

марина драггой

100%

РЕАБИЛИТАЦИЯ

РОДЫ



Как
восстановить
здоровье?



Марина Геннадиевна Дрангой Реабилитация после операции кесарева сечения и осложненных родов

*Текст получен от правообладателя
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=170381*

Аннотация

Рождение ребенка – счастливое событие в жизни каждой женщины. Но как быть, если не все идет гладко? Травмы и осложнения, полученные в родах, возможные последствия операции кесарева сечения – все это осложняет жизнь молодой мамы, сказывается на здоровье ее самой и новорожденного малыша. Эта книга – лучший помощник для тех, кто хочет подготовиться к рождению ребенка, а также быстро восстановиться после родов и вернуться к полноценной жизни. 100%-ное восстановление гарантируется!

Содержание

ПРИЧИНЫ ПОСЛЕРОДОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ	4
Первичная слабость родовой деятельности	9
Вторичная слабость родовой деятельности	11
Чрезмерно сильная родовая деятельность	13
Дискоординированная родовая деятельность	15
ВИДЫ РОДОВ	18
Вертикальные роды	18
Роды в воде	20
Домашние роды	22
ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ	23
Абсолютные показания к кесареву сечению	24
Конец ознакомительного фрагмента.	37

**Дрангой Марина
Геннадиевна
Реабилитация после
операции кесарева сечения
и осложненных родов
ПРИЧИНЫ ПОСЛЕРОДОВЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ**

Течение родов и предродового периода может осложняться различными состояниями, приводящими к различным последствиям в ближайший и отдаленный послеродовый периоды.

В первую очередь следует отметить нарушения в прелиминарный период (предродовый), что проявляется нерегулярными по частоте, длительности и интенсивности болями в низу живота и в области крестца, которые беспокоят женщину более 6 ч. До 6 ч возникновение такого рода болей определяется как нормальные предродовые боли, что в большинстве случаев предшествует развитию нормального родового акта. Боли могут временно прекратиться, затем возвра-

щаются вновь. Без своевременного оказания необходимой помощи такое состояние может продолжаться до 24–48 ч и больше, что сильно изматывает женщину перед родами и ухудшает их дальнейшее течение. Патологический прелиминарный период нарушает психоэмоциональный статус беременной женщины, расстраивает суточный режим сна и бодрствования (так как спать при таких болях женщины, как правило, не могут), сильно утомляет женщину. В этой ситуации также и страдает плод, нарушаются процессы обмена кислорода и других питательных веществ между матерью и плодом. Продолжающиеся не координированные и нерегулярные сокращения матки не приводят к структурным изменениям шейки матки, свидетельствующим о готовности организма к родам или о начале родовой деятельности: шейка, как правило, остается неподготовленной к родам – «незрелой». Заподозрить патологический прелиминарный период в первую очередь позволяют жалобы женщины, а также ее осмотр вагинально. При произведении последнего определяются повышенный тонус матки, особенно в области нижнего сегмента, а также все признаки незрелости шейки матки к родам и повышенный тонус мышц тазового дна и спазм круговых мышц влагалища. Данное состояние иногда возможно купировать применением лекарственных препаратов: обезболивающих, успокаивающих и расслабляющих мускулатуру средств. Благоприятный эффект от применения данного рода препаратов заключается либо в спонтанном начале ре-

гулярной родовой деятельности, либо в создании готовности организма к родам. Неэффективность лечения в сочетании с отягощающими акушерскими факторами (крупным плодом, тяжелым состоянием плода и т. д.), заболеваниями со стороны внутренних органов матери служит показанием к родоразрешению путем операции кесарева сечения.

Помимо описанного патологического процесса в предродовый период, причинами осложнений в послеродовый период могут быть нарушения непосредственно родовой деятельности.

Во время родов выделяют 4 аномалии родовой деятельности:

- 1) первичная слабость родовой деятельности;
- 2) вторичная слабость родовой деятельности;
- 3) чрезмерно сильная родовая деятельность с быстрым и стремительным течением родов;
- 4) дискоординированная родовая деятельность.

