

Клиника, течение и ведение родов.



- **Роды** - это безусловный рефлекторный акт, направленный на изгнание плодного яйца из полости матки по достижении плодом жизнеспособности.
- В настоящее время считают **жизнеспособным плод** сроком не менее 22 недель беременности, массой не менее 500 г, длиной не менее 25 см.
- **Своевременными** считают **роды** в сроке от 37 до 42 недель беременности.

Наступлению родов предшествует появление так называемых предвестников родов.

Предвестники родов - это признаки близкого их наступления, возникающие за несколько дней до начала родов и проявляющиеся.

Предвестники родов:

- опусканием дна матки вследствие прижатия предлежащей части плода ко входу в малый таз и уменьшения объема околоплодных вод;
- отхождением «слизистой пробки»;
- отсутствием прибавки массы тела;
- повышением возбудимости мышцы матки;
- преламинарные боли.

Прелиминарные боли

- В отличие от предвестников родов прелиминарные боли ограничены несколькими часами, непосредственно предшествующими началу родовой деятельности, и не должны препятствовать естественным процессам жизнедеятельности (сну, питанию, активности).
- Клинически прелиминарные боли протекают для беременной почти незаметно: отмечаются нерегулярные безболезненные сокращения матки, которые постепенно становятся более сильными и продолжительными и наконец переходят в схватки.

- Прелиминарные боли соответствуют времени формирования родовой доминанты и сопровождаются биологическим «дозреванием» шейки матки.
- Шейка матки размягчается, занимает центральное положение по проводной оси таза и резко укорачивается.

Параметры	Родовые схватки	Прелиминар. боли
<i>Регулярность</i>	регулярные	нерегулярные
<i>Интервал между схватками</i>	Постепенно сокращается	Не изменяется
<i>Сила схваток</i>	Постепенно нарастает	Не изменяется
<i>Локализация болей</i>	Живот и поясница	Низ живота
<i>Эффективность анальгетиков</i>	нет	да
Структурные изменения в шейке матки	имеются	нет

«Зрелость» шейки матки определяют по пяти признакам.

При влагалищном исследовании определяют:

- консистенцию шейки матки,
- длину,
- проходимость цервикального канала,
- расположение шейки матки по отношению к проводной оси таза,
- высота стояния головки плода.

Каждый признак оценивают от 0 до 2 баллов.

Суммарная оценка отражает степень «зрелости» шейки матки.

- 0-2 балла шейку матки следует считать «незрелой»,
- 3-4 балла - «недостаточно зрелой»,
- 5-8 баллов - «зрелой».

Шкала оценки степени «зрелости» шейки матки (Е.Н. Bishop, 1964)

Оцениваемый параметр	Баллы			
	0	1	2	3
Ширина цервикального канала, см	1. закрыт	1-2	3-4	1. 5 и более
Сглаживание шейки матки, %	0-30	40-50	60-70	1. 80 и более
Высота стояния головки плода	-3	-2	-1, 0	+1, +2
Консистенция шейки матки	1. плотная	1. частично размягчена	мягкая	мягкая
1. Отношение оси шейки матки к проводной оси таза матери	1. кзади	1. промежуточное	проводной оси таза «центрирована»	по проводной оси таза «центрирована»

Клиническое течение родов

На какие периоды делится родовой акт?

- **первый - период раскрытия,**
- **второй - период изгнания плода,**
- **третий - последовый период.**

***Как называется беременная,
у которой начались роды?***

В родах беременная
называется **роженицей**.

Что такое первый период родов?

Это та часть родов,
которая начинается с появления
схваток
и заканчивается полным раскрытием
маточного зева.

Что такое схватки?

Схватки — это непроизвольные ритмичные сокращения мышц матки с частотой не реже одной через 10 мин.

Какими свойствами характеризуются схватки?

- **частотой,**
- **продолжительностью,**
- **силой,**
- **болезненностью,**
- **эффективностью.**

Какова частота схваток?

В начале родов схватки наступают через **каждые 10 мин**,
а в дальнейшем паузы постепенно
сокращаются **до 1-2 мин.**

Какова продолжительность схваток?

- в начале родов 10-15 с,
- в середине родов – 30 с,
- в конце родов - 50-60 с.

Какой силы бывают схватки?

- **слабые,**
- **средней силы**
- **сильные.**

От чего зависит болезненность схваток?

- ИХ СИЛЫ,
- состояния центральной нервной системы,
- от качества подготовки беременной к родам.

Как определяется эффективность схваток?

**степенью (темпом) раскрытия шейки
матки.**

Вследствие чего осуществляется раскрытие маточного зева?

- сокращения (***контракции***),
- перемещения по отношению друг к другу (***ретракции***) мышечных волокон тела матки,
- растяжения (***дистракции***) шейки и нижнего сегмента матки.

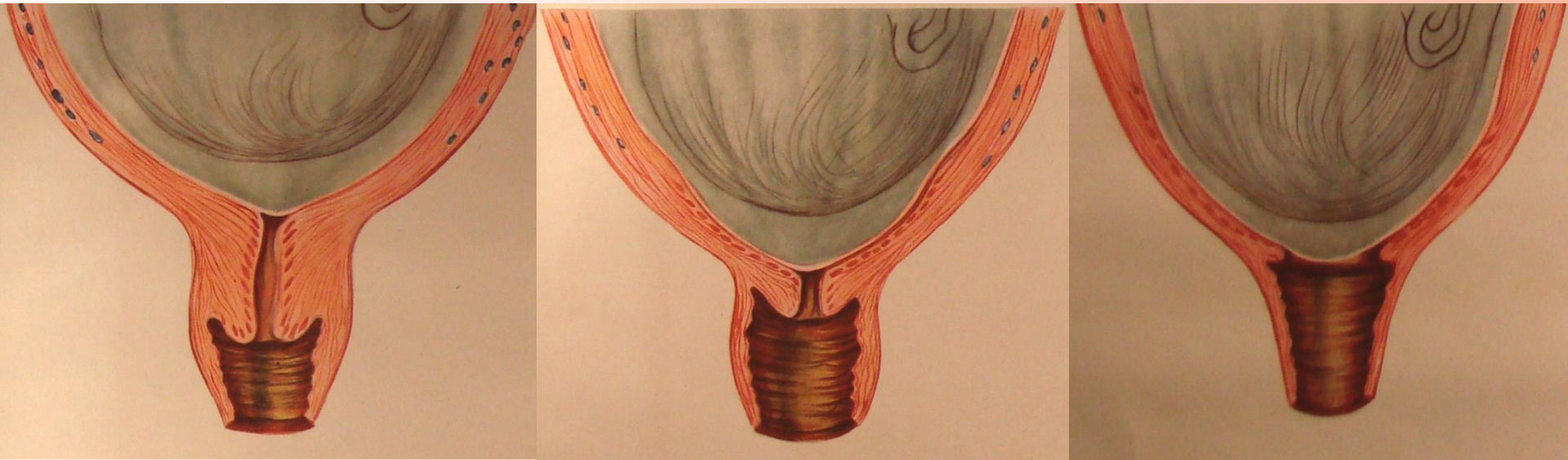
Что такое нижний сегмент матки?

- часть перешеечной области тела матки, формирующая родовой канал в первом периоде родов в результате процессов ретракции и дистракции.
- По мере формирования родового канала на границе верхнего и нижнего сегментов матки образуется борозда, называемая *контракционным кольцом*.

Как происходит сглаживание шейки матки и раскрытие маточного зева у первородящих?

- У первородящих к началу родов наружный и внутренний зев закрыты. Раскрытие шейки начинается сверху. Сначала раскрывается внутренний зев, шейка матки и шейный канал несколько укорачиваются.
- В дальнейшем шейка матки продолжает все больше укорачиваться, а затем и совсем сглаживается, и только ее наружный зев остается закрытым. Затем края наружного зева истончаются, и он начинает раскрываться до тех пор, пока не произойдет его полное раскрытие.

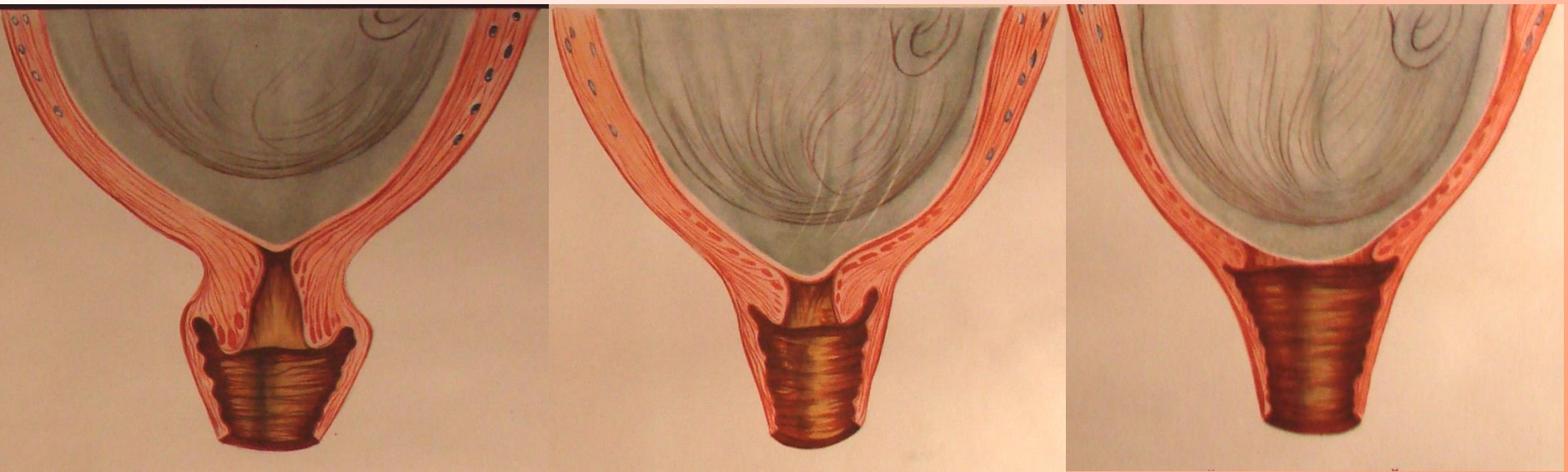
Раскрытие шейки матки у первородящих



Как происходит сглаживание шейки матки и раскрытие маточного зева у повторнородящих?

- У повторнородящих в конце беременности весь шейечный канал проходим для одного-двух пальцев (как результат его растяжения при предыдущих родах). Поэтому сглаживание и раскрытие шейки матки на всем протяжении первого периода родов происходит одновременно

Раскрытие шейки матки у повторнородящих:



До каких пор происходит раскрытие маточного зева?

до полного открытия,
что соответствует размеру головки
новорожденного (10 – 12 см).

***Когда происходит излитие
околоплодных вод?***

**при близком к полному открытии
маточного зева.**

Что *такое* «преждевременное излитие околоплодных вод»?

- Излитие околоплодных вод в первом периоде родов до раскрытия 6-7 см называется ***ранним***.
- Излитие околоплодных вод до начала регулярной родовой деятельности называется ***дородовым***.

Какие фазы выделяют в течении первого периода родов?

