Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Гинекологии

Зав. кафедрой д.м.н., -------------------

Реферат

на тему:

«Неотложные состояния в акушерстве»

Выполнила: студентка V курса ----------

----------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

Пенза

2008

# **План**

Введение

1. Диагностика беременности

* Симптомы
* Признаки беременности
* Проба на беременность
* Ультразвуковое исследование

1. Воздействие медикаментов и радиации во время беременности

* Медикаменты
* Антибиотики
* Анальгетики
* Антикоагулянты
* Противосудорожные препараты
* Психотропные средства
* Препараты для лечения астмы
* Противорвотные средства
* Облучение

1. Осложнения, требующие хирургического вмешательства

* Внематочная беременность
* Влагалищное кровотечение при беременности
* Родоразрешение во внегоспитальных условиях
* Посмертное кесарево сечение

Литература

**ВВЕДЕНИЕ**

Беременность требует существенной физиологической адаптации всех органов и систем для обеспечения нормального роста и развития плода, а также родов и последующего восстановления организма матери. Врач ОНП должен понимать эти физиологические изменения ввиду следующих обстоятельств: 1) соответствующее лечение неакушерских неотложных состояний у беременной должно отражать оценку симптомов, связанных с беременностью, при этом учитываются адаптивные физиологические процессы и изменения данных объективного исследования и лабораторных анализов; 2) соответствующее лечение при акушерских неотложных состояниях должно основываться на понимании физиологических изменений у матери и плода.

В реферате рассматриваются следующие вопросы: 1) диагностика беременности; 2) принятие решения о проведении рентгенологической диагностики и выбор медикаментозных средств для беременности; 3) осложнения, требующие хирургического вмешательства, в том числе внематочная беременность, расстройства, вызванные кровотечением во время беременности, и посмертное кесарево сечение.

**1. ДИАГНОСТИКА БЕРЕМЕННОСТИ**

У всех женщин детородного возраста наличие беременности предполагается до тех пор, пока не будет доказано обратное. Применение этого правила в ОНП весьма целесообразно ввиду следующих обстоятельств: 1) наличие умеренно выраженных симптомов, таких как боль, в молочных железах, тошнота, учащение мочеиспускания или повышенная утомляемость, может объясняться беременностью; 2) осложнения беременности должны рассматриваться у любой женщины детородного возраста при появлении боли в животе или кровотечения из влагалища; 3) осложнения беременности следует иметь в виду при дифференциальной диагностике у женщин детородного возраста с гипертензией, судорогами, тромбоэмболией или желтухой; 4) при облучении и медикаментозной терапии следует учитывать возможную беременность; 5) многие общие осложнения (например, лишай, краснуха, сахарный диабет) могут оказывать неблагоприятное влияние на нормальное развитие плода и его выживание и требуют консультации генетика или специализированной акушерской помощи в поздние сроки беременности.

**Симптомы**

В анамнезе беременной женщины обычно имеется несвоевременный приход менструации, ее отсутствие или незначительное выделение крови. На 4-й неделе после последней нормальной менструации женщина может заметить умеренную болезненность молочных желез и (или) чувствительность сосков. В следующие несколько недель часто появляются повышенная утомляемость, тошнота и учащение мочеиспускания. Нередко даже в отсутствие характерных симптомов многорожавшие женщины ощущают наступление беременности.

**Признаки беременности**

Примерно через 4 недель после СПМ могут появиться легкое нагрубание и болезненность молочных желез. При влагалищном исследовании опытный гинеколог обычно определяет беременность сроком 6—8 недель на фоне аменореи по признакам размягчения и по синеватой окраске шейки матки (у женщин, не использующих гормональные контрацептивы), а также по размягчению и увеличению матки (у пациенток без ожирения). Через 12 недель беременности матка может пальпироваться через переднюю брюшную стенку.

