

КЛИНИКА, ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ РОДОВ

- Физиологические роды – наиболее важный вопрос современного акушерства, т.к. это завершающий момент длительного периода вынашивания ребенка и от правильного течения и ведения родов зависит жизнь и здоровье матери и ребенка.
- Актуальность темы определяется и довольно высокой перинатальной смертностью и заболеваемостью.
- Правильная и своевременная подготовка женщины к родам, а также эффективное прогнозирование течения родов и проведение профилактики возможной патологии позволяет дать женщине здорового ребенка и сохранить ее здоровье.

- По определению ВОЗ «Нормальные роды» - это спонтанные роды при сроке беременности 37-42 недели в головном предлежании с низким риском начала и течения всего родового процесса. После родов мать и ребенок находятся в хорошем состоянии.
- **для матери** - этот период завершается благополучным отделением плаценты и хорошим состоянием в течение 2-х часов после родов;
- **для ребенка** - этот период завершается первичной обработкой и передачей его под наблюдение неонатолога или детской медицинской сестры. Оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах должна соответствовать 7 баллам и более.

Информационное письмо МЗ РФ «О стандарте нормальных родов» 17.06.99. № 2510/6690-99-72

- **Роды** - сложный многозвеньевой физиологический процесс изгнания плода из матки после достижения им жизнеспособности.
- Физиологические роды наступают на 280-й день беременности, начиная от первого дня последней менструации.

- Роды при сроке беременности 37—42 недель (partus maturus normalis) - **своевременные.**
- Роды в сроки от 28 до 37 недель, ребенок менее 2500г/45см с признаками незрелости – **преждевременные.**
Современный уровень перинатальных технологий позволяет осуществлять интенсивную терапию новорожденных с экстремально низкой массой тела, что дает основание считать жизнеспособным плод, родившийся при сроке гестации 22 недели и более, с массой тела 500 г и более (ВОЗ).
- Роды в сроки позднее 42 недель, ребенок с признаками перенашивания – **запоздалые.**

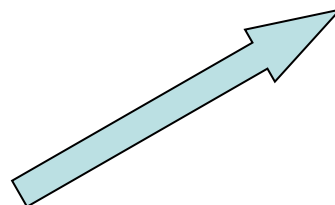
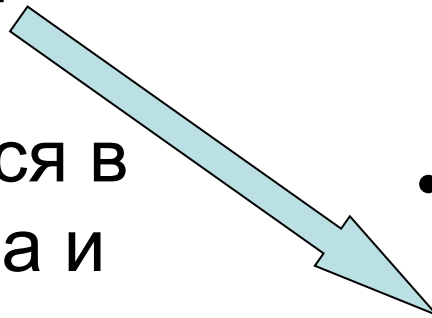
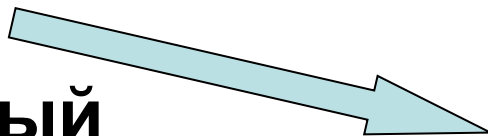
Выделяют:

- **самопроизвольные роды** - наступившие спонтанно,
- **индуцированные** - искусственное родовозбуждение по медицинским показаниям со стороны матери или плода,
- **программированные** - предусматривают рождение ребенка в дневное, удобное для медицинского персонала и пациентки, время.

Характеристика нормальных родов:

- одноплодная беременность;
- головное предлежание;
- соразмерность головки плода и таза матери;
- здоровье плода при нормальном функционировании плаценты;
- доношенная беременность (38–40 недель);
- координированная родовая деятельность, не требующая коррекции;
- нормальный механизм родов, соответствующий костному тазу;
- своевременное излитие околоплодных вод (при раскрытии шейки матки на 6–8 см);
- отсутствие акушерского травматизма (разрывы родовых путей) и оперативных вмешательств в родах;
- продолжительность родов: у первородящих — от 7 до 14 часов, у повторнородящих — от 5 до 12 часов;
- отсутствие у ребёнка гипоксических, травматических или инфекционных осложнений, аномалий развития или уродств;
- физиологическая кровопотеря в послеродовом и раннем послеродовом периоде не выше 0,5% массы тела роженицы.

- Роды – сложный **нейро-гуморальный** процесс, заключающийся в изгнании плода и элементов плодного яйца за пределы половых органов матери при **достижении зрелости плода.**

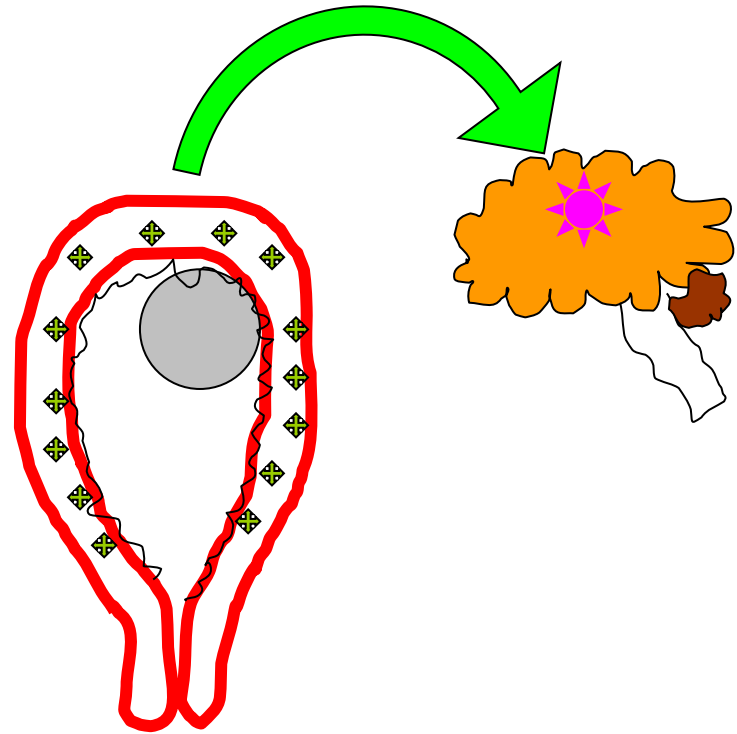


Причины наступления родов:

- Изменения в нервной системе.
- Изменения в гуморальной системе.
- Зрелый плод.

Изменения в нервной системе.

- С момента оплодотворения рецепторы матки воспринимают раздражение от плодного яйца. Под воздействием афферентной импульсации в коре головного мозга формируется очаг возбуждения (кора головного мозга) – доминанта беременности.



Изменения в нервной системе.

- Перед родами доминанту беременности в ЦНС сменяет очаг возбуждения, тормозящий менее нужные реакции (повышенная сонливость, снижение аппетита, потеря массы тела до родов, неустойчивость настроения). На первый план выступают рефлексy, обеспечивающие протекание родового процесса. Возрастает интенсивность межполушарных связей, что усиливает координацию соматических, иммунных, гемостатических и нейроэндокринных функций. Происходит подготовка организма матери к тяжёлому процессу родов.
- Роды протекают при наличии сформированной "родовой доминанты", которая испускает эфферентный импульс под воздействием которого матка (мышечный орган) начнет сокращаться.

Изменения в гуморальной системе.

- Повышение синтеза эстрогенов (фракции эстрадиола).
- Снижение уровня гормона беременности - прогестерона, блокирующего сокращение мышц матки.
- Увеличение количества и активности альфа-адренорецепторов и Мхолинорецепторов.
- Выработка простагландинов.
- Повышение активности других нейрогуморальных медиаторов и гормонов (окситоцин, серотонин, кинин, гистамин).

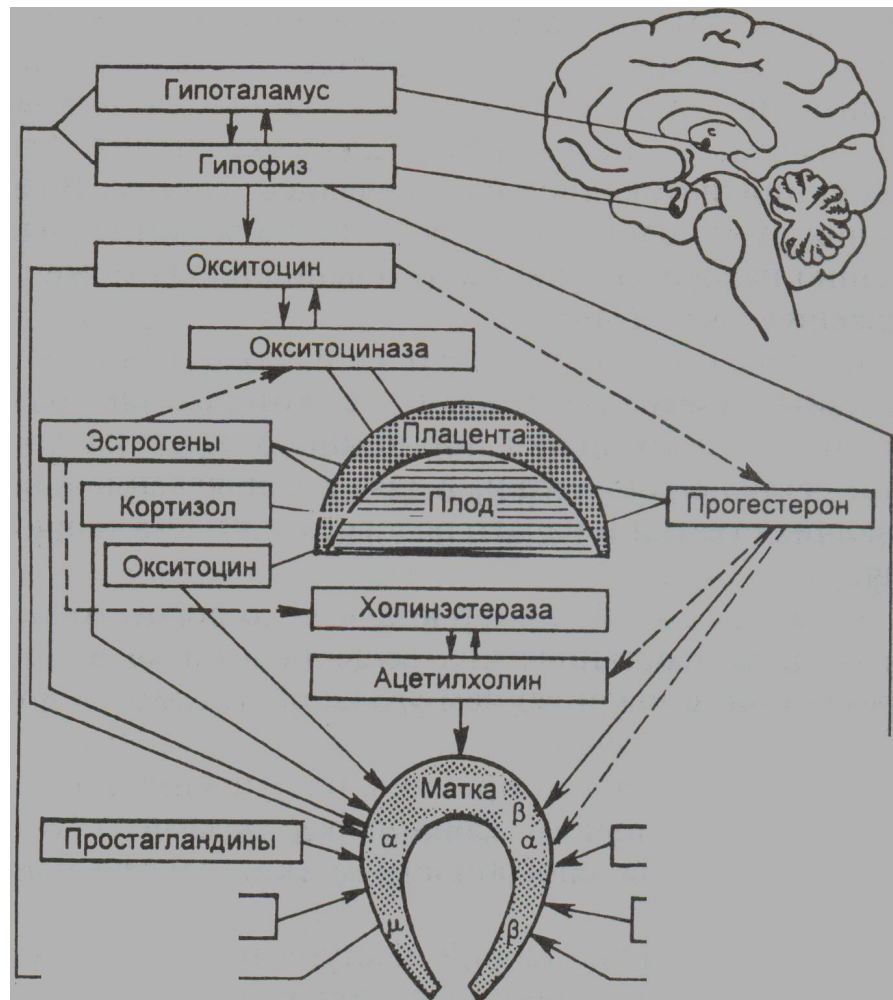
Эстрогены вызывают:

- увеличение кровотока в миометрии,
- интенсивность окислительно-восстановительных процессов,
- синтез сократительных белков миометрия (актомиозин),
- синтез энергетических соединений (АТФ, гликоген)
- синтез утеротонических простагландинов;
- повышение проницаемости клеточных мембран для ионов (K , Ca , Na), приводящих к снижению мембранного потенциала покоя, увеличению чувствительности клеток миометрия к раздражению;
- депонирование ионов кальция в саркоплазматической сети;
- повышение активности фосфолипаз и скорости "арахидонового каскада" с образованием простагландинов.

Подобные изменения способствуют интенсификации сократительной способности матки, ускорению "созревания" ее шейки.

Альфа-адрено и М холинорецепторы.

- Перед родами увеличиваются количество и активность альфа-адренорецепторов и М холинорецепторов.
- Альфа-адренорецепторы вызывают повышение возбудимости, тонуса и сократительной активности миометрия;
- Ацетилхолин оказывает стимулирующий эффект на мышцы матки.
- К а т е х о л а м и н ы (адреналин, норадреналин) оказывают активирующий эффект на альфа-адренорецепторы гладких мышечных клеток миометрия.



Простагландины являются стимуляторами начала родов (индуктор родов).

- Место синтеза простагландинов: плодные (амнион и хорион) (Pg E) и децидуальная оболочка (Pg F2a)
- Выработка простагландинов в конце беременности обусловлена активацией фосфолипаз и образованием арахидоновой кислоты, а в последующем - простагландинов.

Простагландины стимулируют следующие процессы:

- образование рецепторов к утеротоническим соединениям (ацетилхолин, окситоцин, серотонин);
- обеспечение автоматического сокращения матки (схватки);
- угнетение продукции окситоциназы.

- Наряду с повышением синтеза эстрогенов и простагландинов для начала родов имеет важное значение повышение активности других нейрогуморальных медиаторов и гормонов (окситоцин, серотонин, кинин, гистамин).

Окситоцин - регулятор сократительной деятельности матки.

- Синергист ацетилхолина и простагландинов.
- Действие окситоцина на сократительную деятельность матки зависит от оптимального уровня эстрогенов, а также функционального состояния матки, ее готовности к спонтанной активности.

Действие окситоцина связано со следующими процессами:

- усиление мембранного потенциала и повышение возбудимости мышечной клетки;
- увеличение скорости связывания ацетилхолина рецепторами миометрия и освобождение его из связанного состояния;
- возбуждение альфа-адренорецепторов;
- угнетение активности холинэстеразы.

В результате действия окситоцина повышается тонус матки, стимулируются частота и амплитуда схваток.

- С е р о т о н и н оказывает влияние на состояние и функцию клеток миометрия, угнетает активность холинэстеразы и усиливает действие ацетилхолина, способствует передаче возбуждения с двигательного нерва на мышечное волокно. Действие серотонина на матку может осуществляться двумя путями: непосредственно на миометрий через альфа-адренорецепторы и через центральную нервную систему путем усиления выработки окситоцина нейрогипофизом.
- К и н и н ы усиливают сократительную способность матки за счет увеличения скорости кровотока в ней.
- Г и с т а м и н, способствующий выработке гипофизом окситотических веществ.

Влияние гормонов «зрелого» плода на начало родов

- повышение плодового кортикотропина в крови матери увеличивает содержание эстрадиола и уменьшается количество прогестерона, хориогонадотропина и плацентарного лактогена;
- окситоцин плода действует аналогично окситоцину матери;
- уровень мелатонина в крови у плода повышается и снижает уровень мелатонина у матери, что способствуют формированию эстрогенного фона в организме беременной.
- подавление синтеза иммунодепрессантов пролактина и хориогонадотропина приводит к усилению трансплантационного иммунитета и стимулирует отторжение плода как аллотрансплантата;
- ишемия оболочек плодного яйца перед родами, обусловленная повышением внутриматочного давления, активизирует "арахидоновый каскад" с выделением утеротонических простагландинов.

Наступлению родов предшествует появление клинических признаков **предвестников родов**.

Предвестники родов

- повышенная возбудимость или состояние апатии, "приливы" к голове, что объясняется изменениями в центральной и вегетативной нервной системе перед родами;
- перемещение центра тяжести тела беременной кпереди, отклонение при ходьбе головы и плеч назад («гордая поступь»),
- опусканием дна матки вследствие прижатия предлежащей части плода ко входу в малый таз;
- выпячивание пупка;
- отсутствием прибавки массы тела;
- понижением двигательной активности плода;
- уменьшения объема околоплодных вод;
- выделение «слизистой пробки»;
- «созревание» шейки матки;
- повышением возбудимости мышцы матки, возникновение преламинарных болей.

- Протекание родовой деятельности в значительной степени зависит от готовности организма к родам. Формирование готовности происходит за 10–15 дней до родов. Готовность организма определяют степенью «зрелости» шейки матки и чувствительности миометрия к утеротоническим средствам.
- **«Зрелость» шейки матки — главный критерий готовности к родам.**

Существует множество различных методик оценки «зрелости» шейки матки (Г.Г. Хечинашвили, Бишопа и другие).

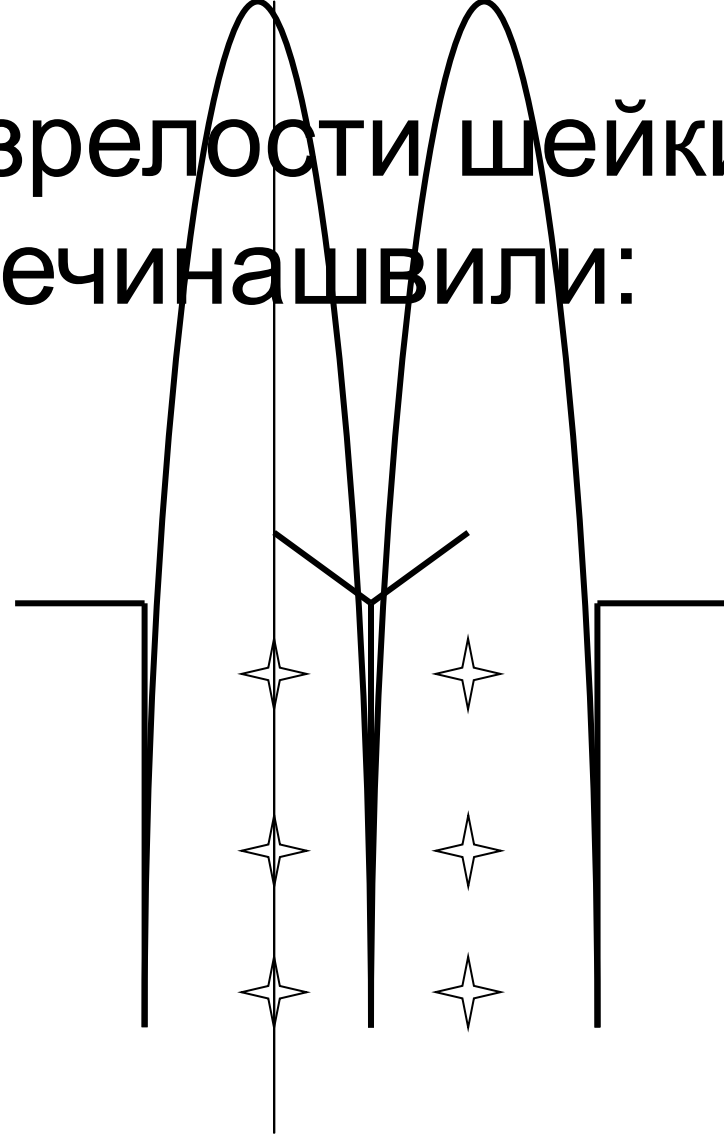
Во всех методиках принимают во внимание следующие параметры:

- консистенция шейки матки;
- длина влагалищной части и шейечного канала матки;
- степень проходимости шейечного канала;
- расположение и направление оси шейки матки в полости малого таза;
- состояние нижнего сегмента матки и толщина стенки влагалищной части шейки матки.

