожденного включает все, кроме:

- А) частоты сердечных сокращений
- Б) частоты дыхательных сокращений
- В) гемолитической болезни плода
- Г) цвета кожи

11. Меконий в околоплодных водах свидетельствует:

- А) хроническая гипоксия плода
- Б) антенатальная гибель плода
- В) острая гипоксия плода
- Г) гемолитическая болезнь плода

12. При начавшемся кровотечении в раннем послеродовом периоде необходимо:

- А) осмотреть родовые пути
- Б) ввести метилэргометрин
- В) определить признаки отделения плаценты
- Г) произвести ручное отделение плаценты

13. При кровотечении в третьем периоде родов и наличии признаков отделения плаценты необходимо:

- А) ввести метилэргометрин
- Б) положить холод на низ живота
- В) выделить плаценту наружными приемами
- Г) применить прием Креле

14. При кровотечении в третьем периоде родов и наличие признаков отделения плаценты необходимо:

- А) ввести сокращающие матку средства

- Б) осуществить ручное отделение и выделение последа
- В) положить холод на низ живота
- Г) прижать аорту

15. Для профилактики кровотечения в родах при пререзывании головки используется:

- А) метилэргометрин
- Б) промедол
- В) викасол
- Г) маммофезин

16. Наиболее частая причина кровотечения в раннем послеродовом периоде

- А) остатки плацентарной ткани
- Б) повышение температуры в родах
- В) разрыв шейки матки
- Г) гипотония матки

17. Симптомы эклампсии:

- А) гипертензия
- Б) отеки
- В) протеинурия
- Г) судороги

18. Осложнения эклампсии все ,кроме:

- А) сепсис
- Б) почечная недостаточность
- В)отек легких
- Г) кровоизлияние в мозг

19. Клинические признаки разрыва трубной беременности:

- А) задержка менструаций
- Б) внезапная резкая боль внизу живота
- В)шок
- Г) верно А,Б,В
- Д) верно Б,В

20. Перекрут кисты яичника характеризуется всем, кроме:

- А) внезапного начала на фоне гипертермии
- Б) резких болей внизу живота
- В) наличия на УЗИ опухоли придатков
- Г) похудение в анамнезе

21. Токсикозы беременных необходимо дифференцировать с:

- А) острым аппендицитом



- Б) инфарктом миокарда
- В) пневмонией
- Г) почечной коликой

22. Токсикозы беременных необходимо дифференцировать с:

- А) острым панкреатитом
- Б) язвенной болезнью
- В) колитом
- Г) паховой грыжей

23. Фоновыми состояниями, способствующими возникновению гестозов являются:

- А) генетическая предрасположенность
- Б) профессиональные вредности
- В) чрезмерное занятие спортом
- Г) физические нагрузки

24. Гестозы классифицируются:

- А) комбинированный
- Б) чистый
- В) сочетанный
- Г) простой

25. Параметрами нормального менструального цикла являются:

- А) кровопотеря до 80мл
- Б) длительность кровотечений 10-15 дней
- В) интервал между кровотечениями 21-35 дней
- Г) кровопотеря до 200мл

26. Предлежание плаценты дифференцируют от следующих заболеваний и состояний:

- А) шейной беременности
- Б) разрывом матки
- В) пельвиоперитонитом
- Г) эктопической беременности

**Правильные варианты ответов:**

1. В
2. А
3. Б
4. В
5. Б
6. А
7. Б
8. А
9. В
10. В
11. А
12. Б
13. В
14. Б
15. А
16. В
17. Г
18. Г
19. Г
20. А
21. А, Г
22. А, Б
23. А, Б
24. Б, В
25. А, В
26. А, Б

### Ситуационные задачи:

1.

#### Условия задачи:

У больной 24 лет с беременностью 26 недель в тяжелом состоянии при наличии отеков всего тела и высокого уровня АД 180/100 мм.рт.ст. внезапно появилась серия судорожных припадков.

Объективно: без сознания. Кожные покровы бледные. Пульс 120 уд./минуту. В легких – рассеянные влажные хрипы. Судорожные припадки повторяются через 30 мин.