**Проба на беременность**

Все пробы на беременность основаны на определении уровня человеческого хорионического гонадотропина, который начинает вырабатываться после имплантации оплодотворенного яйца (около 9 дней после зачатия). Уровень ХГ достигает своего пика на 50—60-й день аменорейного периода, но остается определяемым вплоть до 10—14-го дня после окончания беременности.

Выбор теста на беременность осуществляется с учетом времени его проведения, сложностью необходимого для этого оборудования, чувствительностью и специфичностью. Например, быстрые тесты, определяющие низкие уровни ХГ, имеют высокую частоту ложноположительных результатов. В одном из исследований, где использовались 14 различных готовых наборов для определения ранних сроков беременности по анализу мочи (от 600 до 1000 мЕД ХГ на 1 мл; 5 недель беременности), правильные результаты были получены в 16—96 % случаев в зависимости от применяемого тестового набора. Тестирование крови (особенно определение (3-ХГ) дает более точные результаты. Врачи и лаборанты должны знать чувствительность и специфичность применяемых тестов и основываться не только на данных, заявленных изготовителями готовых наборов.

Ложноположительные результаты мочевых тестов наблюдаются при значительной гематурии, протеинурии, тубоовариальном абсцессе, тиреотоксикозе, сохраняющейся кисте желтого тела, при беременности с пузырным заносом, при ХГ-секретирующих опухолях и преждевременной менопаузе. Кроме того, ложноположительные результаты могут быть обусловлены некоторыми препаратами: метилдопа, марихуана, метадон, ацетилсалициловая кислота (в больших дозах), фенотиазин, противосудорожные средства, антидепрессанты и препараты, используемые при болезни Паркинсона.

Результат любого теста на беременность должен учитываться при общей клинической оценке состояния пациентки.

**Ультразвуковое исследование**

Трансабдоминальная ультрасонография в реальном масштабе времени способна определить нормальную внутриматочную беременность на 6-й неделе гестации. Трансвагинальное ультразвуковое исследование может определить беременность примерно на 1 неделю раньше.

**2. ВОЗДЕЙСТВИЕ МЕДИКАМЕНТОВ И РАДИАЦИИ ВО ВРЕМЯ**

**БЕРЕМЕННОСТИ**

Важный принцип тератогенеза состоит в том, что его нельзя доказать любым допустимым воздействием. Может быть доказано лишь повышение риска тератогенных воздействий, если имеется достаточное количество данных наблюдений у человека. Большинство клинических воздействий сопряжено с риском, находящимся между этими крайностями. Хотя большинство неблагоприятных исходов беременности не обусловлено применением медикаментов или облучения, их перечень производит ужасное впечатление: самопроизвольный выкидыш — в 15—20 % случаев, преждевременные роды — в 8 %, мертворожденные — в 1 %, врожденные аномалии — в 3—5 %, церебральный паралич — в 0,25 %, задержка умственного развития или поведенческие нарушения — в 8%. Пациентки часто не знают, что материнская природа имеет более неблагоприятное влияние на плод, чем большинство медицинских воздействий.

**Медикаменты**

Только 2 % врожденных уродств могут быть отнесены на счет медикаментов. Тем не менее, при назначении и выборе медикаментозной терапии во время беременности следует учитывать не только соображения ее выгоды, но и сопряженный с ней риск для матери и плода.