Параметры оценивают при влагалищном исследовании беременной

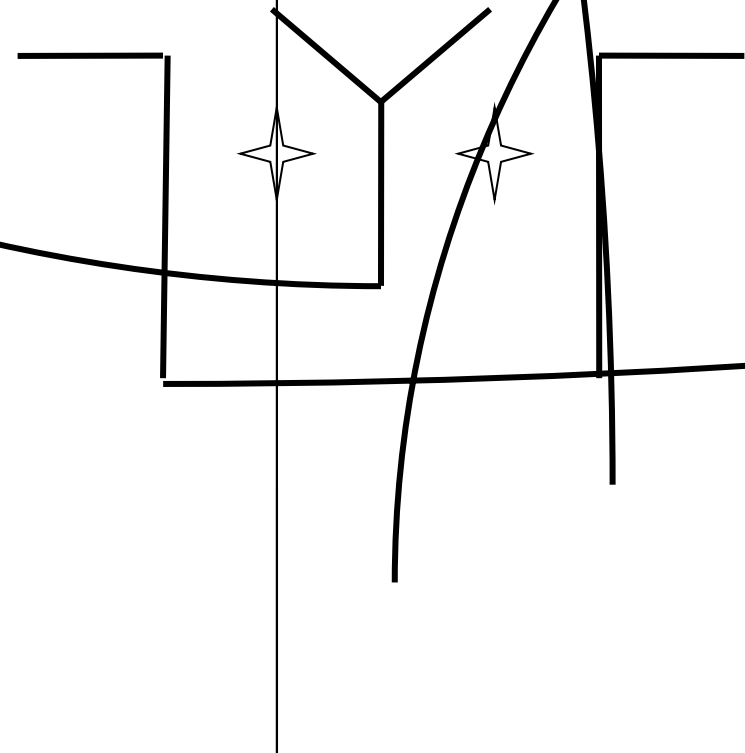
Классификация зрелости шейки матки по Г.Г. Хечинашвили:

- Незрелая шейка матки — плотная во всех отделах. Влагищная часть сохранена, расположена сакрально. Наружный зев закрыт, определяется на уровне, соответствующем середине между верхним и нижним краем лонного сочленения. Складка перехода шейки матки в нижний сегмент матки резкий.



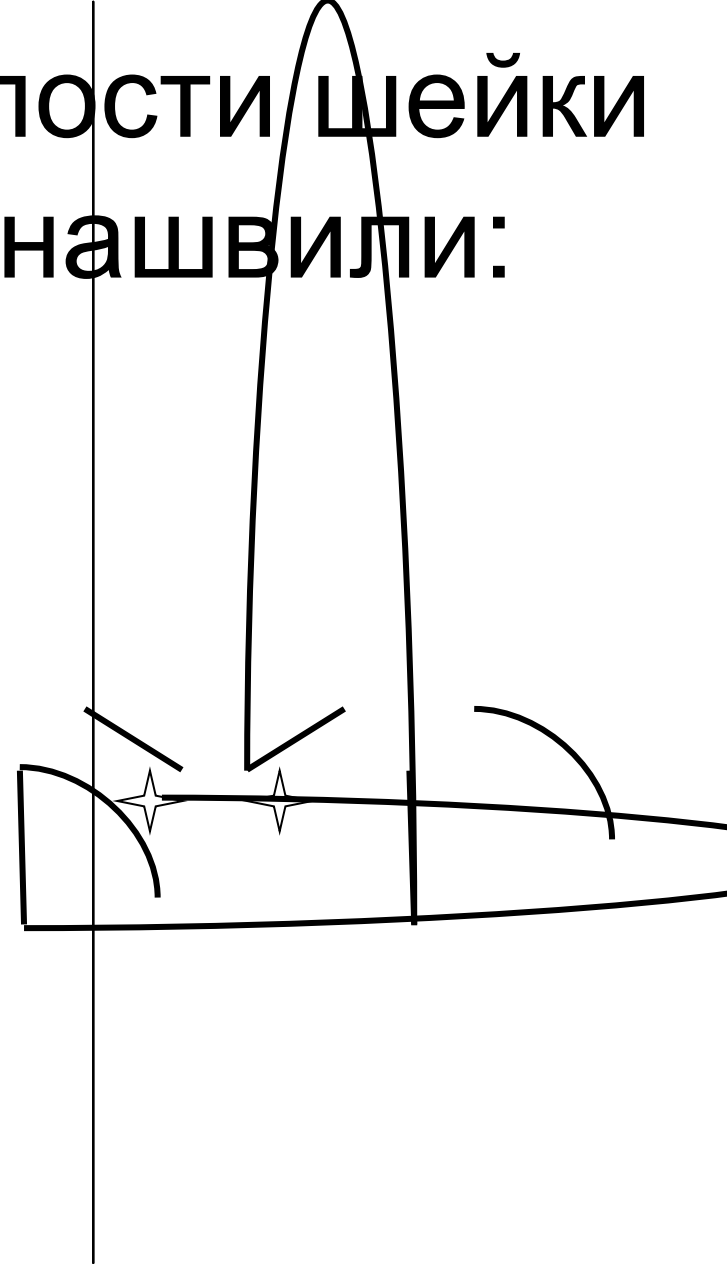
Классификация зрелости шейки матки по Г.Г. Хечинашвили:

- Созревающая шейка матки размягчена не полностью, всё ещё заметен участок плотноватой ткани по ходу шеечного канала, особенно в области внутреннего зева. Влагищная часть шейки матки слегка укорочена, наружный зев пропускает кончик пальца. Реже шеечный канал проходим для пальца до внутреннего зева. Заметен резкий переход шеечного канала на нижний сегмент в области внутреннего зева. Стенка влагищной части шейки матки всё ещё довольно широка (до 1,5 см), влагищная часть шейки расположена в стороне от проводной оси таза. Наружный зев определён на уровне нижнего края симфиза или несколько выше.



Классификация зрелости шейки матки по Г.Г. Хечинашвили:

- Не полностью созревшая шейка матки почти совсем размягчена, лишь в области внутреннего зева ещё определяется участок плотноватой ткани. Канал во всех случаях проходим для 1 пальца за внутренний зев, у первородящих — с трудом. Отсутствует плавный переход шеечного канала на нижний сегмент. Стенка влагалищной части шейки матки заметно истончена (до 1 см), а сама влагалищная часть расположена ближе к проводной оси таза.
- Наружный зев определён на уровне нижнего края симфиза, иногда и ниже.



Классификация зрелости шейки матки по Г.Г. Хечинашвили:

- Зрелая шейка матки полностью размягчена, укорочена или резко укорочена, шейечный канал свободно пропускает один палец и более, не изогнут, плавно переходит на нижний сегмент матки в области внутреннего зева. Стенка влагалищной части шейки матки значительно истончена (до 4–5 мм), влагалищная часть расположена строго по проводной оси таза, наружный зев определён на уровне седалищных остей.

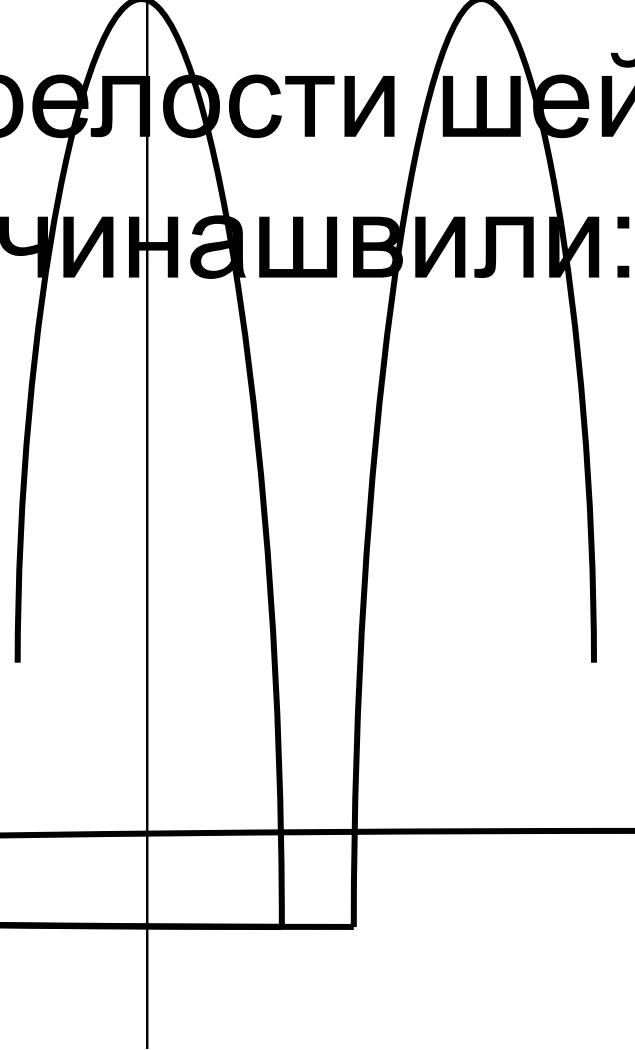


Схема оценки зрелости шейки матки по Бишопу

Признак	1 балл	2 балла	3 балла
Положение шейки матки по отношению к крестцу	К крестцу	Срединное	В проводной линии
Длина шейки матки	2 см и более	1 см	Сглажена
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена	Мягкая
Открытие наружного зева	Закрит	1–2 см	3 см
Расположение предлежащей части	Над входом	Между верхним и нижним краем лона	На нижнем краю лона и ниже

- При оценке **0–5 баллов** шейку матки считают незрелой,
- Если сумма баллов **более 10** — шейка матки зрелая (готова к родам) и можно применять родовозбуждение.

Прелиминарные боли

- Прелиминарные боли непосредственно предшествующими началу родовой деятельности.
- Клинически прелиминарные боли протекают для беременной почти незаметно: отмечаются нерегулярные схваткообразные боли внизу живота (сокращения матки), которые продолжаются менее 6-8 часов, не нарушают сон и не приводят к утомлению.
- **Структурных изменений шейки матки (укорочение, сглаживание и раскрытие) не происходит**
- 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, «созревает».

Параметры	Родовые схватки	1.Прелиминарные боли
Регулярность	Регулярные	Нерегулярные
Интервал между схватками	Постепенно сокращается	Не изменяется
Сила схваток	Постепенно нарастает	Не изменяется
Локализация болей	Живот и поясница	Низ живота
Эффективность анальгетиков	Нет	Да
Структурные изменения в шейке матки (сглаживание шейки матки и раскрытие маточного зева)	Да	Нет

Клиническое течение родов

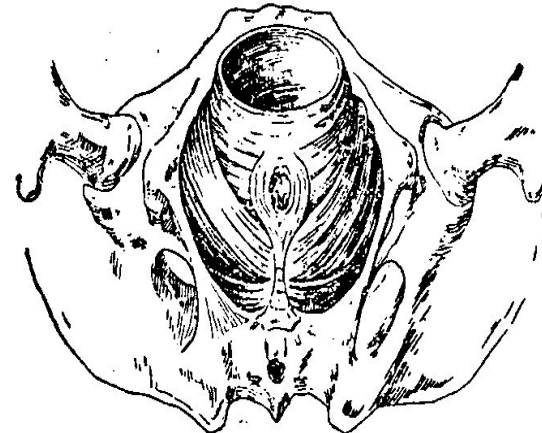
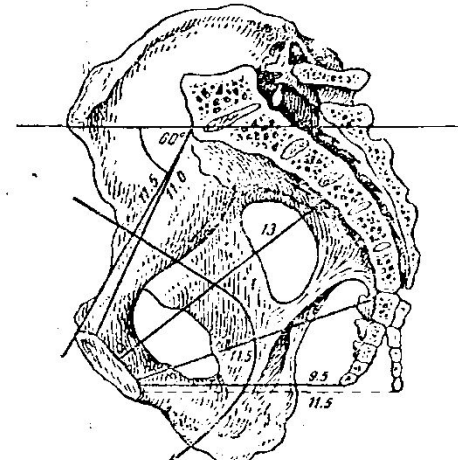
Компоненты родового акта:

- 1. Родовой канал.
- 2. Плод как объект родов.
- 3. Родовые изгоняющие силы.

Родовой канал

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

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



Родовые изгоняющие силы

- **Схватки** - это периодически повторяющиеся сокращения матки. Они возникают с началом родов, способствуют сглаживанию шейки матки, формированию нижнего сегмента матки и раскрытию маточного зева.
- **Потуги** - к сокращению мышцы матки добавляются сокращения поперечнополосатых мышц брюшного пресса и диафрагмы. Потуги возникают в период изгнания плода.

ПЕРИОДЫ РОДОВ

В клиническом течении родов выделяют **три периода**:

- первый период - раскрытие шейки матки;
- второй период - изгнание плода;
- третий период - последовый.
- Продолжительность физиологических родов у первородящих составляет 10—16ч, у повторнородящих — 8—10ч.
- В родах беременная называется роженицей

Период раскрытия шейки матки

- Начинается с появления регулярных маточных сокращений (схваток), приводящих к структурным изменениям шейки матки и заканчивается полным раскрытием наружного зева шейки матки (10 см).
- У первородящих продолжительность первого периода родов составляет 10—11ч, у повторнородящих — 7—9ч.

Период раскрытия шейки матки

Схватки характеризуются:

- Частотой (паузы между схватками в начале родов - 15-20 минут, к концу их промежутки сокращаются до 2-3 минут);
- Продолжительностью (в начале родов схватка продолжается 5-10 секунд, достигая 60 секунд и более к концу родов);
- Силой (определяют в динамике пальпаторно: руку кладут на дно матки);
- Болезненностью (зависит от силы, состояния ЦНС, качества подготовки беременной к родам);
- Эффективностью (определяется степенью (темпом) раскрытия шейки матки).

Период раскрытия шейки матки

- Промежуток от начала одной схватки до начала другой называют маточным циклом.
- Длительность маточного цикла равна 2–3 мин.
- Количество маточных циклов во время родов составляет 180–300 и более.

Различают 3 фазы развития маточного цикла:

- начало и нарастание сокращения матки;
- повышение тонуса миометрия;
- расслабление мышечного напряжения.

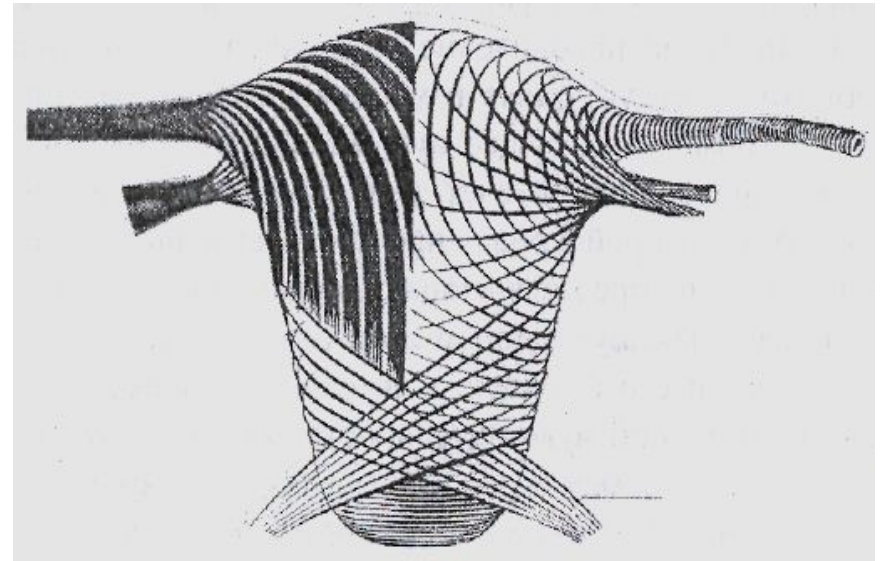


Период раскрытия шейки матки

- Механизм раскрытия шейки матки:
 - 1) сокращение мышц матки,
 - 2) действие на шейку изнутри плодного пузыря или предлежащей части за счет повышения внутриматочного давления.
- Основным механизмом раскрытия шейки матки является сокращение маточной мускулатуры.

Период раскрытия шейки матки

- Характер сокращения обусловлен особенностями расположения мышечных волокон в теле матки (преимущественно продольное) и нижнем сегменте (преимущественно циркулярное). В силу указанного строения тело матки и нижний сегмент выполняют разные функции: шейка матки раскрывается, а тело сокращается, чтобы раскрыть шейку матки и изгнать плод и плаценту.



