

Крымский Федеральный университет им. В.И.  
Вернадского  
Медицинская академия им. С.И. Георгиевского

КАФЕДРА АКУШЕРСТВА И  
ГИНЕКОЛОГИИ №2

ТЕМА :Клиника и ведение  
физиологических родов.  
Обезболивание родов

Студентки 4 курса П-с-о 161В

группы Береговенко Дарьи

Андреевны

Наступлению родов предшествует подготовительный, или прелиминарный, период (с 38 нед до наступления родов), который характеризуется сложными нейрогуморальными изменениями системы мать-плацента-плод и анатомическими изменениями в матке (формирование нижнего сегмента, структурные изменения шейки матки -

# Прелиминарный период (с 38 нед до наступления родов)

характеризуется:

- формированием родовой доминанты ЦНС на стороне расположения плаценты (клиника: сонливость, снижение массы тела на 1-2 кг);
- преобладанием активности адренергической нервной системы и повышением активности ацетилхолина;
- увеличением секреции эстриола с изменением соотношения эст- рогены/прогестерон, повышением секреции кортизола плодом;
- изменением электролитного состава крови (повышение уровня калия и кальция, снижение уровня магния);
- формированием нижнего сегмента матки;
- фиксацией предлежащей части плода;
- структурными изменениями шейки матки («зрелая» шейка матки);



**Ряд клинических симптомов, возникающих за 1-2**

**нед до начала родовой деятельности, объединены понятием «предвестников» родов. К ним относят: перемещение центра тяжести тела беременной кпереди («гордая поступь»), опущение дна матки вследствие формирования нижнего сегмента и прижатия предлежащей части плода ко входу в малый таз, выделение «слизистой пробки» из цервикального канала, повышение тонуса матки и появление кратковременных, нерегулярных схваткообразных болей внизу живота и**

# Наиболее достоверным клиническим тестом оценки степени биологической готовности организма к родам является определение степени «зрелости» шейки матки

## При влагалищном исследовании выявляют:

Шкала оценки степени зрелости шейки матки (Bishop, 1964)

Признаки	Баллы		
	0	1	2
Положение	Кзади	Кпереди	По проводной оси
Длина	Более 2 см	1-2 см	Менее 1 см
Консистенция	Плотная	Размягчена, область внутреннего зева плотная	Мягкая
Проходимость цервикального канала	Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца	Канал проходим до внутреннего зева	Канал проходим для одного и более пальцев

- **1 период(раскрытия)**- начинается с первыми регулярными схватками и заканчивается полным раскрытием шейки матки. У первородящих продолжительность первого периода родов составляет 10—11 ч, у повторнородящих — 7 -9 ч. Регулярным схваткам обычно предшествуют предвестники родов.



# Клиника 1

- Нерегулярные сокращения матки, схватки-предвестники или подготовительные схватки. Возникают рефлекторно, бывают нерегулярными, слабыми и короткими, усиливаются ко времени наступления родов. В начале периода раскрытия схватки редкие (через 15 — 20 мин), слабые и короткие. Постепенно учащаются усиливаются, становятся более продолжительными. К концу периода раскрытия паузы между схватками сокращаются до 3 — 5 мин, продолжительность возрастает до 60— 80 с.
- Болезненные родовые схватки, но степень болевых ощущений различна. Роженицы отмечают боли в животе, пояснице, крестце, в паховых областях. Боли сильнее выражены к концу периода раскрытия.
- Поднятие дна матки, увеличение ее передне-заднего размера и несколько уменьшение поперечного размера.
- По мере усиления определение контракционного кольца, определяемое путем пальпации. Пограничное кольцо к концу периода раскрытия стоит на 6 — 8 см выше лобка и при нормальных родах располагается поперечно.

# Клиника 1

- Процесс сглаживания шейки матки и раскрытия зева определяется отчетливо при влагалищном исследовании - размягчение шейки матки, постепенное истончение краев зева и нарастающее во время схваток напряжение плодного пузыря.
- Темп раскрытия шейки матки. **Латентная фаза** - промежуток времени от начала родовой деятельности до открытия маточного зева на 3-4 см. В латентную фазу происходят структурные изменения в шейке матки, ее укорочение, сглаживание, длительность этой фазы в среднем 5-6 часов. **Активная фаза** от раскрытия шейки матки на 3-4 см до ее полного раскрытия, характеризуется быстрым раскрытием маточного зева со скоростью 1,5-2 см/ч у первородящих и 2- 2,5 см/ч у повторнородящих.
- Поверхностное нарушение целостности слизистой оболочки шейечного канала. Из надрывов может выделяться небольшое количество крови.
- Плодный пузырь разрывается на высоте одной из схваток при полном раскрытии зева; при этом отходит 100 — 200 мл околоплодных вод



# Ведение 1

- Тщательное наблюдение за состоянием роженицы (пульс, АД, измерение температуры каждые 2 часа; опорожнение мочевого пузыря через 2-3 часа, очистительная клизма)  
Роженице разрешается ходить по палате или лежать в постели в удобном положении - на боку.
- Наружное акушерское исследование - проводится многократно (тонус матки, ее форма, ВДМ, состояние нижнего сегмента, контракционного кольца и круглых связок, величина головки и ее положение относительно ко входу в малый таз (прием Леопольда).
- Аускультация в I периоде при целых водах - через каждые 15-20 минут. После - через 5-10 минут. Проводится кардиомониторный контроль за состоянием плода (КТГ), сосчитывание сердцебиений плода. При изучении сердечных тонов обращают внимание на частоту, ритм, звучность. В норме число сердечных ударов колеблется в пределах 120—160.
- Если пузырь не разрывается самостоятельно и при первых потугах показывается из половой щели, его разрывают пальцами или инструментом.

# Ведение 1

- Наблюдают за характером родовой деятельности, тщательно следят за силой, продолжительностью, частотой и болезненностью схваток. В случае необходимости производится гистерография.
- Перед влагалищным исследованием проводят осмотр наружных половых органов (варикозные узлы, рубцы и др.), промежности (высота, старые разрывы и др.).
- **Влагалищное исследование производят при поступлении роженицы и после излития околоплодных вод. Определяют:**
  - а) ширину, состояние стенок влагалища, мышц тазового дна;
  - б) длину, консистенцию, рубцовые и травматические изменения шейки матки, ее отношение к проводной оси таза, состояние наружного зева. Во время родов – сглаживание шейки матки, степень раскрытия акушерского зева в сантиметрах, консистенцию краев зева;
  - в) состояние плодного пузыря, количество передних вод, наполнение пузыря во время и вне схваток;
  - г) отношение предлежащей части к плоскостям малого таза, швы, роднички, ведущая точка, конфигурация костей черепа, наличие родовой опухоли;
  - д) состояние рельефа костей малого таза, при достижимости мыса

# Ведение 1

## периода

Данные каждого влагалищного исследования наносят на партограмму.

**Графическая регистрация родов с оценкой степени открытия шейки матки,**

продвижения предлежащей части плода по родовому каналу, АД и внесение данных о состоянии матери и плода называется

**партограммой**





***Партограмма*** – способ графического описания родов, в котором отражаются в виде кривой раскрытие шейки матки, продвижение плода и другие показатели общего состояния и течения родов.

Используется для прогнозирования родов, контроля темпа родов и оценки проводимых акушерских мероприятий.

