

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ МОДУЛЬ

*Лечебная деятельность
по специальности 060101.52*

Лечебное дело
МДК 0203 Оказание акушерско-
гинекологической помощи.
Определение программы оказания
акушерско-гинекологической
помощи.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПРОГРАММЫ ВЕДЕНИЯ РОДОВ

Преподаватель: Пидрейко Е.А.

Роды - физиологический процесс изгнания из полости матки через естественные родовые пути плода и последа.



Роды бывают:

- ***Своевременные (срочные)*** роды - наступают в сроки 38-40 недель беременности.
- ***Преждевременные роды*** – наступают при сроке 28-37 недель.
- ***Запоздалые роды*** – наступают после 41-42 недель.

Принято различать три периода родов:



При поступлении женщины в родильное отделение

необходимо:

- Уточнить **жалобы**, анамнестические данные о наличии соматической патологии, акушерско-гинекологический анамнез, течение данной беременности, оценить ее общее состояние.
- Обязательным является проведение наружного акушерского исследования с определением предполагаемой массы плода и уточнением срока беременности.
- Беременная с доношенной беременностью может предъявлять жалобы на нерегулярные (прелиминарный период) или регулярные схватки, излитие околоплодных вод (до начала схваток - преждевременное излитие, с началом схваток - раннее излитие).

Началом родов считается появление регулярных схваток.

- Необходимо установить характер схваток и провести ***внутреннее исследование***, при котором необходимо оценить:
 - развитие наружных половых органов;
 - емкость влагалища;
 - структурные изменения шейки матки (шейка укорочена, сглажена, степень ее раскрытия, толщина краев маточного зева и их растяжимость);
 - соответствие структурных изменений шейки матки длительности и характеру схваток;
 - целостность или отсутствие плодного пузыря, количество передних вод, цвет их при излитии;
 - характер предлежащей части, ее отношение к плоскостям таза, расположение стреловидного шва и родничков при головном предлежании;
 - емкость малого таза и величину диагональной конъюгаты, если достигается мыс.

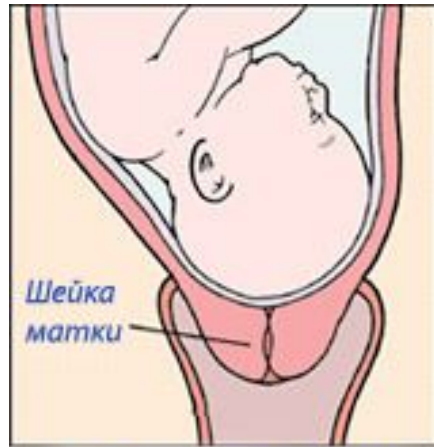
Шкала оценки степени зрелости шейки матки (Bishop, 1964)

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

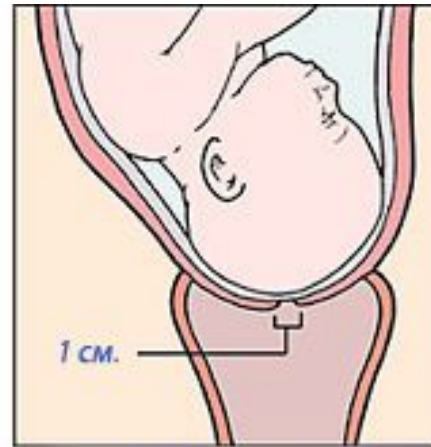
0-2 балла - «незрелая» шейка,
 3-4 балла - «недостаточно зрелая»,
 5-8 баллов - «зрелая» шейка матки.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ

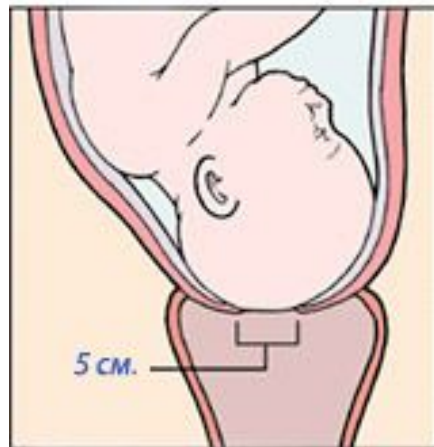
ВЕДЕНИЕ I ПЕРИОДА РОДОВ



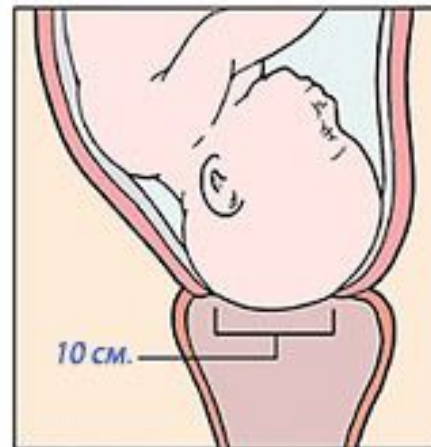
1. Шейка матки длинная, не раскрыта



2. Шейка матки укоротилась, раскрытие 1 см.



3. Раскрытие 5 см.



4. Полное раскрытие - 10 см.

Принципы ведения I периода родов:

- контроль за динамикой родовой деятельности,
- профилактика аномалий родовых сил,
- функциональная оценка таза: признаки Вастена, Цангемейстера.
- Профилактика гипоксии плода:
внутривенное капельное введение 500-1000 мл 5% раствора глюкозы, ингаляция кислорода, кардиомониторное наблюдение.