Период раскрытия шейки матки

Во время каждой схватки в мускулатуре матки происходят одновременно **три процесса**:

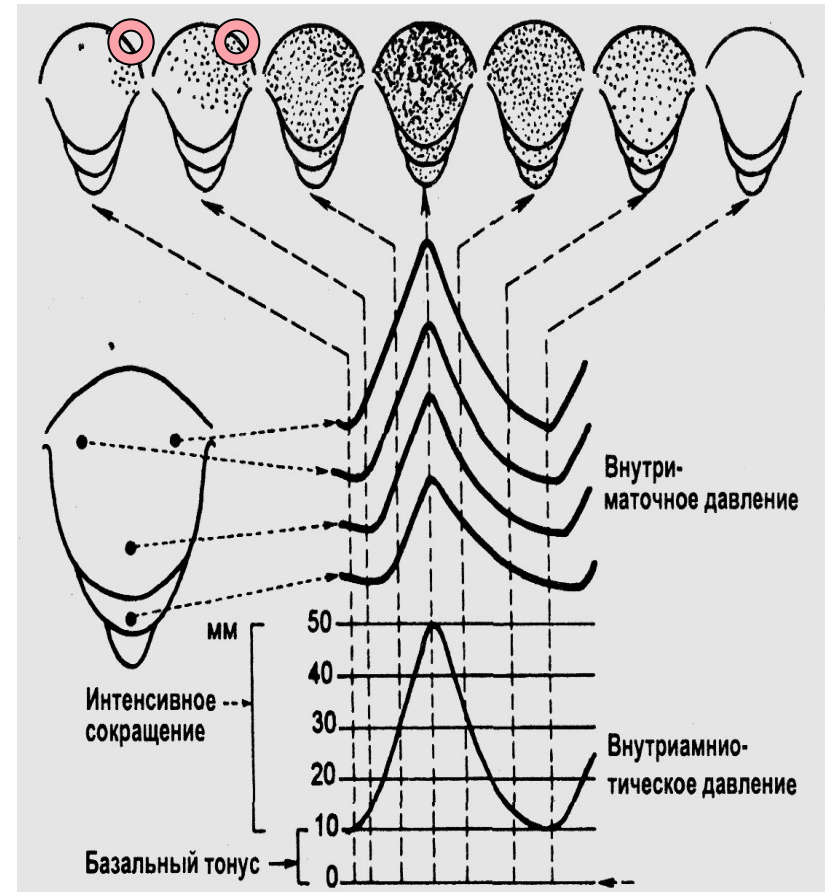
- 1 — сокращение мышечных волокон матки (контракция),
- 2 — взаимное смещение волокон относительно друг друга (ретракция),
- 3 — растяжение мышечных волокон (дистракция).
- В теле матки с преобладанием мышечных волокон в основном происходят **контракция и ретракция**. Во время схваток мышечные элементы, значительно растянутые в длину, при сокращении укорачиваются, смещаются, переплетаются друг с другом.
- Во время паузы волокна не возвращаются в состояние первоначального расположения, вследствие чего происходит смещение значительной части мускулатуры из нижних отделов матки в верхние. В результате стенки в теле матки прогрессирующе утолщаются.

Период раскрытия шейки матки

- С ретракционной перегруппировкой мышц тесно связан параллельно идущий процесс **дистракции шейки матки** — растяжение круговой мускулатуры шейки.
- Продольно расположенные мышечные волокна тела матки в момент контракции и ретракции натягивают и влекут за собой циркулярно расположенные мышечные волокна шейки матки, способствуя раскрытию шейки матки.

Период раскрытия шейки матки

Принцип тройного нисходящего градиента :
 «Возбуждение (нервный импульс) начинается с левого или правого угла матки, который называется водителем ритма ("пейсмекер"), переходит на дно матки, затем на тело, затем на нижний сегмент, **НО** максимум сокращения все отделы матки достигают одновременно».



Период раскрытия шейки матки

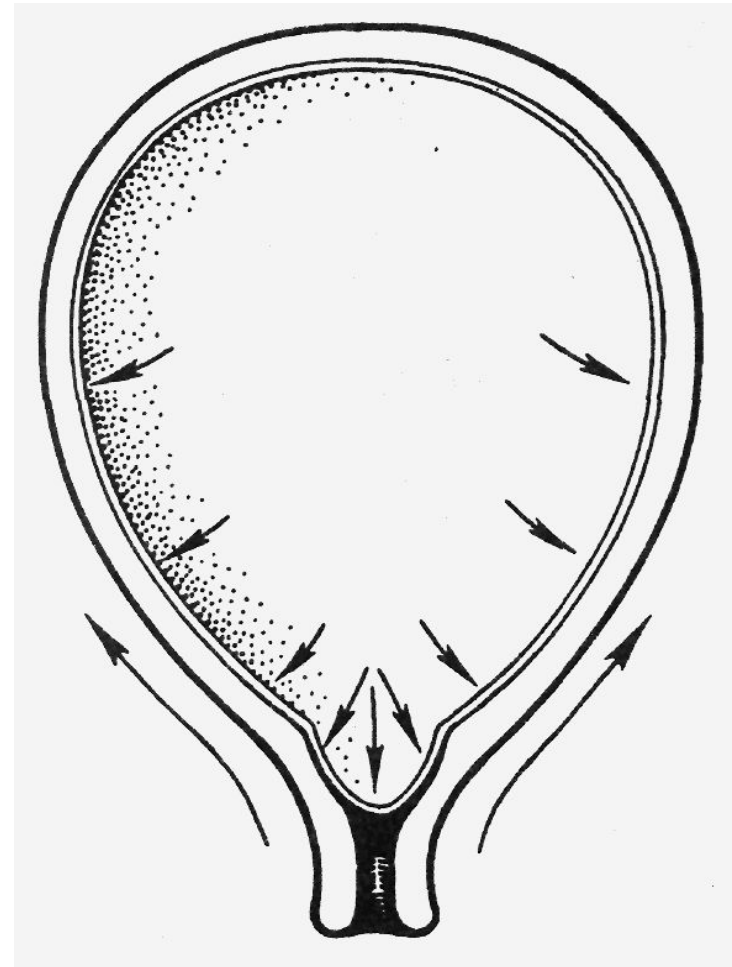
- Длительность волны сокращения уменьшается по мере ее перемещения от дна матки к нижнему сегменту, обеспечивая более выраженный эффект действия верхних отделов матки;
- Интенсивность (амплитуда) сокращения матки также уменьшается по мере его распространения от верхних отделов матки к нижним, т.е. верхние отделы матки сокращаются в 2—3 раза больше, чем нижние (доминанта дна), вызывая смещение мышечных волокон тела матки кверху.

Период раскрытия шейки матки

- При сокращении матки по принципу тройного нисходящего градиента в родах создаются необходимые для открытия шейки матки натяжение циркулярной мускулатуры и повышение внутриматочного давления.
- Во время сокращения вследствие равномерного давления со стороны стенок матки околоплодные воды по законам гидравлики устремляются в сторону нижнего сегмента матки.

Период раскрытия шейки матки

- Под напором околоплодных вод нижний полюс плодного яйца отслаивается от стенок матки и внедряется во внутренний зев канала шейки. Эта часть оболочек нижнего полюса яйца, внедряющаяся вместе с околоплодными водами в канал шейки матки, называется плодным пузырем.
- Во время схваток плодный пузырь натягивается и все глубже вклинивается в канал шейки матки, расширяя ее изнутри.

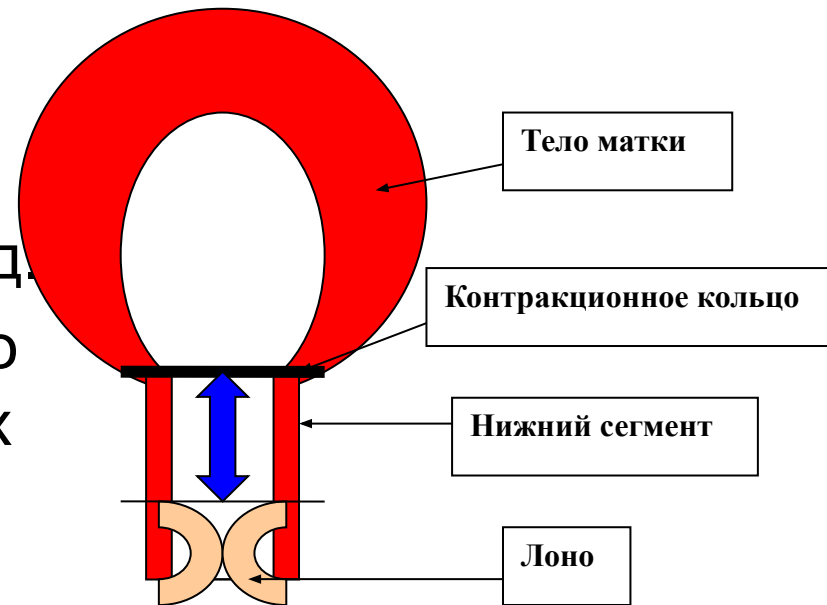


Период раскрытия шейки матки

- По мере раскрытия шейки матки происходят истончение и окончательное формирование нижнего сегмента из перешейка и шейки матки.
- Граница между истонченным нижним сегментом и телом матки имеет вид борозды и называется **контракционным кольцом**.

Период раскрытия шейки матки

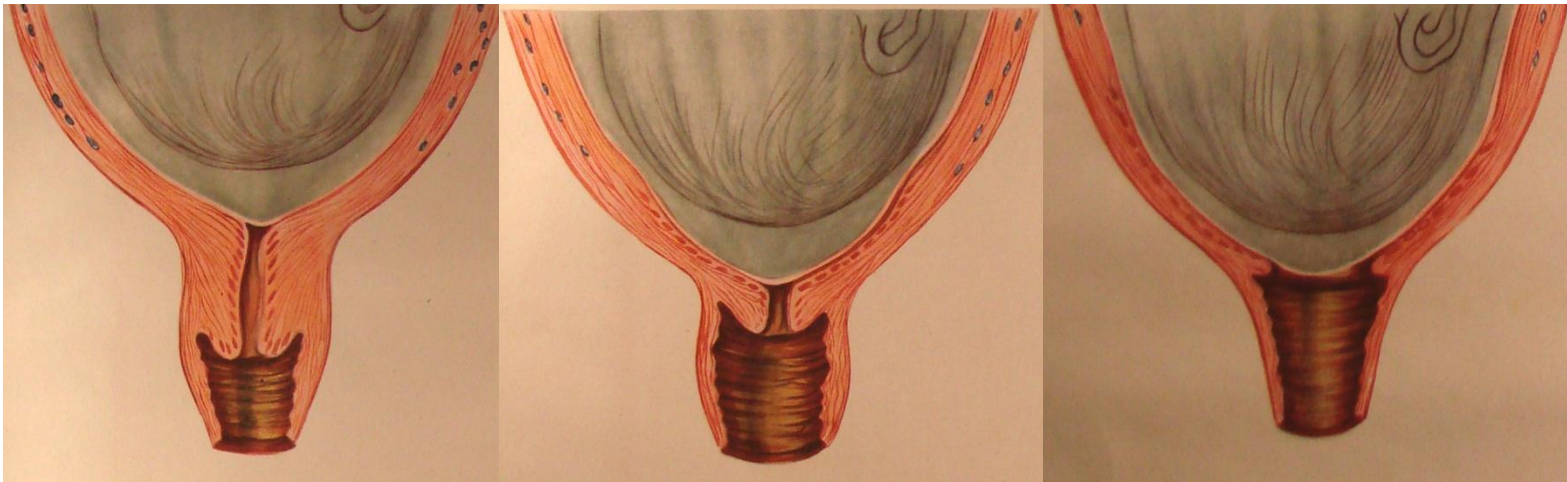
- **Контракционное кольцо** является функциональным образованием, свидетельствующим о хорошей сократительной способности матки.
- Определяется после излития вод.
- Высота стояния контракционного кольца над лоном в сантиметрах показывает степень раскрытия зева шейки матки (прием Шатц-Унтербреганц).



Период раскрытия шейки матки

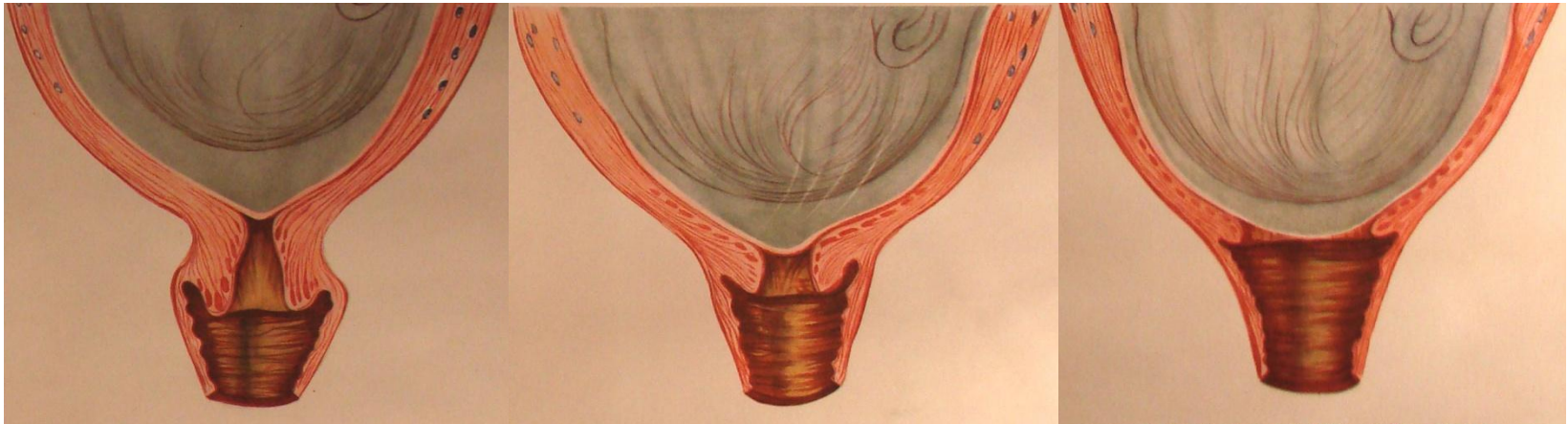
Раскрытие шейки матки происходит неодинаково у первородящих и повторнородящих

- 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.



Период раскрытия шейки матки

- 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. То есть, наружный зев раскрывается почти одновременно с внутренним, и в это время происходит укорочение шейки матки.

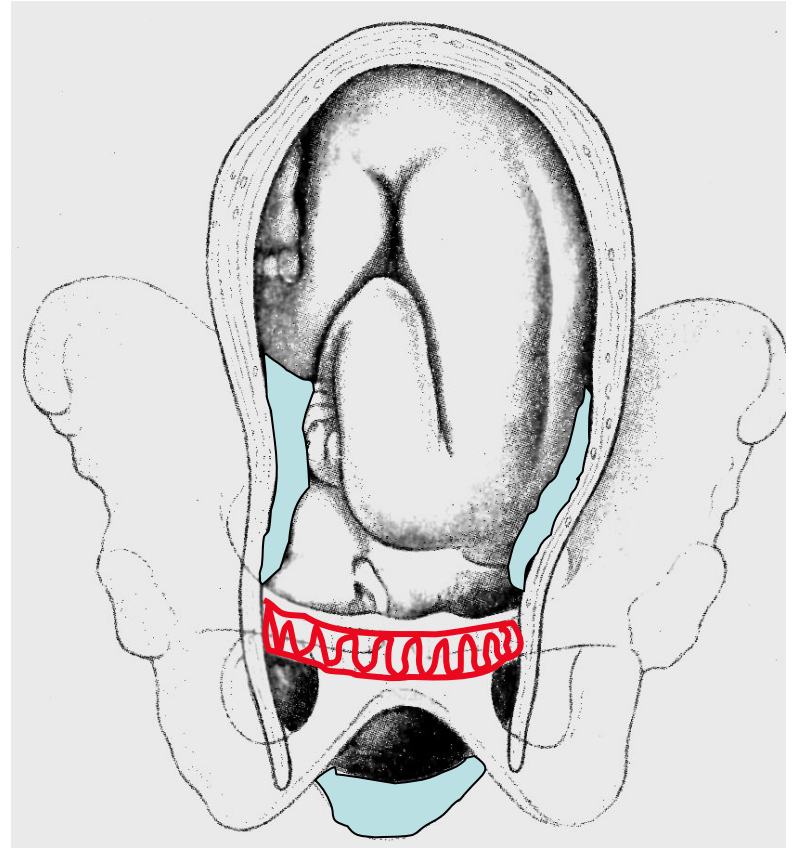


Период раскрытия шейки матки

- Раскрытие шейки матки считается **полным**, когда зев раскрывается до 10—12 см. Одновременно с раскрытием шейки матки в I периоде, как правило, начинается продвижение предлежащей части плода через родовой канал. Головка плода начинает опускаться в полость таза с началом схваток, находясь к моменту полного раскрытия шейки чаще всего большим сегментом во входе в малый таз или в полости таза.

Период раскрытия шейки матки

- При головном предлежании по мере продвижения головки плода происходит разделение околоплодных вод на передние и задние, так как головка прижимает стенку нижнего сегмента матки к костной основе родового канала. Место охвата головки стенками нижнего сегмента называется **внутренним поясом соприкосновения** (прилегания), который делит **околоплодные воды** на передние, находящиеся ниже пояса соприкосновения, и задние — выше пояса соприкосновения



Период раскрытия шейки матки

- Плодный пузырь утрачивает свою физиологическую функцию к моменту полного раскрытия шейки матки.
- После полного или почти полного раскрытия шейки матки оболочка плодного пузыря под влиянием повышенного внутриматочного давления разрывается и передние воды изливаются (своевременное излитие околоплодных вод).
- Если плодные оболочки при полном раскрытии зева не разрываются, их необходимо вскрыть.