- **латентная** - от начала схваток до раскрытия маточного зева до 4 см,
- **активная** - от 4 см до 8 см раскрытия,
- **некоторого замедления** – от 8 см до полного раскрытия.

Каков темп раскрытия маточного зева ?

- Темп раскрытия маточного зева является важным показателем правильного течения родов.
- Средняя скорость раскрытия шейки матки:
 - 1 см/ч у первородящих,
 - 2 см/ч - у повторнородящих.

Какова продолжительность первого периода родов?

- у первородящих составляет в среднем от 10 до 11 ч,
- у повторнородящих - в два раза меньше (5 - 6 часов).

Что происходит после полного раскрытия маточного зева?

- После полного раскрытия маточного зева начинается второй период родов - период изгнания, который заканчивается рождением плода.

Что характерно для второго периода родов?

- появление потуг - синхронных с маткой рефлекторных сокращений мышц брюшного пресса, диафрагмы и тазового дна.

*Когда должны начинаться
потуги?*

- Потуги должны начинаться при нахождении предлежащей части в узкой части полости малого таза, когда нижний полюс предлежащей части давит на мышцы тазового дна.
- Поэтому неверно отождествлять появление потуг с началом периода изгнания - они появляются в конце этого периода и помогают предлежащей части преодолеть самую узкую часть малого таза.

Какова частота и продолжительность потуг?

- через каждые 2-3 мин
- и длятся 50-60 с.

Какова продолжительность второго периода родов?

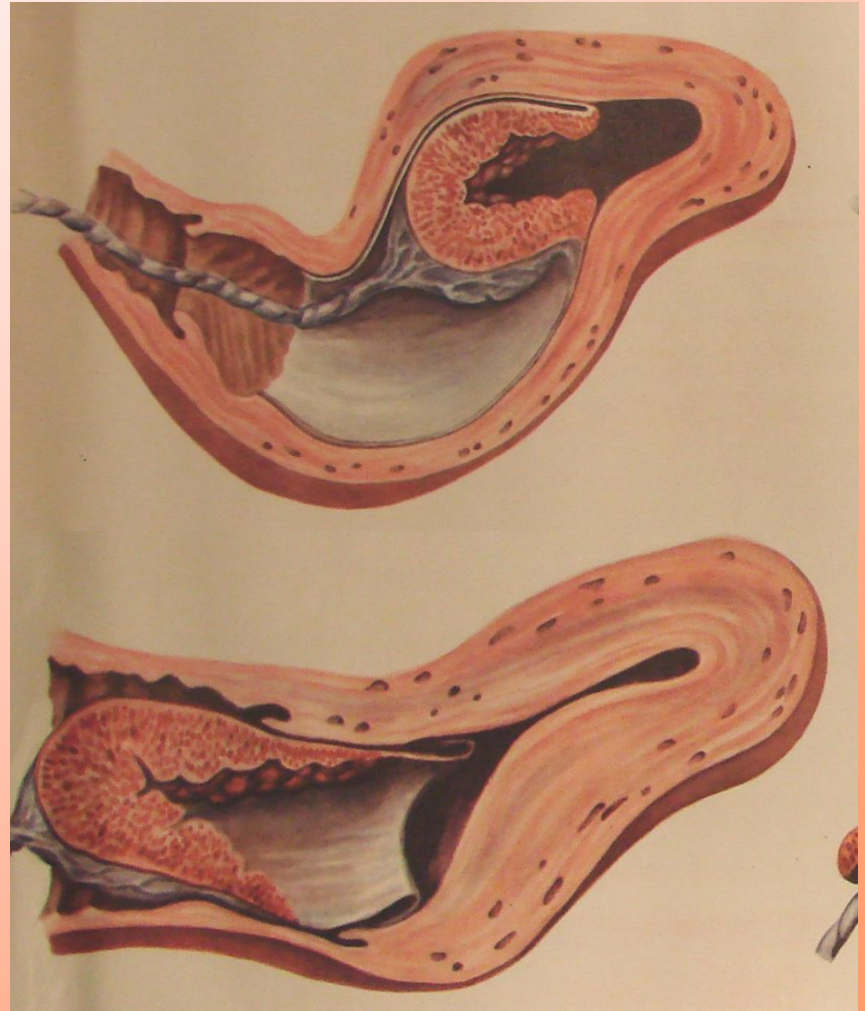
- не более 2 ч у первородящих,
- в два раза меньше - у повторнородящих.

Что происходит после рождения плода?

- После рождения плода наступает последовый период, который продолжается до рождения последа.

Плацента может отделяться двумя способами:

Если отделение плаценты начинается с центра, то образуется ретроплацентарная гематома, которая способствует дальнейшему отделению плаценты. Этот способ отделения плаценты получил название центрального (по Щультце);



Плацента может отделяться двумя способами:

Если отделение плаценты начинается с края (по Дункану), то ретроплацентарная гематома не образуется, а с каждой схваткой увеличивается площадь отслойки плаценты.



БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ

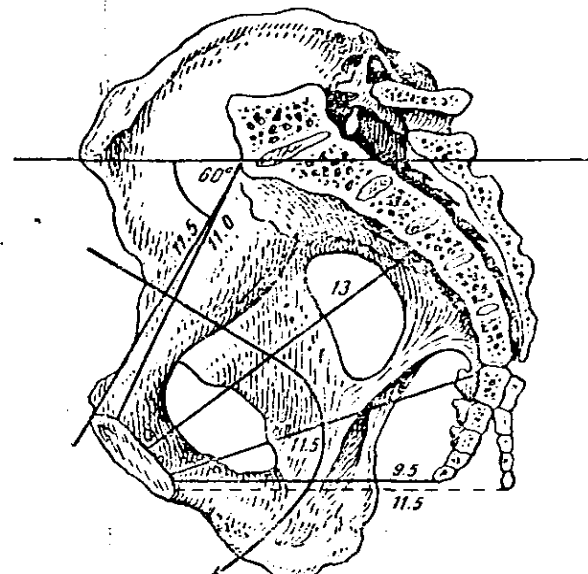
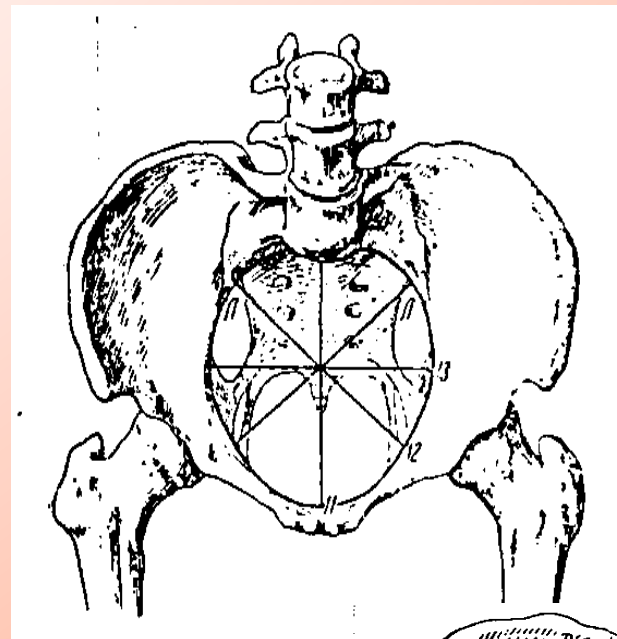
Понятие о биомеханизме родов

Совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через родовые пути, называется биомеханизмом родов.

Что такое родовой канал

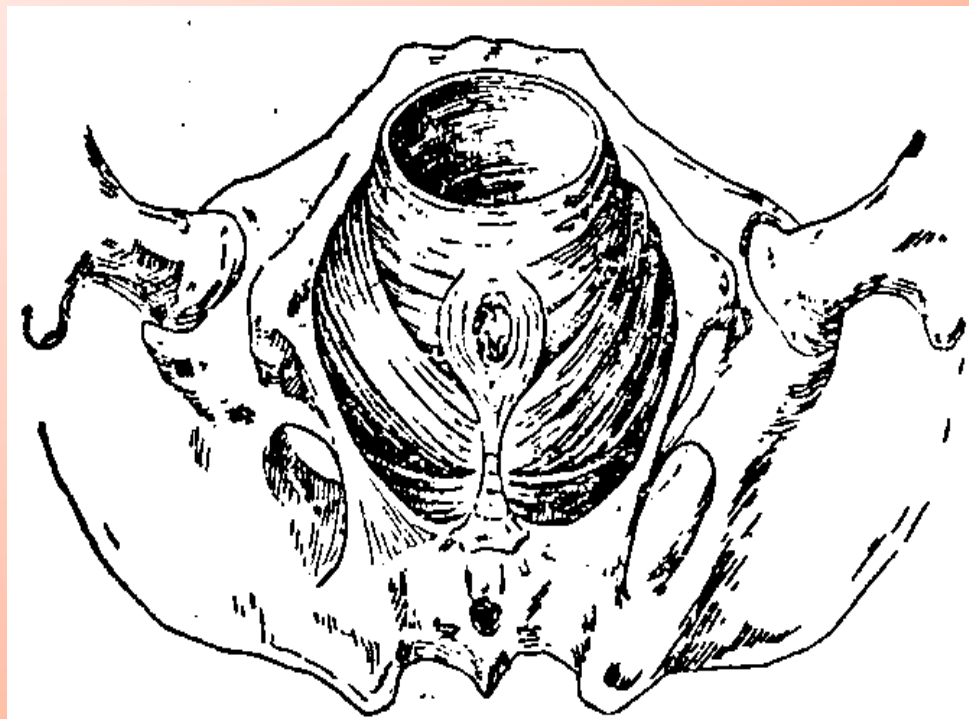
Родовой канал образован:

- Кости малого таза. Костная основа не меняет пространственных взаимоотношений в процессе родов



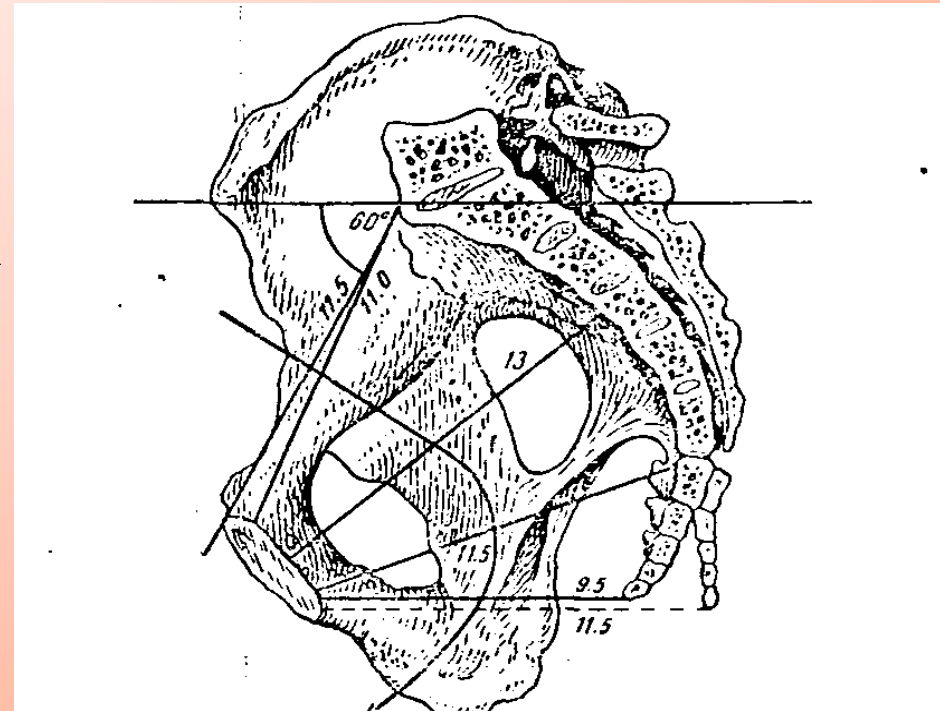
Что такое родовой канал

- Мягкие ткани (развернутый нижний сегмент, влагалище, фасции и мышцы тазового дна, промежности), которые оказывают сопротивление рождающемуся плоду и принимают активное участие в механизме родов



Что такое проводная ось таза

Это линия, соединяющая середины всех прямых размеров таза. Проводная ось напоминает форму рыболовного крючка.