Характер и течение родов определяются совокупностью многих факторов, которые определяются как готовность организма беременной к родам. Готовность организма к родам формируется длительное время за счет процессов, которые происходят в материнском организме от момента оплодотворения и развития плодного яйца до наступления родов. В конечном итоге роды являются логическим завершением многоступенчатых процессов в организме матери и плода. Все

эти процессы обусловлены сложными гормональными, гуморальными и нейрогенными взаимоотношениями, которые и обеспечивают в последующем течение родового акта. Совокупность всех этих взаимоотношений и перестройку организма беременной в связи с этим и называют доминантой родов, что на настоящий момент считается основным моментом, определяющим нормальное течение родового акта. Нарушения на отдельных уровнях этой системы, как со стороны матери, так и плода-плаценты, приводят к отклонению от нормального течения родов, что в первую очередь проявляется нарушением сократительной деятельности матки. Причины, приводящие к таким нарушениям, многообразны, однако, ведущими из них являются нарушения в биохимических процессах в самой матке, что в конечном итоге и приводит к нарушениям ее сократительной деятельности в родах, и, как следствия, различного рода, осложнениям в послеродовом периоде.

Не последняя роль в течении родового акта и возможных последующих осложнениях после родов принадлежит плоду. От плода к матери при достаточной зрелости плода поступают различного рода сигналы, что ведет к подготовке материнского организма к родам. Суммирование этих сигналов обеспечивает тот или иной характер родовой деятельности.

Существует большое количество факторов, обуславливающих возникновение аномалий:

1) акушерские (преждевременное излитие околоплодных вод, диспропорция между размерами головки плода и размерами родового канала, дистрофические и структурные изменения в матке, ригидность шейки матки, перерастяжение матки в связи с многоводием, многоплодием, аномалии расположения плаценты, тазовые предлежания плода, поздний гестоз);

2) факторы, связанные с патологией репродуктивной системы (инфантилизм половых органов, возраст женщины старше 30 и моложе 18 лет, нарушения менструального цикла, нейроэндокринные нарушения, искусственные аборты, операции на матке, миома, воспалительные заболевания женских половых органов);

3) общесоматические заболевания, инфекции, интоксикации, органические заболевания центральной нервной системы, ожирение различного генеза, диэнцефальная патология, анемия;

4) факторы, исходящие от плода (гипотрофия плода, внутриутробные инфекции плода, анэнцефалия – отсутствие головного мозга и другие пороки развития, перезрелый плод, иммуноконфликтная беременность, фетоплацентарная недостаточность);

5) внешнее воздействие (необоснованное применение родостимулирующих средств и методов, неумелое обезболивание родов, несвоевременное вскрытие плодного пузыря, грубые исследования и манипуляции).

Первичная слабость родовой деятельности

Одна из наиболее частых причин, приводящих к осложнениям в родах и послеродовом периоде, возникает у женщин преимущественно при первых родах. Частота данной патологии составляет 8–9 %. Слабость родовой деятельности характеризуется длительностью родов, превышающей 12 и даже 18 ч («затяжные роды»), при средней продолжительности родов у первородящих – 11–12 ч, у повторнородящих – 7–8 ч. При таких родах отмечаются редкие, слабые, непродолжительные, малопродуктивные схватки с самого начала родов. По мере прогрессирования родового акта сила, продолжительность и частота схваток либо не нарастают, либо происходят очень медленно. Такой характер схваток приводит к замедленному сглаживанию шейки матки и раскрытию маточного зева и отсутствию поступательного движения предлежащей части по родовому каналу. В конечном итоге течения такого родового акта наступает физическое и психическое утомление роженицы, снижается приспособляемость организма плода к родовому стрессу. Первичная слабость родовой деятельности часто сопровождается преждевременным или ранним излитием околоплодных вод, что может при длительном затянувшемся процессе родового акта привести к инфицированию плода и половых путей, а также утяжеля-

ет состояние плода вплоть до тяжелых исходов. Осложнения после родов с такой патологией заключаются в первую очередь в более медленном восстановлении матки до нормальных размеров, нередко после таких родов развиваются эндометрит и другие инфекционные процессы.