Период раскрытия шейки матки

- После излития околоплодных вод схватки на некоторое время могут прекращаться или ослабевать, а затем вновь становятся сильными.
- Пока плодный пузырь цел, внутриматочное давление на подлежащую часть плода равномерно или почти равномерно.
- После же вскрытия плодного пузыря создаются совершенно иные условия, так как внутриматочное давление выше, чем внешнее (атмосферное) давление. Это способствует образованию на подлежащей части родовой опухоли.

Период раскрытия шейки матки

- Полное раскрытие зева (10 см), совпадающее обычно со вскрытием плодного пузыря (излитие околоплодных вод), указывает на окончание первого периода родов — периода раскрытия.
- Эффективность сократительной деятельности матки оценивают по скорости (темпу) раскрытия маточного зева.
- Средняя скорость раскрытия шейки матки:
1 см/ч у первородящих,
2 см/ч - у повторнородящих.

В связи с неравномерностью процесса раскрытия шейки матки различают несколько фаз I периода родов:

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

Период раскрытия шейки матки

- I Латентная фаза: начинается с установления регулярного ритма схваток и заканчивается сглаживанием шейки матки и раскрытием маточного зева на 3–4 см. Для фазы характерна синхронность сокращений всех отделов матки, тройной нисходящий градиент и полное совпадение пиков сокращений всех отделов матки. При сокращении дна и тела матки происходит расслабление поперечно расположенных мышечных волокон нижнего сегмента и шейки матки. Продолжительность фазы около 5–6 часов. Фазу называют «латентной», потому что схватки в этот период безболезненные или малоболезненные, при физиологических родах нет нужды в медикаментозной терапии, скорость раскрытия составляет 0,35 см/ч.

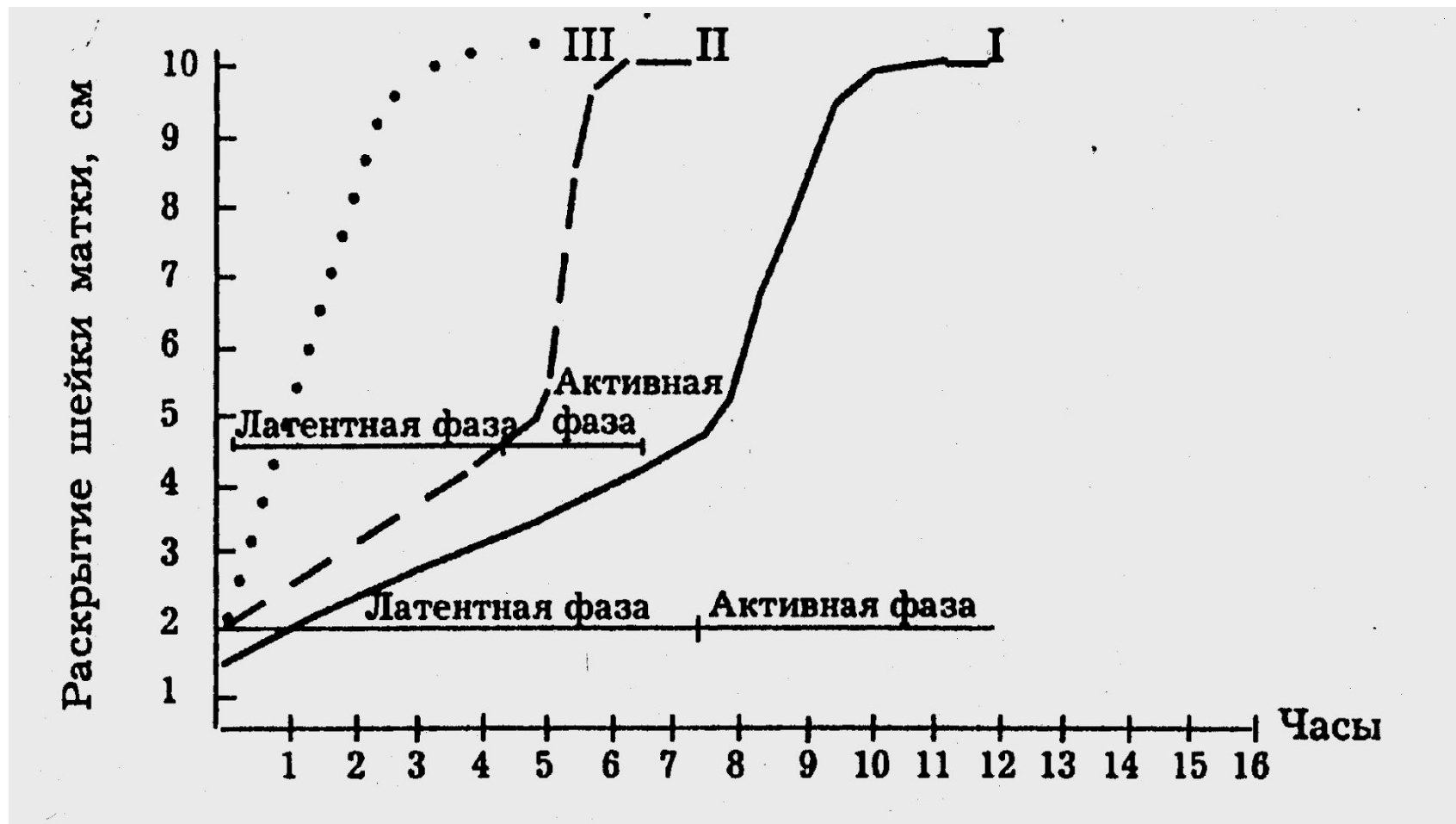
Период раскрытия шейки матки

- II Активная фаза: начинается после раскрытия маточного зева на 4 см. Характерна интенсивная родовая деятельность и довольно быстрое раскрытие маточного зева. Средняя продолжительность фазы составляет 3–4 часа. Скорость раскрытия у первородящих составляет 1,5–2 см/ч, у повторнородящих 2–2,5 см/ч. Сохранение плодного пузыря до раскрытия шейки матки более 8 см нецелесообразно. Препятствовать самопроизвольному излитию вод в активной фазе родов может чрезмерная плотность оболочек или недостаточное повышение внутриамниотического давления. Необходимо проведение амниотомии с предварительным введением спазмолитиков. После излития вод, при раскрытии шейки матки на 4–5 см время до полного раскрытия уменьшается на 30%.

Период раскрытия шейки матки

- III Фаза замедления: длится от раскрытия шейки матки на 8 см до полного раскрытия. У первородящих длительность составляет от 40 минут до 2-х часов. У повторнородящих фаза может отсутствовать. Клиническое проявление данной фазы не всегда выражено, но её выделение необходимо для избежания необоснованного назначения родостимуляции, если в период раскрытия шейки от 8 до 10 см возникнет впечатление, что родовая деятельность ослабла. Изменение протекания родовой деятельности связано с тем, что в это время головка достигает плоскости узкой части малого таза, плоду следует миновать её медленно и спокойно.

Период раскрытия шейки матки



Партограмма

I - у первородящих

II - у повторнородящих

Период изгнания плода

- Второй период родов начинается с полного открытия маточного зева и включает в себя механическое изгнание плода и заканчивается рождением ребенка.
- Продолжительность данного периода у первородящих составляет 30–60 минут, у повторнородящих — 15–20 минут.
- Обычно для рождения плода достаточно 5–10 потуг.

Период изгнания плода

- Схватки - через 2-3-4 минуты по 50-60 секунд
- Затем к схватке рефлекторно присоединяется сокращение (произвольное) брюшного пресса. Этот процесс называется **потугами**.
- Рефлекторно сокращаются мышцы тазового дна, особенно когда головка опускается на тазовое дно, присоединяется боль от давления головки на нервы крестцового сплетения. В этот момент появляется желание изгнать головку из родовых путей.
- Неверно отождествлять появление потуг с началом периода изгнания - они появляются в конце этого периода и помогают подлежащей части преодолеть самую узкую часть малого таза.

Период изгнания плода

Поступательное движение головки:

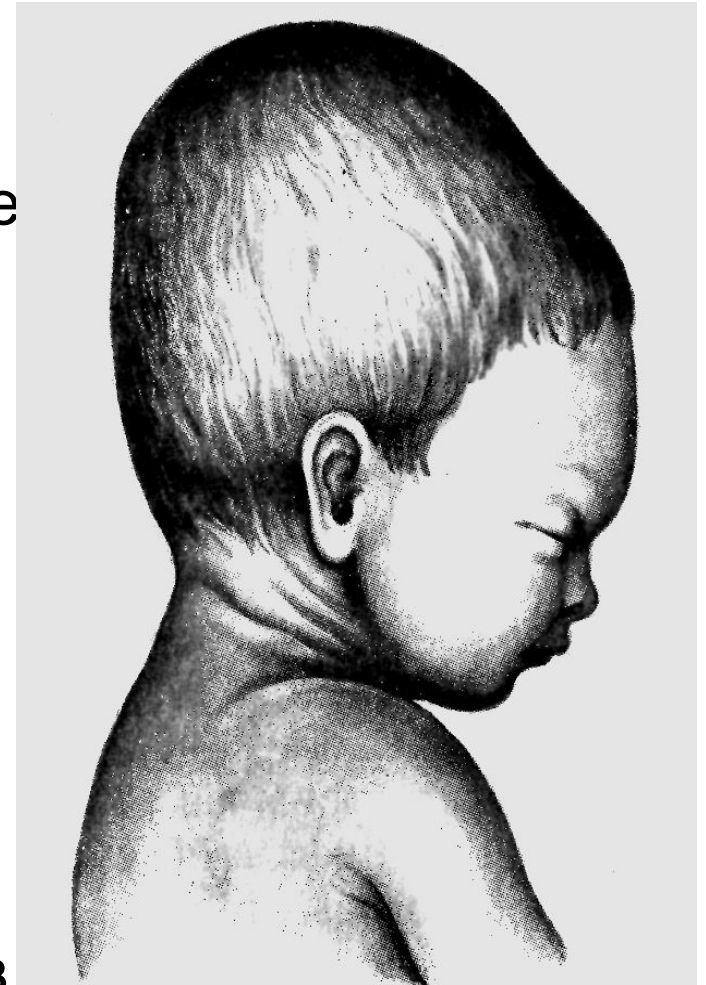
- выпячивается и растягивается промежность,
- синюшный цвет кожи промежности
- выпячивается и зияет задний проход,
- раскрывается половая щель,
- появляется нижний полюс головки плода.
- Врезывание головки – это когда после потуги головка скрывается за половой щелью.
- Прорезывание – это когда головка по окончании потуги не скрывается (начало третьего момента биомеханизма родов - разгибанием головки).

Период изгнания плода

- Путем разгибания головка постепенно выходит из-под лонной дуги, затылочная ямка находится под лонным сочленением, теменные бугры плотно охвачены растянутыми тканями. Через половую щель рождается лоб и лицо при соскальзывании с них промежности. Головка родилась, совершает наружный поворот, затем рождаются плечики и туловище вместе с изливающимися задними водами.

Период изгнания плода

- Головка плода изменяет свою форму, приспособляясь к форме родового канала, кости черепа заходят друг за друга - это называют конфигурацией головки плода. Кроме этого, на головке образуется **родовая опухоль** - отек кожи подкожной клетчатки, расположенной ниже внутреннего пояса соприкосновения. Она самостоятельно рассасывается через несколько дней после родов.



Последовый период

- После рождения плода наступает **III, последовый период**, который продолжается до рождения (выделения из полости матки) последа
- Средняя продолжительность III периода у первородящих составляет 10-15 минут, у повторнородящих — 5-10 минут.
- Максимальная продолжительность данного периода **до 30 минут.**

В III периоде родов различают три фазы:

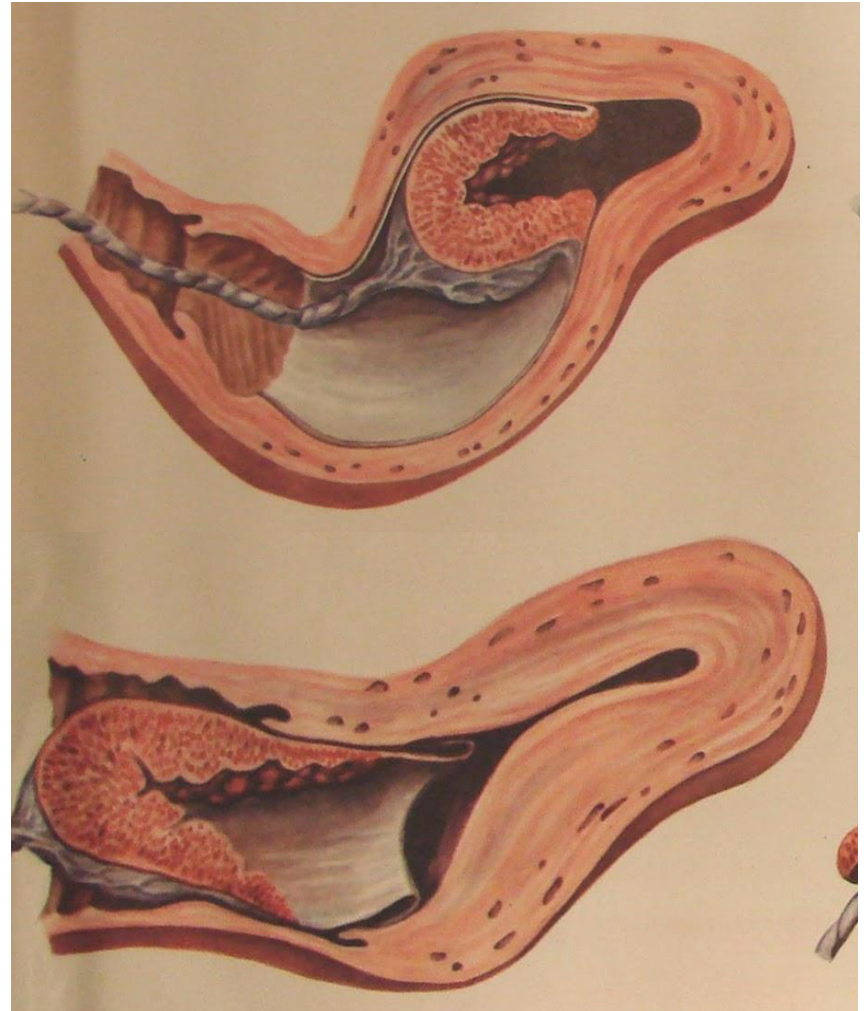
1. От момента рождения ребенка до начала отделения от стенки матки плаценты;
2. Отделение плаценты;
3. Выделение последа.

Последовый период

- В последовом периоде у роженица утомлена, исчезает тахикардия, артериальное давление, которое повышается во втором периоде родов, снижается и достигает исходного уровня, прекращается ощущение озноба, температура тела, окраска кожных покровов и видимых слизистых нормальные.
- Дно матки стоит на уровне пупка. Несколько минут матка находится в состоянии покоя, возникающие схватки безболезненны. При схватке матка становится плотной. Кровотечение из матки незначительное или отсутствует. Последовые схватки не вызывают неприятных ощущений, они менее интенсивные, умеренно болезненные, в среднем послед отделяется через 2-3 схватки.
- После рождения ребенка матка сокращается, приобретает округлую форму, дно ее располагается на уровне пупка, через несколько минут начинаются последовые схватки, которые способствуют дальнейшему сокращению матки, в том числе и в месте прикрепления плаценты (плацентарной площадки). С каждой схваткой происходит разрыв маточно-плацентарных сосудов, смещение и постепенная отслойка плаценты.

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);



Последовый период

Таким образом, отделению плаценты от стенок матки способствуют:

- а) схватки;
- б) потуги;
- в) тяжесть самой плаценты;
- г) ретроплацентарная гематома при центральном отделении плаценты.

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.



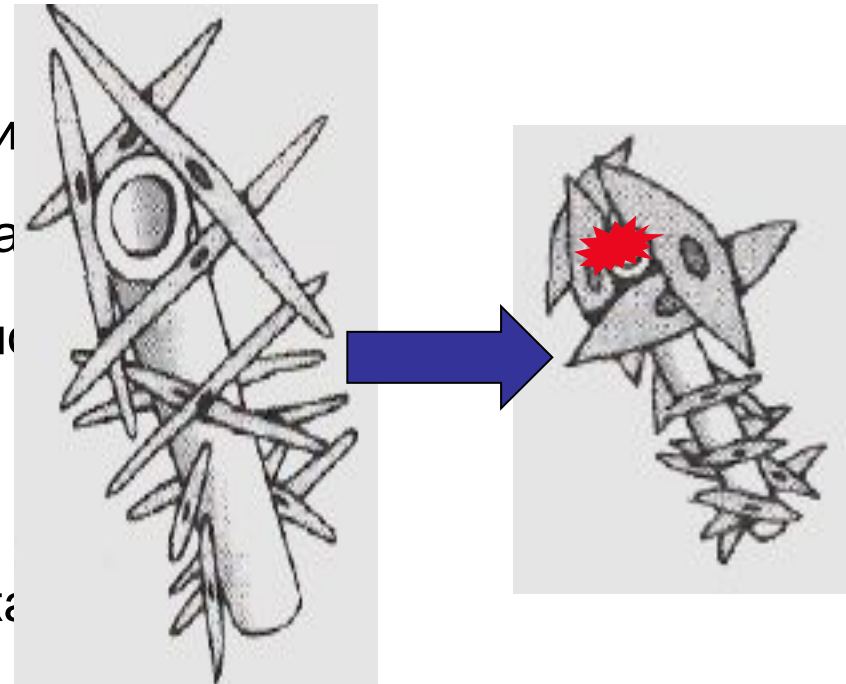
Последовый период

- После полного отделения плаценты от плацентарной площадки дно матки поднимается выше пупка и отклоняется вправо. Контуры матки несколько изменяются, она приобретает форму песочных часов, так как в нижнем отделе ее находится отделившееся детское место. При появлении потуги послед рождается.
- После рождения последа матка становится плотной, округлой, располагается посередине, дно ее находится между пупком и лоном.
- После рождения последа (родов) женщина называется родильницей.