Что такое ведущая точка?

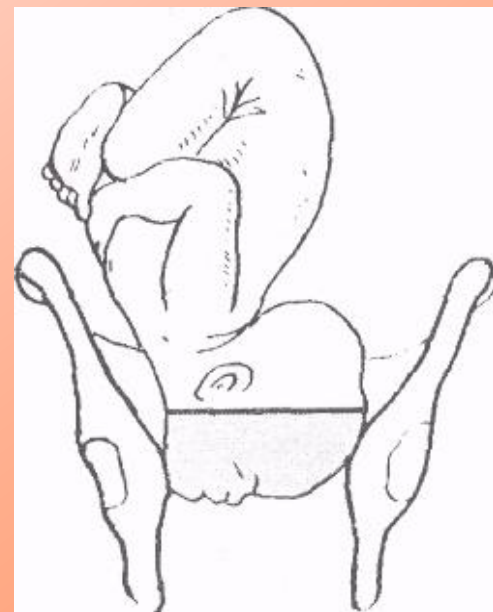
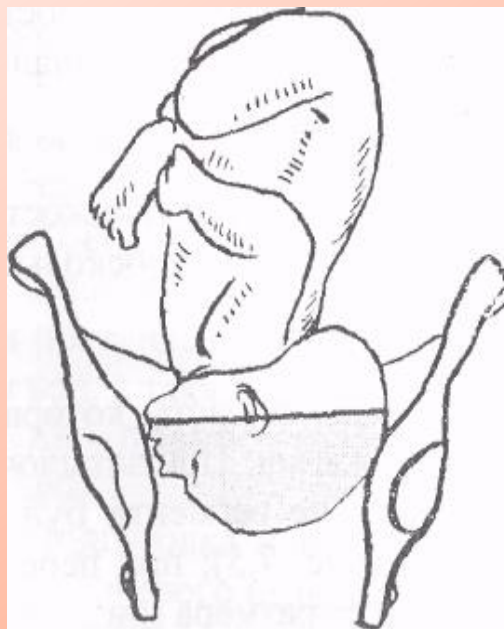
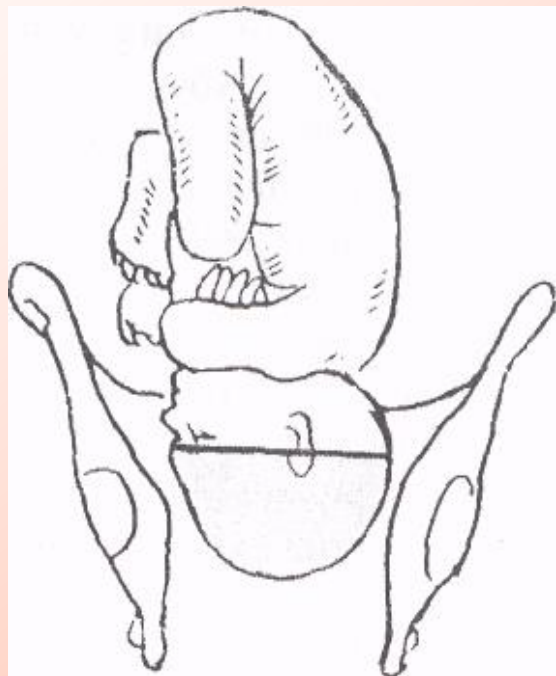
точка на предлежащей части (головке),
которая располагается в центре малого
таза по его проводной оси и первой
рождается из половых путей

Биомеханизм родов определяется вариантом предлежания плода.

При головном предлежании различают типы:

- **Сгибательный** (передний и задний вид затылочного предлежания).
Встречается наиболее часто;
- **Разгибательный** (переднеголовное, лобное, лицевое предлежания)

Разгибательные типы (переднеголовное, лобное, лицевое предележания)



Что называют затылочным предлежанием?

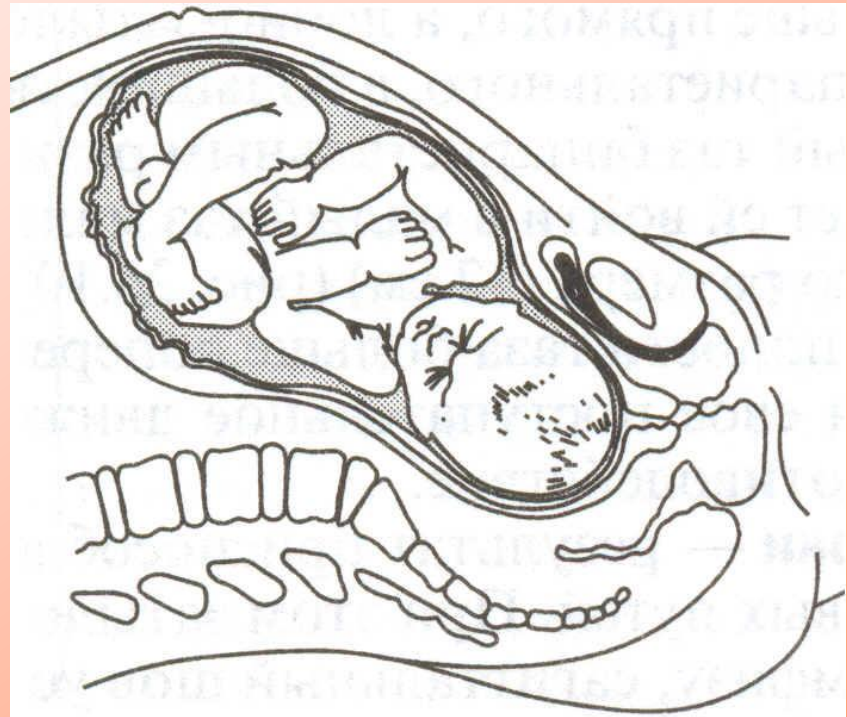
Это такое предлежание, когда головка находится в согнутом состоянии и наиболее низкорасположенной областью ее служит затылок. При затылочном предлежании может быть **передний и задний вид.**

Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания состоит из четырех моментов:

- Сгибание головки;
- Внутренний поворот головки;
- Разгибание головки;
- Внутренний поворот туловища, наружный поворот головки.

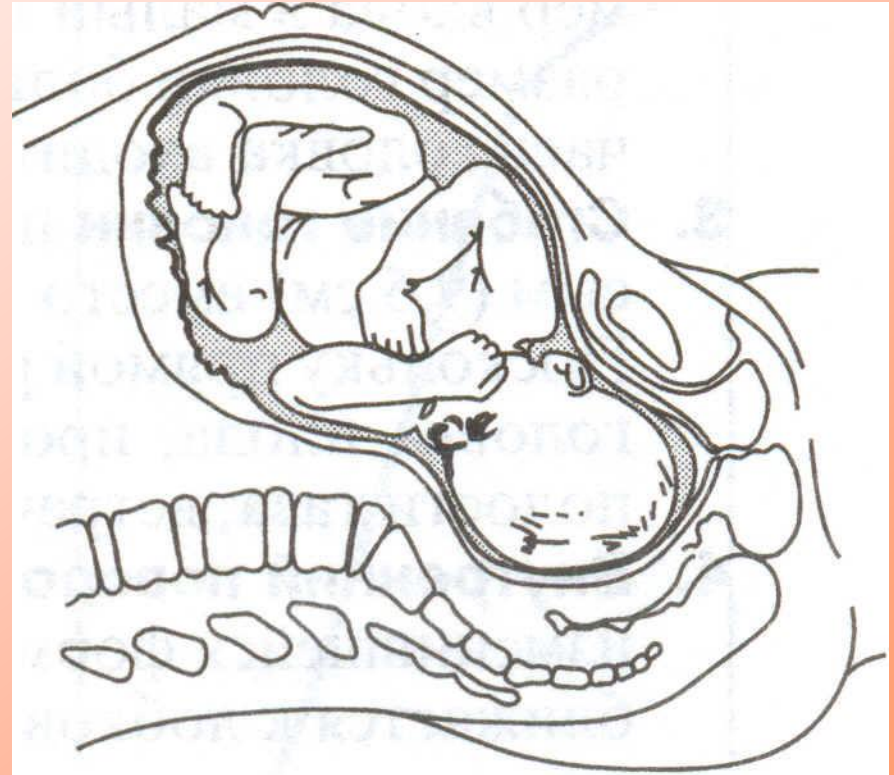
Что такое первый момент биомеханизма родов

- Сгибание головки (flexio capitis). Под влиянием внутриматочного давления шейная часть позвоночника сгибается таким образом, что подбородок приближается к грудной клетке, затылок опускается вниз. Малый родничок устанавливается ниже большого. Образуется ведущая точка.



Что такое второй момент биомеханизма родов

- Внутренний поворот головки - это совокупность поступательного движения головки и ее внутреннего поворота



Когда начинается второй момент биомеханизма родов

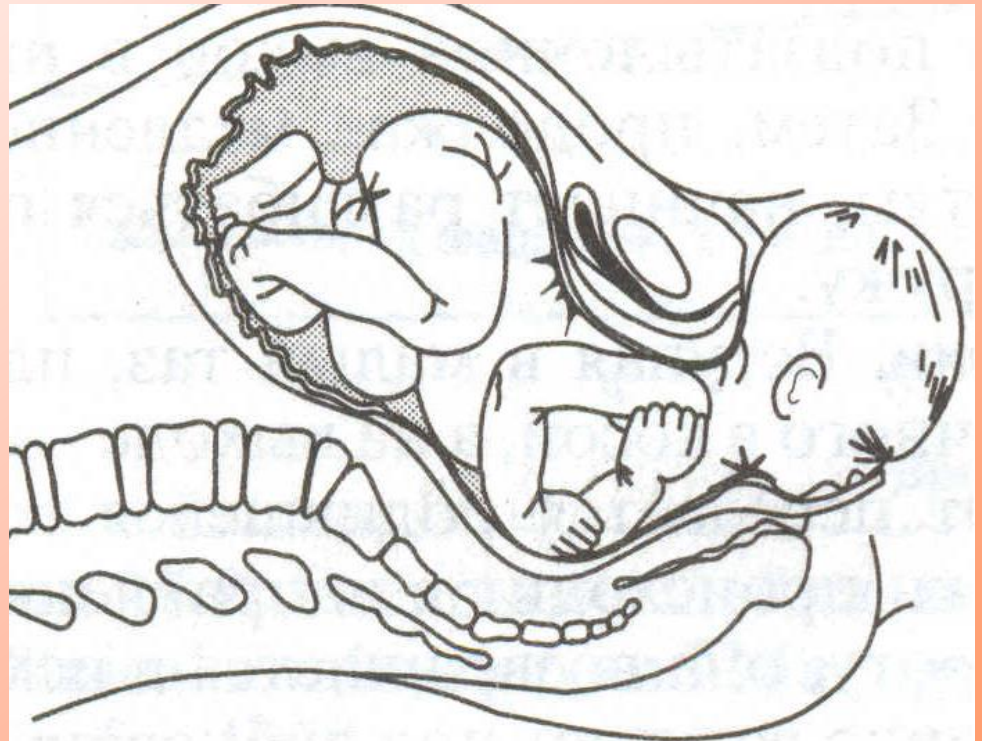
- Он начинается после того как головка согнулась и вставилась во входе в малый таз. Затем головка в состоянии умеренного сгибания в одном из косых размеров проходит широкую часть полости малого таза, начиная внутренний поворот.