Данная патология требует как можно более быстрого лечения. Изначально терапия направлена на усиление и регулярность родовой деятельности, во многих случаях помогает медикаментозная терапия. При выраженном утомлении женщины используется медикаментозный сон для восстановления сил роженицы. Если роженица бодр, хорошо спала ночью, а роды происходят в дневное время, то родостимулирующая терапия назначается сразу. Применение сокращающих матку средств продолжается на протяжении всего родового акта при успешном ее действии и заканчивается через 30–40 мин после рождения последа.

В свою очередь слабость родовой деятельности, не поддающаяся медикаментозной терапии, служит показанием для родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Вторичная слабость родовой деятельности

По сравнению с первичной слабостью встречается значительно реже, примерно в 2 % случаев. Характерным для этой патологии будет являться ослабление родовой деятельности в конце родового акта (период изгнания, как правило). Причины возникновения вторичной родовой слабости зачастую те же, что и первичной слабости родовой деятельности. Однако причиной вторичной слабости может послужить препятствие продвижения плода (несоответствие размеров плода, рубцовые изменения шейки матки, опухоли в малом тазу). К тому же нередкой причиной данного состояния является неадекватное применение лекарственных препаратов в родах. Предпосылками к развитию такого рода нарушений будут также недостаточность мускулатуры передней брюшной стенки у многорожавших женщин, грыжи белой линии живота, пупочные и паховые грыжи, заболевания нервной системы (полиомиелит, травмы позвоночника), ожирение. Это объясняется возможным в связи с этим нарушением развития потуг. Характерным для данного рода патологии является ослабление силы схваток, урежение и укорочение их, удлинение интервалов между схватками. Женщина отмечает выраженное утомление.

Применение тех или иных методов лечения зависит от

степени готовности родовых путей к прохождению плода (степень раскрытия маточного зева). В случаях достаточного раскрытия и соответствия головки плода родовым путям матери проводится медикаментозная терапия, как правило, с положительным эффектом. В ситуациях, не позволяющих применять данный метод, показаны оперативное родоразрешение (кесарево сечение) или наложение акушерских щипцов и эпизиотомия (в тех случаях, когда головка ребенка уже опустилась в полость малого таза).

Чрезмерно сильная родовая деятельность

Роды с таким течением встречаются достаточно редко (0,7 %). Эти роды отличаются очень сильными и следующими почти без перерыва друг за другом схватками, что приводит к стремительным и быстрым родам. Стремительными являются роды, которые у первородящих продолжаются менее 4 ч, а у повторнородящих – менее 2 ч. В свою очередь быстрые роды характеризуются продолжительностью 6–4 ч у первородящих и 4–2 ч у повторнородящих.

Схватки при бурном течении родового акта чрезвычайно сильные и частые (более 5 схваток за 10 мин). На фоне этого отмечаются чрезвычайно быстрое прогрессирование раскрытия шейки матки и столь же быстрые поступательные движение плода по родовому каналу. К такому виду течения родов в первую очередь предрасположены женщины с наличием акушерской патологии (осложнением течением беременности, к примеру гестоз второй половины беременности) и женщины с заболеваниями внутренних органов (сердечно-сосудистой системы и т. п.), а также женщины с преждевременными родами. Редко такое течение родового акта является следствием применения родостимулирующих препаратов.

Течение сильной родовой деятельности характеризуется

бурным началом с сильными схватками, следующими одна за другой, что приводит к быстрому полному раскрытию маточного зева, излитию околоплодных вод, в нескольких первых потугах рождается плод и сразу за ним послед. Роженица в свою очередь сильно возбуждена, отмечается повышение двигательной активности, учащение пульса и дыхания, повышается артериальное давление.

Такое быстрое и стремительное течение родов является причиной серьезных травм мягких родовых путей у матери: разрыва промежности, влагалища, шейки матки. Зачастую стремительные роды сопровождаются травмированием плода, выраженным ухудшением его состояния, вследствие преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и недостатка поступления кислорода и питательных веществ.

Для лечения данного состояния применяются препараты, снижающие активность матки.

Дискоординированная родовая деятельность

Для дискоординированной родовой деятельности характерны различные формы проявления, а именно может возникать спазм мускулатуры всех отделов матки или большее сокращение нижнего сегмента матки, а также может появляться отсутствие расслабления шейки в момент сокращения мускулатуры тела матки. Данная патология встречается довольно редко, лишь в 1 % от общего количества родов.