**Антибиотики**

Пенициллины, цефалоспорины и эритромицин широко применяются при беременности без побочных эффектов. Однако эстолатную форму эритромицина не следует использовать ввиду повышения риска холестатического гепатита у матери. Сульфаниламиды конкурируют с билирубином, связывая альбумин, и могут вызвать желтуху в случае их применения в поздние сроки беременности. При тяжелой инфекции могут использоваться аминогликозиды, однако потенциальная ототоксичность и нефротоксичность для плода делают их относительно противопоказанными. Тетрациклины могут быть причиной гепатоцеллюлярного некроза у матери и гипоплазии костей и зубов у плода. Синдром седых волос, наблюдаемый у новорожденных вследствие лечения матери хлорамфениколом, обусловливает относительное противопоказание для применения этого препарата в поздние сроки беременности. Следует избегать назначения оксидантов, таких как нитрофурантоины, беременным пациенткам с потенциальным дефицитом глюкозо-6-фосфатде-гидрогеназы. Ввиду мутагенных изменений, продемонстрированных при использовании метронидазола в эксперименте на животных, этот препарат признан относительно противопоказанным, особенно в первые 3 месяца беременности. Однако его неблагоприятное воздействие на организм человека не доказано. Триметоприм (бактрим, септра) относительно противопоказан при беременности из-за своего антифолатного действия.

**Анальгетики**

Применение салицилатов с их мощным влиянием на метаболизм простагландинов и функцию тромбоцитов связывают с некоторым повышением числа мертворожденных, а также с увеличением продолжительности беременности и возникновением внутрижелудочного кровотечения у плода. Сильные анальгетики, такие как морфий и меперидин (демерол), связывают преходящее депрессивное влияние на ЦНС у новорожденных при кратковременной экспозиции или вызывают жизнеугрожающий синдром отмены у новорожденного при хроническом использовании препарата. Закись азота, которая блокирует витамин В2 и метаболизм фолатов, не должна назначаться на длительные периоды времени беременным пациенткам, особенно в первые 3 месяца.

**Антикоагулянты**

Варфарин (кумадин) проходит через плаценту и ассоциируется с неблагоприятным исходом беременности в 35 % случаев его применения в I триместр беременности, включая специфический варфариновый синдром у плода (8 %). Осложнения в виде кровотечения у плода могут быть результатом экспозиции препарата в III триместр беременности. С другой стороны, гепарин не проходит через плаценту и не оказывает неблагоприятного воздействия на плод. Его хроническое (более 6 месяцев) применение в терапевтических дозах при беременности предрасполагает к обратимому остеопорозу и переломам. При беременности гепарин является антикоагулянтом выбора. Безопасность тромболитических агентов, таких как стрептокиназа и активатор тканевого плазминогена, пока не доказана.

**Противосудорожные препараты**

Дети, рожденные матерями с эпилепсией, несмотря на лечение, имеют повышенный риск врожденных аномалий. Кроме того, фенитоин (дилантин) повышает риск специфического синдрома (черепно-лицевые аномалии, деформации конечностей, недостаточный рост и задержка умственного развития). Применение триметадиона (тридион) связано со многими пороками развития, а также с повышенным риском самопроизвольного выкидыша. В настоящее время нет оснований для противопоказания в отношении быстрого внутривенного введения стандартных препаратов с целью контроля эпилептического статуса. Женщинам репродуктивного возраста с эпилепсией следует советовать применение противозачаточных средств и, возможно, смену медикаментов при ожидаемой беременности.

**Психотропные средства**

Литий может быть причиной сердечных и других пороков у плода, поэтому при беременности его следует избегать, если это возможно. Ввиду противоречивости данных относительно остальных психотропных препаратов (слабые транквилизаторы, фенотиазины, трициклические соединения и др.) рекомендуется отказаться от их использования, особенно в первый триместр беременности, если только нет абсолютной необходимости в их назначении.

**Препараты для лечения астмы**

Обострение астмы часто наблюдается во II и III триместрах беременности. Терапия направлена на поддержание оптимальной оксигенации у матери и плода. Важное значение имеют вертикальное положение пациентки при дополнительном назначении кислорода и обеспечении адекватной гидратации. р-Адренергические препараты широко используются при беременности для лечения преждевременных родов. Лечение астмы при беременности с использованием этих средств не противопоказано.

Побочные эффекты препаратов, используемых в настоящее время при острой астме (включая стероиды и кромолин натрия) не доказаны. Ингаляционный путь может быть не менее эффективным, чем другие пути ведения для многих препаратов при более низких дозах (с учетом влияния на плод).