Где заканчивается внутренний поворот?

- В узкой части полости малого таза головка заканчивает вращательное движение. Головка из косого размера переходит в прямой. Головка достигает плоскости выхода из полости малого таза. После этого начинается третий момент механизма родов - разгибание головки.

Как происходит разгибание головки

- Между лонным сочленением и подзатылочной ямкой головки образуется точка фиксации, вокруг которой происходит разгибание головки. Рождаются темя, лоб, лицо и подбородок плода.



Что называют точкой фиксации?

- Точкой фиксации называют то место на теле плода, которое опирается на кости таза матери

Что называют точкой опоры?

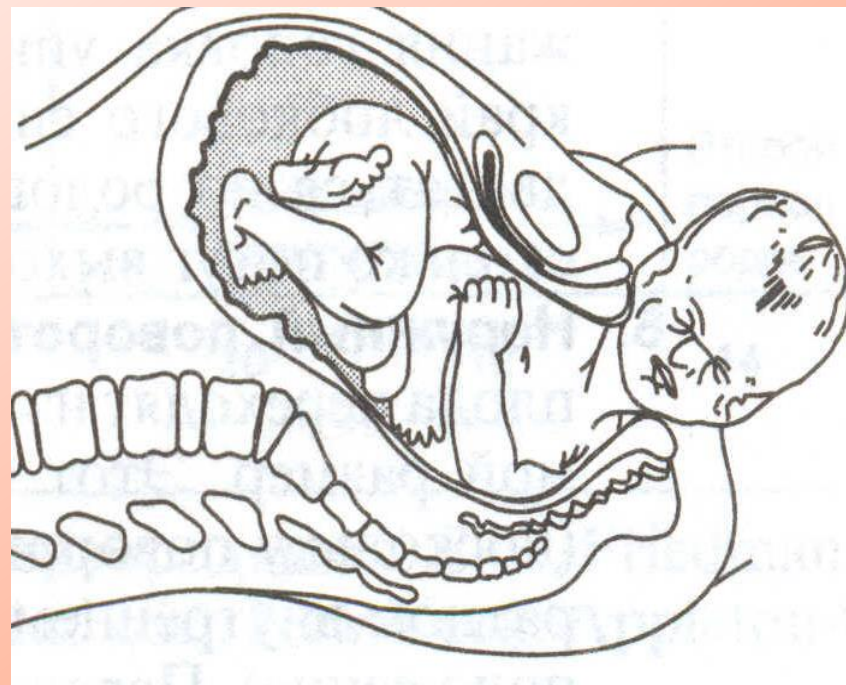
- Та точка на костях таза матери, к которой подходит точка фиксации (а теле плода)

Каким размером происходит рождение головки при переднем виде затылочного предлежания?

- Головка рождается малым косым размером, равным 9,5 см, и окружностью 32 см, ему соответствующей

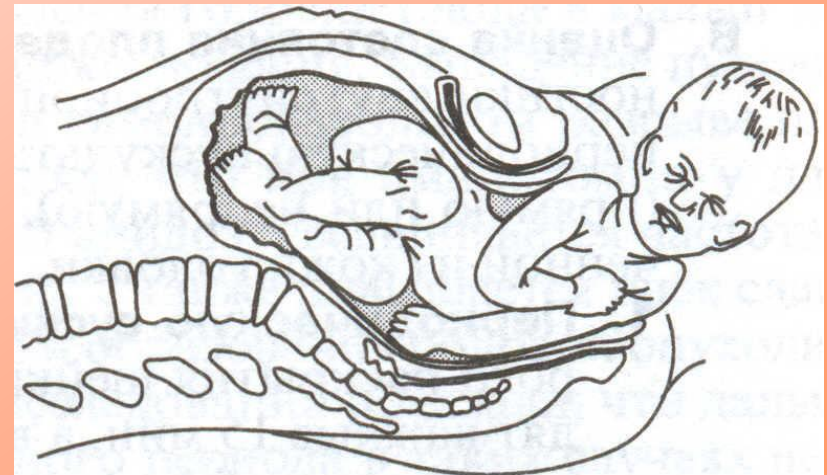
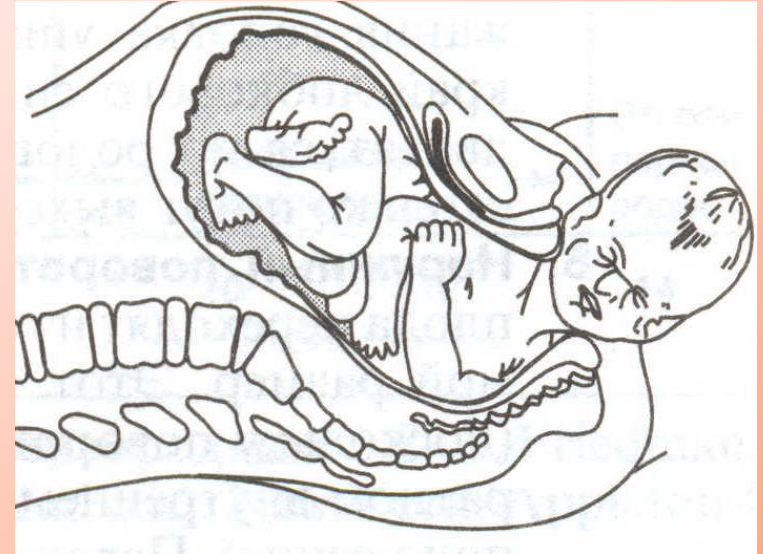
Что происходит после рождения головки

- После рождения головки происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки плода – четвертый момент. Плечики становятся в прямом размере выхода малого таза. Поворачивается и головка плода.



Как происходит рождение плечиков

- Переднее плечико (точка фиксации) упирается в нижний край лона (точка опоры). При боковом сгибании туловища рождается заднее плечико и ручки. После чего рождается остальная часть туловища.



- **Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания** наиболее физиологичен и благоприятен для матери и плода, так как головка проходит через плоскости таза и рождается своими наименьшими размерами.

ВЕДЕНИЕ ПЕРИОДОВ РОДОВ

За чем должен наблюдать врач в первом периоде родов?

- наблюдать за общим состоянием роженицы,
- динамикой родов,
- сердцебиением плода.

***На что нужно обращать
особое внимание, оценивая
общее состояние роженицы?***

Особое внимание должно быть обращено на:

- состояние сердечно-сосудистой системы роженицы (окраска кожных покровов, пульс, регулярное измерение АД на обеих руках),
- необходимо спрашивать о самочувствии роженицы (усталость, головная боль, головокружение, расстройство зрения, боли в эпигастральной области).

***Как наблюдать за динамикой
родовой деятельности?***

***Как часто должно
проводиться наружное
акушерское исследование?***

- Наружное акушерское исследование в периоде раскрытия должно проводиться многократно и систематически.
- Записи в медицинских документах должны производиться не реже, чем каждые 2 часа.

*На что нужно обращать
внимание при наружном
акушерском исследовании?*

- При наружном акушерском исследовании необходимо обращать внимание на форму матки и ее консистенцию во время и вне схватки, на высоту стояния дна матки, состояние контракционного кольца.
- Силу и продолжительность схваток можно определять рукой, расположенной на области дна матки, а степень ее расслабления посредством пальпации. Матка после схватки должна хорошо расслабиться.
- Контракционное кольцо при нормальных родах определяется в виде поперечно идущей борозды, которая по мере раскрытия шейки матки поднимается вверх. По высоте стояния контракционного кольца можно предположительно судить о степени раскрытия, а именно: на сколько сантиметров над лоном находится контракционное кольцо, на столько же открыт маточный зев. В конце периода раскрытия контракционное кольцо расположено на 10 см выше лона (признак Шатца-Унтербергера).
- Необходимо также определять положение, позицию, вид и предлежание плода и отношение предлежащей части ко входу в малый таз.
- Однако одним наружным акушерским исследованием не всегда возможно получить полное представление о течении родов, поэтому необходимо производить и влагалищное исследование.

***Когда производят
влагалищное исследование в
родах?***

Влагалищное исследование в родах должно быть произведено:

- при поступлении роженицы в стационар,
- сразу же после излития вод,
- по другим показаниям.

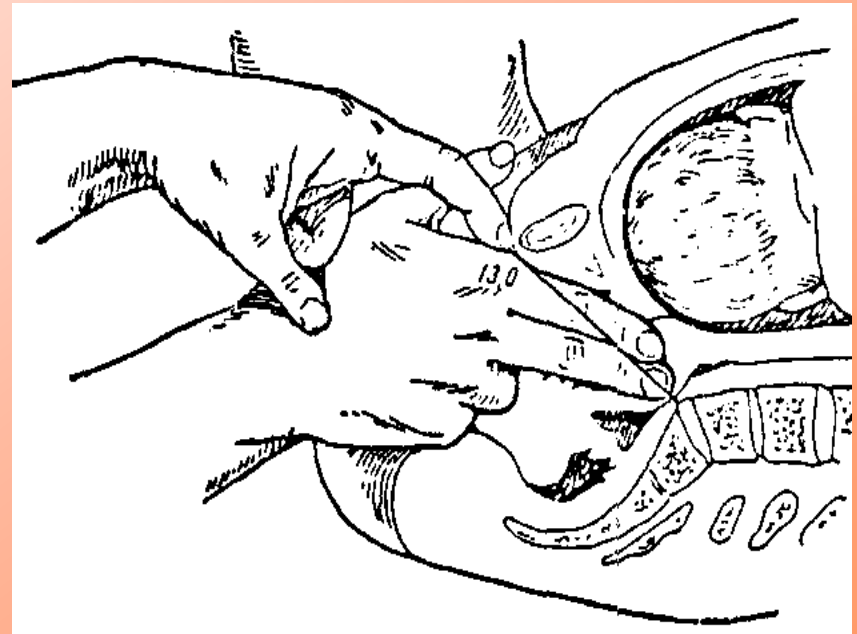
***Какова подготовка к
влагищному исследованию?***

Подготовка к влагалищному исследованию требует:

- опорожнения мочевого пузыря
- создания асептических условий.

***Как производится
влагилищное исследование?***

- Влагалищное исследование производится двумя пальцами -указательным и средним. Безымянный палец и мизинец согнуты и прижаты к ладони, а большой палец разогнут и максимально отведен в сторону. Другой рукой акушер широко раздвигает большие и малые половые губы, обнажая преддверие влагалища. Сначала во влагалище вводят средний палец, надавливают им на заднюю стенку влагалища, а затем вводят указательный палец.



***На что нужно обращать
внимание при влагалищном
исследовании?***

- состояние наружных половых органов и промежности (рубцы, старые разрывы, варикозное расширение вен);
- состояние влагалища (широкое или узкое, длинное или короткое, нет ли рубцов, перегородок, опухолей) и мышц тазового дна;
- состояние шейки матки (сохранена, укорочена, сглажена, толщина и податливость ее краев, степень открытия);
- состояние плодного пузыря - цел, отсутствует; если цел, то выясняют степень его наполнения и напряжения во время и вне схваток;
- состояние предлежащей части плода, ее положение в малом тазу, швы, роднички и проводную точку;
- состояние рельефа костей малого таза (форма мыса и лонного сочленения, выраженность крестцовой ямки, подвижность крестцово-копчикового сочленения и другое), измеряют диагональную конъюгату.

Сегменты головки - понятие условное, так как эти плоскости существуют лишь в воображении, и относительное, поскольку определяется при каждом вставлении плода.

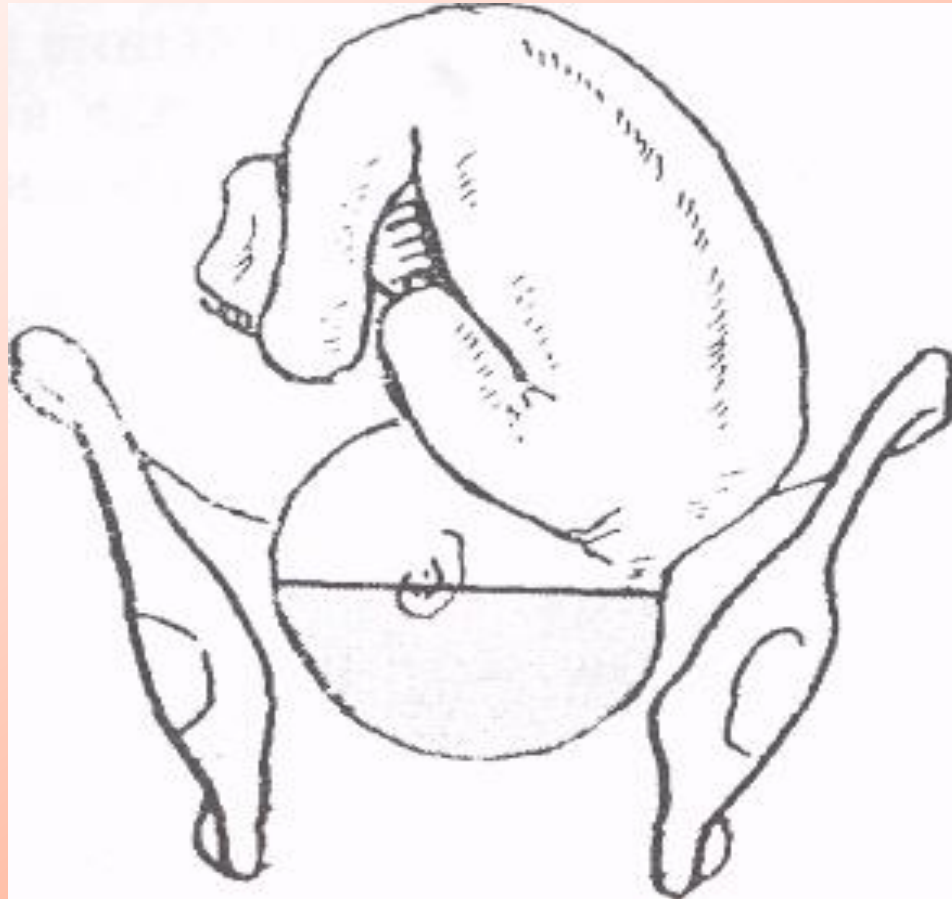
***Что такое большой сегмент
головки?***

***Что такое сегменты
головки?***

Большой сегмент головки - это наибольшая ее часть, которая проходит через вход в таз при данном предлежании.

- При затылочном предлежании головки граница большого ее сегмента будет проходить по линии малого косого размера головки плода.

Большой сегмент головки при затылочном предлежании



***В каких отношениях к
плоскостям таза может
быть головка плода?***

- **головка над входом в малый таз.**
- **При этой акушерской ситуации головка бывает подвижна или прижата к нему.**
- **При 4 приеме наружного акушерского исследования пальцы рук могут быть подведены под головку.**
- **При влагалищном исследовании малый таз свободен, прощупываются безымянные линии, мыс и лонное сочленение.**
- **Стреловидный шов находится в поперечном или косом размере, большой и малый роднички на одном уровне.**



- головка прижата ко входу в малый таз.
- При этой акушерской ситуации головка бывает прижата к нему.
- При 4 приеме наружного акушерского исследования пальцы рук не могут быть подведены под головку.
- При влагалищном исследовании малый таз свободен, прощупываются безымянные линии, мыс и лонное сочленение.
- Стреловидный шов находится в поперечном или косом размере, малый родничок ниже большого.



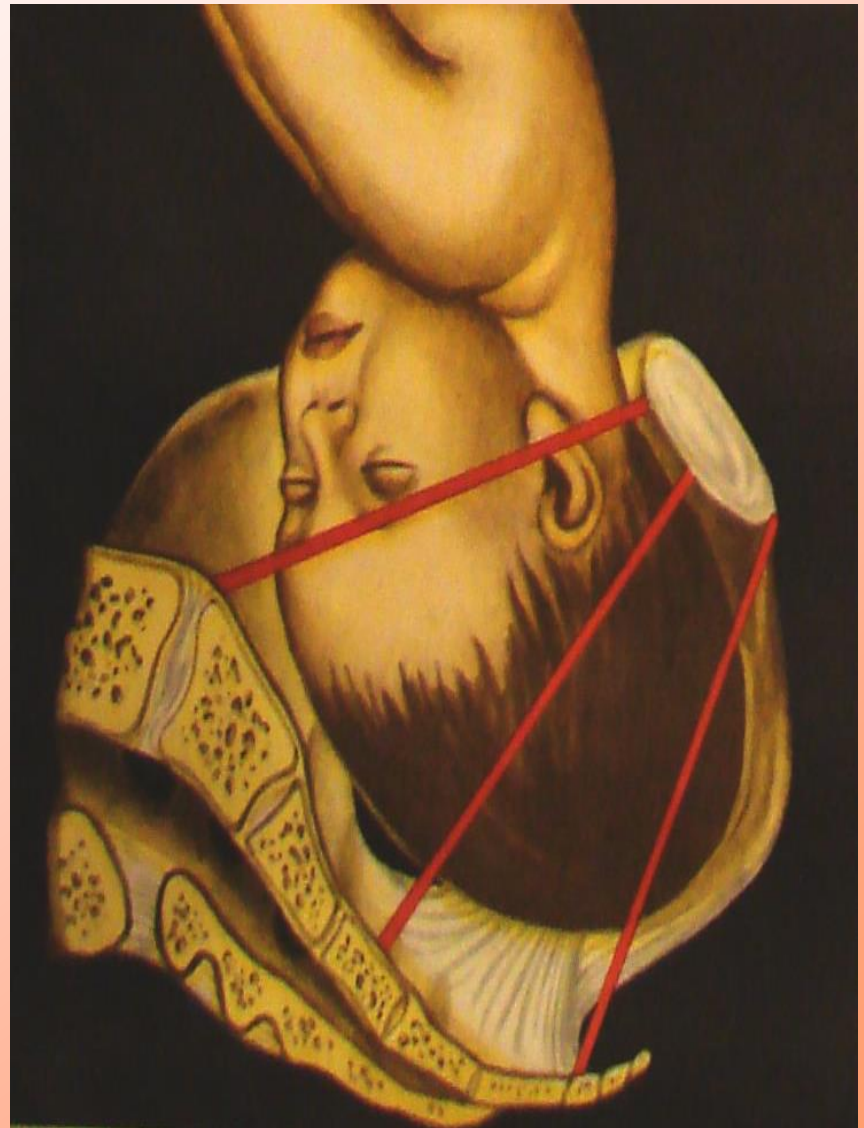
- головка малым сегментом во входе в малый таз.
- При этой акушерской ситуации головка неподвижна, наибольший сегмент ее расположен выше плоскости входа.
- При наружном акушерском исследовании пальцы обеих рук будут параллельны друг другу.
- При влагалищном исследовании к мысу можно подойти только согнутым пальцем. Внутренняя поверхность симфиза и крестцовая впадина свободны.
- Стреловидный шов - слегка в косом размере.



- головка большим сегментом во входе в малый таз.
- При этой акушерской ситуации головка большой своей окружностью находится в плоскости входа в таз.
- При наружном акушерском исследовании пальцы рук при обратном движении ладоней будут сходиться.
- При влагалищном исследовании определяют, что головка прикрывает верхнюю треть лонного сочленения и крестца, мыс недостижим.
- Малый родничок ниже большого, стреловидный шов в косом размере.



- **головка в полости малого таза.**
- **При наружном исследовании головка не определяется.**
- **При влагалищном исследовании обнаруживается, что вся внутренняя поверхность лонного сочленения и две трети крестцовой впадины заняты головкой. Седалищные ости достигаются с трудом.**
- **Стреловидный шов расположен в косом размере, но уже ближе к прямому.**



- **головка в выходе из полости малого таза.**
- **При наружном исследовании головка не определяется.**
- **При влагалищном исследовании обнаруживается, что вся внутренняя поверхность лонного сочленения и крестцовая впадина заняты головкой. Седалищные ости не достигаются.**
- **Стреловидный шов расположен в прямом размере.**



***Как часто нужно
выслушивать сердцебиение
плода?***

- Сердцебиение плода нужно выслушивать при целом плодном пузыре через каждые 15-20 мин, а после излития вод - через 5-10 мин.

***Какова частота
сердцебиения плода?***

- Частота сердцебиения плода в норме составляет 120-160 ударов в 1 мин. Учащение сердцебиения, равно как и его урежение, является признаками гипоксии плода.
- При обнаружении изменений частоты и ритма сердцебиения плода целесообразно провести мониторный контроль, регистрируя специальным прибором (фетальным монитором) влияние сокращений матки на характер сердцебиения плода. Такая запись позволяет значительно точнее оценивать состояние плода в родах, чем обычная аускультация.

*Зачем еще необходимо следить
в первом периоде родов?*

- В первом периоде родов необходимо следить за функцией мочевого пузыря и кишечника, так как их переполнение препятствует нормальному течению родов. Переполнение мочевого пузыря может возникнуть в связи с его атонией или в результате прижатия уретры к симфизу головкой плода. Роженице предлагают мочиться через каждые 2-3 ч, при отсутствии самостоятельного мочеиспускания прибегают к катетеризации.