#### Вопросы:

1. Вероятный диагноз?
2. Оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе?

#### Ответ:

1. Эклампсическая кома.
2. - промедол 1,0 + сибазон 2,0 в/в (повторно)  
- инфузионная терапия (реополиглюкин + MgSO<sub>4</sub> 30-40 мл.)  
- клофелин в/в  
- O<sub>2</sub>  
- госпитализация в род.дом

2.

#### Условия задачи:

На водозаборе по ул. Каляева г. Краснодара произошла диверсионный акт с выбросом хлора из разрушенных контейнеров. По данным МЧС известно, что облако хлора в поражающей концентрации достигнет родильного дома №5 г. Краснодара через 1 час. На момент аварии в роддоме находились: 60 беременных, 80 родильниц с новорожденными, 110 гинекологических больных и 20 новорожденных в перинатальном отделении.

Главный врач роддома планирует проведение эвакуационных мероприятий.

#### Необходимо рассчитать:

1. Какое количество пациентов может быть выписано для наблюдения в женских консультациях по месту жительства?
2. Какое количество рожениц будут эвакуированы в другие роддома г. Краснодара
3. Какое количество пациентов и детей перинатального отделения будет размещено в верхних этажах роддома в загерметизированных помещениях?

#### Ответ:

1. Могут быть выписаны для наблюдения в женских консультациях по месту жительства:
  - 30 беременных;
  - 40 родильниц с новорожденными;

- 55 гинекологических больных.

2. Будут эвакуированы в другие роддома г. Краснодара:

- 27 беременных;
- 36 рожениц и родильниц;
- 49 гинекологических больных.

3. Будет размещено в верхних этажах роддома в загерметезированных помещениях:

- 3- беременных
- 4- родильниц с новорожденными;
- 6 - гинекологических больных;
- 20 – новорожденных перинатального отделения

3.

**Условия задания:**

Женщина 32 лет с гестозом. Сознание заторможено. Со слов родственников был приступ судорог. АД 140/80 мм.рт.ст., пульс 110 уд./мин., число дыхательных движений 24 в 1 минуту. Отеки нижних конечностей, передней брюшной стенки и лица. Беременность 34 недели. В анамнезе: хронический гломерулонефрит.

**Вопросы:**

1. Вероятный диагноз?
2. Оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе?

**Ответ:**

1. Эклампсическая кома.
2. промедол 1,0 + сибазон 2,0 в/в
3. инфузионная терапия:
  - реополиглюкин
  - Mg SO<sub>4</sub> – 20-30 мл.
4. O<sub>2</sub>
5. госпитализация в род.дом.

4.

**Условия задания:**

Больная 30 лет с беременностью 4 недели. Жалобы на боль в нижних отделах живота, продолжаются от нескольких минут до нескольких часов, иррадирующая прямую кишку, чувство тяжести в низу живота. Временами появляется жидкий стул, субфебрильная температура. В межприступный период чувствует себя удовлетворительно. При пальпации в момент приступа живот мягкий, не вздут, болезненный в нижних отделах слева, с иррадиацией в задний проход.

**Вопросы:**

1. Вероятный диагноз?
2. Оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе?

5.

**Условия задания:**

У больной 24 лет с беременностью 26 недель в тяжелом состоянии при наличии отеков всего тела и высокого уровня АД 180/100 мм.рт.ст. внезапно появилась серия судорожных припадков.

Объективно: без сознания. Кожные покровы бледные. Пульс 120 уд./минуту. В легких – рассеянные влажные хрипы. Судорожные припадки повторяются через 30 мин.

**Вопросы:**

1. Вероятный диагноз?
2. Оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе?

6.

**Условия задания:**

Женщина 35 лет. Жалобы на сильные боли внизу живота, слева, появляющиеся при физической нагрузке или резких движениях. Больная принимает вынужденное положение сидя в постели. Повышенная температура, бледность кожных покровов, холодный пот. При пальпации напряжение передней брюшной стенки. Положительный симптом Щеткина-Блюмбеля слева.

**Вопросы:**

1. Вероятный диагноз?
2. Оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе?