



Неотложные состояния

в акушерстве и гинекологии
на догоспитальном этапе

Заведующий школой медицины катастроф
Ю.Н.Червяков

г.Пенза





Кровотечения

Острый живот

Патология беременности



Кровотечения

- Дисфункциональные маточные кровотечения
- **Кровотечения при травмах половых органов**
- **Акушерские кровотечения**





Осложнения:

- Железодефицитная анемия
- Инфекционные осложнения
 - ДВС - синдром



Советы позвонившему:

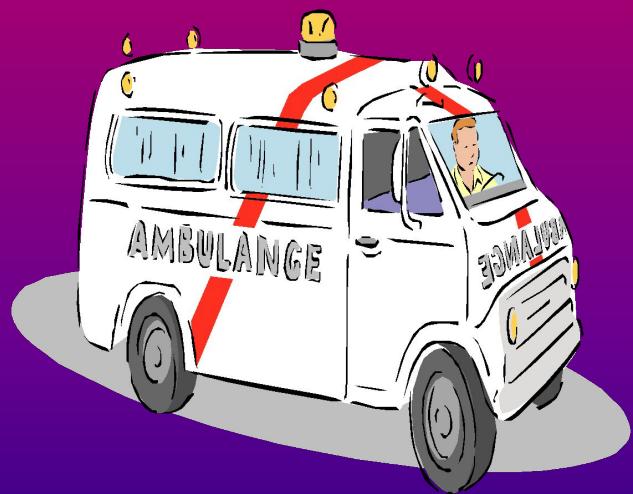
1. Расположить пациентку горизонтально
2. Лед на низ живота
3. Не кормить
4. Не поить





Лечение

На догоспитальном этапе:
Лечение не проводить!



**Показания к
госпитализации:**

**Всех пациенток с кровотечением
госпитализируют**



Роды на догоспитальном этапе



Роды - безусловный рефлексорный акт, направленный на изгнание плодного яйца из полости матки по достижении последним определенной степени зрелости.



Преждевременными
являются роды, наступившие
при сроке беременности
до 37 недель.





Интервалы, в которых могут начинаться роды:

- преждевременные роды при сроке беременности 22 недели ;
- преждевременные роды в 22 — 27 недель;
- преждевременные роды в 28 — 33 недели;
- преждевременны роды в 34 — 37 недель.



Критерии живорождения

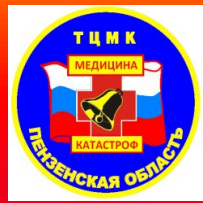
- вес новорожденного от 500 г
- Новорожденный считается живорожденным, начиная с 22 недели беременности.





Как часто встречаются преждевременные роды?

в России сохраняется в пределах 7%. В США, например, ежегодно 7,5% общего количества родов — преждевременные. Во Франции частота преждевременных родов с середины 80-х годов держится на уровне 5%, в Австралии — около 6%, в Норвегии — 8%, в Шотландии — 6,8%.



Чем опасны преждевременные роды для женщины?

Преждевременные роды, несмотря на все усилия, предпринимаемые по их предупреждению и лечению, остаются достаточно опасными для женщины. Роды раньше срока обычно происходят при незрелой шейке матки, нарушенном гормональном балансе, на фоне сопутствующей акушерской и экстрагенитальной патологии. Все это объясняет тот факт, что преждевременные роды травматичнее, а процент послеродовых осложнений при них значительно выше, чем при родах в срок.



Чем опасны преждевременные роды для ребенка?

Преждевременные роды являются не только серьезной акушерской, но и социально-экономической проблемой. Ежегодно только в США тратится около двух миллиардов долларов на лечение преждевременных родов, их осложнений, а также выхаживание недоношенных детей.

Появление на свет раньше срока — это серьезное испытание для малыша. Его органы и системы еще не готовы к вне утробному существованию, и требуются колоссальные усилия, направленные на создание условий, в которых ребенку удастся компенсировать негативные последствия раннего появления на свет.



Какой прогноз у ребенка, родившегося на 22–27 неделе беременности?

На таком сроке легкие плода еще незрелы, и добиться ускорения их созревания назначением медикаментозных средств матери за короткий период времени удается редко. В связи с этим прогноз для ребенка в этой группе наиболее неблагоприятный.



Какой прогноз у ребенка, родившегося на 27–36 неделе беременности?

Более чем у половины женщин на этих сроках возможна выжидательная тактика и пролонгирование беременности. Несмотря на то, что легкие плода еще незрелы, возможно добиться их ускоренного созревания путем назначения глюкокортикоидов. Поэтому исход родов для плода этого срока гестации более благоприятен, чем на ранних сроках.



Факторы влияющие на тактику ведения родов

- Стадии течения родов
- Срок беременности
- Состояния матери
- Состояние плода
- Состояние плодного пузыря
- Степень раскрытия шейки матки
- Наличия и интенсивности кровотечения
- Наличия или отсутствия инфекции



Диагностика

- Жалобы
- Данные наружного осмотра
- Внутреннего акушерского исследования



Клиническая картина :

1. Угрожающие
2. Начинающиеся
3. Начавшиеся



Для *угрожающих* родов характерно :

Наличие болей в пояснице и нижней части живота. Возбудимость и тонус матки повышены, что может быть подтверждено инструментальными исследованиями. При влагалищном исследовании шейка матки сохранена, наружный зев матки закрыт. Нередко отмечается подтекание вод, повышенная двигательная активность плода.



При *начинающихся* родах :

Имеются выраженные схваткообразные боли внизу живота или регулярные схватки. При влагалищном исследовании отмечаются изменения со стороны шейки матки — укорочение, нередко сглаженность, преждевременное излитие околоплодных вод.



Начавшиеся роды :

Характеризуются наличием регулярной родовой деятельности, динамикой раскрытия шейки матки (до 2 – 4 см), что говорит о необратимости начавшегося процесса.



Тактика ведения

- Консервативная
- Активная



Показания к консервативно-выжидательной тактике:

1. Сроке беременности 22 – 34 недели
2. Продольное положение плода
3. Отсутствии признаков инфекции
4. Отсутствии тяжёлой акушерской и экстрагенитальной патологии.



Условиями для консервативно-выжидательной тактики :

1. Госпитализация в лечебное учреждение





Терапия при консервативно-выжидательной тактике:

1. Постельный режим.
2. Психотерапия, гипноз, применение седативных средств: отвар (15:200) или настойка (по 30 капель 3 раза в сутки) пустырника, отвар валерианы (20:200 по 1 ст. ложке 3 раза в сутки). Могут быть использованы седативные препараты: триоксазин по 0,3 г 2-3 раза в сутки, тазепам, нозепам по 0,01 г 2-3 раза в сутки, седуксен по 0,005 г 1-2 раза в сутки.
3. Спазмолитические препараты: метацин 1 мл, 0,1% раствора внутримышечно, баралгин (2 мл), но-шпа (2 мл 2% раствора внутримышечно 2-4 раза в сутки), папаверин гидрохлорид (2 мл 2% раствора внутримышечно 2-3 раза в сутки).