***Какой режим назначают
роженице в первом периоде
родов?***

- Поведение женщины в первом периоде родов должно быть активным.
- Она должна использовать приемы обезболивания, которым ее обучили на занятиях по психопрофилактической подготовке к родам.
- Допустимо присутствие на родах мужа и других родственников.
- Постельный режим рекомендуют при сохраненном плодном пузыре в случаях многоводия, преждевременных родах, тазовом предлежании плода.

За чем должен наблюдать врач во втором периоде родов?



Во втором периоде родов врач должен тщательно наблюдать:

- за состоянием роженицы;
- характером родовой деятельности;
- сердцебиением плода - сердцебиение должно выслушиваться после каждой потуги, обращают внимание на ритм и звучность тонов сердца плода;
- продвижением предлежащей части;
- характером выделений из родовых путей.

*Почему должно быть усилено
наблюдение за роженицей во
втором периоде родов?*

- Наблюдение за общим состоянием роженицы должно быть более тщательным, так как в периоде изгнания все органы и системы организма женщины функционируют с повышенной нагрузкой.

***Что такое врезывание
головки?***

- **Врезывание головки** - это часть родового акта, когда под действием изгоняющих сил головка плода появляется из половой щели, а с окончанием потуги «уходит» во влагалище.

***Что такое прорезывание
головки?***

- **Прорезывание головки** - это время, когда головка плода после окончания потуги не скрывается в родовом канале.

**Что называется акушерским
пособием?**

- **Акушерским пособием в родах при головном предлежании** называется совокупность последовательных манипуляций в конце второго периода родов, направленных на содействие физиологическому механизму родов и на предупреждение родового травматизма матери.

Кем оказывается пособие?

акушеркой или врачом.

***Какое положение придается
роженице при оказании
пособия?***

- Традиционно роженица лежит на спине, головной конец приподнят, ноги согнуты и разведены и упираются в кровать. Акушерское пособие можно также оказывать в положении роженицы на боку с разведенными бедрами, вертикально, на корточках («мягкие роды»).

Каковы функции врача во втором периоде родов?

- Основная функция врача - обеспечение проведения родов в асептических условиях с постоянным контролем за состоянием роженицы и плода.
- Прием родов в затылочных предлежаниях осуществляется акушеркой.
- Врач в течение периода изгнания постоянно следит за сердцебиением плода, состоянием родовой деятельности, делает назначения медикаментозных средств, выполняет оперативные вмешательства (перинеотомия, эпизиотомия).
- Все патологические роды, в том числе при тазовых предлежаниях, принимает врач, он производит наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракцию плода и другое.

За чем должна наблюдать акушерка?

- за продвижением головки;
- за состоянием промежности;
- за правильностью потуг.

Где находится акушерка?

- Акушерка находится у ножного конца кровати справа от роженицы.
- При положении роженицы на боку - сзади от нее.

Когда приступают к оказанию акушерского пособия?

- К оказанию акушерского пособия приступают с момента начала прорезывания головки.

Сколько моментов включает акушерское пособие?

- Акушерское пособие
включает пять моментов.

В чем состоит первый момент?

- воспрепятствование преждевременному разгибанию головки. Это необходимо для того, чтобы головка рождалась в согнутом положении своей наименьшей окружностью (32 см), проходящей по малому косому размеру (9,5 см).

***Как осуществляется
первый момент
акушерского пособия?***

- Для осуществления первого момента акушерка кладет ладонь левой руки на лобок так, чтобы ладонные поверхности сомкнутых пальцев располагались на головке и препятствовали ее разгибанию, ни в коем случае не надавливая на головку.



В чем состоит второй момент?

- бережное выведение головки из половой щели вне потуг.

***Каким образом
осуществляется
второй момент
акушерского пособия?***

- Сразу же после окончания потуги большим и указательным пальцами правой руки бережно растягивают вульварное кольцо над прорезывающейся головкой.

До каких пор осуществляются два первых момента акушерского пособия?

- Эти два момента осуществляются до тех пор, пока головка не приблизится теменными буграми к половой щели.

***В чем заключается
третий момент
акушерского пособия?***

- Третий момент -- уменьшение напряжения промежности в период прорезывания и рождения теменных бугров.

Акушерка кладет правую руку ладонной поверхностью на промежность так, чтобы четыре пальца располагались в области левой большой половой губы, а отведенный большой палец - в области правой большой половой губы. Расположенные книзу и кнаружи от больших половых губ ткани осторожно оттесняют книзу, уменьшая напряжение тканей промежности. Благодаря этому снижается возможность разрыва.



***Каково назначение
четвертого момента?***

регулирование потуг.

***Почему необходимо
регулировать потуги?***

- Это необходимо потому, что при врезывании головки напряжение тканей промежности достигает максимума.
- Если в этот момент роженица не будет сдерживать потуги, то может произойти травма промежности.

***Как осуществляется
регулирование потуг?***

- Регулирование потуг осуществляется следующим образом: когда головка плода установилась теменными буграми в поперечной щели, а подзатылочной ямкой - под лонным сочленением, роженицу заставляют глубоко и часто дышать открытым ртом. При таком дыхании тужиться невозможно.
- В это время акушерка правой рукой осторожно сдвигает промежность над личиком плода кзади, а левой рукой медленно разгибает головку и приподнимает ее кверху. Если в это время будет необходима потуга, роженице предлагают потужиться с достаточной для выведения головки силой.
- Далее акушерка ждет, когда под действием потуг произойдет наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков, и затем приступает к оказанию пятого момента акушерского пособия.

Каково назначение пятого момента?

- освобождение плечиков и
- рождение туловища

***Каким приемом
можно содействовать
рождению плечиков?***

- По окончании наружного поворота головки, для того чтобы помочь рождению плечиков, головку плода захватывают обеими руками и слегка оттягивают кзади до тех пор, пока подлонное сочленение не подойдет переднее плечико.



- После этого левой рукой захватывают головку так, чтобы ладонь находилась на задней щечке плода. Приподнимая затем головку кпереди, правой рукой осторожно сдвигают промежность с заднего плечика. В результате рождается заднее, а затем и переднее плечико



**Что следует после рождения
плечевого пояса?**

- После рождения плечевого пояса со стороны спинки в подмышечные впадины вводят указательные пальцы и приподнимают туловище кпереди, в результате без затруднений рождается нижняя часть туловища.

***Какова разница в клиническом
течении последового периода
при различных способах
отделения плаценты?***

- При центральном отделении плаценты наружного кровотечения нет, и ретроплацентарная гематома рождается вместе с последом.
- При краевом отделении плаценты с самого начала отделения появляются кровяные выделения из половых путей.

Какая кровопотеря бывает при физиологических родах?

- Кровопотеря в среднем составляет 150-200 мл.
- Верхняя допустимая граница объема физиологической кровопотери – **0,5% от массы тела, или 5 мл на 1 кг, но не больше 400 мл.**

Как долго продолжается третий период родов?

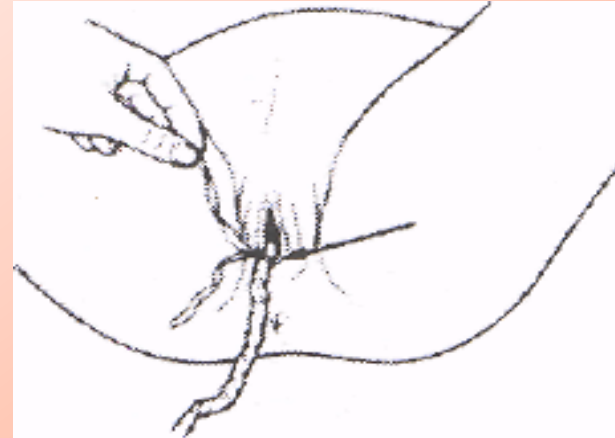
- вести строго выжидательно при тщательном наблюдении за роженицей. При хорошем состоянии роженицы и отсутствии признаков внутреннего или наружного кровотечения можно ждать самостоятельного отделения и рождения последа в течение 30 мин. Для правильного сокращения матки после рождения плода роженице необходимо катетером выпустить мочу.

Всегда ли отделившаяся плацента рождается сразу?

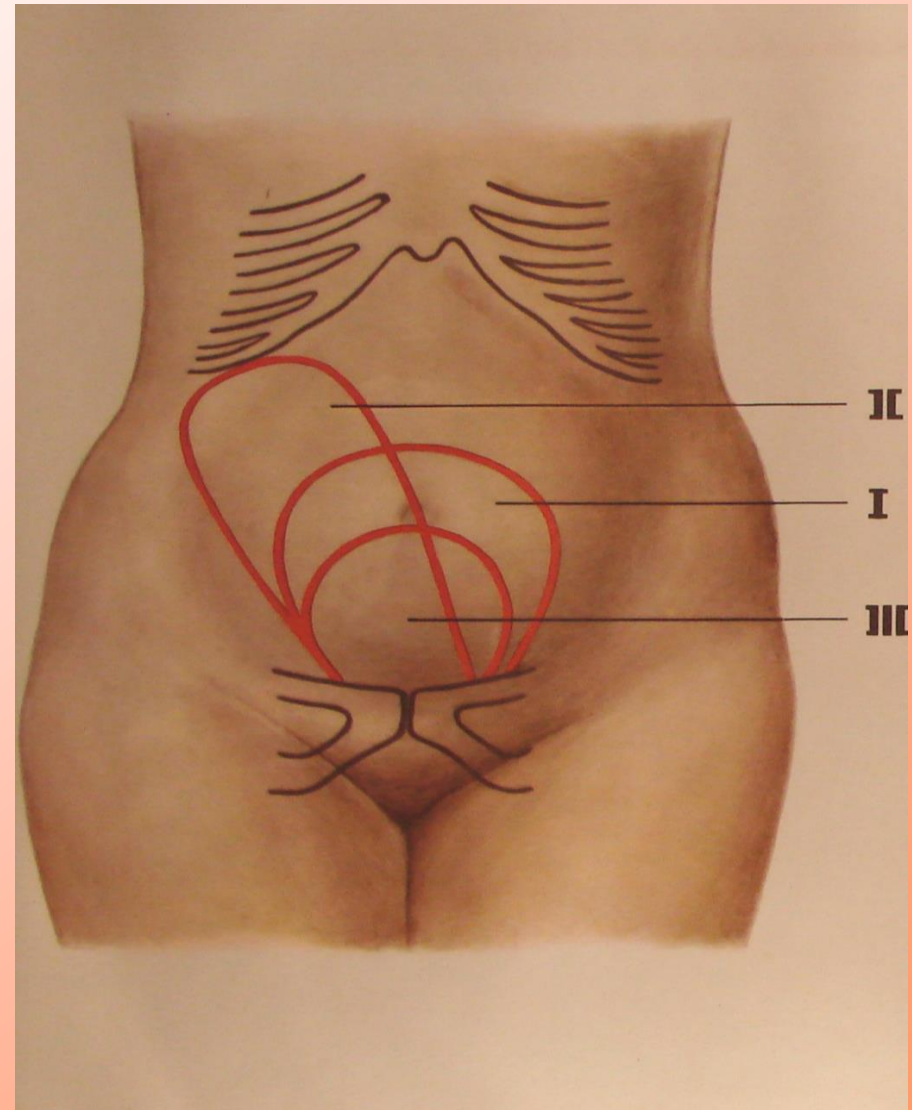
- В отдельных случаях может произойти задержка отделившейся плаценты. Поэтому необходимо знать признаки, указывающие на то, что плацента отделилась от матки и находится в нижнем ее сегменте, в шейке или во влагалище.