Причина возникновения дискоординированной родовой деятельности до конца не известна. Предрасполагающими факторами являются пороки развития матки, рубцовые изменения шейки матки, плоский плодный пузырь, изменения в структуре матки в связи с перенесенными воспалительными заболеваниями и опухолевыми процессами (миомой).

При дискоординированной родовой деятельности женщина ощущает беспокойство, чувство страха, отмечаются болезненные схватки, а также болевые ощущения в области крестца, а не в низу живота (как при неосложненном течении родов). Однако самым главным проявлением данного нарушения родовой деятельности будет являться почти полное отсутствие динамики раскрытия шейки матки, несмотря на кажущиеся активные схватки. Нарушение сократительной деятельности приводит к осложненному течению после-

родового периода, что объясняется повышенной кровопотерей и более частыми травмами родовых путей матери во время родов.

Первоначально, как и при других видах нарушений сократительной деятельности матки, применяются лекарственные препараты, направленные на упорядочивание сократительной деятельности матки. В большинстве случаев отмечается положительный эффект. В свою очередь при отсутствии такого эффекта прибегают к родоразрешению путем операции кесарева сечения.

Причинами осложнений в родах и послеродовом периоде может являться наличие узкого таза у женщины.

Анатомически узким тазом принято называть таз, в котором имеются явные анатомические изменения размеров в сторону их уменьшения в той или иной степени. К клинически узкому тазу относят таз с нормальными размерами и формой, который при крупном плоде и (или) неправильных вставлениях головки оказывается функционально неполноценным.

Роды при сужении таза III и IV степени невозможны. В остальных случаях при маловесном ребенка роды могут произойти, однако, это чревато развитием ряда осложнений в родах: вторичной слабости родовой деятельности, разрывами промежности, слизистой влагалища, шейки матки, а у плода возможно возникновение различных травм (повре-

ждение шейных позвонков, переломы костей) и гипоксических нарушений.

Причинами частого родового травматизма женщины и последующих послеродовых осложнений могут явиться рождение крупного плода (массой больше 4 кг), многоплодная беременность, наличие патологических процессов в половых органах женщины (аномалий развития, недоразвития, опухолевых процессов матки и придатков и т. д.).

ВИДЫ РОДОВ

Вертикальные роды

Роды чаще всего принимаются на специальной кровати в положении женщины на спине с согнутыми и разведенными в стороны ногами. В странах Ближнего востока, Индии женщины часто рожают на корточках или на специальных кроватях. В современных родильных домах нашей страны имеется хорошая оснащенность, и имеются в наличии кровати, позволяющие менять положение женщины. Однако роды в вертикальном положении широко не распространены.

Преимущества такого положения в родах:

- 1) роженица ощущает меньше дискомфорта;
- 2) легче тужиться в таком положении;
- 3) снижается боль;
- 4) уменьшается продолжительность второго периода родов;
- 5) снижается количество внутричерепных травм у ребенка.

Несмотря на все преимущества, имеются и свои *недостатки при применении данного положения в родах:*

- 1) плохо видна промежность, и ее трудно «защищать» — осуществляется это действие акушеркой, которая помогает

растяжению промежности и рекомендует благоприятный интервал потуг со стороны женщины для постепенного расширения промежности, для свободного прохождения плода;

2) при таком положении в родах отмечается большая частота глубоких внутренних разрывов;

3) возникают трудности в наблюдении за состоянием плода и выполнении анестезии в родах;

4) оснащение для проведения родов в таком положении требует специально оборудованных кроватей.

Роды в воде

В настоящее время в крупных городах существуют специализированные родильные дома по проведению родов в воде. Считается благоприятным моментом, что ребенок после рождения попадает в водную среду схожую с той, в которой он находился 9 месяцев, так как в этом случае он испытывает меньший стресс (нет резких перепадов давления, температур и т. п.). К тому же вода способствует уменьшению интенсивности родовой боли. Для родов в воде используют специальный бассейн, водопроводную воду без предварительной обработки, в которую иногда добавляют морскую соль. Температурный режим поддерживается в пределах 36,5—37 °C. Возможно использование гидромассажной установки, оказывающей выраженное успокаивающее и расслабляющее действие.