**Цель партограммы – точное отражение динамики родового процесса с обязательной характеристикой состояния матери и плода.**

***Наиболее важными составляющим партограммы являются:***

- ✓ **Графическое изображение динамики раскрытия шейки матки;**
- ✓ **Продвижение предлежащей части плода;**
- ✓ **Графическое отображение наиболее выраженных критериев состояния матери, плода и течения родов – Ps, АД, температура тела, конфигурация головки, сердцебиение плода.**
- ✓ **Многоцентровые исследования ВОЗ доказали преимущественную эффективность партограммы, по сравнению с рутинной записью в истории родов.**



# **В партограмму вносятся**

## **следующие данные:**

- 1. Информация о пациентке:*** полное имя, количество беременностей и родов, номер истории родов, дата и время поступления в родовой блок, время излития околоплодных вод.
- 2. Частота сердечных сокращений плода:** фиксируется каждые полчаса—отмечается точкой.

# В партограмму вносятся следующие

## данные:

1. **Информация о пациентке:** полное имя, количество беременностей и родов, номер истории родов, дата и время поступления в родовой блок, время излития околоплодных вод.
2. **Частота сердечных сокращений плода:** фиксируется каждые 30 минут— отмечается точкой

### 3. Околоплодные воды:

О – плодный пузырь цел

С – околоплодные воды светлые, чистые

М – воды с меконием

К – примесь крови в водах

В – патологические выделения воспалительного характера

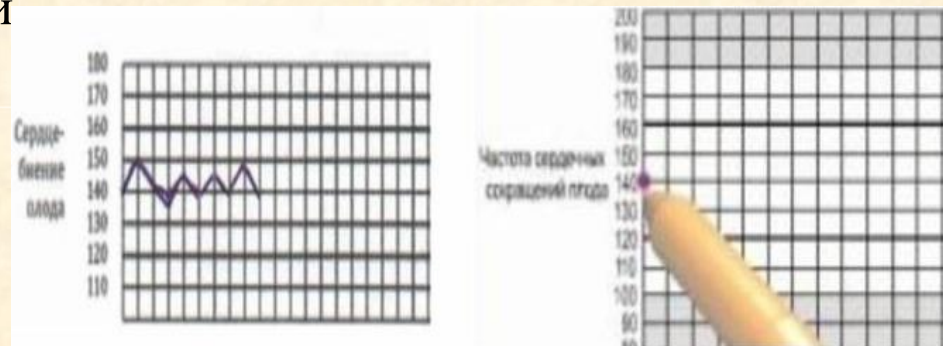
### 4. Конфигурация головки:

0 - конфигурации нет

+ - швы легко разъединяются

++ - швы находят друг на друга, но разъединяются при

надавливании

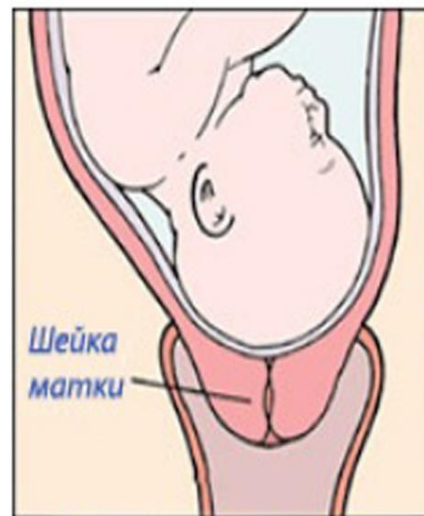




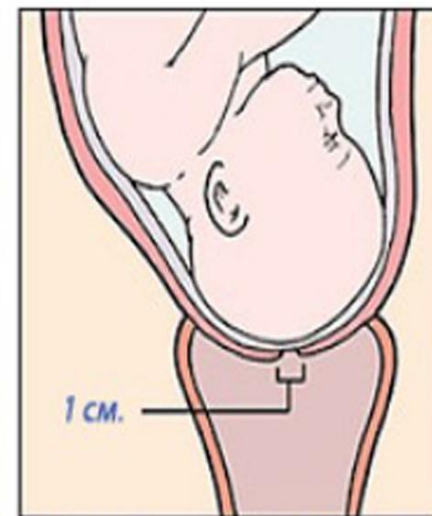
## 5. Раскрытие шейки матки

- ✓ Если при поступлении открытие шейки матки от 1 до 3 см, отмечать \* в см относительно вертикальной оси ПГ. – в части латентной фазы 1 периода родов, с 4 см - на линии бдительности. (По вертикали, каждая цифра означает раскрытие шейки матки в сантиметрах. Внизу по горизонтали - каждое разделение означает 1 час)
- ✓ Если при поступлении роженицы открытие 2 см, а при повторном осмотре через 4 часа - больше 4 см, то перенести \* на линию бдительности пунктиром и продолжать наблюдение.
- ✓ Если при поступлении роженицы открытие шейки 4 см и более, то \* нужно поставить на линии бдительности.

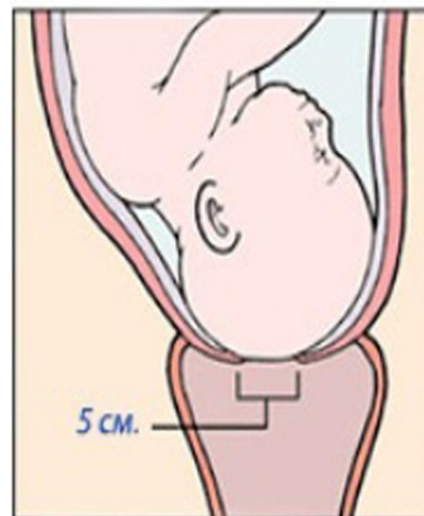
## Раскрытие шейки матки при родах



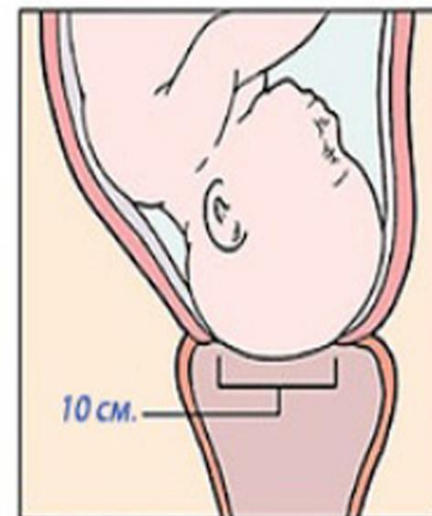
1. Шейка матки длинная, не раскрыта



2. Шейка матки укоротилась, раскрытие 1 см.



3. Раскрытие 5 см.



4. Полное раскрытие - 10 см.





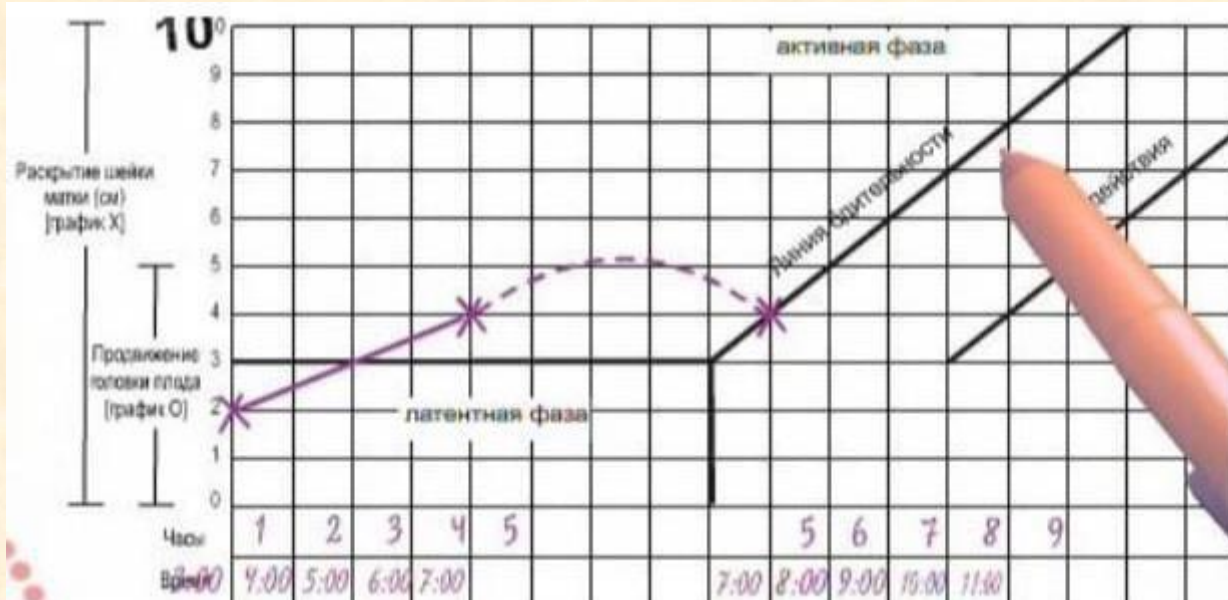
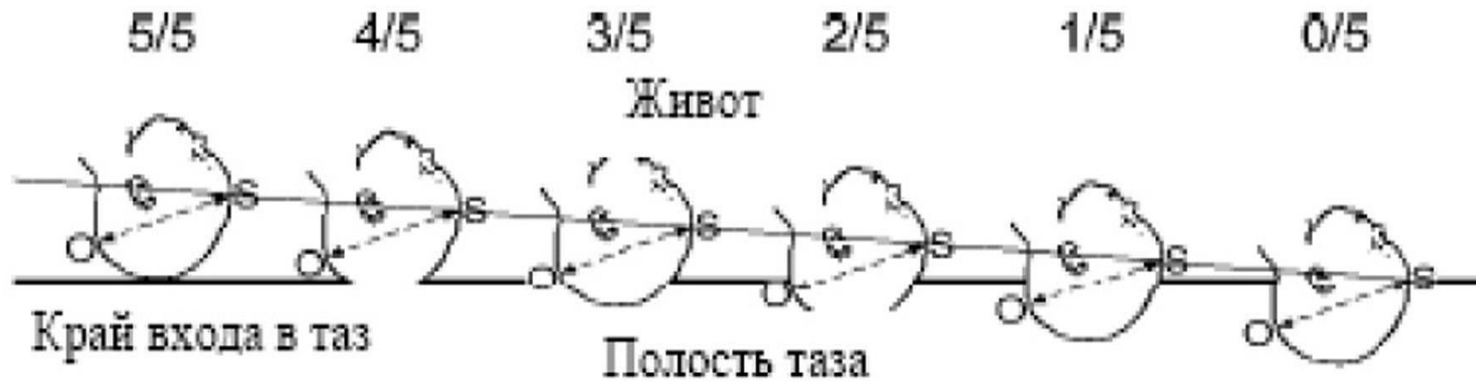


Рис. 9. Отображение на партограмме раскрытия шейки матки у роженицы, поступившей в латентной фазе родов.

# 6. Прохождение головки плода: оценку прохождения головки при пальпации живота :



Головка над входом в малый таз

Головка прижата ко входу в малый таз

Головка прощупывается большая часть над лоном или малым сегментом во входе малый таз

Головка прощупывается меньшая часть головки или большим сегментом во входе малый таз

Головка в полости малого таза

Головка не пальпируется над входом в малый таз или на тазовом дне



## 7. Маточные сокращения

- ✓ Сокращения матки: наряду с раскрытием шейки матки и продвижением головки плода сокращения матки (схватки) служат четким показателем родовой деятельности.
- ✓ Периодичность схваток откладывается по оси времени. Каждая клеточка означает одно сокращение.

- ✓ Различная интенсивность штриховки отражает интенсивность схваток:

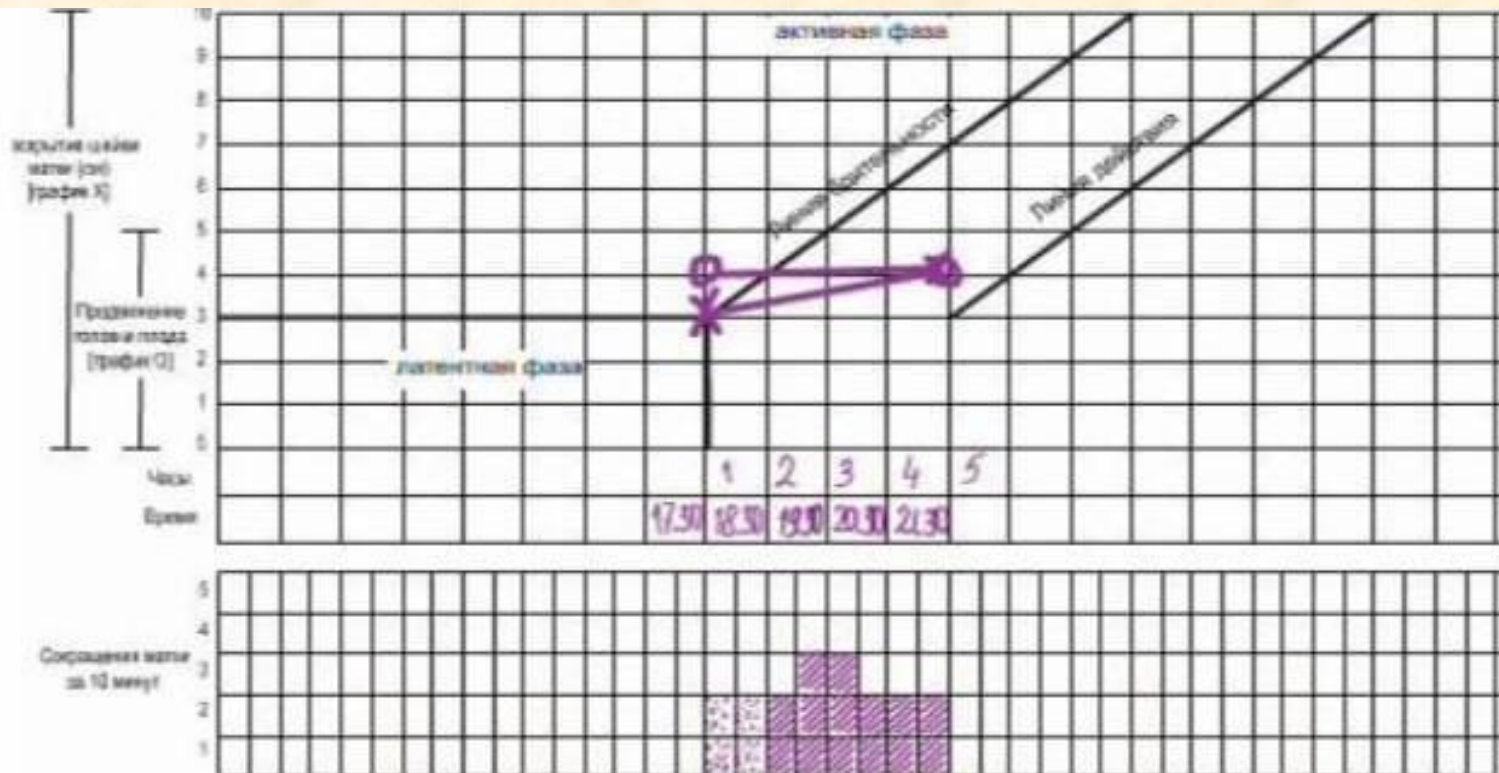
**точки** - слабые схватки продолжительностью до **20 сек.**

**косая штриховка** - умеренные схватки

продолжительностью **20-40 сек.**

**сплошная штриховка** - сильные схватки

продолжительностью  **$\geq 40$ сек**



Количество  
прямоугольников по  
вертикали – число  
схваток за 10 минут.  
Один прямоугольник –  
одна схватка



Схватка  
длится менее  
20 секунд



Схватка длится  
от 20 до 40  
секунд



Схватка  
длится более  
40 секунд





**Эпидуральная анестезия в родах**  
(LII-LIV). Местные анестетики S. Marcaini  
30 mg или S.

Lidocaini 60 mg вводятся в эпидуральное  
пространство в болюсном или  
перманентном режиме до достижения  
эффекта обезболивания.

Продолжительность дейс  
при болюсном введении



- **2 период** Период изгнания - начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается вместе с рождением ребенка. Продолжается у первородящих от 1 до 2 ч, у повторнородящих: от 5—10 мин до 1 ч. Головка находится на тазовом дне со стреловидным швом в прямом размере, малым родничком спереди (при переднем виде) или сзади (при заднем виде).

# Клиника 2

## периода

- После излития околоплодных вод(передних) схватки становятся менее интенсивными, объем полости матки значительно уменьшается, стенки матки приходят в тесное соприкосновение с плодом; схватки усиливаются.
- Присоединение потуг -сокращения брюшного пресса (брюшной стенки), диафрагмы и мышц тазового дна. Желание тужиться непроизвольно и неудержимо.
- Сопровождается большим напряжением всех сил роженицы усилением деятельности сердца время потуги (лицо роженицы краснеет, появляется синюшность лица и вены шеи напрягаются).





# Клиника 2

## Периода

- 4) Биомеханизм родов: Когда головка доходит до дна таза потуги неудержимы, резко усиливаются и учащаются; паузы между потугами до 2 — 3 мин. С момента приближения головки к выходу таза промежность начинает выпячиваться и сопровождается зиянием заднепроходного отверстия. Раскрывается половая щель. Во время потуги из нее показывается небольшой участок головки. и после окончания потуги он скрывается - это врезывание головки, если не скрывается после прекращения потуг - это прорезывание головки. Вначале прорезывается затылочная область плода; теменные бугры; лоб и лицо плода. После рождения всей головки наступает кратко временный перерыв в потугах.
- Родившаяся головка обращена лицом кзади она синеет, из носа и рта выделяется слизь. При потугах, возобновившихся после рождения головки, происходит поворот туловища плода. При 1 позиции лицо поворачивается к правому бедру матери, при 2 - к левому. После рождение плечиков вытекают мутноватые задние воды.
- Родившийся ребенок начинает дышать, громко кричать, активно двигать конечностями, кожа его розовеет.
- Мать испытывает сильное утомление, отдыхает, ускоренный пульс постепенно выравнивается. У роженицы после рождения ребенка нередко возникает озноб, зависящий от большой потери тепла во

# ВЕДЕНИЕ 2 ПЕРИОДА

## РОДОВ

- наблюдение за состоянием наружных половых органов и характером выделений из влагалища.
  - наблюдение за самочувствием (нет ли головокружения, головной боли, расстройства зрения, пульс, измеряют артериальное давление.)
  - выслушивание сердечных тонов плода после каждой потуги
  - тщательное наблюдение за характером родовой деятельности (сила, продолжительность, частота потуг) и пальпацией определяют степень сокращений матки и расслабление ее вне схваток, напряжение круглых связок, высоту стояния пограничного
  - Для контроля за поступательным движением головки в период изгнания пользуются методом Пискачека — Гентера
  - Четвертым приемам определяют отношение головки к различным плоскостям малого таза. При влагалищном исследовании удается уточнить положение головки. Эти отношения принято формулировать следующим образом.
1. Головка над входом в малый таз .
  2. Головка во входе в малый таз малым сегментом.
  3. Головка во входе в малый таз большим сегментом .
  4. Головка в широкой части полости малого таза .



## Моменты акушерского пособия при головном предлежании

- 1. Препятствие преждевременному разгибанию головки* Согнутая головка прорезывается наименьшим размером, меньше растягивая промежность. Головку удерживают ладонной поверхностью четырех согнутых пальцев (но не концами пальцев!). Насильственное чрезмерное сгибание головки может привести к травме шейного отдела позвоночника и
- 2. Уменьшение напряжение промежности.* Правая рука кладется на промежность так, чтобы 4 пальца плотно прилегали к области левой большой половой губы, а большой палец — к области правой. Ткани низводят книзу к промежности Одновременно ладонь этой же руки бережно поддерживает промежность, придавливая ее к прорезывающейся головке.
- 3. Выведение головки .Регулирование потуг.* Когда затылок родится и область подзатылочной ямки (точка фиксации) упирается в нижний край симфиза, роженице запрещают тужиться. Выведение головки проводят вне потуги на глубоком дыхании роженицы. После освобождения теменных бугров из вульварного кольца головку захватывают левой рукой и осторожно разгибают, освобождая ее от тканей промежности.



# Моменты акушерского пособия при головном предлежании

4. Освобождение плечевого пояса. Во время прорезывания самостоятельно прорезавшееся переднее плечико прижимают к лобковой дуге и после этого осторожно сводят промежность с заднего плечика. Если самостоятельное прорезывание задерживается - родившуюся головку оттягивают кзади, при этом переднее плечико подходит под лоно, после чего головку поднимают кпереди и из-за промежности выкатывается заднее плечико, затем переднее и рождается плечевой пояс. Рождение туловища. После рождения плечевого пояса обеими руками осторожно обхватывают грудную клетку плода и направляют туловище кверху; при этом рождение нижней части туловища происходит без затруднений.

Через 3-5 минут после рождения ребенка пережимают пуповину и пересекают, осматривают новорожденного и оценивают по шкале Апгар, взвешивают, измеряют, проводят первичную обработку и вторичную, надевают браслет, где указываются

Препятствие  
преждевременному  
разгибанию головки



Уменьшение  
напряжения промежности



Высвобождение  
переднего плечика



Высвобождение  
заднего плечика

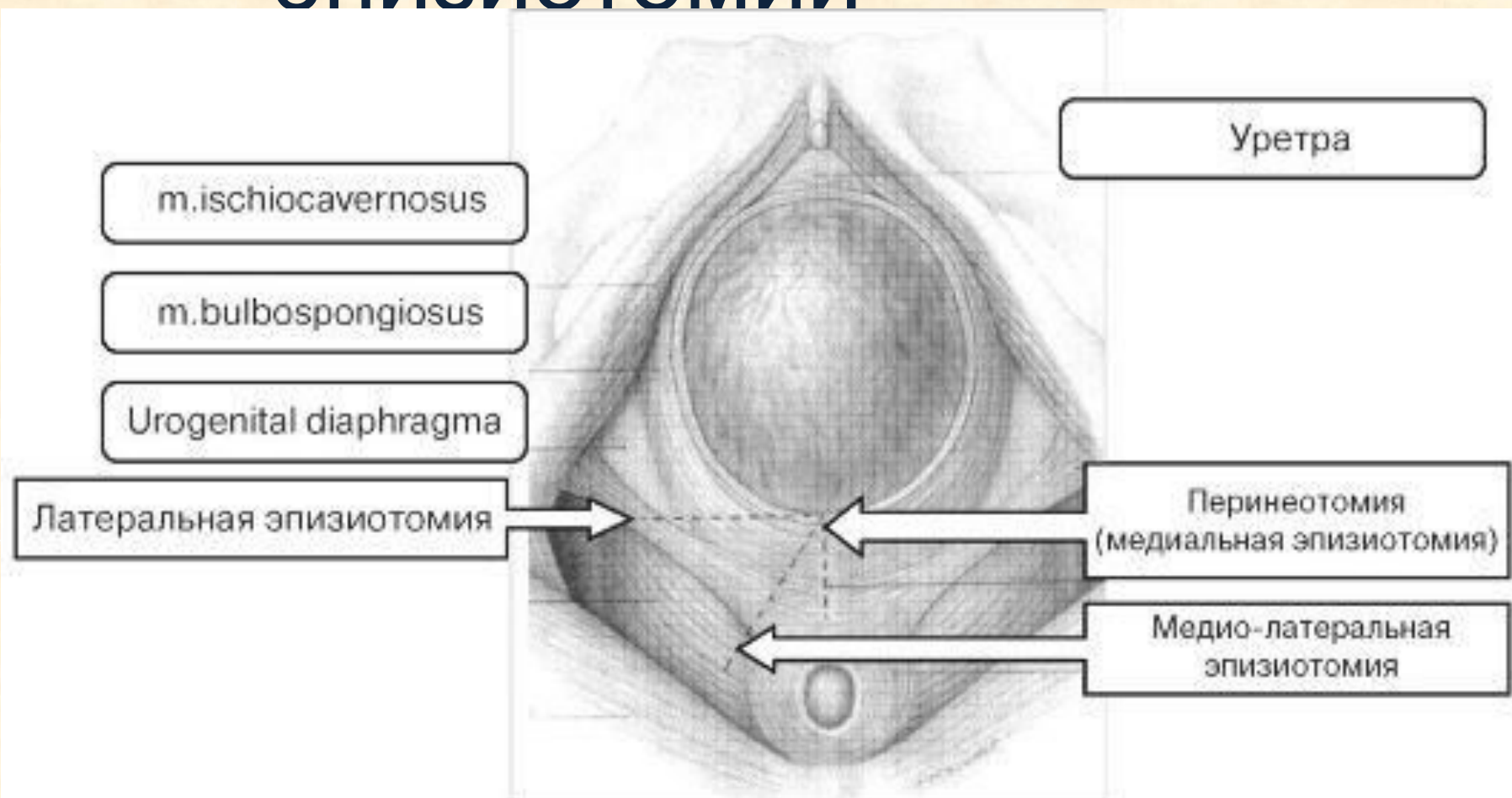




# Показания к эпизиотомии и перинеотомии

- угроза разрыва промежности
- высокая ригидность тканей промежности
- острая гипоксия или обострение хронической гипоксии;
- дистоция плечиков;
- тазовые предлежания;
- недоношенность.
- очень крупный плод

# Варианты ЭПИЗИОТОМИИ



- **3 период(Последовый) -**  
начинается с момента рождения  
ребенка и  
заканчивается изгнанием последа.  
Продолжается до 30 мин



# Клиника 3 периода

## РОДОВ

- В последовом периоде роженица отдыхает, у нее исчезает тахикардия; АД исходного уровня.
- Ощущение озноба прекращается, температура тела обычно нормальная и окраска кожных покровов/видимых слизистых оболочек. Последовые схватки обычно умеренно болезненными.
- Дно матки после рождения плода располагается на уровне пупка; во время схваток матка уплотняется, становится более узкой, плоской, дно поднимается выше пупка и отклоняется в сторону от средней линии. Иногда дно матки поднимается до реберной дуги. Область нижнего сегмента при пальпации мягковатая, а тело матки имеет плотную консистенцию. Когда отсפוившаяся плацента опускается во влагалище.

# Клиника 3 периода родов

- В последовом периоде нормальных родов из половых путей выделяется 100 — 500 мл (в среднем 250 мл) крови.
- Если плацента отделилась в центре и рождается плодовой поверхностью наружу, кровь (ретроплацентарная гематома) выделяется вместе с плацентой.
- Если отделение плаценты начинается с края, часть крови выделяется до рождения последа, часть — вместе с ним. При нормальном течении последового периода состояние роженицы хорошее, схватки обычно не беспокоят. Пульс, учащенный в период изгнания, становится ритмичным, полным, тахикардия исчезает, артериальное давление нормализуется.
- Изменение самочувствия (вялость, головокружение), побледнение кожи и слизистых оболочек, учащение пульса

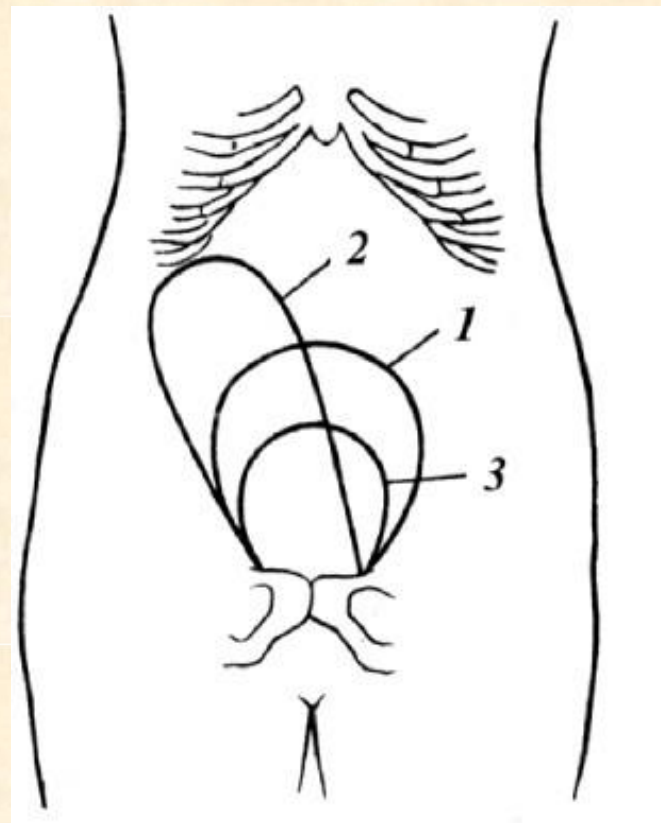
# АКТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ 3 ПЕРИОДА РОДОВ