***Какие известны признаки
отделения плаценты?***

- **Признак Альфельда -
отделившаяся
плацента опускается
в нижний сегмент
матки или влагалище.
В связи с этим
лигатура или
инструмент,
наложенные на
пуповину при ее
перевязке,
опускаются.**



- **Признак Шредера - изменение формы и высоты стояния дна матки. Сразу после рождения плода матка принимает округлую форму и располагается по средней линии. Дно матки находится на уровне пупка. После отделения плаценты матка вытягивается, отклоняется вправо, а дно ее поднимается к правому подреберью.**



- **Признак Кюстнера-Чукалова** - при надавливании ребром ладони на матку над лонным сочленением пуповина не втягивается в родовые пути.



Были предложены и другие признаки отделения плаценты, не нашедшие широкого применения в практике:

- признак Довженко - втягивание и опускание пуповины при глубоком дыхании свидетельствуют о том, что плацента не отделилась, и наоборот - отсутствие втягивания пуповины при вдохе говорит об отделении плаценты;
- признак Штрассманна - колебательные движения крови в плаценте при поколачивании по матке передаются по пуповине только при неотделившейся плаценте;
- признак Клейна - при натуживании или легком отдавливании матки книзу пуповина выходит наружу и уже не втягивается обратно, если плацента отделилась.

Все ли признаки отделения плаценты надо проверять?

- достаточно использовать один-два признака.

***Что должен делать акушер,
если плацента отделилась,
но не родилась?***

- Если плацента отделилась, то сразу же приступают к ее выделению - предлагают роженице потужиться.
- Под действием брюшного пресса отделившаяся плацента обычно легко рождается.
- Если этот способ оказывается безуспешным, то прибегают к выделению последа наружными приемами.

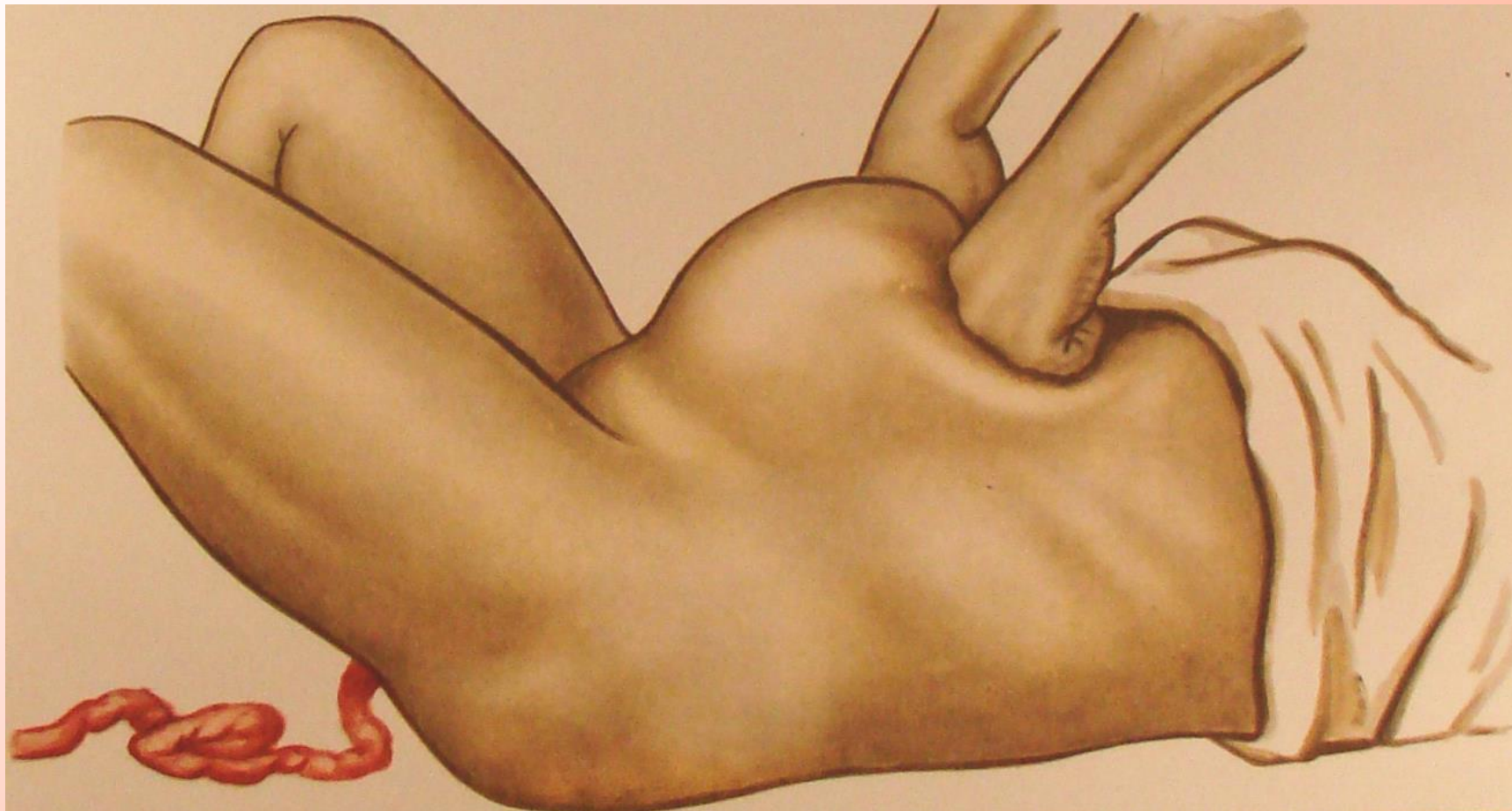
***Какие способы применяют
для выделения
отделившегося последа?***

- **Способ Абуладзе** - производят бережный массаж матки, чтобы она сократилась. Затем обеими руками захватывают брюшную стенку в продольную складку и предлагают роженице потужиться. Отделившийся послед при этом легко рождается благодаря значительному повышению внутрибрюшного давления.
- **Способ Гентера** дно матки приводят к средней линии. Врач становится сбоку от роженицы, лицом к ее ногам. Кисти рук, сжатые в кулаки, кладут тыльными поверхностями основных фаланг на дно матки в область ее углов и постепенно надавливают на нее в направлении книзу и кнутри. При этом способе выделения последа роженица не должна тужиться.
- **Способ Креде-Лазаревича** наиболее травматичен, поэтому к нему прибегают только после безуспешного применения описанных выше способов. Техника выполнения следующая: матку приводят в срединное положение, легким массажем стараются вызвать ее сокращение и затем дно матки обхватывают рукой так, чтобы большой палец находился на передней стенке матки, ладонь - на дне, а четыре пальца - на задней стенке матки. После этого производят выжимание последа - сжимают матку в передне-заднем направлении и одновременно надавливают на ее дно по направлению вниз и вперед вдоль оси таза.

Выделение отделившегося последа по Абуладзе



Выделение отделившегося последа по Гентеру



Способ Креде-Лазаревича



Как рождается послед?

Послед обычно рождается целиком, но иногда оболочки, соединенные с плацентой, задерживаются в матке

***Как поступать в таких
случаях?***

- В таких случаях родившуюся плаценту берут в руки и медленно вращают в одном направлении. При этом происходит скручивание оболочек, способствующее их отслоению от стенок матки и выведению наружу без обрыва.
- Существует и другой способ выделения оболочек (способ Гентера). После рождения плаценты роженице предлагают опереться на ступни и поднять таз. При этом плацента свисает вниз и своей тяжестью способствует отслоению и выделению оболочек.

**Что *нужно сделать сразу же*
*после рождения последа?***

- **Сразу же после рождения последа необходимо его осмотреть, чтобы убедиться в целостности плаценты и оболочек. Плаценту раскладывают на гладком подносе материнской поверхностью вверх и внимательно рассматривают дольку за долькой. Необходимо тщательно осмотреть края плаценты. Края целой плаценты гладкие и не имеют отходящих от них оборванных сосудов.**



- Затем осматривают оболочки. Для этого переворачивают послед плодовой стороной кверху и расправляют оболочки, стараясь восстановить плодовместилище. Особенно нужно обращать внимание на наличие оборванных сосудов, что свидетельствует о добавочной дольке, которая осталась в полости матки.



***Как называется женщина
после рождения последа
(после родов) ?***

называется родильницей

***Что нужно делать,
если в матке задержались
части плаценты?***

- В этом случае необходимо произвести ручное обследование полости матки, так как иначе в раннем или позднем послеродовом периоде может возникнуть обильное кровотечение.



Что нужно делать после рождения последа?

- В течение 2 ч родильница должна находиться в родильном зале под наблюдением акушерки.
- Если все обстоит благополучно, родильницу переводят в послеродовое отделение.

Какова общая продолжительность родов?

- первый период - 10-14 ч,
- второй - до 1 ч,
- третий - до 30 мин.

У повторнородящих - 6-8 ч:

- первый период - 5,5-7 ч,
- второй и третий - до 30 мин.

**ПРОФИЛАКТИКА
ОСЛОЖНЕНИЙ В
ПОСЛЕДОВОМ И РАННЕМ
ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДАХ**

ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО

Когда и кто производит первый туалет новорожденного

производит акушерка в родильном зале
сразу после рождения ребенка

Что нужно для первого туалета новорожденного

В родильном доме должны быть заготовлены:

- **Комплект стерильного белья, состоящий из байкового одеяла и трех бязевых пеленок;**
- **Стерильный индивидуальный пакет для обработки новорожденного, содержащий скобку Роговина и щипцы для ее наложения, шелковую лигатуру и марлевую салфетку треугольной формы, зажимы 2 штуки, ножницы, палочки с ватой, пипетку, марлевые шарики, сантиметровую ленту, манжетки для обозначения фамилии, имени и отчества матери, пола ребенка и даты родов 3 штуки;**
- **Стерильный металлический лоток для приема новорожденного;**
- **Лотковые весы для взвешивания новорожденного;**
- **Набор стерильных катетеров и баллонов для отсасывания слизи из верхних дыхательных путей, аппарат для отсасывания слизи.**

Туалет новорожденного включает:

- Отсасывание слизи из полости рта и носа.
- Обработку глаз новорожденного;
- Двухмоментное отсечение пуповины и обработку пуповинного остатка;
- Обработку кожи новорожденного;
- Определение антропометрических данных.

Как производят отсасывание слизи из полости рта и носа.

- Отсасывание слизи из полости рта и носа производят катетером присоединенным к электроотсосу. Ребёнка после рождения укладывают в лоток, накрытый стерильной пелёнкой. Пуповину натягивать нельзя. Ребёнок должен быть расположен на одном уровне с роженицей.

Для чего и как производят обработку глаз новорожденного

- Обработку глаз новорожденного производят с целью профилактики гонобленнорей по методу Матвеева-Креде тотчас после рождения его рождения до перевязки пуповины. Тщательно вымыв и обработав спиртом руки, акушерка протирает веки ребенка стерильным ватным шариком (отдельно для каждого глаза), затем, слегка оттянув нижнее веко, вводит в конъюнктивальный мешок свежеприготовленный 30% раствор альбуцида 2-3 капли (девочкам для профилактики гонореи также и в половую щель). Обработку глаз альбуцидом повторяют через 2 часа в отделении новорожденных.