**Противорвотные средства**

Изменение характера диеты и ее компонентов может облегчить во многих случаях симптомы рвоты, связанной с беременностью. Если такие изменения не дают эффекта, то в случае развития дегидратации и электролитного дисбаланса предпочтительно использование прохлорперазина (компазин) и триметобензамида (тиган).

**Облучение**

Облучение в высоких дозах (более 100 рад, терапевтическое облучение) повышает риск задержки умственного развития ребенка и может служить показанием к прерыванию беременности. Воздействие излучения более 10 рад увеличивает риск задержки роста плода. Повышение риска при облучении плода дозой менее 10 рад не доказано. При проведении рентгенологических исследований (например, получение серийных снимков черепа, шейного отдела позвоночника, грудной клетки и конечностей) облучение плода составляет менее 1—10 мрад, если во время процедуры матка защищена специальным экраном. При рентгенографии брюшной полости, таза и пояснично-крестцового отдела позвоночника плод получает большие дозы (100—350 мрад) облучения. При рассмотрении вопроса о рентгенографии у женщин детородного возраста необходимо следующее: 1) всегда учитывать анамнестические данные в отношении менструального цикла и применения противозачаточных средств, а также результаты теста на беременность (если он показан); 2) никогда не пренебрегать необходимостью проведения рентгенологического исследования; 3) получить осведомленное согласие, если возможно; 4) защищать (по возможности) матку; 5) если пациентка беременна, то рассчитать дозы радиации так, чтобы использовать рентгенографию в дальнейшем (с перестраховкой).

**3. ОСЛОЖНЕНИЯ, ТРЕБУЮЩИЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО**

**ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

**Внематочная беременность**

Внематочная беременность определяется как имплантация оплодотворенного яйца в любом другом месте, кроме эндометрия. В США она остается ведущей причиной материнской смертности. Высокая степень подозрительности на внематочную беременность необходима в ОНП, где ятрогенная отсрочка с постановкой диагноза является частой проблемой. Своевременно выполненная операция уменьшает кровопотерю и потребность в гемотрансфузии, а щадящая техника вмешательства способствует наступлению беременности в последующем. Факторы риска в отношении внематочной беременности включают наличие в анамнезе сальпингоофорита, предшествующую внематочную беременность, предшествующую перевязку трубы и использование внутриматочной спирали.

**Симптомы**

Для внематочной беременности характерны кровотечение и боль. Часто в анамнезе отсутствует четкое указание на аменорею. В случае возникновения разрыва боль может быть интенсивной, коликообразной или иррадиирующей в плечо вследствие раздражения диафрагмы излившейся в брюшную полость кровью.

**Объективное исследование**

Внешний вид и жизненно важные признаки у молодой пациентки могут быть нормальными в положении лежа, несмотря на значительное внутрибрюшное кровотечение. Но ортостатический коллапс является верным признаком скрытой кровопотери. С прогрессированием потери объема циркулирующей крови наблюдается тахикардия с последующей гипотензией (в положении стоя). Матка может быть увеличенной. Пальпируемая масса придатков не является постоянным признаком и часто фактически представляет желтое тело беременности, нередко на противоположной (от эктопической беременности) стороне.

**Пункция заднего свода**

Пункция заднего свода (кульдоцентез) дает ценную информацию у пациенток с патологией органов малого таза и должна широко использоваться. Получение у пациентки нескольких миллилитров соломенно-желтой жидкости считается нормой (отрицательный кульдоцентез). В случае внематочной беременности или внутрибрюшного кровотечения получают несверты-вающуюся кровь (положительный кульдоцентез). Наличие инфекции в тазе обусловливает появление гнойной жидкости; при разрыве кисты яичника свободная жидкость в брюшной полости имеет соломенно-желтое окрашивание. Получение свернувшейся крови или отсутствие какой-либо жидкости означает неправильное положение иглы, и выполненная пункция не является диагностической.