Последовый период

Остановка маточного кровотечения:

1. **Смещение и деформация (скручивание, перегибы, растяжение) сосудов** в результате сокращения мышцы матки (механическая остановки кровотечения);
2. Разрыв маточных сосудов происходит на уровне **сужения терминальных отделов спиральных артерий**, что дает им возможность сокращаться и смещаться в глубокие слои мышечной ткани, где они подвергаются дополнительному сдавливающему воздействию со стороны сокращающейся мышцы матки;
3. **Тромбообразование**, возникающее как следствие проявления защитных механизмов организма в ответ на травму тканей приводит к остановке кровотечения в мелких сосудах (капиллярах).



Последовый период

- Физиологическая кровопотеря – 0,3% от массы тела 150-250 мл.
- **Допустимая кровопотеря — 0,5% от массы тела женщины, но не больше 400 мл.**
- Патологическая кровопотеря – все, что выше объёма допустимой кровопотери.

Понятие о биомеханизме родов

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

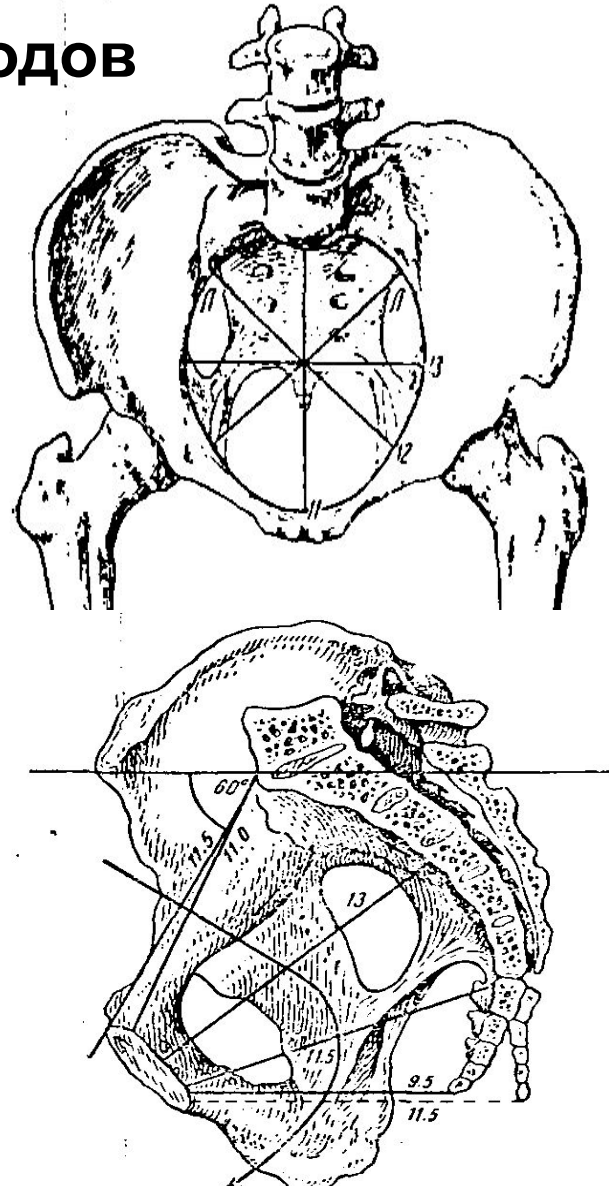
Причины совершаемых плодом движений:

- действующий на плод суммарный эффект схваток и потуг (сокращения матки, брюшной стенки, диафрагмы, мышц тазового дна);
- противодействующие силы родовых путей и неравномерное распределение препятствий в разных плоскостях таза.

Биомеханизм родов

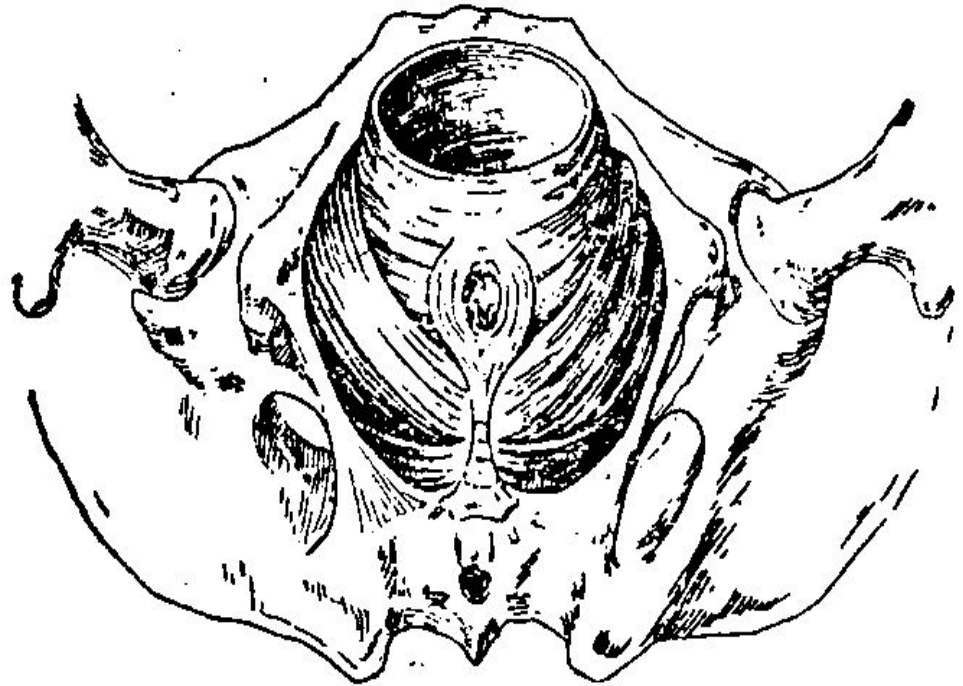
Родовой канал
образован:

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



Биомеханизм родов

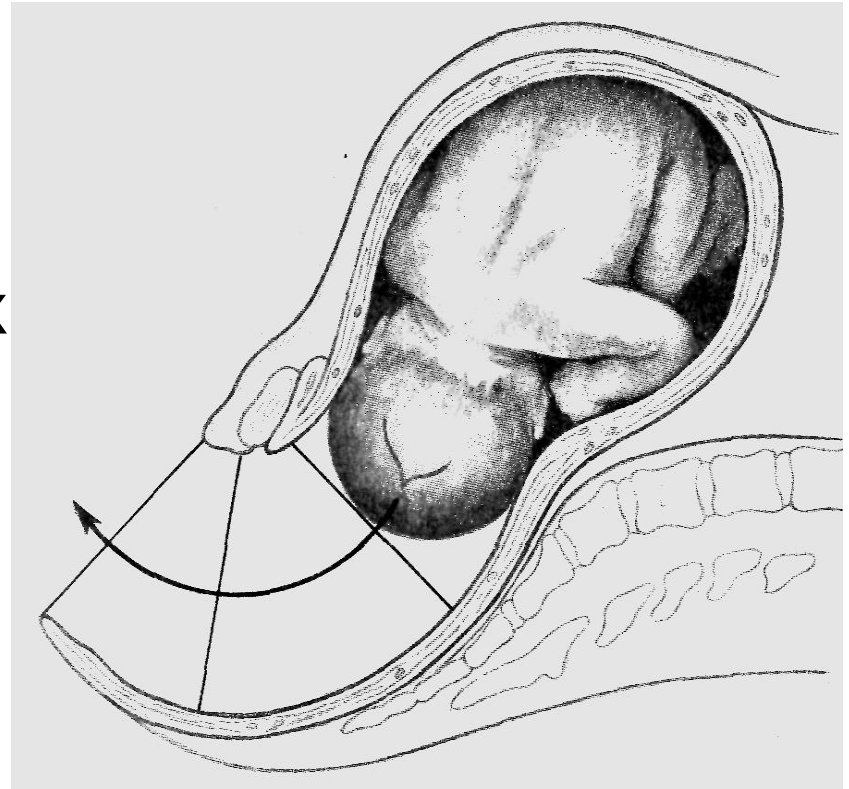
- Мягкие ткани (развернутый нижний сегмент, влагалище, фасции и мышцы тазового дна, промежности), которые оказывают сопротивление рождающемуся плоду и принимают активное участие в механизме родов



Биомеханизм родов

Проводная ось таза

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



Биомеханизм родов

Проводная (ведущая) точка

- Ведущей точкой называют точку на предлежащей части (головке), которая располагается в центре малого таза по его проводной оси и первой рождается из половых путей

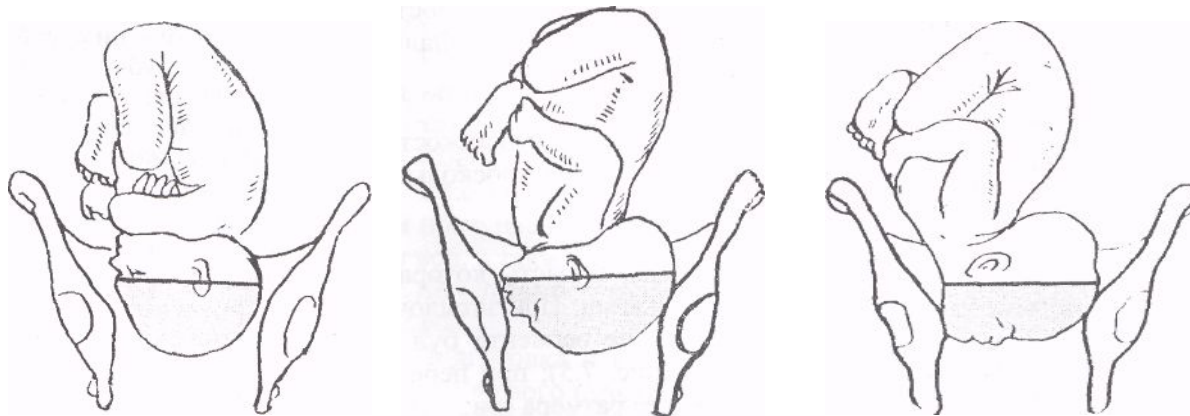


Биомеханизм родов

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).



Биомеханизм родов

Затылочное предлежание

- Это такое предлежание, когда головка находится согнутом состоянии и наиболее низкорасположенной областью ее служит затылок.



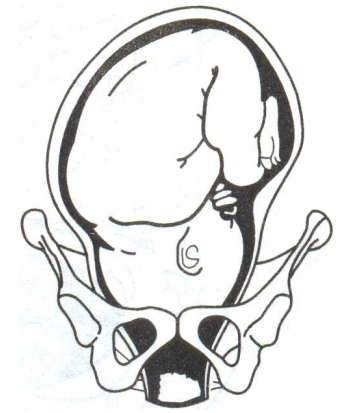
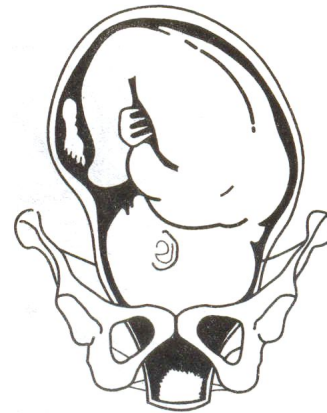
Биомеханизм родов

При затылочном предлежании может быть:

- передний вид (затылок расположен кпереди, лицо кзади);
- задний вид (затылок расположен кзади, лицо кпереди);.

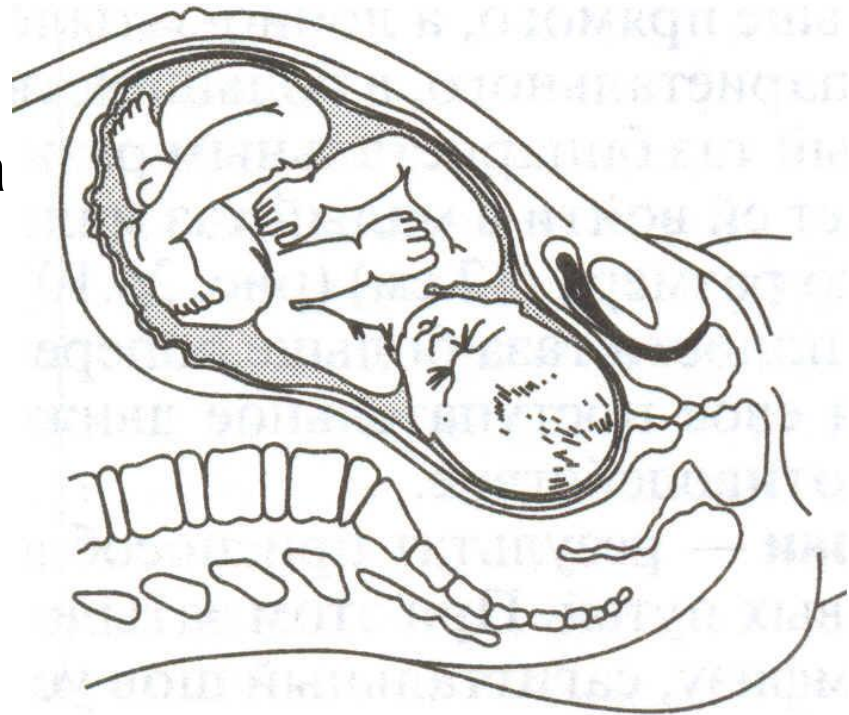
Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания состоит из **четырёх моментов**:

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



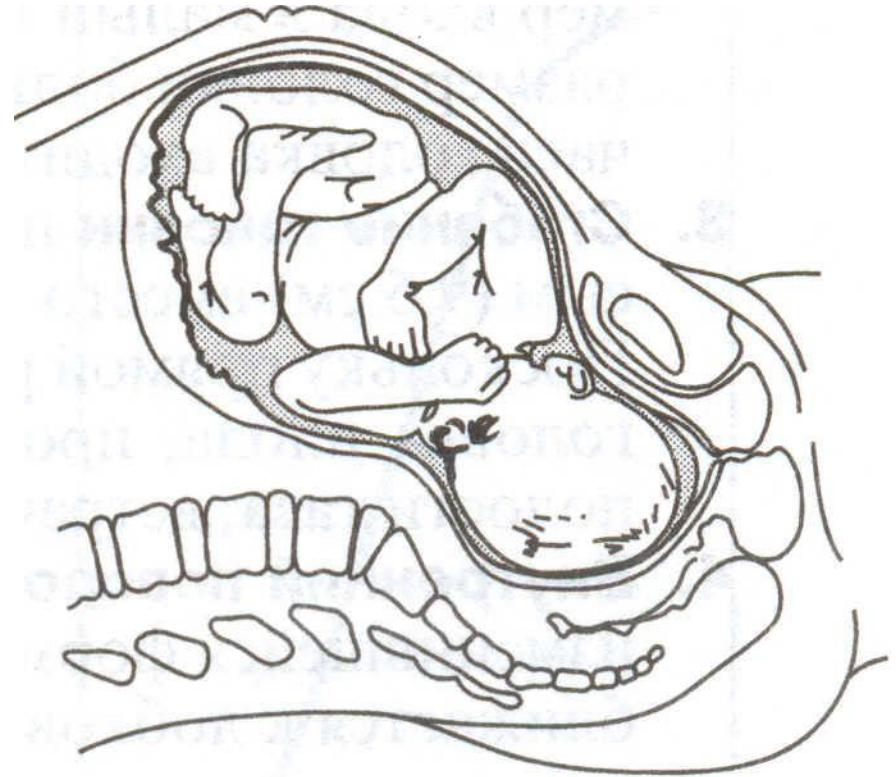
Первый момент биомеханизма родов

- 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.



Второй момент биомеханизма родов

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



Начало второго момента 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.

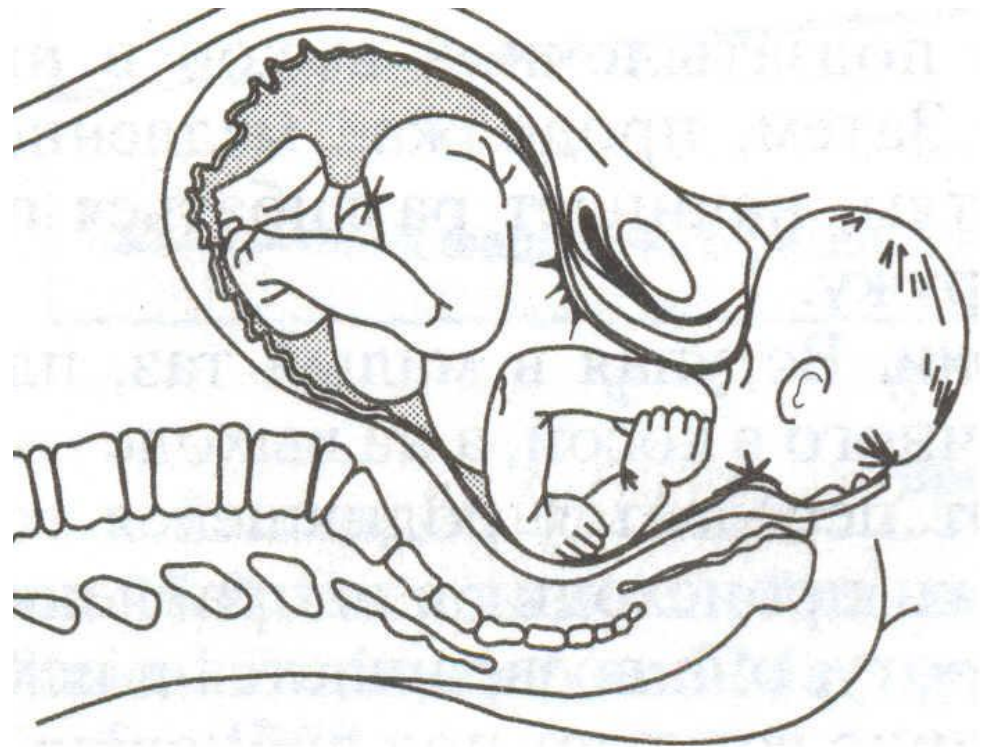
Внутренний поворот заканчивается

- 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.