Пересечение и обработка пуповинного остатка

- Первый этап – после рождения ребенка на пуповину накладывают два зажима Кохера на расстоянии 10-12 см от пупочного кольца, между зажимами пуповину пересекают.
- Второй этап – после отделения ребенка от матери акушерка вновь моет руки с мылом под струей теплой воды и обрабатывает их антисептическими средствами. Остаток пуповины протирают салфеткой, смоченной 96% раствором этанола, и туго отжимают указательным и большими пальцами. Затем в специальные щипцы (Роговина) вкладывают металлическую скобку, между браншами щипцов захватывают остаток пуповины так, чтобы край скобки был расположен на 0,5-0,7 см от кожной части пупочного кольца. Щипцы смыкают до замыкания затвора. Пуповину отсекают над скобкой и на пуповинный остаток накладывают стерильную марлевую повязку. Перед переводом новорожденного из родильного зала необходимо проверить правильность наложения скобки. В дальнейшем уход за пуповинным остатком осуществляется открытым способом.

- Двухмоментное отсечение пуповины и обработку пуповинного остатка предусмотрены для того, чтобы акушерка после первого этапа обработки пуповины обработала руки асептическим раствором и окончательную обработку пуповины (второй этап) проводила в асептических условиях.

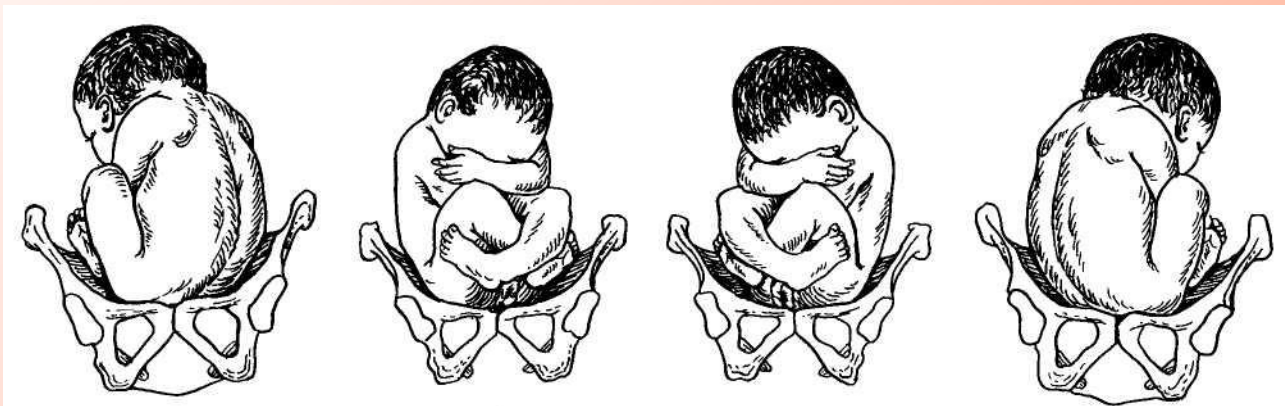
Обработка кожи новорожденного

- Мягкой марлевой салфеткой, смоченной в стерильном вазелиновом или растительном масле (подсолнечном, оливковом), кожу ребенка очищают от первородной смазки, слизи и крови. В случае сильного загрязнения меконияльными водами ребенка моют под струей проточной воды при температуре воды 37-38 С. Кожные складки в области шей, в подмышечных впадинах и паховых областях обрабатывают особенно тщательно.

Исследование антропометрических данных

- Взвешивание новорожденного производят на лотковых медицинских весах. Перед взвешиванием ребенка лоток протирают раствором антисептика. Ребенка взвешивают завернутым в стерильную пеленку. Истинный вес ребенка определяют путем вычитания веса пеленки из общего веса.
- Рост ребенка, окружности головы и груди измеряют с помощью стерильной клеёночной ленты, длину которой затем определяют сантиметровой лентой, прикрепленной в краю пеленального стола. Окружность головы измеряют по линии надбровных дуг до малого родничка, окружность груди – по линии, проходящей через соски.
- По окончании измерения новорожденного заворачивают в тёплое стерильное бельё (пелёнки, распашонки, одеяльце) и прикладывают к груди матери, а затем оставляют на обогреваемом пеленальном столике на 2 часа, после чего переносят в палату для новорождённых или размещают в палату для совместного пребывания с матерью.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ВЕДЕНИЯ РОДОВ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ



- Ведение беременности и родов при тазовых предлежаниях плода требует глубоких знаний и высокого профессионального мастерства для оказания квалифицированной помощи пациентке и плоду.

- Частота тазовых предлежаний в течение последних нескольких десятиков лет остается постоянной и составляет в среднем 3—5 %.

Классификация тазовых предлежаний плода

- чисто ягодичное
(неполное)
предлежание
(частота встречаемости
63—75 %);
- Наиболее
благоприятное из
тазовых предлежаний.



Классификация тазовых предлежаний плода

- смешанное
ягодичное
предлежание
(частота
встречаемости
20-24 %).



Классификация тазовых предлежаний плода

- ножные предлежания (частота встречаемости 11-13 %).
- Ножное предлежание плода является наиболее неблагоприятным вследствие частого возникновения в родах осложнений (асфиксия, выпадение петель пуповины и мелких частей плода).



Бегдение беременных при тазовых предлежаниях плода в женской консультации

- Профилактические мероприятия по предупреждению нарушений сократительной деятельности матки, развитию ФПН, нормализации функции нервной системы.
- Тщательно оценивать состояние плода и фетоплацентарного комплекса с привлечением современных методов диагностики (УЗИ, доплерометрия, КТГ).
- Беременную с тазовым предлежанием плода госпитализируют в акушерский стационар в 38— 39 недель для полного обследования, определения срока родов, выбора оптимального метода родоразрешения и подготовки к родам.

Выбор способа родоразрешения при тазовых предлежаниях плода

зависит от:

- возраста пациентки;
- данных анамнеза;
- срока беременности;
- сопутствующих заболеваний и акушерских осложнений;
- готовности организма к родам;
- размеров таза;
- состояния плода, его массы и пола;
- разновидности тазового предлежания;
- степени разгибания головы плода.

Особенности течения и ведения родов

- Роды при тазовых предлежаниях плода относятся к разряду патологических.
- Роды следует вести как категорию высокого риска по развитию перинатальной патологии, применяя профилактические мероприятия по предупреждению возможных осложнений.

ПЕРВЫЙ ПЕРИОД

- Сохранение целостности плодного пузыря до полного открытия шейки матки (постельный режим, располагаясь на боку, соответствующем позиции плода).
- Постоянный мониторинг за состоянием плода и сократительной деятельностью матки с помощью КТГ.
- Ведение партограммы (графическое изображение динамики раскрытия шейки матки и продвижения плода).
- Профилактика гипоксии плода (каждые 2—3 часа).

Типичные осложнения для первого периода родов при тазовых предлежаниях плода

- несвоевременное излитие околоплодных вод;
- выпадение петли пуповины и мелких частей плода;
- аномалии родовой деятельности;
- затяжное течение родов;
- острая гипоксия плода;
- преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты.
- хориоамнионит.

ВТОРОЙ ПЕРИОД

- Во втором периоде родов при полном открытии шейки матки тазовый конец плода должен находиться на тазовом дне. С этого момента начинаются потуги.

Рождение плода при тазовых предлежаниях состоит из 4 этапов

1. рождение до пупка;
2. рождение от пупка до нижнего угла лопаток;
3. рождение плечевого пояса и ручек;
4. рождение головки.

- Пока плод не родится до пупка, роды ведут выжидательно
- Контроль за состоянием плода (сердцебиение выслушивают через каждую потугу, непрерывный кардиомониторный контроль.
- Для блокады полового нерва и расслабления мышц тазового дна проводят пудендальную анестезию
- При прорезывании тазового конца выполняют эпизиотомию для уменьшения препятствия для рождающегося плода, снижения риска травмы плода и развития асфиксии, для ускорения второго периода родов, предупреждения разрыва промежности.
- Для профилактики спазма шейки матки необходимо внутривенно вводить спазмолитики.
- Для усиления сократительной деятельности матки и профилактики слабости родовых сил необходимо внутривенное капельное введение окситоцина и простагландинов.

- С момента рождения плода до пупка начинается наиболее ответственный этап второго периода родов.
- Головка плода вставляется во вход в малый таз и проходит по родовому каналу, прижимая петли пуповины к стенкам таза. Время прижатия пуповины не должно превышать 3—5 мин.
- При задержке рождения головки может произойти травма плода и развиться асфиксия.
- Прижатие пуповины более чем на 10 мин грозит смертью плода.



ТРЕТИЙ ПЕРИОД

- Течение и ведение последового и послеродового периодов практически не отличается от такового при головных предлежаниях.
- Профилактика послеродовых кровотечений путем внутривенного введения метилэргометрина с окситоцином.
- Осмотр родовых путей с помощью зеркал для выявления их травмы с последующим восстановлением их целостности.

РУЧНОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖЕНИЯХ

Ручное пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании

- Основной целью пособия является сохранение физиологического членорасположения плода, при котором разогнутые ножки вытянуты и придерживают скрещенные на груди ручки и согнутую голову.
- Пособие предупреждает запрокидывание ручек и разгибание головы и обеспечивает продвижение плода по родовому каналу.

- К оказанию пособия приступают при прорезывании ягодиц, которые захватывают так, что большие пальцы располагаются на бедрах плода, а остальные пальцы рук — на поверхности крестца плода. По мере рождения туловища руки постепенно перемещают по направлению к половой щели роженицы. Плод рождается до пупочного кольца, а затем до угла лопаток. Ягодицы плода направляют несколько кзади, чтобы облегчить рождение передней ручки из-под лобковой дуги. Для рождения задней ручки плод смещают кпереди и из крестцовой впадины выпадает задняя ручка или ее освобождают. Одновременно с задней ручкой рождаются и стопы плода. После этого в глубине половой щели роженицы становятся видны подбородок, ротик и ноздри плода. Для освобождения головки направляют ягодицы плода книзу и кпереди, и головка рождается без дополнительного вмешательства.

- *Затруднение рождения головки плода* может быть обусловлено несоответствием ее величины и размеров таза матери, разгибанием головы (до или во время родов) или неправильной техникой оказания ручного пособия. При этом также может произойти запрокидывание ручек плода и прижатие петли пуповины. При задержке рождения головы плода используют **метод Морисо — Левре — Ляшапель** (рис. 21.7). Для этого плод сажают на предплечье врача с перекинутыми по обе стороны ножками (верхом). Указательный или средний палец той же руки вводят по задней стенке влагалища в рот плода, надавливая на нижнюю челюсть для удержания головки в согнутом состоянии. Вторая рука располагается сзади на плечиках плода, при этом средний и безымянный пальцы находятся по сторонам шеи плода. Для выведения головки производят ее влечение сначала кзади, до появления волосистой части на уровне подзатылочной ямки, а затем книзу и впереди. При этом над промежностью выкатывается подбородок, рот, нос, лоб и затылок плода.

После завершения работы с лекцией
необходимо пройти тест
<https://forms.gle/yi8Y9FoNDiP7Nb5aA>