В некоторых родильных домах рождение происходит не непосредственно в воде (таких родильных домов большинство) а на кресле. Но нахождение в воде первый период родов оказывает положительное действие на роженицу. Положительными сторонами данного способа родов является уменьшение по времени продолжительности первого периода родов и достижение хорошего обезболивающего эффекта. При полноценном оснащении акушерского стационара и достаточном опыте врачей все осложнения таких родов можно

предотвратить.

Домашние роды

Главным преимуществом родов дома является знакомая комфортная атмосфера. Оказать помощь в родах на дому может высококвалифицированный врач, однако на дому отсутствуют технические способы оценки состояния плода, отсутствует запас медикаментов и других необходимых приборов для оказания помощи в экстренных ситуациях, при возникновении неожиданных осложнений течения родов. Поэтому решение рожать дома – очень ответственное со стороны женщины и ее семьи.

При отсутствии возможности рождения ребенка через естественные родовые пути, единственным способом родоразрешения остается операция кесарева сечения. Существует определенная структура показаний для проведения данной операции.

ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВО СЕЧЕНИЕ

Все показания к такого рода операции подразделяются на абсолютные (которые не дают возможности провести роды через естественные родовые пути ни при каких обстоятельствах) и относительные (наличие которых не всегда приводит к оперативному родоразрешению женщины). В свою очередь все показания к выполнению операции кесарева сечения подразделяются на показания со стороны матери и со стороны плода.

Абсолютные показания к кесареву сечению

Абсолютные показания к кесареву сечению со стороны матери

1. Анатомически узкий таз, III–IV степень сужения таза.

Анатомически узкий таз классифицируют по форме и степени сужения:

- 1) поперечно суженный таз;
- 2) плоский таз – простой плоский таз, плоскорахитический таз, таз с уменьшенным прямым размером плоскости широкой части полости малого таза;
- 3) общеравномерносуженный таз;
- 4) кососмещенный и кососуженный таз;
- 5) таз деформированный переломами, опухолями, экзостозами (костные наросты на костях).

Причины формирования анатомически суженного таза различны: недостаточное питание или чрезмерные физические нагрузки в детском возрасте, рахит, травмы, туберкулез, полиомиелит. Способствуют формированию этой патологии нарушения гормонального статуса в период полового

созревания: эстрогены стимулируют рост таза в поперечных размерах и его окостенение, андрогены – рост скелета и таза в длину.

Диагностика поперечносуженного таза весьма затруднена, так как возможно измерить только наружные размеры таза, которые при таком сужении таза, как правило, нормальные. Поэтому с наибольшей достоверностью судить о форме и размерах малого таза можно на основании дополнительных методов исследования.

Однако предположить данную патологию можно на основании имеющихся данных, которые могут привести к развитию патологии костного таза (о заболеваниях, травмах, занятиях спортом, балетом в детстве). Также обращают внимание на течение и исход предыдущих родов (мертворождения, родовые травмы у плода, оперативные вмешательства, травмы родовых путей у матери). Помогает также и обследование женщины в женской консультации и родильном доме. Обследование женщины начинают с измерения роста, массы тела – обращают на себя внимание изменения в телосложении, наличие деформаций костей скелета, хромота. Наружный осмотр женщин с узким тазом часто выявляет остроконечную форму живота у первородящих, отвислую – у повторнородящих. Часто у беременных с узким тазом встречаются поперечные и косые положения плода. С особой тщательностью производят измерение наружных размеров таза. Уменьшение размеров таза и нарушение их соотношений

дают возможность установить не только наличие узкого таза, но и его форму. Информацию о толщине костей малого таза можно получить, используя индекс Соловьева: окружность лучезапястного сустава, превышающая 15 см, свидетельствует о значительной толщине костей и, следовательно, об уменьшении объема малого таза. Также помогает для диагностики влагалищное исследование, при котором возможно определить емкость малого таза, форму крестцовой впадины, наличие изменений костей, например выростов (экзостозов) и других деформаций костей.

2. Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (при отсутствии условий быстрого родоразрешения через естественные родовые пути).