Разгибание головки

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



Точка фиксации

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

Точка опоры

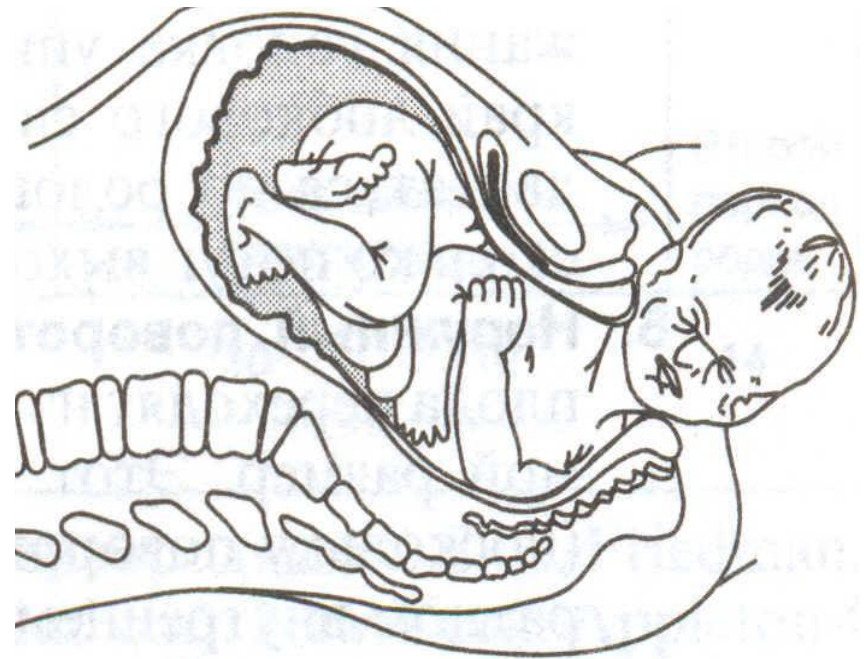
- Та точка на костях таза матери, к которой подходит точка фиксации (а теле плода)

Размер головки при рождении в переднем виде затылочного предлежания

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

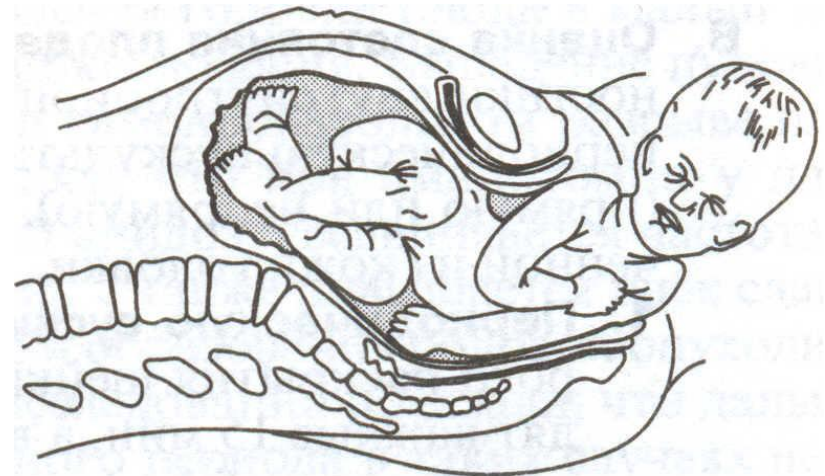
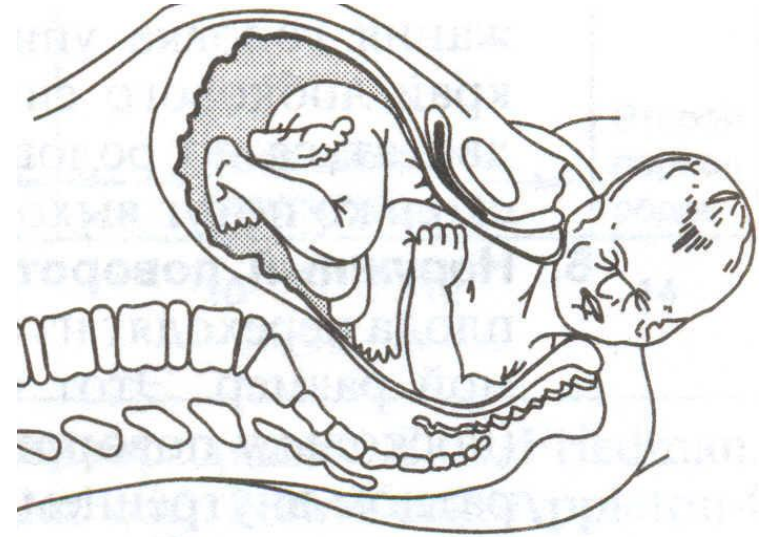
Четвертый момент биомеханизма родов

- 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.



Рождение плечиков

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





Сгибание головки



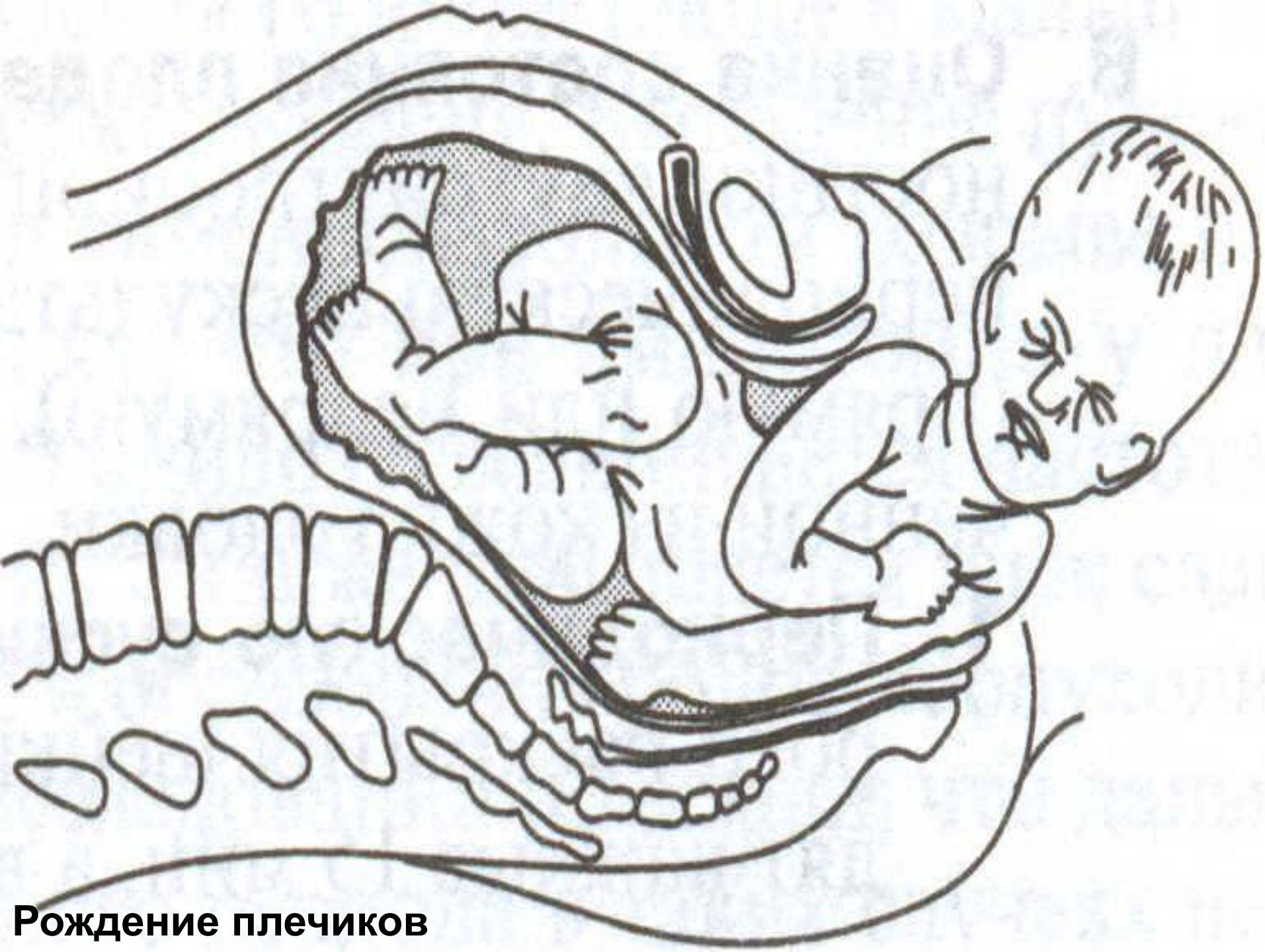
Внутренний поворот головки



Разгибание головки



Внутренний поворот плечиков



Рождение плечиков

Биомеханизм родов

- 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 наименьшим размером.

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ РОДОВ:

Оценить факторы и степень риска беременной накануне родов

- Осуществить выбор стационара для родоразрешения
- Внимательное отношение персонала и поддержка женщины во время и после родов
- Выбрать адекватный метод родоразрешения
- Осуществлять мониторинг контроль в родах за состоянием матери и плода
- Ведение партограммы
- Обезболивание родов
- Бережное оказание пособия в родах
- Профилактика гипоксии плода и кровотечения в родах
- Оценить состояние ребенка при рождении и при необходимости своевременно оказать помощь
- Раннее прикладывание ребенка к груди матери

Стандарт акушерской помощи при нормальных родах

- сбор анамнеза;
- осмотр па педикулез;
- стрижка ногтей;
- гигиенический душ;
- измерение температуры тела, массы и длины тела, АД на обеих руках;
- подсчёт пульса;
- общее обследование органов дыхания, кровообращения, пищеварительной и мочевыделительной систем;
- осмотр молочных желез; измерение наружных размеров таза; наружное и влагалищное акушерское исследование;
- аускультация сердцебиения плода (кардиотокограмма при наличии возможности);
- определение группы крови и Rh-фактора;
- определение уровня гемоглобина;
- кипячение мочи или анализ мочи на белок;
- гемостазиограмма (при отсутствии возможности - протромбиновый индекс, время свертывания и кровотечения, число тромбоцитов);
- анализ крови на RW, ВИЧ;
- при наличии возможности - анализ крови на HBS Ag и антитела к вирусу гепатита С и ультразвуковое исследование матки и плода.

- Нормальные роды проводятся в акушерском стационаре, обеспеченном всеми условиями для оказания помощи в родах, поскольку в любой момент могут возникнуть осложнения. На родах возможно присутствие мужа, прошедшего соответствующую подготовку, или близких родственников с разрешения врача при отсутствии у них инфекционного заболевания (ОРЗ и других).

ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- Крайне важно при первом осмотре беременной установить начало родов, что порой представляет значительные трудности.

ПРИЗНАКАМИ НАЧАЛА РОДОВ ЯВЛЯЮТСЯ:

- наличие регулярных болезненных схваток (боли внизу живота, пояснице);
- **сглаживание или раскрытие шейки матки;**
- подтекание околоплодных вод;
- кровянистые выделения.

ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- Роженица поступает в родильный дом с обменной картой беременной, заполняемой в женской консультации, где имеются сведения о течении беременности, о состоянии здоровья беременной.

В приемном отделении роженицу обследуют:

- собирают анамнез,
- общее обследование,
- специальное акушерское исследование (измерение наружных размеров таза, высоты стояния дна матки, окружности живота, выслушивание сердцебиения плода и другие),
- влагалищное исследование.

ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Проводится санитарная обработка перед переводом в родовой блок:

- Бритье наружных половых органов
- Очитительная клизма
- Душ
- Смена белья

В предродовой палате роженица проводит первый период родов.

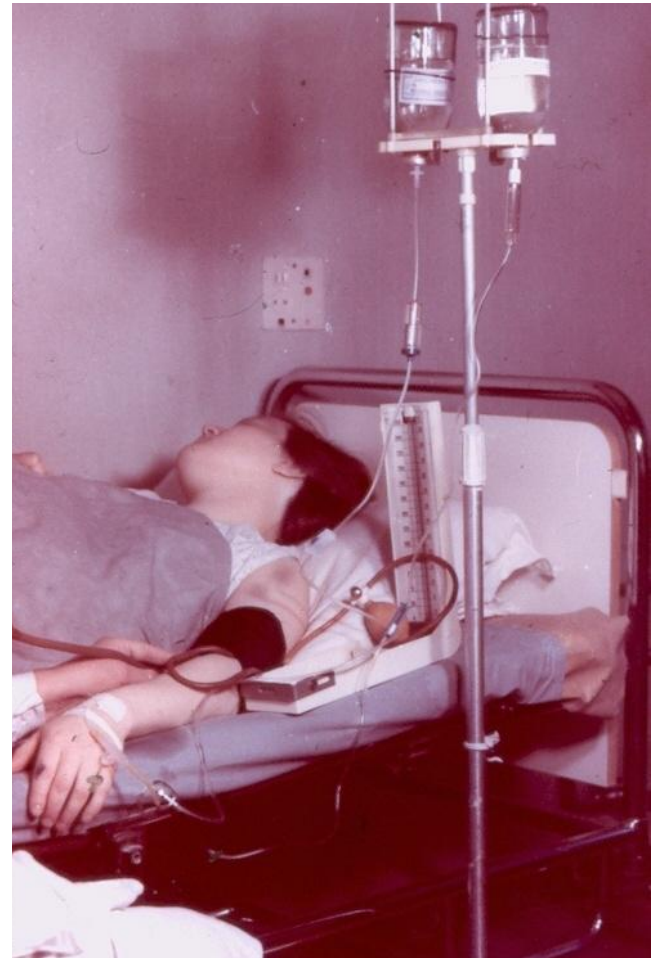
В первом периоде родов врач должен:

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

ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Особое внимание должно быть обращено на:

- состояние сердечнососудистой системы роженицы (окраска кожных покровов, пульс, АД на обеих руках),
- необходимо справляться о самочувствии роженицы (усталость, головная боль, головокружение, расстройство зрения, боли в эпигастральной области)



ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- Наружное акушерское исследование в периоде раскрытия производят систематически.

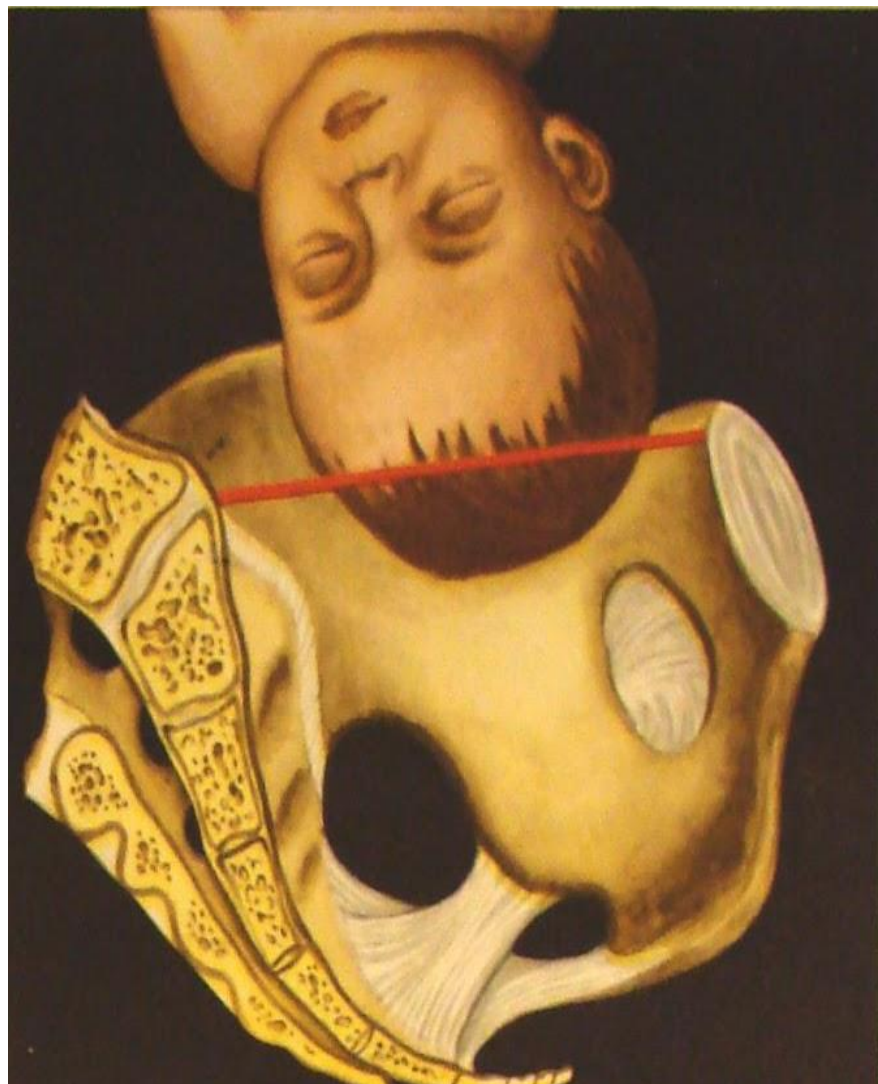
Определяют:

- форма матки и ее консистенцию во время и вне схватки, высота стояния дна матки, состояние контракционного кольца (по мере раскрытия шейки матки поднимается вверх; о высоте стояния судят о степени раскрытия).
- частота, продолжительность, сила схваток определяется рукой, расположенной на области дна матки, а степень ее расслабления посредством пальпации. Эффективность определяется по степени (темпу) раскрытия шейки матки, определяемой при влагалищном исследовании.
- положение, позицию, вид и предлежание плода и отношение предлежащей части ко входу в малый таз.
- Наблюдают за характером вставления и продвижения головки плода по родовому каналу с помощью наружных приёмов пальпации, влагалищного исследования.
- Головка плода может быть в следующих отношениях к плоскостям таза.