- 1) В течении первой минуты после рождения ребенка, пальпируют матку для исключения второго плода и в/м вводят 10 ЕД окситоцина
- 2) Контролируемая тракция за пуповину - на пуповину после прекращения пульсации, у промежности накладывают зажим и берут его в руку, другая рука над лобком и удерживает матку в противоположную сторону, слегка подергивая за пуповину. Дожидаются сильной



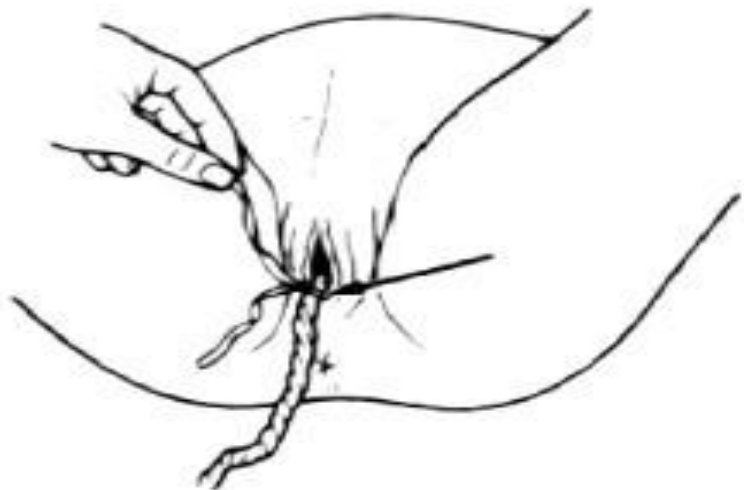
# Наблюдают за важнейшими признаками отделения плаценты :

- **1. Признак Шредера** - изменение формы и высоты стояния дна матки. Непосредственно после рождения плода форма матки округлая, дно ее находится на уровне пупка. После отделения плаценты матка уплощается, становится более узкой, дно ее поднимается (над отслоившейся плацентой) выше пупка иногда до реберной

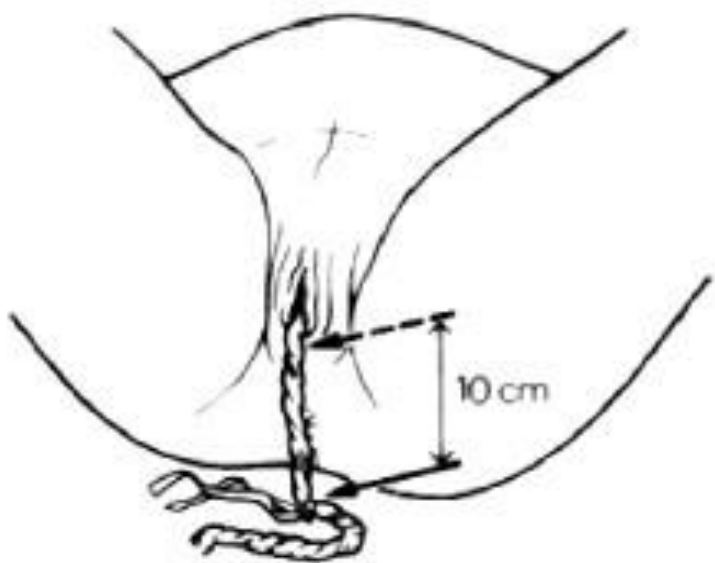


Расположение матки в последовом периоде. 1 — до отделения плаценты; 2 — после отделения плаценты

# Наблюдают за важнейшими признаками отделения



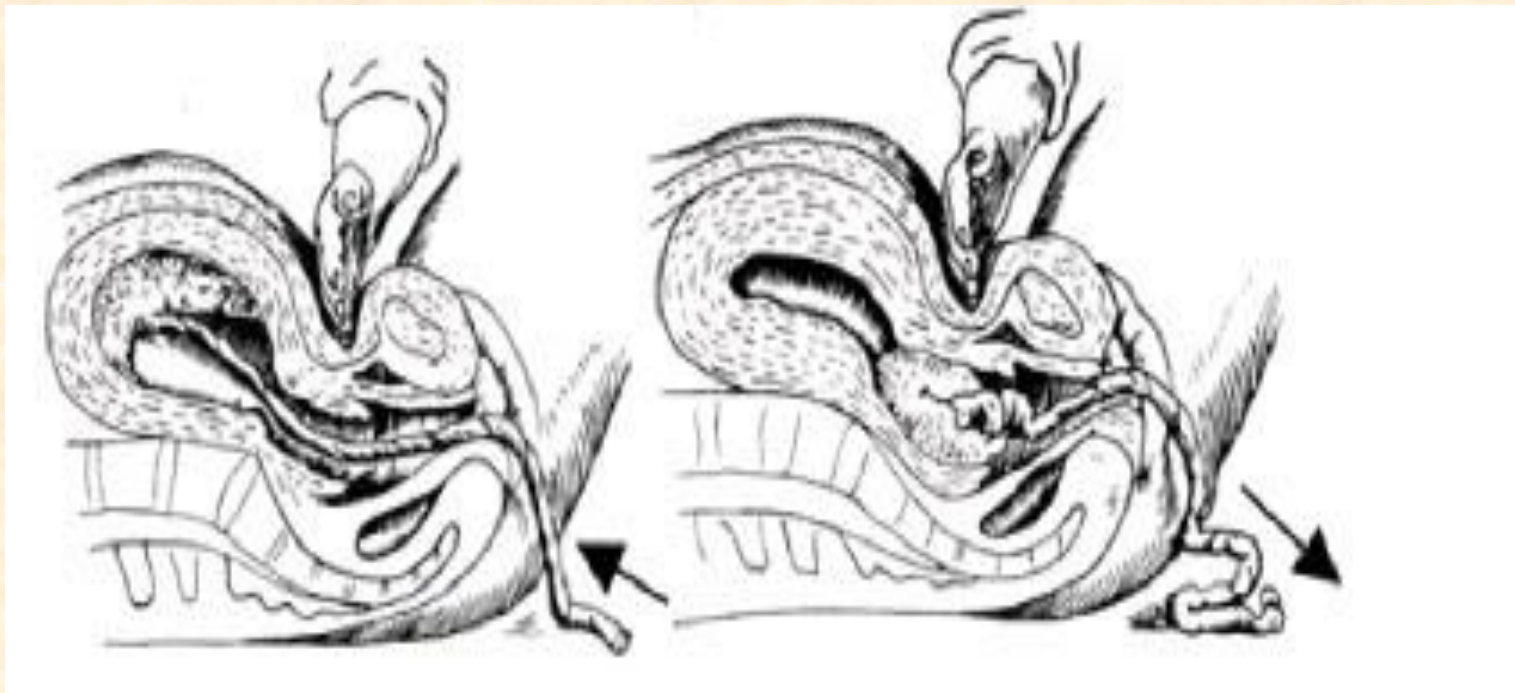
- 2. Признак Альфельда - удлинение наружного отрезка пуповины. Отслоившаяся плацента опускается в нижний сегмент матки или во влагалище. В связи с этим лигатура, наложенная на пуповину у половой щели (во время



# Наблюдают за важнейшими признаками отделения

## плаценты:

- 3. **Признак Кюстнера — Чукалова.** Если надавить ребром ладони на надлобковую область, пуповина при неотделившейся плаценте втягивается во влагалище; при отделившейся плаценте пуповина не