В норме плацента отделяется только после рождения плода. При отделении плаценты раньше этого времени (во время беременности, в I или II периоде родов) такое состояние называется преждевременной отслойкой нормально расположенной плаценты.

К причинам возникновения преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты можно отнести механические факторы – травму живота, увеличение объема матки, а также быстрое опорожнение матки (при многоводии, многоплодии, крупном или гигантском плоде), малую длину пуповины, запоздалый разрыв плодного пузыря, дистрофические изменения эндометрия. В настоящее время большое значение в возникновении преждевременной отслойки

нормально расположенной плаценты придают изменениям сосудов вследствие позднего токсикоза беременных, гипертонической болезни или заболевании почек. Отмечено влияние стрессовых ситуаций на преждевременное отделение плаценты.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты возникает остро. Во время беременности или в родах появляется быстро усиливающаяся боль, первоначально локализуемая в месте расположения плаценты и постепенно распространяющаяся на остальные отделы матки. Интенсивность болевого синдрома различна и зависит от места возникновения отслойки плаценты (наиболее сильно боли выражены при начале отслойки плаценты с центра). Также отмечается повышение тонуса матки, матка становится напряженной, болезненной при пальпации, увеличена в размерах.

Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты бывает легкой и тяжелой. Данное разделение течения этого процесса зависит в первую очередь от кровопотери, обусловленной как площадью отслойки плаценты (частичной, полной), так и быстротой процесса отторжения, а также от причины возникновения отслойки и сопутствующих заболеваний женщины.

При легкой степени тяжести общее состояние беременной или роженицы страдает незначительно. Тяжелая степень отслойки плаценты сопровождается ухудшением состояния

больной, вплоть до появления симптомов шока: бледности кожных покровов, учащений сердцебиения, падения артериального давления. В этой ситуации отмечается выраженное страдание плода в связи с нарушением кровообращения и недостатком кислорода. В такой ситуации состояние плода зависит в первую очередь от площади и быстроты отслойки плаценты. Большинство авторов считают, что при острой отслойке менее $1/3$ плаценты плод находится в состоянии гипоксии (но страдание его на этом этапе компенсировано и при непрогрессировании отслойки плаценты жизнь ребенка вне опасности), тогда как при острой отслойке $1/3$ и более плод всегда погибает.

Кровотечения из половых путей различаются по длительности и количеству выделяемой крови. Кровотечение может быть внутренним, наружным и комбинированным. Даже если кровопотеря внутреннего и наружного кровотечений равна, внутреннее кровотечение считается наиболее опасным и часто сопровождается шоком от массивной кровопотери. Цвет крови, вытекающей через влагалище при острой отслойке, алый, тогда как при отслойке значительной давности – коричневый, серозно-кровянистый с темными сгустками.

Современные диагностические методы, в первую очередь ультразвуковое сканирование, облегчают диагностику отслойки плаценты, дают возможность точно определить площадь отслойки и величину гематомы.

3. Угрожающий или начавшийся разрыв матки.

Частота разрывов матки составляет 0,1–0,05 % от общего числа родов. Угрожающий и тем более начавшийся разрыв матки, происшедший в стационаре, всегда является следствием неправильного ведения родов.

По времени возникновения угрожающий разрыв матки может быть во время беременности и во время родов.

Причины, приводящие к возникновению разрыва матки, различны:

1) самопроизвольные разрывы матки возникают при механическом препятствии для родоразрешения и здоровой стенке матки; при патологических изменениях стенки матки; при сочетании механического препятствия и изменений стенки матки;

2) насильственные разрывы матки обусловлены грубым вмешательством во время родов при отсутствии перерастяжения нижнего сегмента или случайной травмой;

3) смешанные обусловлены внешним воздействием – механическим, при наличии перерастяжения нижнего сегмента.

В настоящее время доказано, что основное значение в возникновении данного процесса имеют сочетание патологических изменений в стенке матки (хроническое воспаление эндометрия и других слоев матки при воздействии инфекционного агента) с механическим фактором.