Терапия при консервативно-выжидательной тактике:

1. Токолитики: сульфат магния (10-12 г в/в в 5 % р-ре глюкозы), β -миметики: (алупент, партусистен, бриканил, ритодрин и др.), этанол (10% этиловый спирт в/в капельно), антогонисты кальция (изоптин, нифедипин), ингибиторы простагландинов (индометацин, напроксен), 0,25% раствор новокаина (50-100 мл внутривенно капельно под контролем показателей АД).
2. Немедикаментозные средства для снижения сократительной деятельности матки: электрорелаксация, чрескожная электростимуляция, электроанальгезия, иглорефлексотерапия.
3. Физиотерапия: электрофорез магния синусоидальным модулированным током (СМТ).



Показания к активной тактике ведения родов:

1. отсутствие плодного пузыря
2. наличие регулярной родовой деятельности

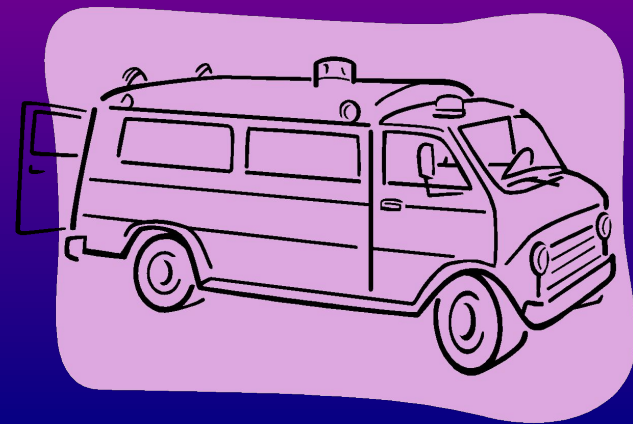


Периоды родов

1. Период раскрытия шейки матки
2. Период изгнания плода
3. Последовый период



Ведение родов на догоспитальном этапе





Советы оператора СМП позвонившему:

1. Держать на связи позвонившего до приезда бригады СМП
2. Успокоить роженицу
3. Изолировать от окружающих
4. Уложить роженицу на чистую ткань или клеенку
5. Тесную одежду, сдавливающую живот и мешающую дыханию снять
6. Обмыть водой или обтереть ватой, смоченной в 5% спиртовым раствором йода или водкой наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер
7. Под ягодицы положить чистую ткань, полотенце, простыню
8. Прикасаться к животу, гладить его не рекомендуется



Действия

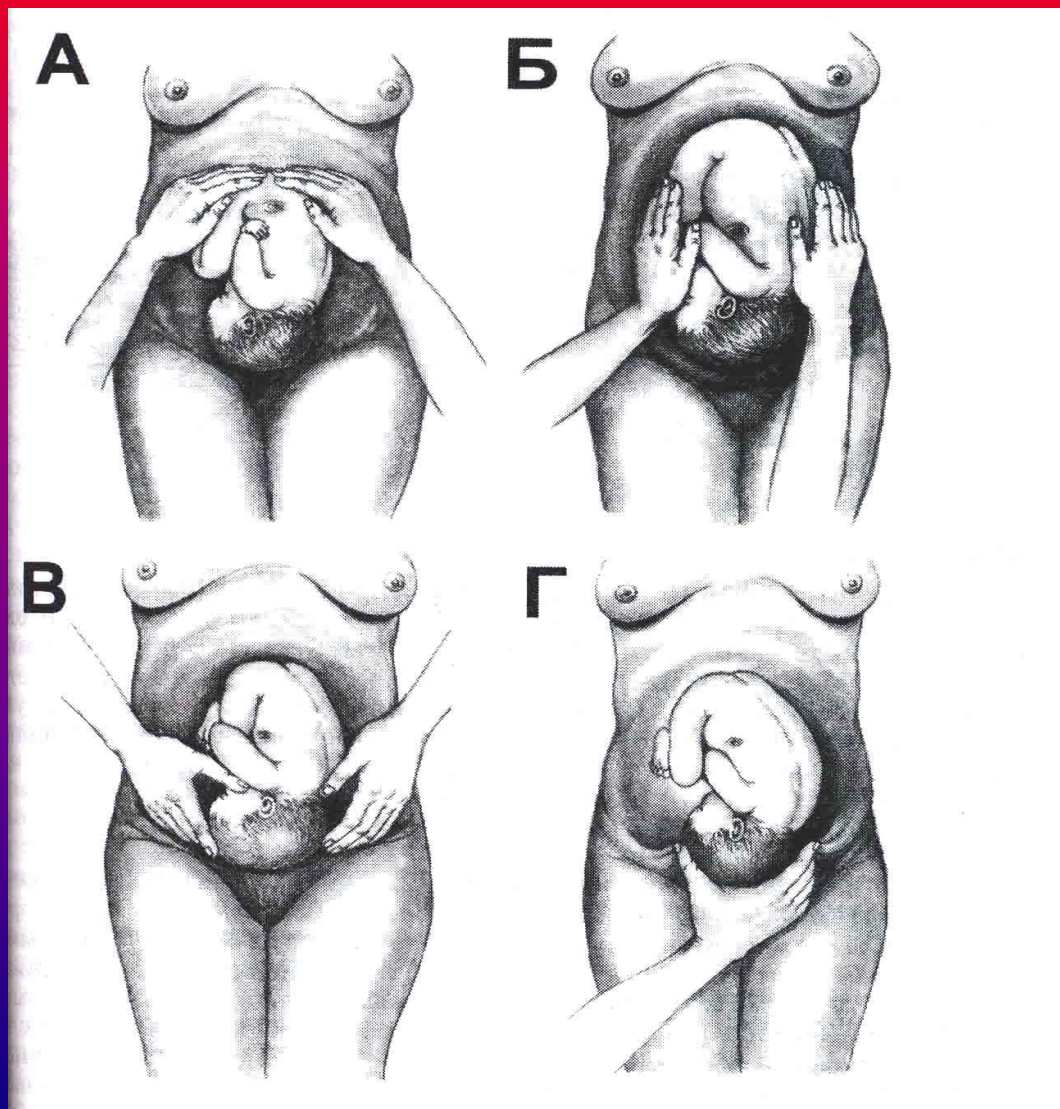




Тактика

1. Решить вопрос о возможности транспортировки роженицы в родильный дом
2. Оценить данные общего и акушерского анамнеза
3. Оценить период родов
4. Оценить характер выделений
5. При необходимости произвести влагалищное исследование
6. Поставить диагноз родов