**Тест на беременность**

Рутинный иммунный анализ бывает отрицательным в 50 % случаев внематочной беременности. Радиорецепторная проба является гораздо более чувствительной, и положительный результат получают в 95 % случаев. Ложноположительный результат иногда получают в середине цикла овуляции или у женщин после менопаузы. Радиоиммунный анализ р-ХГ имеет исключительную чувствительность и бывает положительным в 99 % случаев. Значительное повышение уровня ХГ (например, более 6500 мЕД/мл) одновременно с обнаружением пустой полости матки при ультразвуковом исследовании (см. ниже) указывает на внематочную беременность.

**Ультразвуковое исследование органов таза**

Абдоминальное ультразвуковое исследование в реальном масштабе времени при внутриматочной беременности обнаруживает плодный пузырь, начиная с 6-недельного срока. Трансвагинальное ультразвуковое исследование определяет его наличие примерно на 1 неделю раньше. При внематочной беременности УЗИ менее информативно. Боль в животе у пациентки с положительным тестом на беременность (особенно при определении ХГ более 6500 мЕД/мг и пустой полости матки при ультразвуковом исследовании) служит показанием к проведению срочной гинекологической консультации.

**Дифференциальная диагностика**

Наиболее часто встречающиеся ошибочные диагнозы при внематочной беременности включают сальпингоофорит, овариальную кисту, дисфункциональное маточное кровотечение, самопроизвольный выкидыш и острый аппендицит. Снижению частоты ошибочных диагнозов способствует стандартизированный подход.

**Лечение**

В тех случаях, когда диагноз поставлен или имеется обоснованное подозрение на осложненную внематочную беременность, проводится хирургическое лечение. У пациенток с гипотензией применяется противошоковый костюм; введение кристаллоидных растворов через два широкопросветных внутривенных катетера и ранняя трансфузия крови являются потенциально жизнеспасительными мероприятиями. Всем резус-отрицательным пациенткам вводится резус-иммуноглобулин.

**Влагалищное кровотечение при беременности**

**Выкидыш**

Аборт определяется как прекращение беременности (спонтанное или искусственное) до 20-недельного срока.

**Кровотечение в I триместре**

Примерно у 30 % женщин в I триместре беременности имеет место кровотечение. Оно может быть обусловлено каким-либо повреждением половых путей, гематурией или наличием ректального источника. Если источником кровотечения является матка, то диагностируется внематочная беременность, пузырный занос или один из типов аборта.

**Угрожающий выкидыш**

Если маточное кровотечение при беременности наблюдается при закрытой шейке, отсутствует выход ткани плодного яйца и исключена внематочная беременность, то диагностируется угрожающий выкидыш. Примерно у 50 % таких пациенток впоследствии происходит самопроизвольный выкидыш. Лечение выжидательное; рекомендуется избегать половых сношений и спринцеваний. Пациентка должна явиться повторно в случае усиления кровотечения или схваток, наличия симптомов значительной кровопотери или выделения ткани плодного яйца. Такую ткань следует доставить для исследования.

**Неизбежный полный или неполный выкидыш**

Если шейка матки достаточно открыта (проходят круглые щипцы) или имеется выделение ткани, то диагностируется неизбежный выкидыш. Если вся ткань вышла и имеется минимальное кровотечение, то определяется полный выкидыш. Представить этот диагноз иногда бывает нелегко; во многих случаях приходится прибегать к расширению шейки и кюретажу матки, чтобы убедиться в полном удалении плодных тканей.

**Пузырный занос**

Гидативная форма пузырного заноса редко служит причиной кровотечения в конце I триместра. Классически отмечаются чрезмерный рост матки, тошнота, рвота и (или) развитие преэклампсии до 24 недель беременности. Кроме того, имеют место боли в животе, анемичность и выделение гроздевидных фрагментов ткани, что характерно для пузырного заноса.