Как правило, разрыв матки является следствием перерастяжения нижнего сегмента, связанного с механическим пре-

пятствием для рождения плода. Под влиянием родовой деятельности плод как бы изгоняется в перерастянутый нижний сегмент. В результате именно в этот момент любое, даже самое незначительное, воздействие приводит к разрыву перерастянутого нижнего сегмента матки. Препятствия в родах, способствующие разрыву матки, очень разнообразны; это узкий таз, крупный плод, неправильное вставление головки, неправильное положение плода, значительные рубцовые изменения шейки матки. В результате последних исследований также обнаружено, что при затяжных родах отмечается значительное нарушение энергетического метаболизма, приводящее к накоплению токсических соединений, повреждающих ткани. Мышца матки становится дряблой, легко рвется. Сам разрыв происходит на фоне ослабленных сокращений матки или дискоординированной родовой деятельности. Изменения в миометрии могут возникнуть вследствие различных многообразных причин: недоразвития и пороков развития матки (матка, бедная мышечной тканью, менее эластична), рубцовых изменений в связи с абортами, осложненном течением предыдущих родов, инфекции. Наиболее же частой причиной неполноценности мышечного слоя матки является рубец после предшествовавшего кесарева сечения, особенно при прикреплении плаценты в области рубца.

К операции кесарева сечения, как правило, приступают при угрожающем разрыве матки, намного реже встречаются операции при уже совершившемся разрыве матки (операции

подвергаются женщины, у которых разрыв матки произошел вне стационара).

Угрожающий разрыв матки, как правило, характеризуется четкой определенной симптоматикой. Возникновение симптомов совпадает с началом второго периода родов. Отмечается беспокойное состояние женщины, преобладают жалобы на чувство страха, сильные непрекращающиеся боли в животе и пояснице, несмотря на введение обезболивающих препаратов. Родовая деятельность чаще всего сильная, схватки частые, очень болезненные. В период между схватками матка практически не расслабляется. Недостаточно выраженная родовая деятельность может отмечаться у повторнорожавших женщин. Матка из-за этого перерастягивается, особенно нижний сегмент, поэтому при его пальпации отмечается резкая болезненность.

При клинической картине уже совершившегося разрыва матки выраженность всех симптомов резко увеличивается: на фоне всех вышеперечисленных симптомов появляется ощущение сильной внезапной «кинжальной» боли, иногда ощущения, что в животе что-то лопнуло, разорвалось. Родовая деятельность, которая до этого времени была бурной или средней силы, внезапно прекращается. Могут появиться кровянистые выделения из половых путей, хотя чаще кровотечение отмечается в брюшную полость. В дальнейшем развивается картина шока, связанного с кровопотерей и травмой. При оказании срочной квалифицированной ме-

дицинской помощи (борьбы с кровопотерей и экстренной операции кесарева сечения) женщина и ребенок могут погибнуть.

4. Полное предлежание плаценты или кровотечение при неполном ее предлежании.

Предлежание плаценты характеризуется неправильным ее расположением: вместо тела матки плацента в той или иной степени захватывает нижний сегмент. Частота этого осложнения составляет 0,5–0,8 % от общего числа родов.

Чаще всего различают следующие варианты предлежания плаценты:

- 1) центральное, при котором плацента располагается в нижнем сегменте и полностью перекрывает внутренний зев;
- 2) боковое, при котором плацента частично располагается в нижнем сегменте и не полностью прикрывает внутренний зев;

3) краевое, когда плацента также располагается в нижнем сегменте, достигая краем внутреннего зева. Следует отметить, что в клинической практике врача определить вариант предлежания возможно лишь при раскрытии маточного зева (около 5–6 см). Поэтому практически акушеры-гинекологи пользуются упрощенной классификацией – делением предлежания плаценты на полное и неполное (частичное). К причинам возникновения такой патологии можно отнести травмы и воспалительные заболевания эндометрия, многократные роды, аборт и др. Предлежание плаценты обыч-

но возникает у повторнородящих (около 75 %) и значительно реже – у первородящих (около 25 %). Среди факторов, способствующих предлежанию плаценты, следует указать на генитальный инфантилизм, нарушения в эндокринной системе (нарушение в щитовидной железе, яичниках и т. д.), рубцы на матке, миому. К данной патологии могут привести некоторые заболевания, нарушающие кровообращения. К ним относятся болезни сердечно-сосудистой системы, почек и печени.