Осмотр и физикальное обследование



Четыре приема наружного исследования беременной

А. 1й прием – определение высоты стояния дна матки

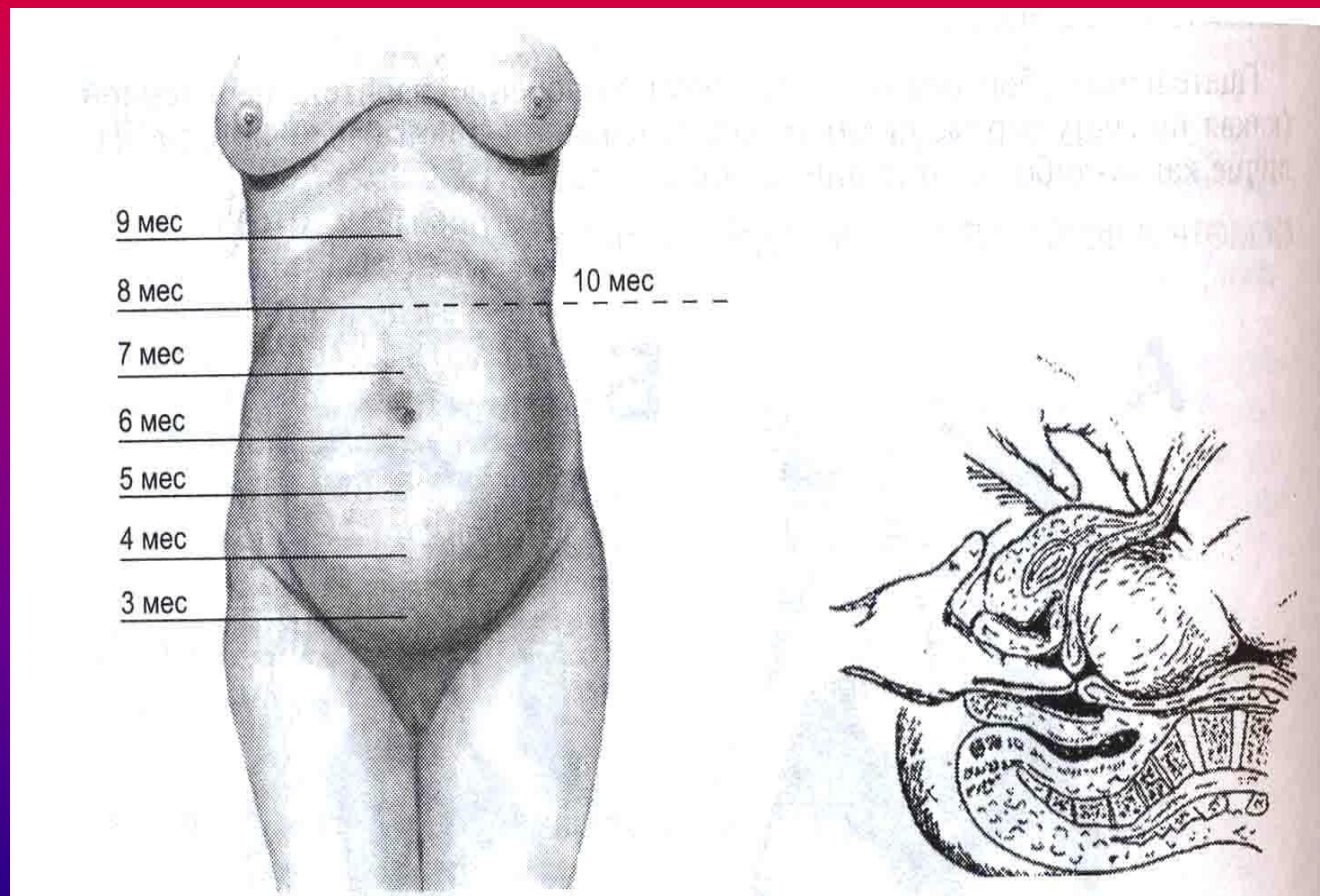
Б. 2й прием - определение позиции плода

В. 3й прием - определение предлежащей части плода

Г. 4й прием - определение предлежащей части к плоскости входа малого таза



Высота стояния дна матки в разные сроки беременности



**Влагалищное
исследование
роженицы**



Ведение первого периода родов

Тактика: активно-выжидательная

Наблюдаем:

1. Развитие схваток
2. Сердцебиение плода
3. Продвижение предлежащей части



Выясняем:

1. Степень болевых ощущений
2. Наличие головокружения
3. Головной боли
4. Расстройства зрения
5. Выслушиваем сердечные тоны плода
6. Систематически измеряем пульс





Регулярно проводится оценка:

- Сократительной способности матки
- Тонуса матки
- Интервала между схватками
- Ритм и частота схваток



Наблюдение за сербцебиением плода при не нарушенном плодном пузыре проводится каждые 15-20 минут, а после излития околоплодных вод – через 5 – 10 минут

1. Частота
2. Ритм
3. Звучность сердечных сокращений плода



Ведение второго периода родов

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



Потуга – это рефлекторное
непроизвольное сокращение гладких
мышц матки и рефлекторное сокращение
поперечнополосатой скелетной
мускулатуры брюшного пресса,
диафрагмы, тазового дна



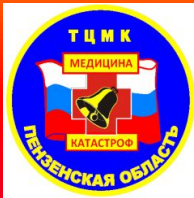
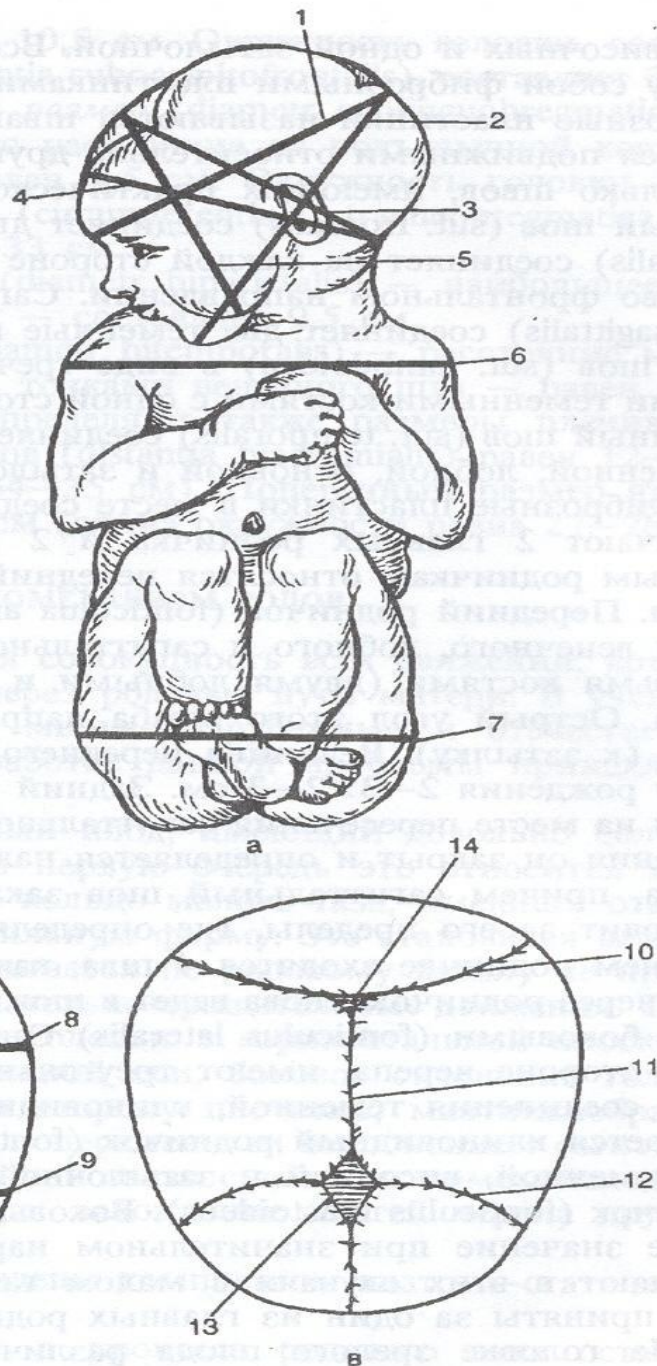
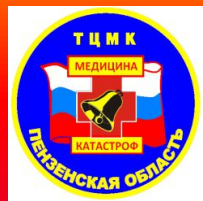


Рис. 43. Основные размеры доношенного плода (а, б).