# Наблюдают за важнейшими признаками отделения

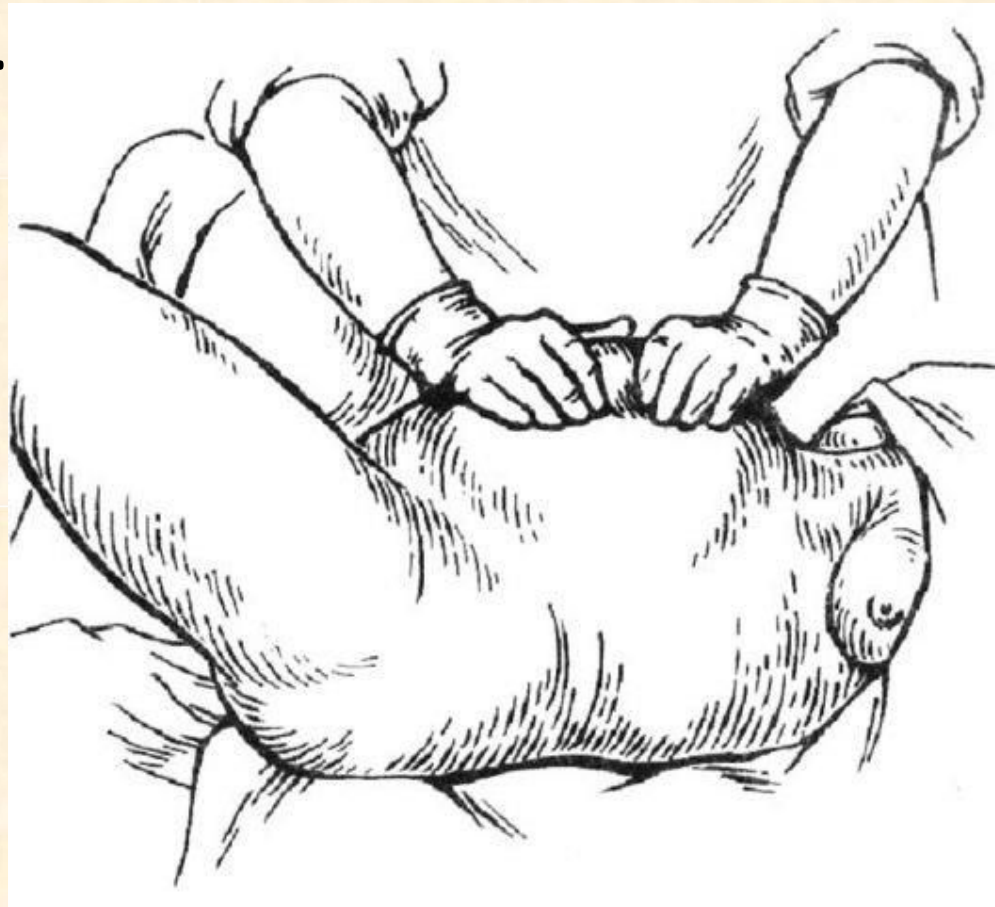
## плаценты :

- **Признак Клейна** - удлинение пуповины при натуживании роженицы. Если после потуг выступивший отрезок пуповины не втягивается, значит плацента отделилась, если же втягивается — не отделилась

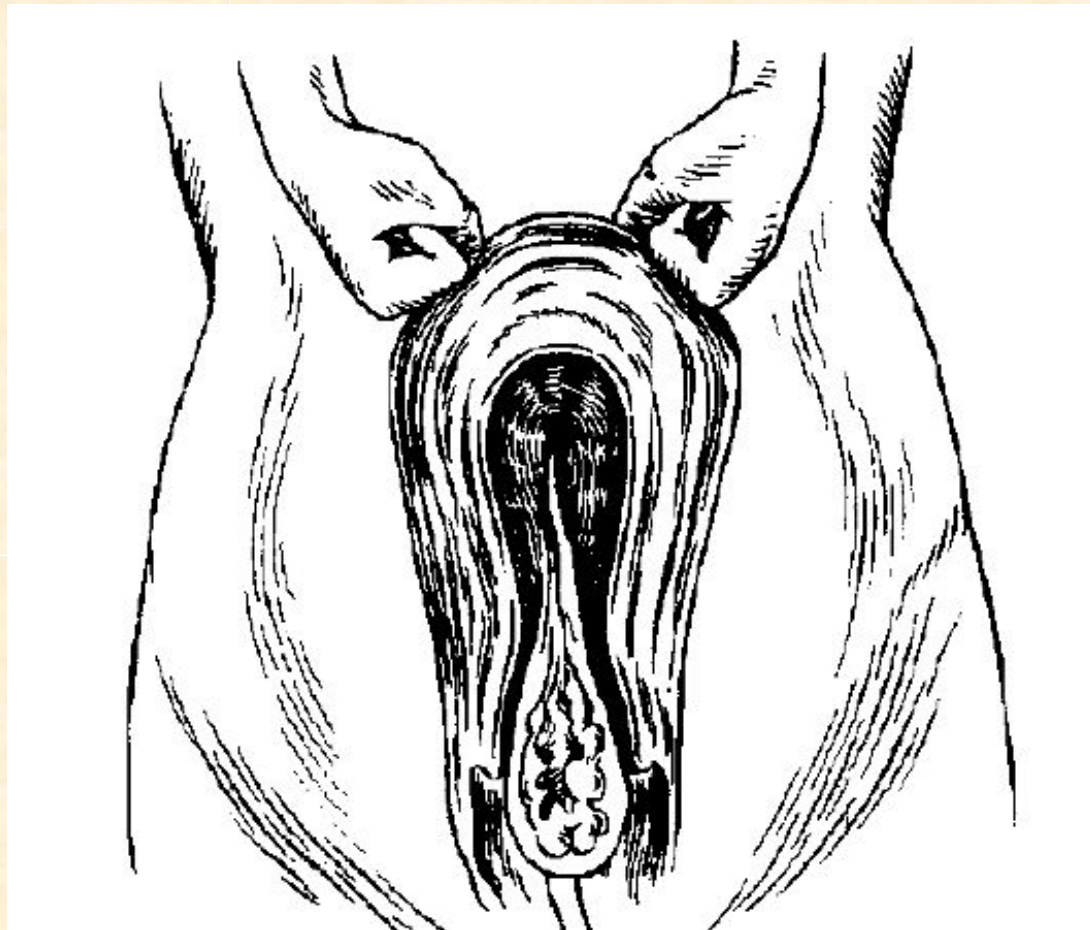
- **Признак Довженко:** роженице предлагают сделать глубокий вдох и выдох. Если отделение плаценты произошло, при вдохе пуповина не втягивается во влагалище

# Приемы выделения отделившегося последа, если признаки

- **ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ**
  1. Прием Абуладзе – потуживание при захватывании передней брюшной стенки.



- 2. Прием Гентера - давление от дна по ребрам матки книзу и внутрь (в настоящее время не применяется).