Хотя предварительный диагноз может быть поставлен на основании анамнеза и объективного исследования, окончательный диагноз ставится при УЗИ или при идентификации ткани пузырного заноса во влагалище.

**Лечение**

После расширения шейки производят тщательное отсасывание и выскабливание полости матки; внутривенно вводится окситоцин. Хотя сосуществование плода и гидатидоформного заноса является редкостью, сообщения об этом имеются; следовательно, несенсибилизированные резус-отрицательные женщины должны получать резус-иммуноглобулин. У всех таких пациенток впоследствии проводится тщательное серийное определение титров ХГ для выявления возможной хориокарциномы.

**Кровотечение в III триместре**

Это влагалищное кровотечение, возникающее после 27 недель беременности; оно наблюдается у 3,8 % беременных. Его причиной в 22 % случаев является предлежание плаценты, в 31 % — преждевременная отслойка плаценты, в 47 % — другие факторы (сглаживание шейки матки, цервицит, вагинит, новообразования в родовом канале, травма родового канала).

Все пациентки с кровотечением в III триместре подлежат госпитализации. Поскольку бимануальное исследование при предлежании плаценты может привести к профузному кровотечению, влагалищное исследование должно быть отложено до исключения диагноза предлежания плаценты с помощью УЗИ.

**Предлежание плаценты**

Предлежание плаценты определяется как ее расположение в нижней части матки перед плодом. При 16-недельном сроке беременности у 5 % женщин УЗИ обнаруживает признаки предлежания плаценты; во время родов частота предлежания составляет примерно 0,4 %. Такое изменение расположения плаценты в полости матки объясняется различной степенью роста матки в течение беременности. В поздние сроки беременности часто наблюдается кровотечение вследствие отрыва места имплантации, что обусловлено прогрессирующей активностью матки и истончением нижней части матки. Кровотечение имеет тенденцию к возобновлению и часто прогрессивно ухудшается с каждым новым эпизодом, что дало основание англичанам назвать его "неизбежной геморрагией". Факторами риска возникновения предлежания плаценты являются предшествующее кесарево сечение, роды многими плодами, предшествующее предлежание плаценты, многократная беременность и многочисленные искусственные аборты.

Возможность госпитализации рассматривается во всех случаях кровотечения в III триместре; проведение влагалищного исследования необходимо отложить. После стабилизации состояния может быть проведено ультразвуковое исследование в реальном масштабе времени для определения локализации плаценты. Поскольку такое кровотечение склонно к возобновлению и прогрессивному ухудшению, большинство пациенток нуждается в длительной госпитализации. В нерандомизированном исследовании D'Angelo отметил, что исход лечения в условиях стационара лучше, чем в амбулаторных условиях, хотя Cotton не находит такого различия. Амбулаторное лечение после первоначальной госпитализации требует строгого соблюдения постельного режима, определенной дисциплины, а также немедленного обращения в госпиталь в случае необходимости. Роды рекомендуются в том случае, если имеет место стойкое кровотечение, возникают нарушения у плода или развивается активная родовая деятельность. В качестве альтернативы Cotton использует темпоризацию гемотрансфузии и токолитических средств, что дает благоприятный исход. Влагалищное исследование в операционной во время планируемых родов позволяет идентифицировать небольшую часть пациенток с низколежащей плацентой, которая не создает обструкции родового канала; следовательно, обеспечивается разрыв плодных оболочек, контроль за состоянием плода в полости матки и возможность вагинального родоразрешения.

**Преждевременная отслойка плаценты**

Преждевременная отслойка плаценты (случайное кровотечение) — это отделение нормально расположенной плаценты до начала родоразрешения плодом. Это наблюдается примерно в 1 % родов. Факторами риска являются гипертензия, курение, преждевременная отслойка плаценты при предыдущих родах, роды многими плодами и травма живота.