Швы и роднички черепа новорожденного (в).

1 — прямой размер головки; 2 — большой косой размер головки; 3 — малый косой размер головки; 4 — средний косой размер головки; 5 — вертикальный размер головки; 6 — поперечный размер плечиков; 7 — поперечный размер ягодиц; 8 — большой поперечный размер; 9 — малый поперечный размер; 10 — лямбдовидный шов; 11 — сагиттальный шов; 12 — венечный шов; 13 — передний родничок; 14 — задний родничок.





Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания

1й момент – вставление головки плода во вход
в малый таз

2й момент – сгибание головки

3й момент – крестцовая ротация

4й момент – внутренний поворот головки

5й момент – разгибание головки

6й момент – внутренний поворот туловища и
наружный поворот головки

7й момент – выхождение туловища и всего тела
плода

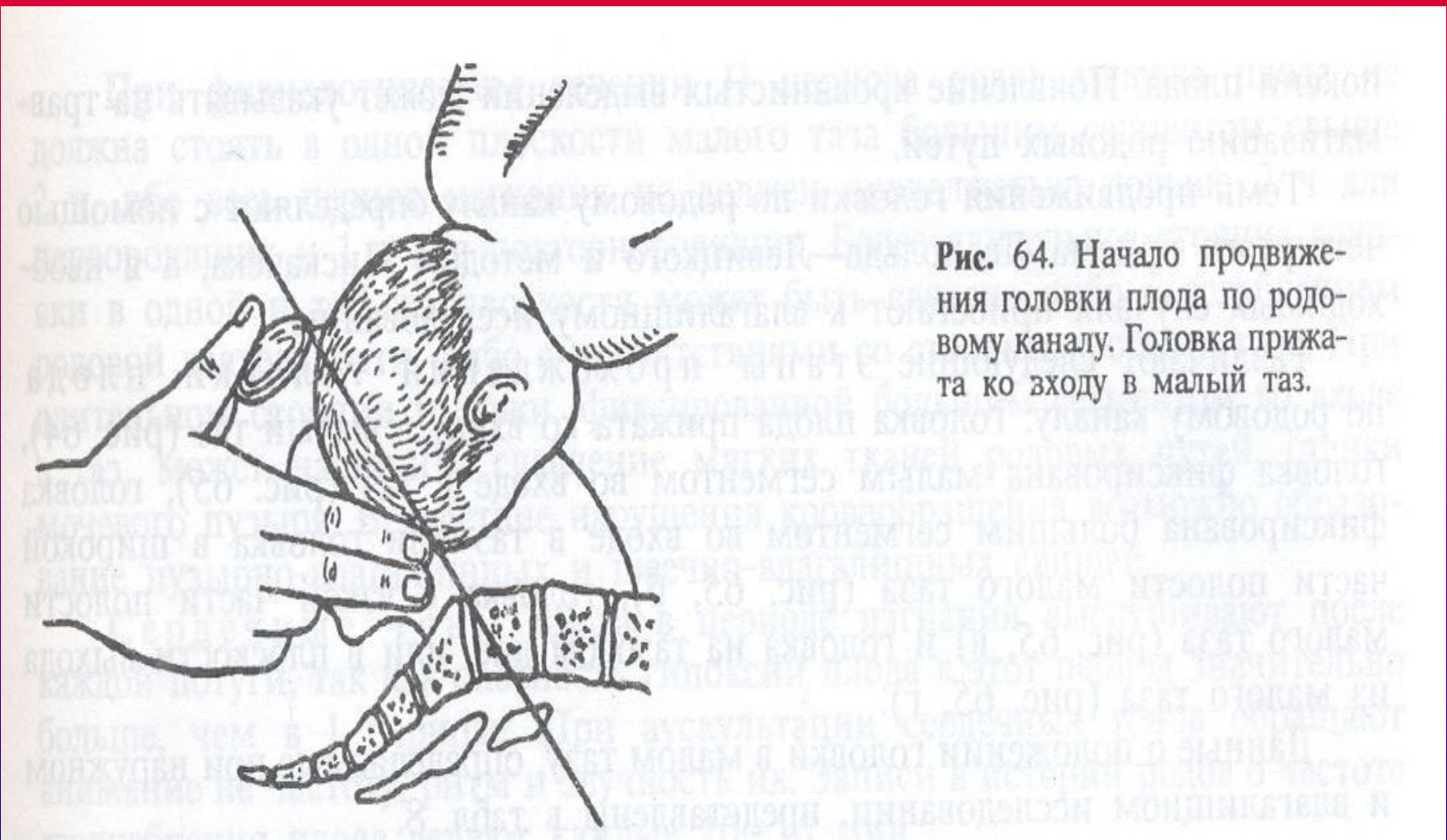


Рис. 64. Начало продвижения головки плода по родовому каналу. Головка прижата ко входу в малый таз.



Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания

- 1й момент – вставление головки плода во вход в малый таз
- 2й момент – сгибание головки
- 3й момент – крестцовая ротация
- 4й момент – внутренний поворот головки
- 5й момент – усиленное сгибание и разгибание головки
- 6й момент – внутренний поворот туловища и наружный поворот головки
- 7й момент – выхождение туловища и всего тела плода