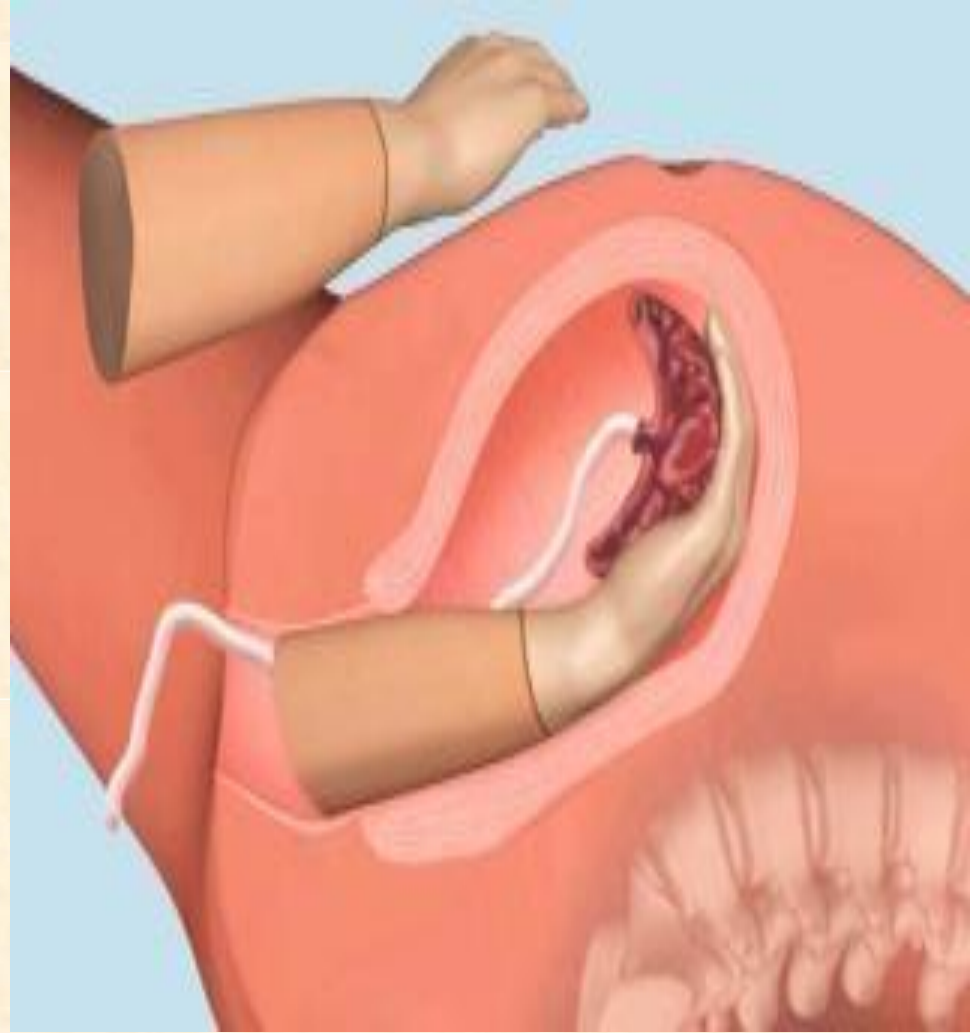
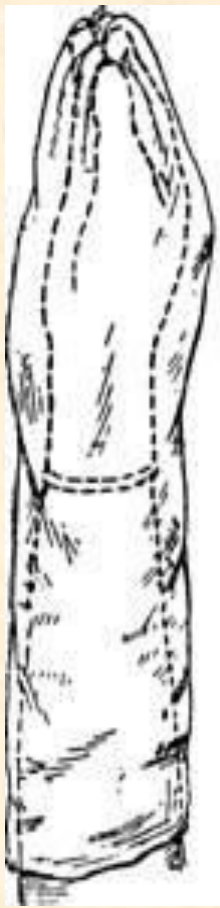
3. Прием Креде-Лазаревича -  
выжимание последа после обхвата  
дна ладонной  
поверхностью руки.



# Если признаков отделения нет, операция операция РУЧНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕТЫ И

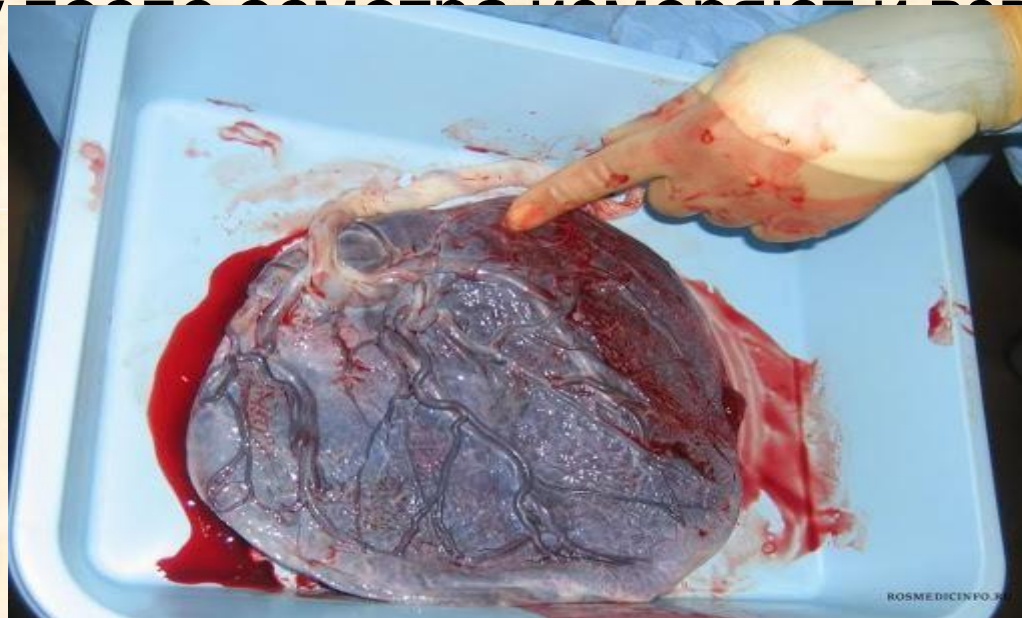
## ВЫДЕЛЕНИЕ ПОСЛЕДА

- при в/в обезболивание (если не использовалось другое в родах). Техника: акушерской рукой (составленная конусом) входят во влагалище, затем в полость матки достигая места прикрепления плаценты к ней. Дно матки удерживают левой рукой, правой доходят до нижнего края плаценты, заходят пальцами между плацентой и стенкой матки и пилящими движениями поднимаясь ко дну матки отделяют плаценту по всему протяжению. **Если нет результата - показание к экстирпации матки.**





- **Осмотр последа** материнской **вверх** (убедиться в целостности плаценты и **х в** оболочек). Поверхность долек гладкая и блестящая. **норме** Обращают внимание на целостность оболочек, нет ли оборванных сосудов, отходящих от края плаценты. Наличие таких сосудов указывает на наличие добавочной дольки, которая осталась в полости матки.
- Плаценту после осмотра **решили** и решивают.



- Осматривают наружные половые органы и промежность, затем раздвигают стерильными тампонами половые губы и осматривают вход во влагалище. Осмотр шейки матки с помощью зеркал.
- Разрывы промежности, стенок влагалища и шейки матки ушивают.
- За роженицей наблюдают в родильной комнате не менее 2 ч ( ранний послеродовой период). При этом обращают внимание на общее состояние женщины, определяют пульс, спрашивают о самочувствии, периодически пальпируют матку и выясняют, нет ли кровотечения из