При ее тяжелой форме могут наблюдаться болезненное кровотечение из влагалища, активная родовая деятельность при гипертонической и болезненной матке, нарушения у плода или его гибель, а также шок и диссеминированное внутрисосудистое свертывание. У большинства пациенток, однако, нет такой драматической картины, и любое маточное кровотечение в III триместре, при котором исключено предлежание плаценты, должно рассматриваться как преждевременная отслойка плаценты. Показаны госпитализация, и тщательное наблюдение за состоянием матери и плода. Если показатели жизненно важных функций у матери стабильны, матка между сокращениями мягкая и безболезненная, а сами сокращения нормальные по частоте и интенсивности, свертывающая система не имеет отклонений от нормы и кровотечение минимальное или умеренное, то можно продолжать наблюдение. Следует иметь наготове широкопросветные венозные катетеры и все необходимое для переливания крови; операционная бригада должна быть в полной готовности. В случае ухудшения любого из вышеуказанных состояний показано вмешательство — родоразрешение. Если вагинальное родоразрешение небезопасно, то необходимо кесарево сечение. Энергичное лечение геморрагического шока обязательно и проводится так же, как у небеременных пациенток.

**Родоразрешение во внегоспитальных условиях**

Когда роды происходят вне стационара, врачу ОНП приходится иметь дело с двумя пациентами одновременно, для чего должны быть мобилизованы соответствующие средства. Следует быстро оценить цвет кожи новорожденного, состояние дыхательных путей, частоту сердечных сокращений, мышечный тонус и рефлексы (шкала Апгар). Здорового доношенного ребенка необходимо содержать сухим и в тепле. У недоношенных новорожденных (до получения срочной консультации специалиста) осуществляются введение кислорода и вентиляция с положительным давлением через маску. Если эти меры оказываются неэффективными, то необходимо произвести интубацию трахеи и начать сердечно-легочную реанимацию. Здоровая мать хорошо переносит кровопотерю в родах, составляющую в среднем 600 мл. У всех пациенток проводится осмотр промежности, шейки матки и влагалища с целью выявления разрывов, требующих наложения швов. Матка должна быть плотной и (в отсутствие атонии) располагаться ниже пупка. В большинстве случаев атония матки разрешается с помощью ее массажа, кормления грудью и внутривенного введения окситоцина (10 ЕД в 1000 мл кристаллоидного раствора, быстро), хотя иногда может потребоваться и хирургическое вмешательство. Если плацента не отделилась в течение 30 мин, следует рассмотреть возможность ее хирургического удаления.

Примерно в 5 % родов имеет место послеродовое кровотечение или значительная кровопотеря (превышающая средний объем). Обычно оно появляется в первые несколько часов после родов и остается главной причиной материнской смертности. Причиной кровотечения являются атония матки, разрывы или задержка плаценты. Лечение начинается с точного определения причины и быстрого проведения терапевтических мероприятий наряду с энергичными поддерживающими мероприятиями в случае предполагаемого или уже развившегося геморрагического шока. Иногда кровотечение наблюдается в более поздние сроки (через 7—14 дней после родов), обычно вследствие субинволюции места имплантации плаценты или задержки плацентарных фрагментов. Показаны стабилизация состояния пациентки, расширение шейки матки и выскабливание.

**Посмертное кесарево сечение**

Экстренное кесарево сечение оправдано в том случае, если возраст плода достигает 26 недель, а промежуток времени, прошедшего с момента смерти матери до начала родоразрешения, не слишком велик. Если после смерти матери прошло 20 мин, то прогнозируется плохой исход (для плода). В том случае, когда предпринимается попытка посмертного кесарева сечения, персонал должен находиться в полной готовности для проведения интенсивных реанимационных мероприятий у новорожденного.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Айламазян Э.К. «Акушерство» - Санкт-Петербург: Специальная литература, 1997г., 479с.

2. Грицук В.И., Винокуров В.Л., Карелин М.И. Справочник практического гинеколога: 2-е издание, исправленное и дополненное - М.: Медицина, 2005 г.,750с.