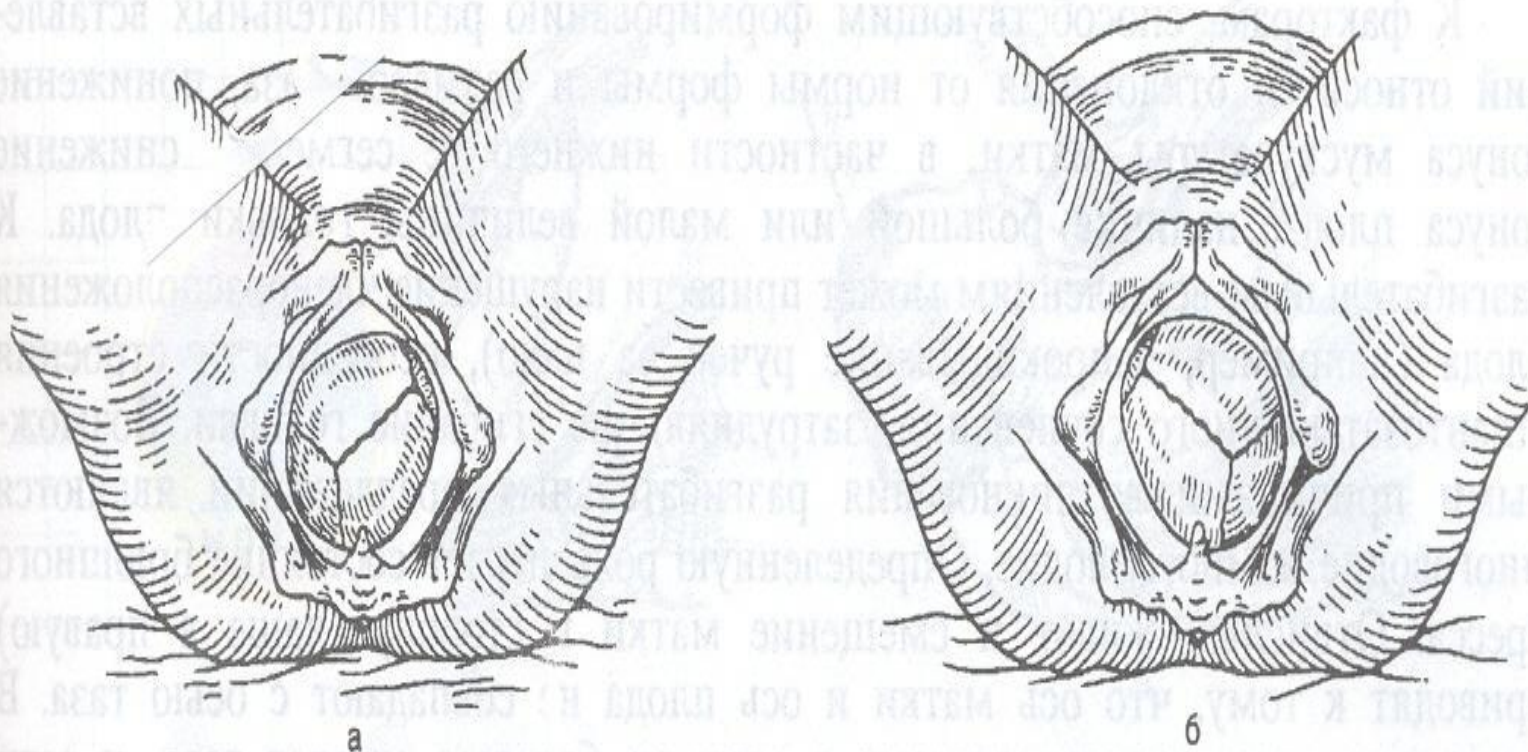


Рис. 48. Положение сагиттального шва и родничков при заднем виде затылочного предлежания.

а — вторая позиция; б — первая позиция.

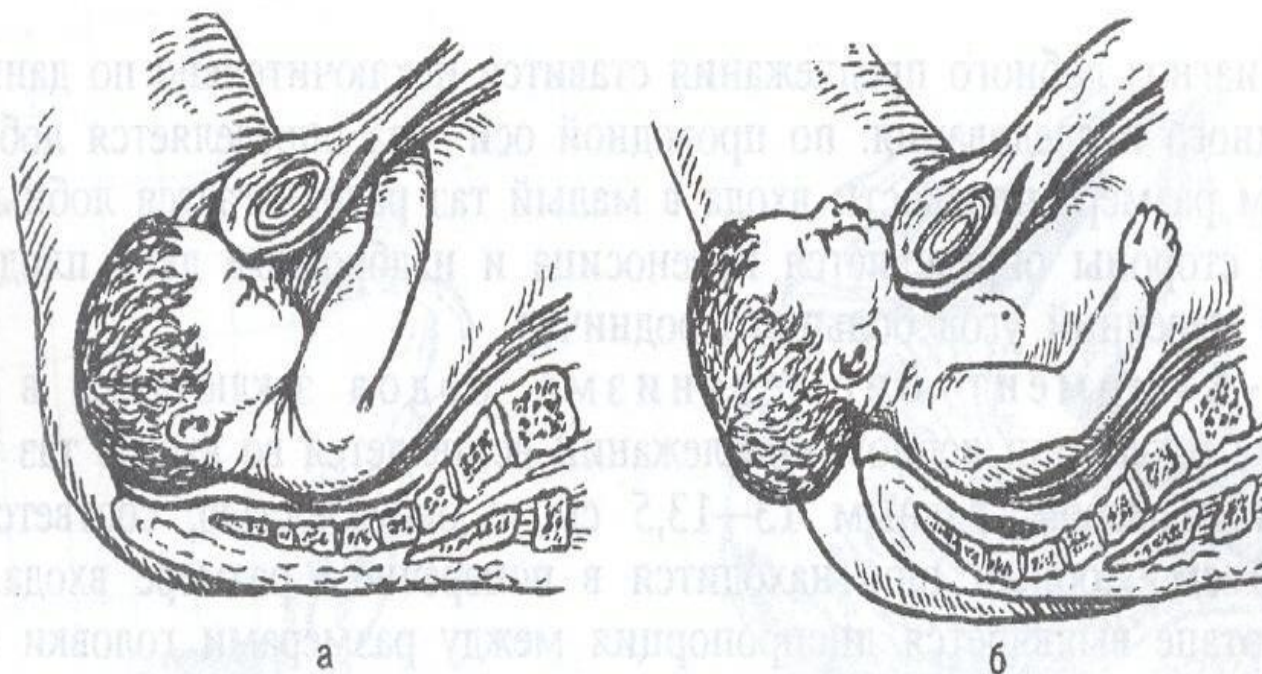


Рис. 49. Биомеханизм родов при переднеголовном предлежании.

а — сгибание головки вокруг первой точки фиксации;

б — разгибание головки вокруг второй точки фиксации.



Рис. 51. Форма головки при лобном предлежании.



Рис. 50. Брахицефалическая головка (штрихом обозначена нормальная форма головки).