- **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.



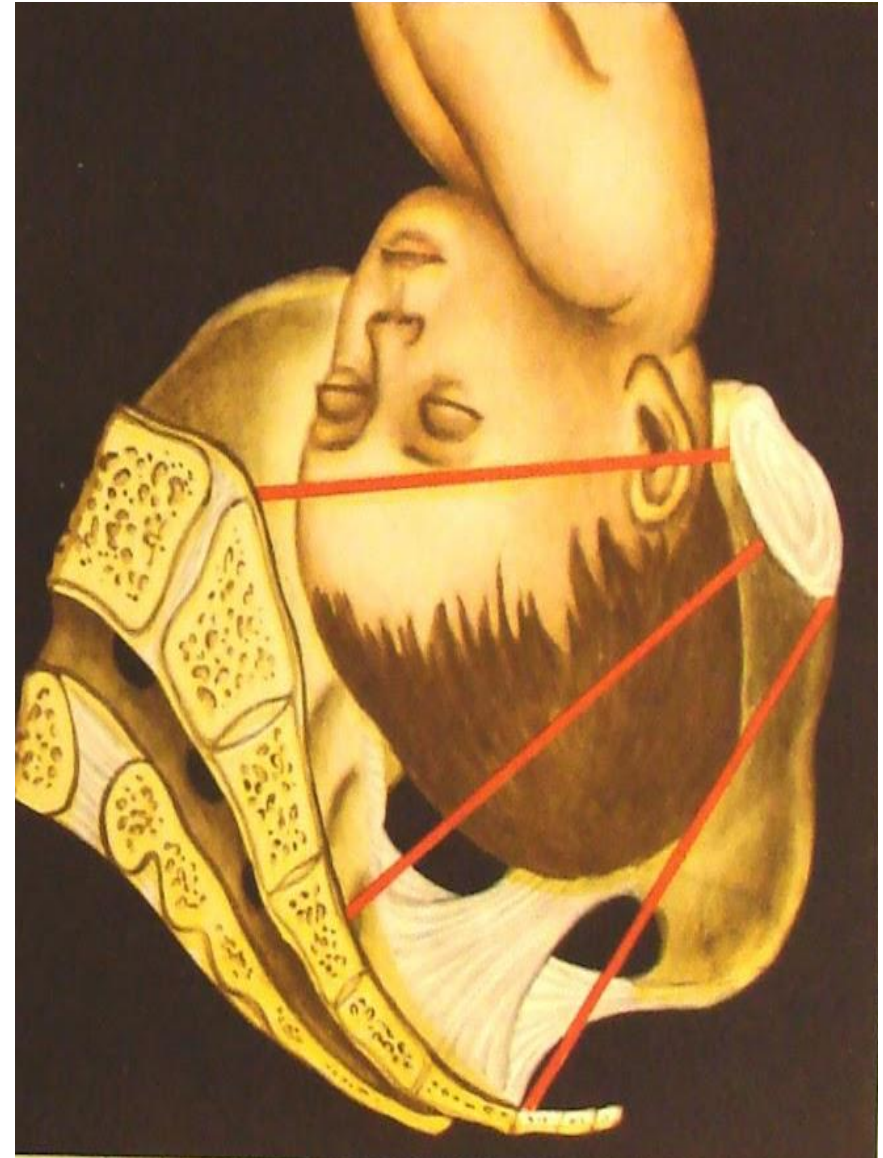
- **головка прижата ко входу в малый таз.**
- При этой акушерской ситуации головка бывает прижата к нему.
- При 4 приеме наружного акушерского исследования пальцы рук не могут быть подведены под головку.
- При влагалищном исследовании малый таз свободен, прощупываются безымянные линии, мыс и лонное сочленение.
- 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.



ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- Сердцебиение плода нужно выслушивать при целом плодном пузыре через каждые 15-20 мин, а после излития вод - через 5-10 мин.
- Применяют периодическую аускультацию сердца плода и непрерывное проведение КТГ.
- Частота сердцебиения плода в норме составляет 120-160 ударов в 1 мин.
- При обнаружении изменений частоты и ритма сердцебиения плода целесообразно провести мониторинг с помощью фетального монитора.



ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Проведение влагалищное исследования обязательно при:

- поступлении в родильный дом,
- излитии околоплодных вод
- назначении наркотических анальгетиков
- возникновении патологического течения родов.

Однако для выяснения акушерской ситуации (ведение партограммы, ориентация во вставлении и продвижении головки, оценка расположения швов и родничков) во время родов его можно проводить чаще.

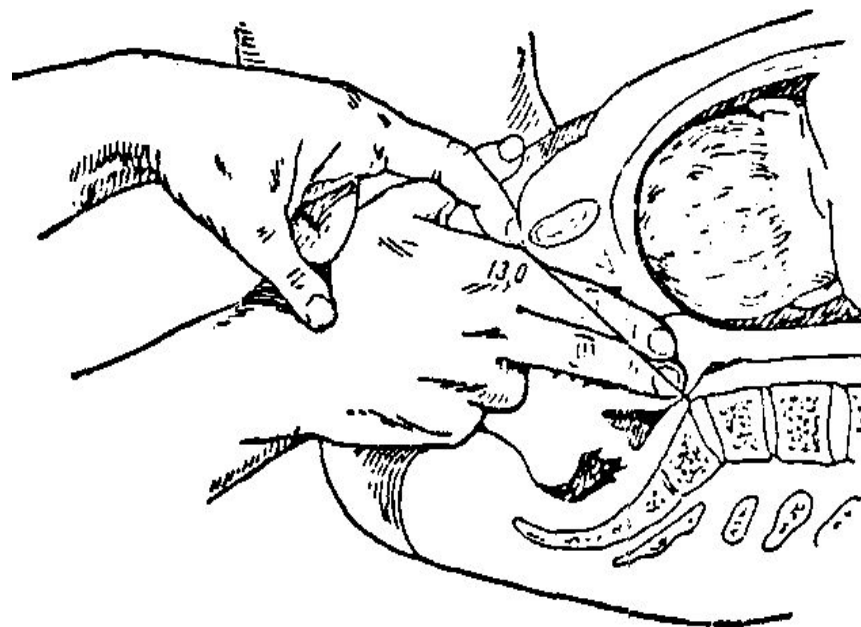
Подготовка к влагалищному исследованию требует:

- опорожнения мочевого пузыря
- создания асептических условий.



ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 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.



ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

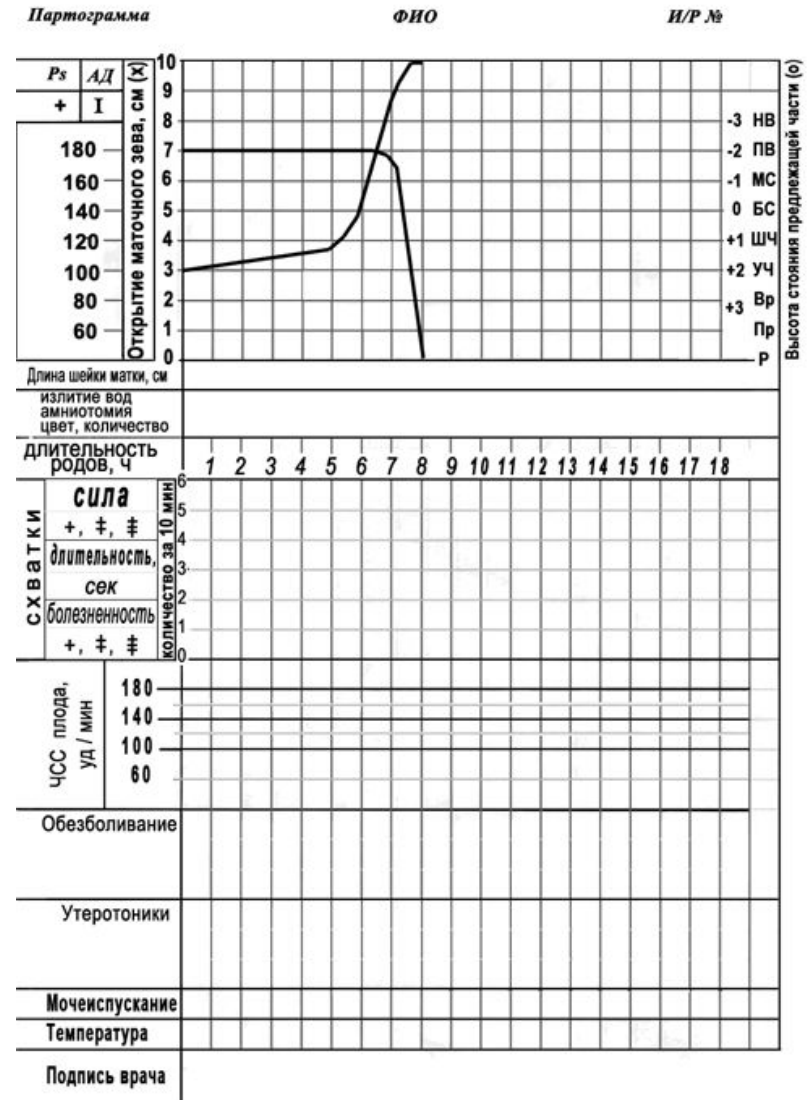
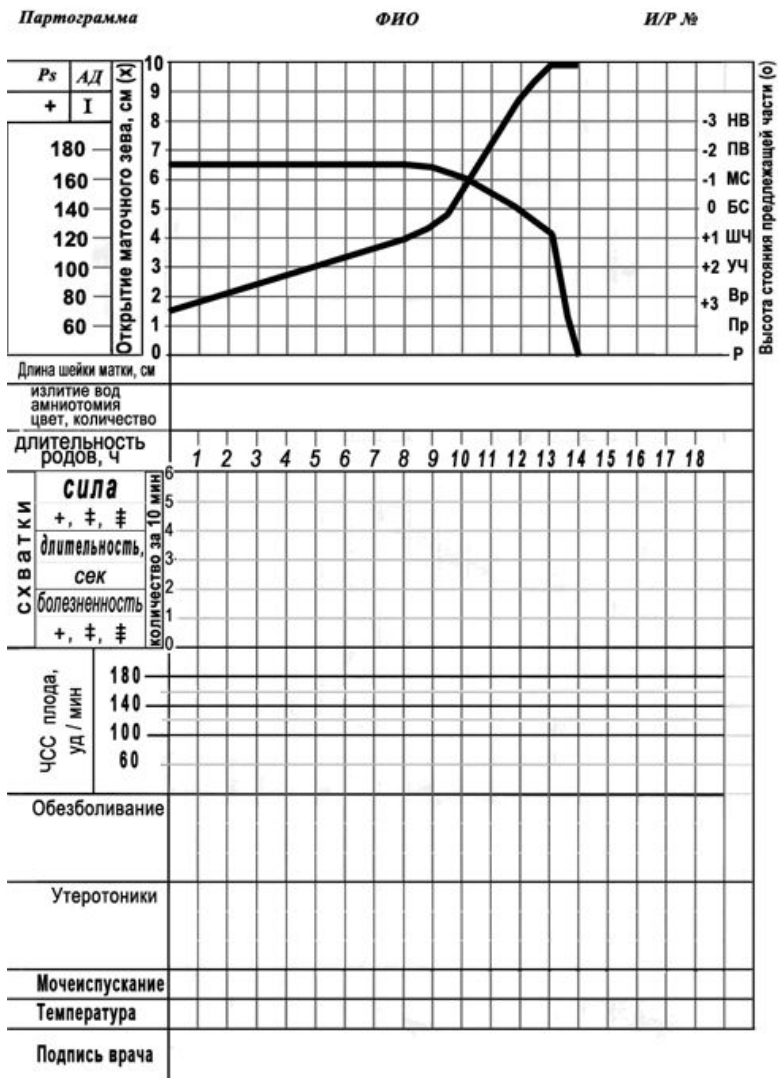
При влагалищном исследовании определяют:

- 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.

ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- При излитии околоплодных вод определяют их количество, цвет, прозрачность, запах.
- При наличии примеси **мекония** следует думать о гипоксии плода.
- Если околоплодные воды окрашены **кровью**, то исключают возможность отслойки плаценты.
- Необходимо следить за функцией мочевого пузыря и кишечника.
- Роженице предлагают мочиться через каждые 2-3 ч, при отсутствии самостоятельного мочеиспускания прибегают к катетеризации
- Производят записи в истории родов каждые 2 часа.
- Оценивают и фиксируют в истории родов общее состояние роженицы: окраска кожных покровов и видимых слизистых, пульс, артериальное давление, функция мочевого пузыря и кишечника.

• Для оценки течения родов целесообразно вести партограмму.



ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- В первом периоде родов соблюдение строгого постельного режима необязательно.
- Поведение женщины родов должно быть активным.
- Она должна использовать приемы обезболивания (душ, массаж области крестца и т.д.) 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.
- При полном раскрытии маточного зева и начале периода изгнания роженицу переводят в родильный зал.

ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Во втором периоде родов врач должен тщательно наблюдать:

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



ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА 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.
- Разрешить женщине тужиться можно только при головке плода, опущенной на тазовое дно (ранние потуги при высоко расположенной головке опасны внутричерепной и спинномозговой травмой для плода).

ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- Врезывание головки - это часть родового акта, когда под действием изгоняющих сил головка плода появляется из половой щели, а с окончанием потуги «уходит» во влагалище.
- Прорезывание головки - это время, когда головка плода после окончания потуги не скрывается в родовом канале.

ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 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.
- Пособие оказывается акушеркой или врачом.

ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 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»).

ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА 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).

ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Акушерка должна наблюдать:

- за продвижением головки;
- за состоянием промежности;
- за правильностью потуг.
- Акушерка находится у ножного конца кровати справа от роженицы.
- При положении роженицы на боку - сзади от нее.
- К оказанию акушерского пособия приступают с момента начала прорезывания головки.
- Акушерское пособие
включает пять моментов

ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- Первый момент акушерского пособия – 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).

ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 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.



ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- Второй момент акушерского пособия бережное выведение головки из половой щели вне потуг.
- Сразу же после окончания потуги большим и указательным пальцами правой руки бережно растягивают вульварное кольцо над прорезывающейся головкой.
- Эти два момента осуществляются до тех пор, пока головка не приблизится теменными буграми к половой щели.

ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 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.



ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- Четвертый момент – регулирование потуг.
- Регулировать потуги 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.

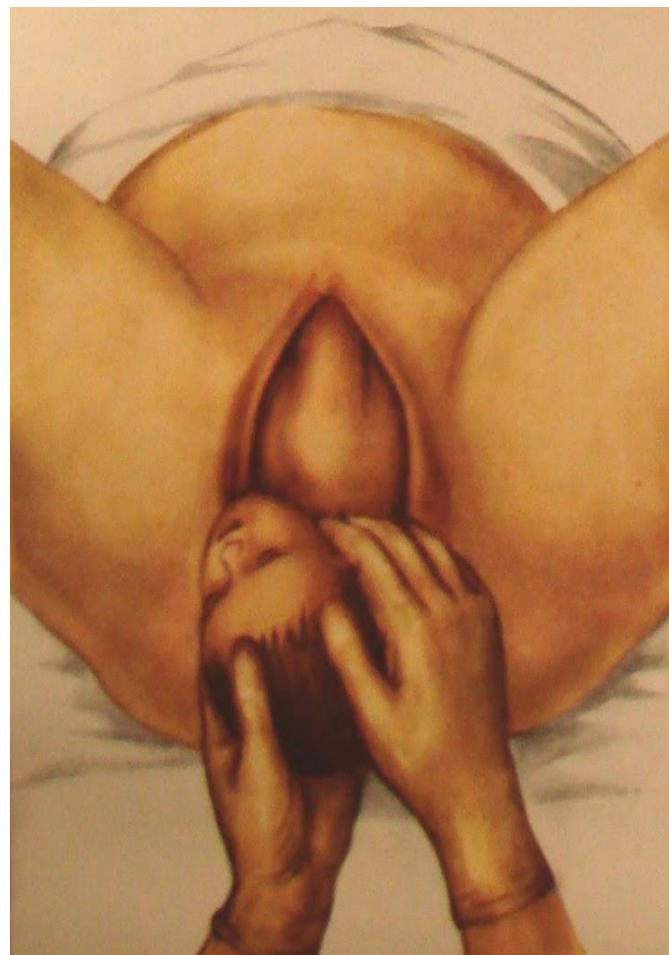
ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- Регулирование потуг осуществляется следующим образом: когда головка плода установилась теменными буграми в половой 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.

ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Пятый момент –

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



ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 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



ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 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.

ВЕДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 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.

ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 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.**

ВЕДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ

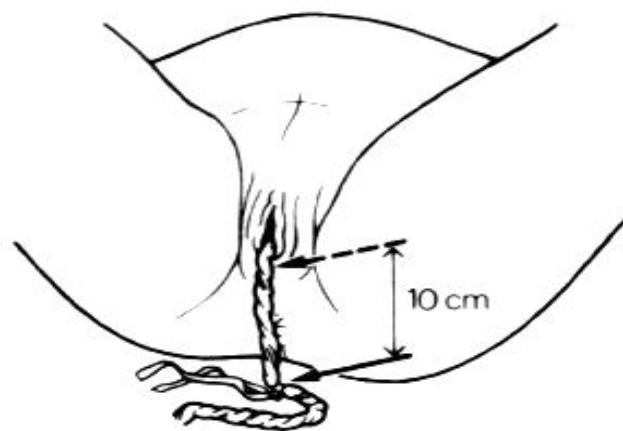
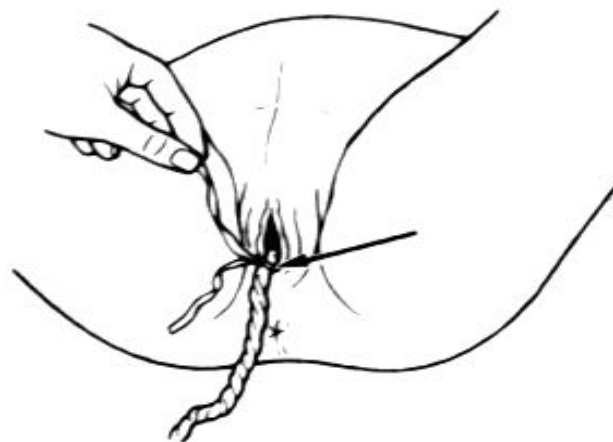
- Последовый период надо вести строго выжидательно при тщательном наблюдении за роженицей. При хорошем состоянии роженицы и отсутствии признаков внутреннего или наружного кровотечения можно ждать самостоятельного отделения и рождения последа в течение 30 мин. Для правильного сокращения матки после рождения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

ВЕДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 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.

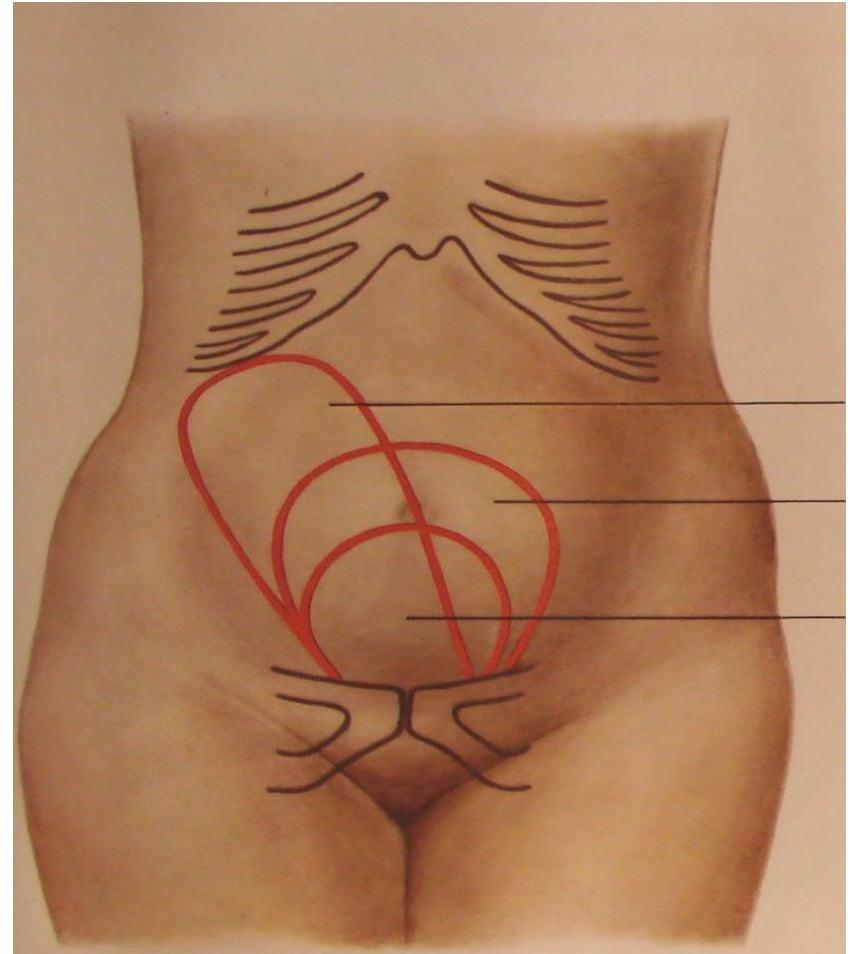
ВЕДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 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.



ВЕДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 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.



ВЕДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ

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



ВЕДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ

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.
- Для того чтобы установить, что плацента отделилась, достаточно использовать один-два признака.

ВЕДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 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.

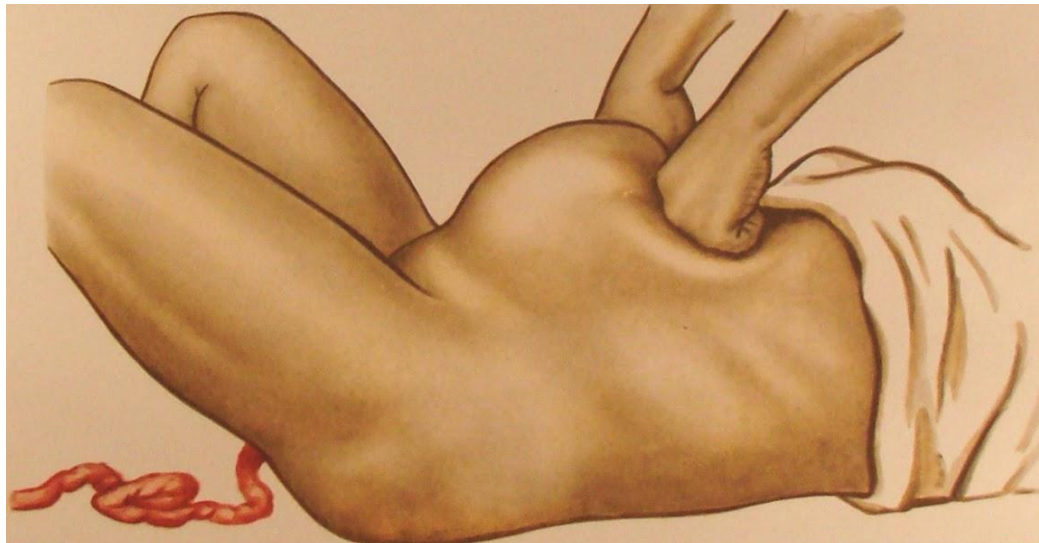
Выделение отделившегося последа по Абуладзе

- 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.



Выделение отделившегося последа по Гентеру

- 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.



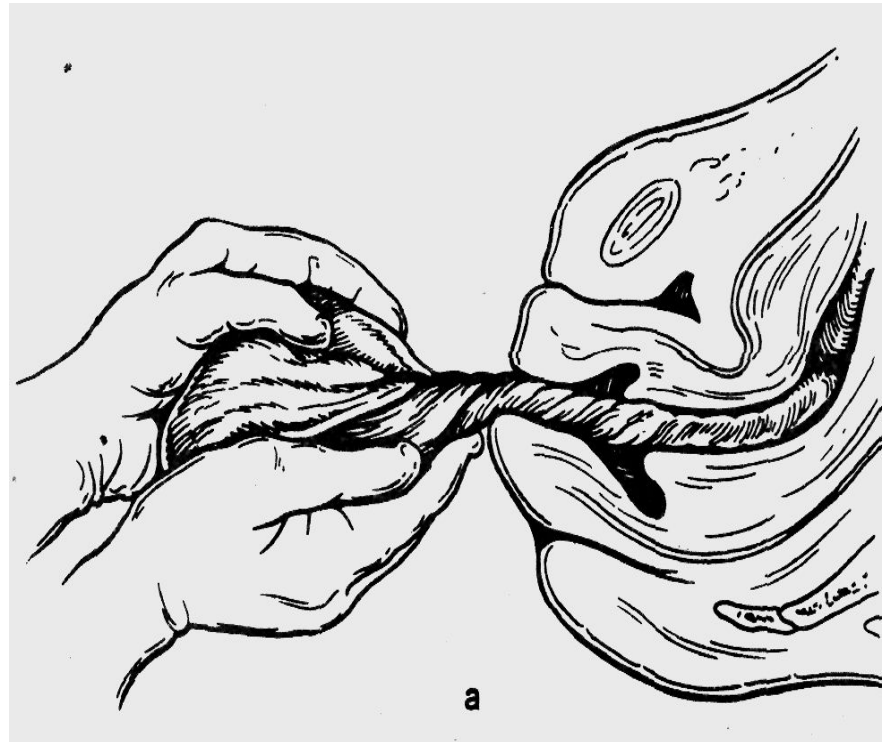
Способ Креде-Лазаревича

- 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.



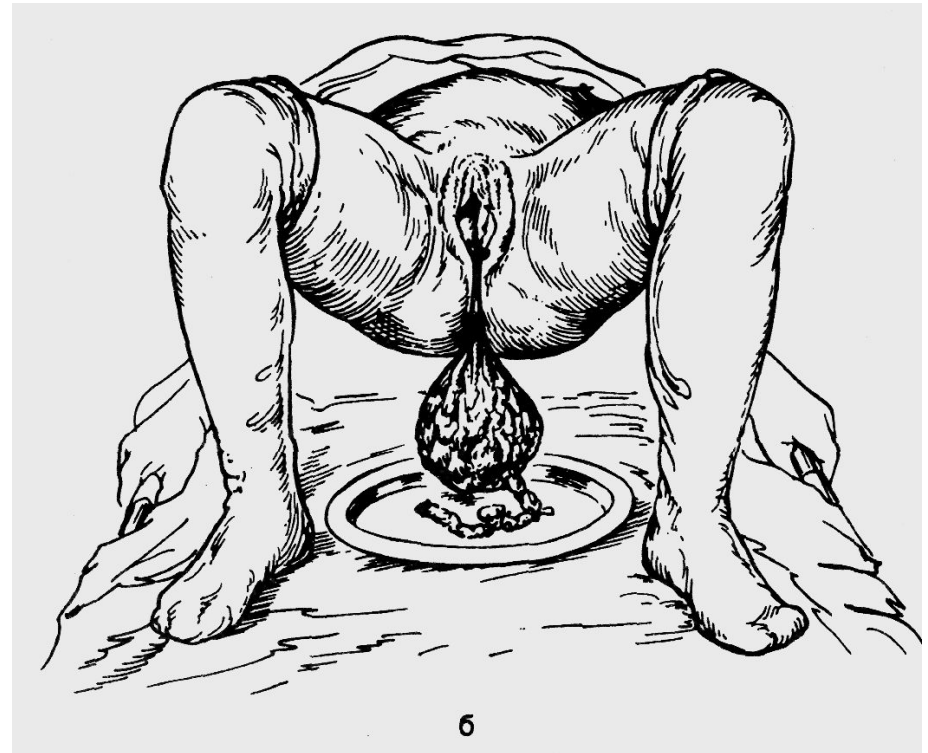
ВЕДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ

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



ВЕДЕНИЕ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ

- 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.



ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

- 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.



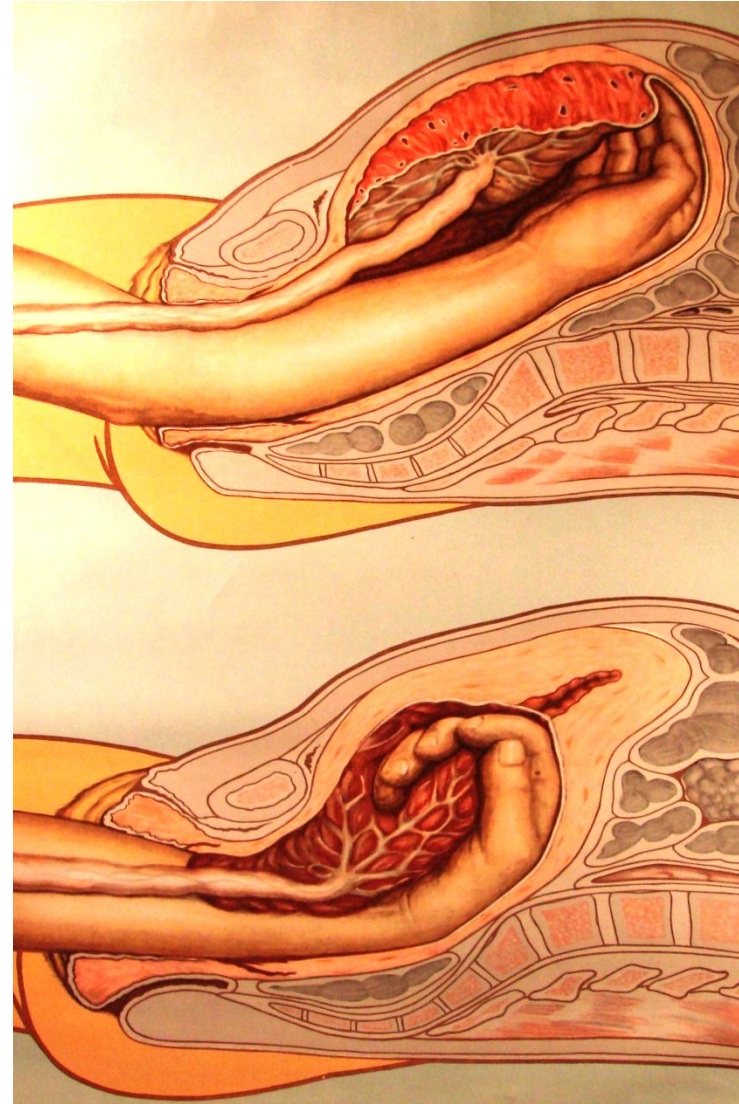
ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

- 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.



ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА

- После родов женщина называется роженицей
- Если в матке задержались части плаценты необходимо произвести ручное обследование полости матки, так как иначе в раннем или позднем послеродовом периоде может возникнуть обильное кровотечение.



Продолжительность родов у
первородящих составляет 12-16 ч:

- 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

- Концепция нормальных родов предусматривает минимальный перечень медицинских процедур в процессе родов, который включает:
- применение спазмолитических и обезболивающих средств по показаниям;
- амниотомия при полном или почти полном открытии шейки матки или плоском плодном пузыре;
- профилактика кровотечения у рожениц;
- оказание ручного пособия при рождении плода в головном предлежании;
- рассечение промежности по показаниям; выведение мочи после рождения ребенка;
- отделение новорожденного от матери (клеммирование и рассечение пуповины);
- первичный туалет новорожденного;
- массаж матки через брюшинные покровы после выделения последа;
- осмотр, в зеркалах шейки матки и влагалища после родов, зашивание разреза промежности;
- наблюдение в течение 2-х часов и осмотр врача перед переводом в послеродовую палату.

Перечисленные профилактические мероприятия позволяют в ряде случаев избежать осложнения в родах у беременных, относящихся к группе высокого риска.

Когда и кто производит первый туалет новорожденного

- 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 металлическую скобку, между браншами вщипцов 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.

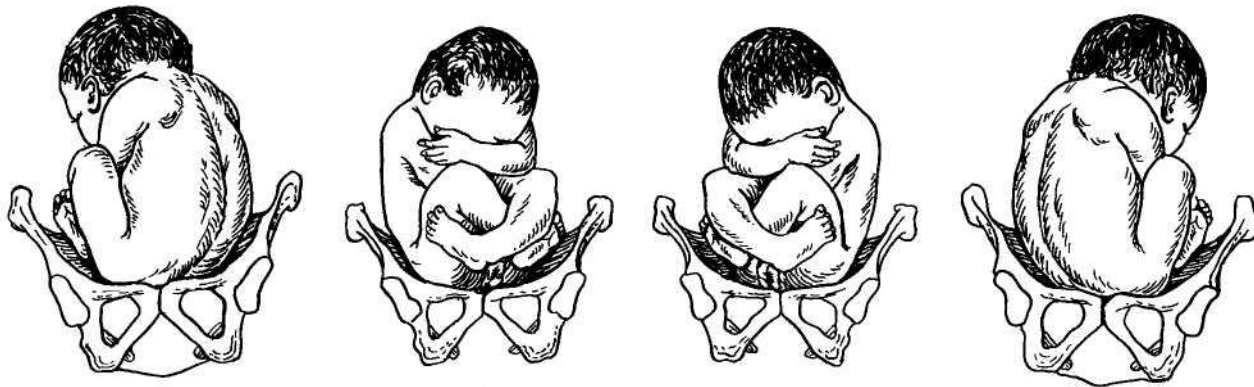
Обработка кожи новорожденного

- 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 мекониальными 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 клеёночато-лентой, 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 завертывают 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 ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ



- 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).



Ведение 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 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**. 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 кпереди. При этом над промежностью выкатывается подбородок, рот, нос, лоб и затылок плода.