Отмечается, что данная патология значительно чаще возникает I триместре беременности, тогда как в последующем отмечается смещение расположения плаценты в связи с ростом тела матки в длину. Возможность миграции плаценты также объясняется «поиском» ворсинами более благоприятных, чем нижние отделы матки (перешеек – нижний сегмент), мест для обеспечения необходимого питания плодного яйца. Плацента при предлежании обычно отличается от нормально прикрепленной: она тонка, увеличена в размерах. Отмечено, что миграция плаценты чаще наблюдается при локализации ее на передней стенке матки.

Проявляется предлежание плаценты повторяющимися кровотечениями из половых путей во время беременности. Кровотечение может быть коротким и незначительным, длительным и обильным, спонтанным или обусловленным провоцирующими факторами (физической нагрузкой, половым актом, дефекацией, влагалищным исследованием). Появление

ние кровотечений отмечается в сроки от 12 до 40 недель беременности. Во время беременности причиной кровотечения при предлежании плаценты является ее отслойка. В конце беременности появление кровотечения связано с формированием нижнего сегмента матки: малоэластичная плацентарная ткань не способна растягиваться вслед за растяжением стенки матки, частично происходят ее отрыв и отслоение, при этом вскрываются межворсинчатые пространства, и начинается кровотечение. В родах этот процесс выражен в большей степени, что может привести к сильному профузному кровотечению. Имеется связь между временем возникновения кровотечения и места расположения плаценты. При возникновении впервые кровотечение может быть как умеренным, так и обильным, иногда отмечается интенсивное кровотечение, весьма опасное для жизни матери. У подавляющего большинства женщин после начала кровотечения возникают преждевременные роды.

В большинстве случаев диагностика предлежания плаценты не представляет особых сложностей. Очень важно соблюдать все меры предосторожности. Влагалищное исследование можно проводить только в достаточно оборудованном стационаре при развернутой операционной, так как внутреннее исследование может спровоцировать профузное кровотечение. В диагностике предлежания плаценты наиболее информативным является метод ультразвукового сканирования.

В связи с незначительными кровянистыми выделениями назначают постельный режим, препараты, снижающие сократительную способность матки, улучшающие кровообращение между плацентой и плодом. Необходимо проводить также противоанемическую терапию (анемия развивается вследствие периодических кровотечений). Беременные с предлежанием плаценты до конца беременности находятся в стационаре под строгим наблюдением персонала. В случае появления выраженного кровотечения или часто повторяющихся незначительных кровянистых выделений целесообразно при любом сроке беременности произвести операцию кесарева сечения. Если же женщина с полным предлежанием плаценты доносила беременность до конца, то единственный способ родоразрешения – кесарево сечение в плановом порядке.

5. Эклампсия во время беременности или в первом периоде родов; отсутствие возможности достаточно быстро родоразрешить беременную с тяжелым гестозом, не поддающимся терапии. Появление почечно-печеночной недостаточности.

Развитие во время беременности тяжелого гестоза второй половины беременности неблагоприятно сказывается на состоянии плода и организме матери. Причем значение имеет не только степень тяжести гестоза, но и длительность его течения. Так, отрицательное влияние на организм длительно текущих легких форм гестозов не менее значительно, чем

воздействие их быстро прогрессирующих в своей тяжести форм.

Гестоз (поздний токсикоз) является осложнением второй половины беременности, характеризуется нарушением нормального функционирования органов и проявляется возникновением отеков, протеинурии (обнаружением белка в моче), гипертензии (подъемом артериального давления).

Гестоз встречается у 2-14 % беременных. Отмечается более частое возникновение данной патологии у женщин, страдающих различными хроническими заболеваниями внутренних органов, а также у женщин с первыми родами, особенно у юных (до 18 лет), и у беременных старше 30 лет. Зачастую отмечается возникновение гестоза второй половины беременности у женщин, у которых в семье (у матери, сестры, дочери) имело место развитие данной патологии во время беременности.

Гестозы разделяются на 4 стадии:

- 1) отеки беременных;
- 2) нефропатия (патология почек) – легкая, средней тяжести, тяжелая;

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.