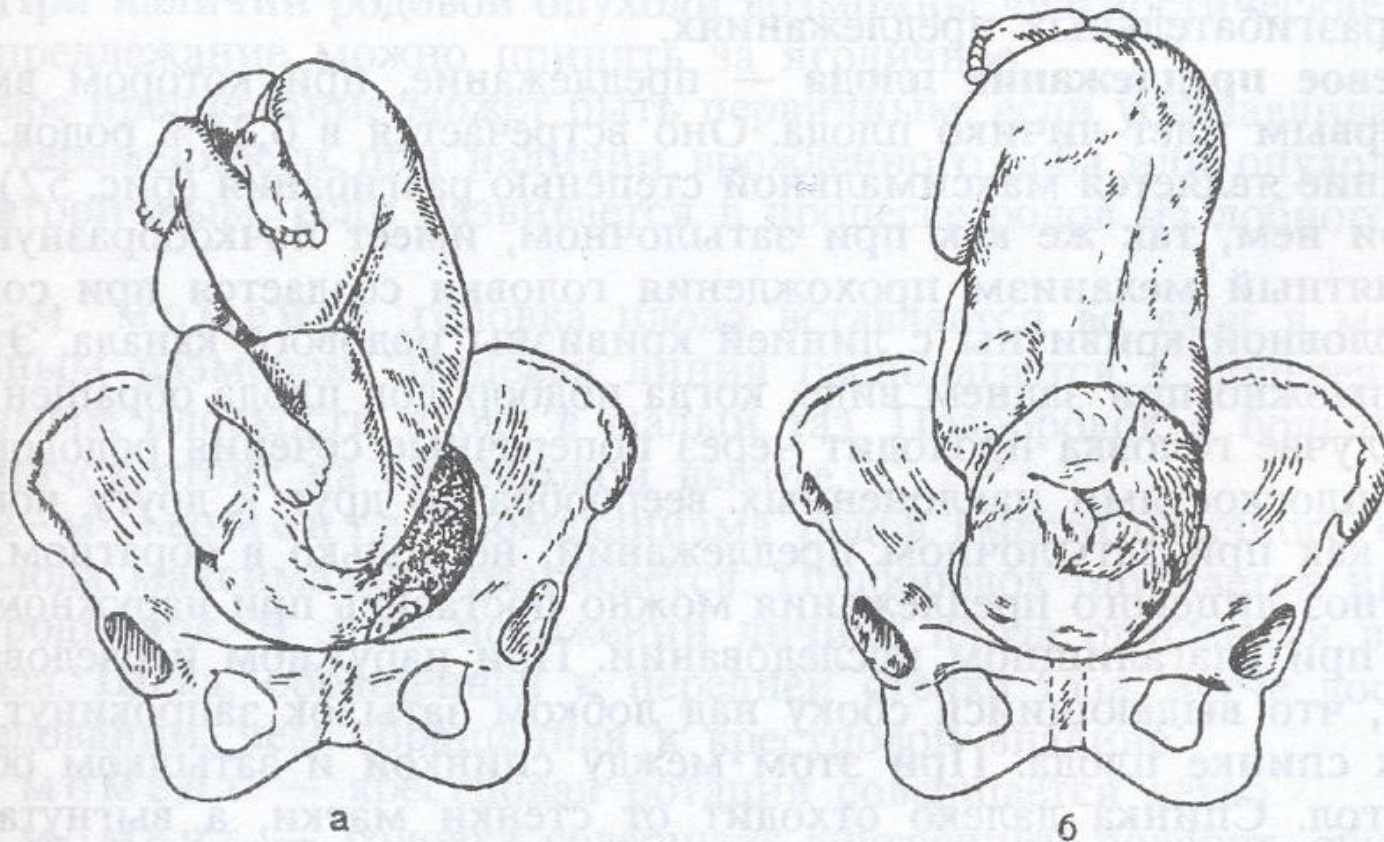
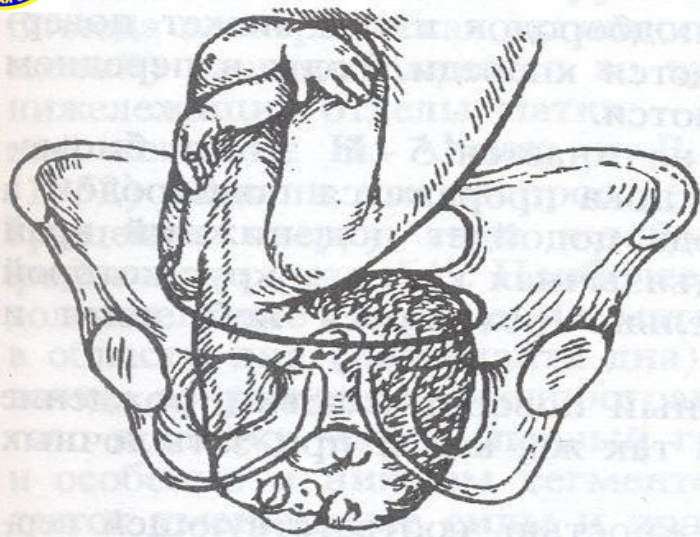
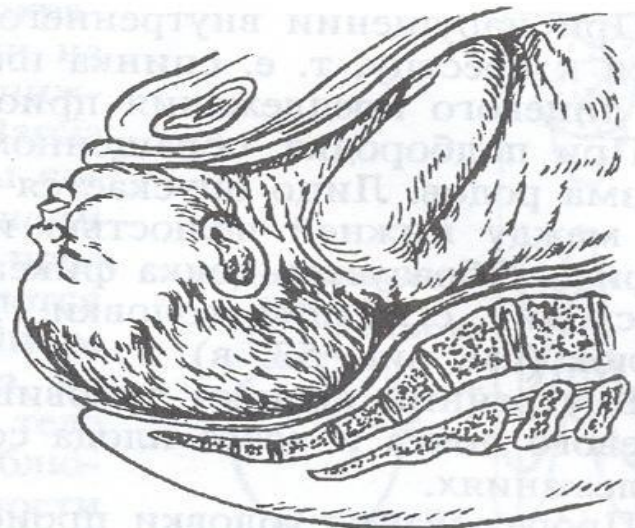


Рис. 52. Лицевое предлежание, продольное положение плода, первая позиция.
а — задний вид; б — передний вид.



а



б



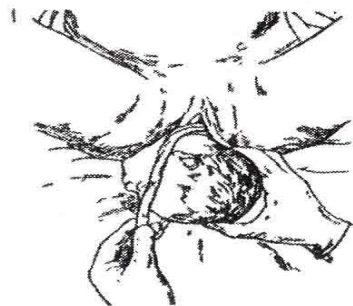
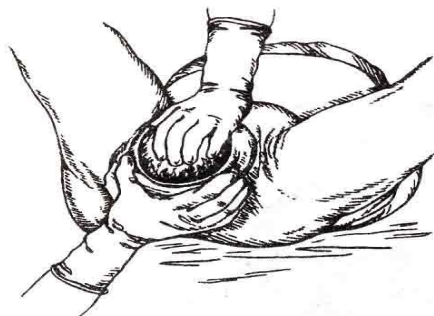
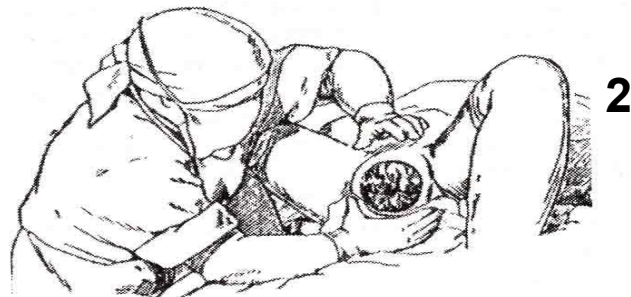
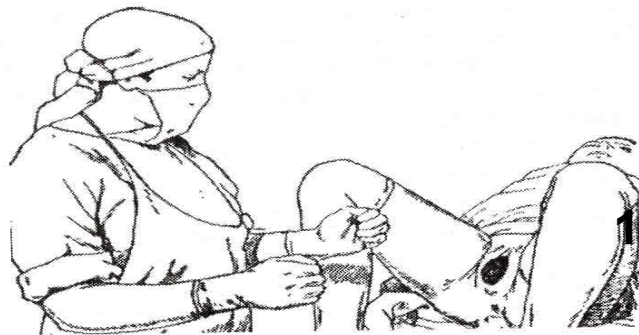
в

Рис. 53. Биомеханизм родов при лицевом предлежании.

а — внутренний поворот головки; б — внутренний поворот головки завершился; в — рождение головки.



Акушерское пособие



- Врезывание головки
- Помощь при прорезывании головки
- Период изгнания. Освобождение личика
- Снятие пуповины, обвитой вокруг шеи плода



DEADHOUSE.RU



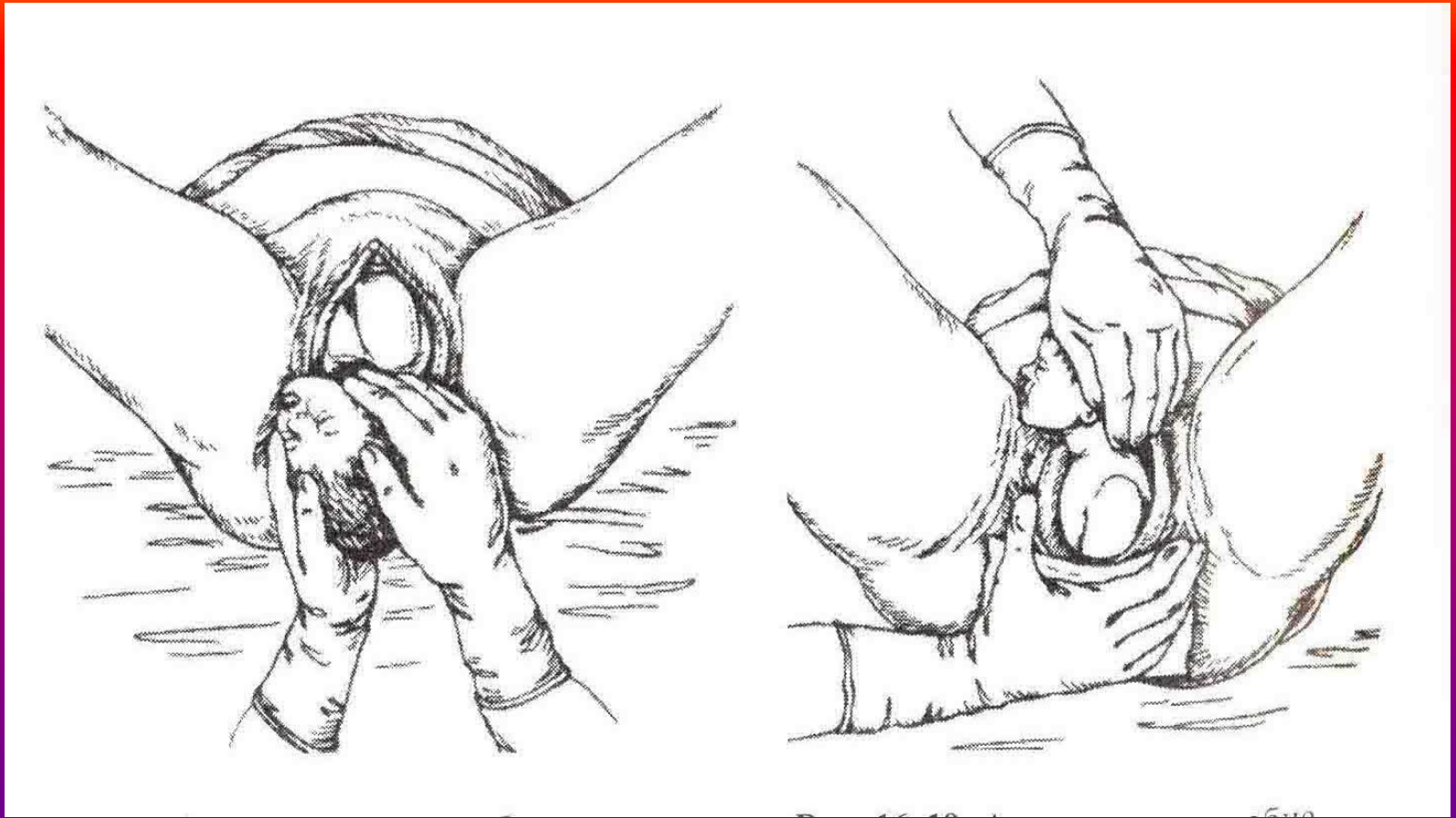
DEADHOUSE.RU







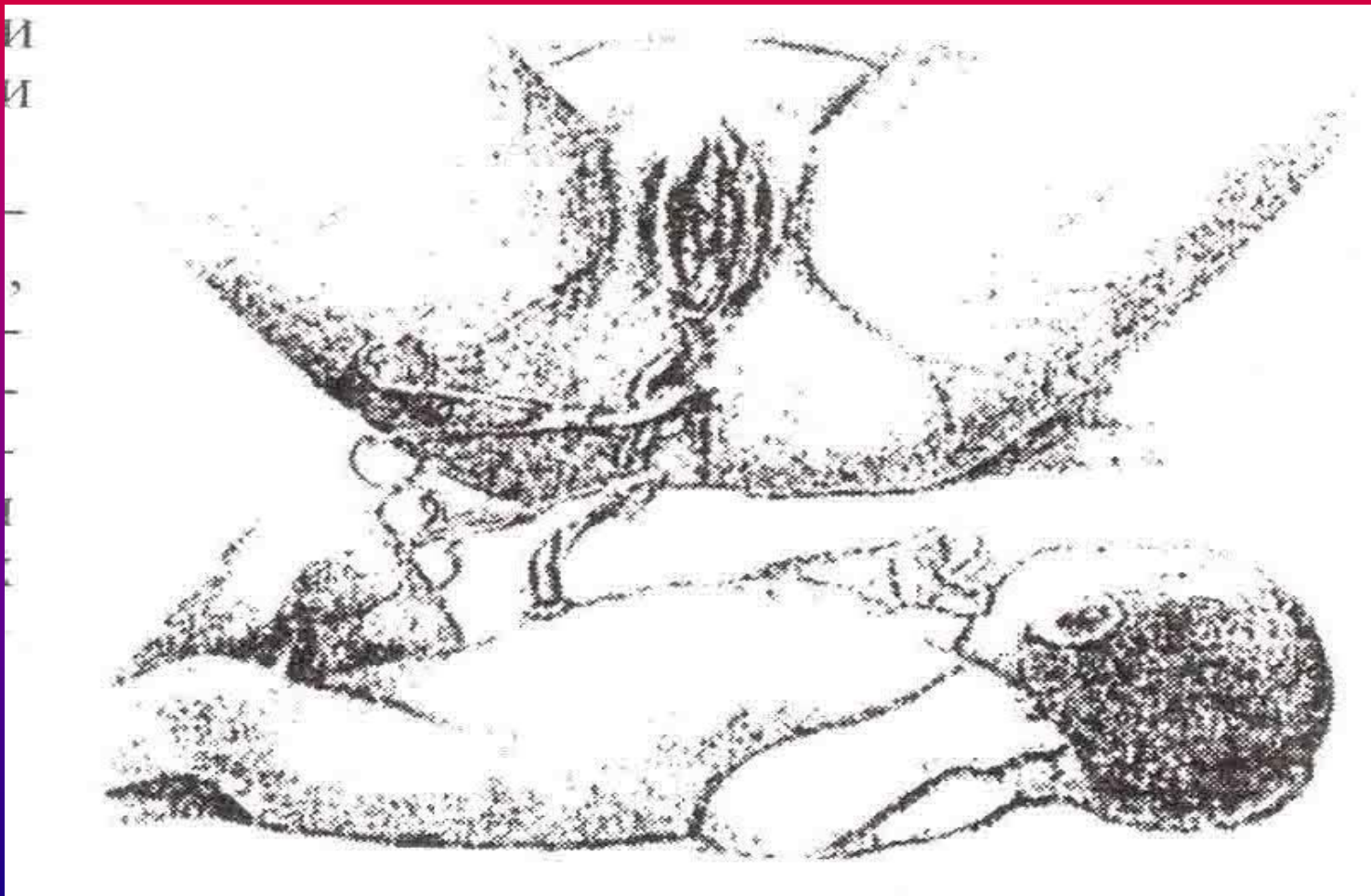




- **Пособие при головном предлежании. Освобождение плечевого пояса**
- **А - выведение переднего плечика**
- **Б – выведение заднего плечика**



Перевязка и рассечение пуповины





Оценка состояния новорожденного по Апгар

Признаки	0 баллов	1 балл	2 балла
Пульс	Отсутствует	Менее 100 уд./мин	Более 100 уд./мин
Дыхание	Отсутствует	Медленное, нерегулярное	Хорошее, крик
Мышечный тонус	Слабый	Сгибает ручки и ножки	Активно двигается
Рефлексы (реакция на катетер в носу)	Отсутствует	Гримасы	Чихает, кашляет, отталкивает
Цвет кожи	Синюшный, бледный	Нормальный, но синюшные ручки и ножки	Нормальный по всему телу



Третий период родов





а



б

Рис. 67. Признак отделения плаценты Кюстнера — Чукалова.

а — плацента еще не отделилась: при надавливании ребром ладони на надлобковую область пуповина втягивается во влагалище; б — плацента уже отделилась: при надавливании на надлобковую область пуповина не втягивается во влагалище.

Признаки отделения плаценты Кюстнера- Чукалова



Рис. 68. Способ выделения послета по Абуладзе.

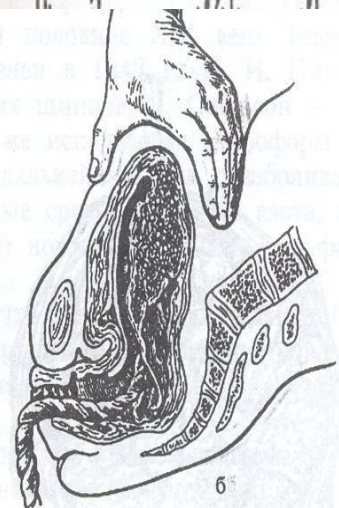
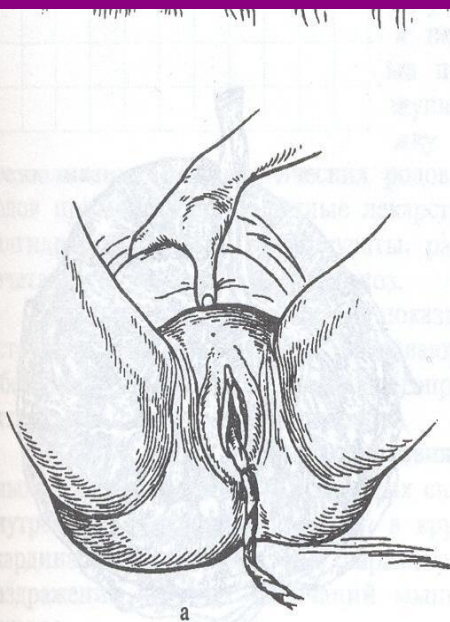


Рис. 69. Способ выделения послета по Креде — Лазаревичу (а), схема (б).

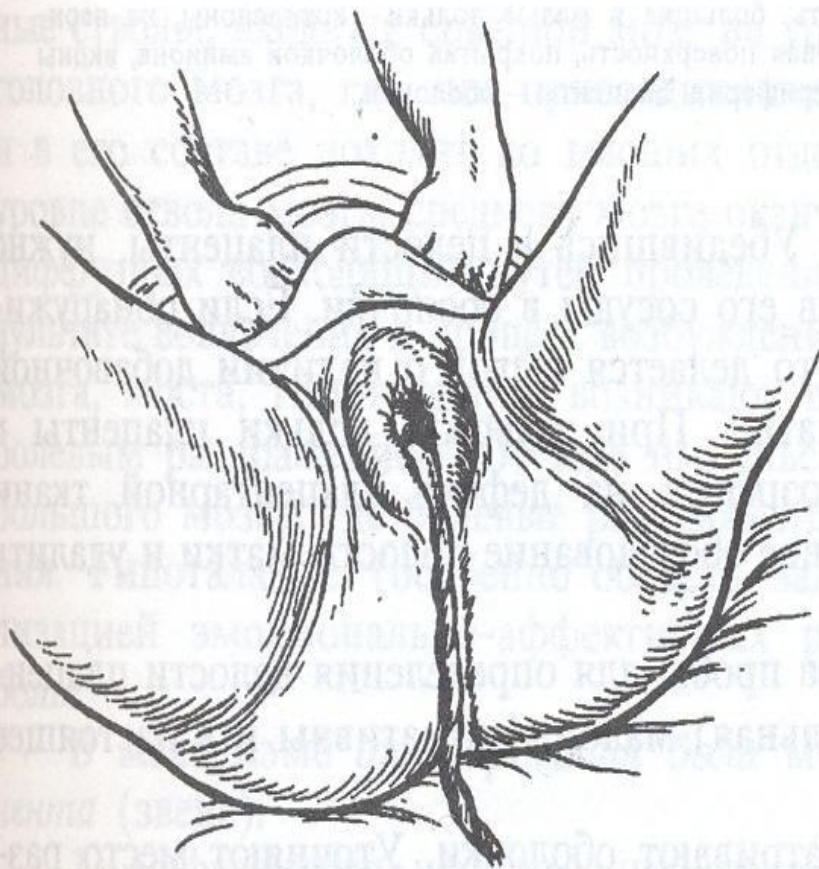


Рис. 70. Способ выделения
последа по Гентеру.



Осмотр последа



Осмотр нижней трети влагалища и промежности после рождения последа



*Только
физиологически
протекающие роды
могут быть
проведены во
внебольничных
условиях*



Аналогично...
роды...























Роды в ножном предлежании...



УСТАНОВИТЕ ОБЪЕДИНЕННУЮ







Гестозы беременных



**Токсикозы и гестозы
беременных – патологические
состояния дисадаптации,
которые возникают только во
время беременности**



**Токсикозы – осложнения,
которые возникают в ранние
сроки беременности**



Гестоз объединяет ряд патологических состояний, характеризующийся полиорганной функциональной недостаточностью с нарушением функции почек, печени, сосудистой и нервной системы, ФПН и возникает во втором или третьем триместре беременности

Клиническая картина:



Гестозы беременной

Оценку степени тяжести проводят по шкале Гоека, дополненной Савельевой Г.М.

Отеки, протеинурия, систолическое и диастолическое АД, срок беременности, гипотрофия плода, фоновые заболевания



Классификация

Гестоз

Чистый

Сочетанный

Неклассифицированный

- Преэклампсия
- Эклампсия
- Эклампсическая кома
- HELLP-синдром



Спасибо за внимание





Спасибо за внимание