В I периоде родов:

- постоянно оценивают жалобы и общее состояние роженицы, измеряют АД, частоту пульса и температуру тела;
- каждые 15-20 мин выслушивают сердцебиение плода, определяют его частоту, ритм и звучность тонов;
- постоянно наблюдают за характером родовой деятельности, оценивают частоту схваток, их длительность, силу и болезненность.

При физиологическом течении родов все эти данные регистрируются в истории родов каждые **2 ч.**

Родовые схватки - это произвольные регулярные сокращения матки, относящиеся к родовым изгоняющим плод силам

- В начале периода раскрытия наблюдаются средней силы и малоболезненные схватки через 5-10 мин длительностью по 25-30 с.
- В активной фазе родов схватки учащаются (через 4-2 мин), усиливаются, длятся по 40-45 с, становятся умеренно болезненными;
- при болезненных схватках необходимо провести их обезболивание

Основная задача акушерки в период раскрытия - оценить эффективность родовой деятельности.

- Активность родовой деятельности определяется:

- 1) характером схваток, который оценивают пальпаторно или с помощью кардиомониторного наблюдения;
- 2) динамикой раскрытия маточного зева;
- 3) продвижением предлежащей части плода по родовому каналу.

Средняя скорость раскрытия маточного зева у первородящих составляет 1 см/ч, у повторнородящих - 1,5-2 см/ч.

Динамика раскрытия маточного зева определяется при повторном влагалищном исследовании, которое проводят через 4-6 ч после поступления роженицы. При этом исследовании уточняют:

- изменение степени раскрытия маточного зева, толщину и податливость его краев (тонкие, средней толщины, толстые, податливые, малоподатливые, ригидные);
- целостность плодного пузыря и его напряжение во время схватки или его отсутствие и цвет излившихся вод;
- характер вставления головки (расположение стреловидного шва, родничков) или тазового конца, их отношение к плоскостям таза.

Показания к влагалищному исследованию

- Начало родовой деятельности.
- Каждые 6 ч для оценки акушерской ситуации.
- Излитие околоплодных вод.
- Дистресс плода.
- Для проведения амниотомии.
- Перед введением наркотических анальгетиков.
- Перед предстоящей операцией.
- При многоплодной беременности после рождения первого плода.
- Кровотечение в родах (при развернутой операционной).
- Подозрение на слабость и дискоординацию родовой деятельности.
- Подозрение на неправильное вставление предлежащей части.

Определяемые параметры при влагалищном исследовании

1. Состояние наружных половых органов и влагалища (перегородки, рубцы, стенозы, варикозное расширение вен).
2. Степень укорочения шейки матки или открытия маточного зева.
3. Консистенция (степень размягчения, ригидность) шейки матки или краев маточного зева.
4. Состояние плодного пузыря.
5. Предлежащая часть и ее отношение к плоскостям малого таза.
6. Опознавательные точки предлежащей части плода.
7. Размер диагональной конъюгаты.
8. Особенности таза (экзостозы, опухоли, деформации).
9. Характер и количество выделений из половых путей.

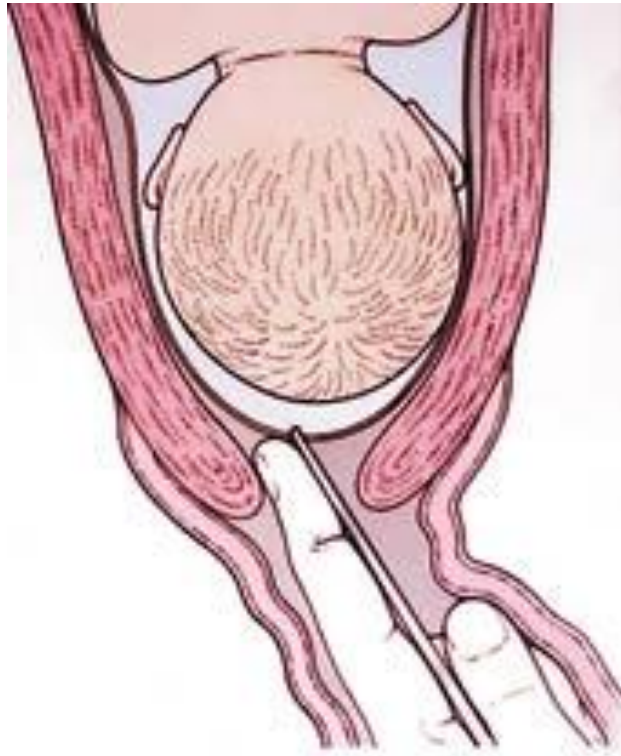
В периоде раскрытия постоянно наблюдают за характером выделений из половых путей. Может иметь место:

- излитие светлых околоплодных вод (раннее - при раскрытии маточного зева до 5-6 см и своевременное - при большей степени раскрытия);
- отхождение околоплодных вод, окрашенных меконием (симптом начавшейся или прогрессирующей гипоксии плода);
- появление кровянистых выделений из влагалища (причиной может быть разрыв шейки матки, неполное предлежание плаценты, разрыв матки, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты).

Показания к амниотомии

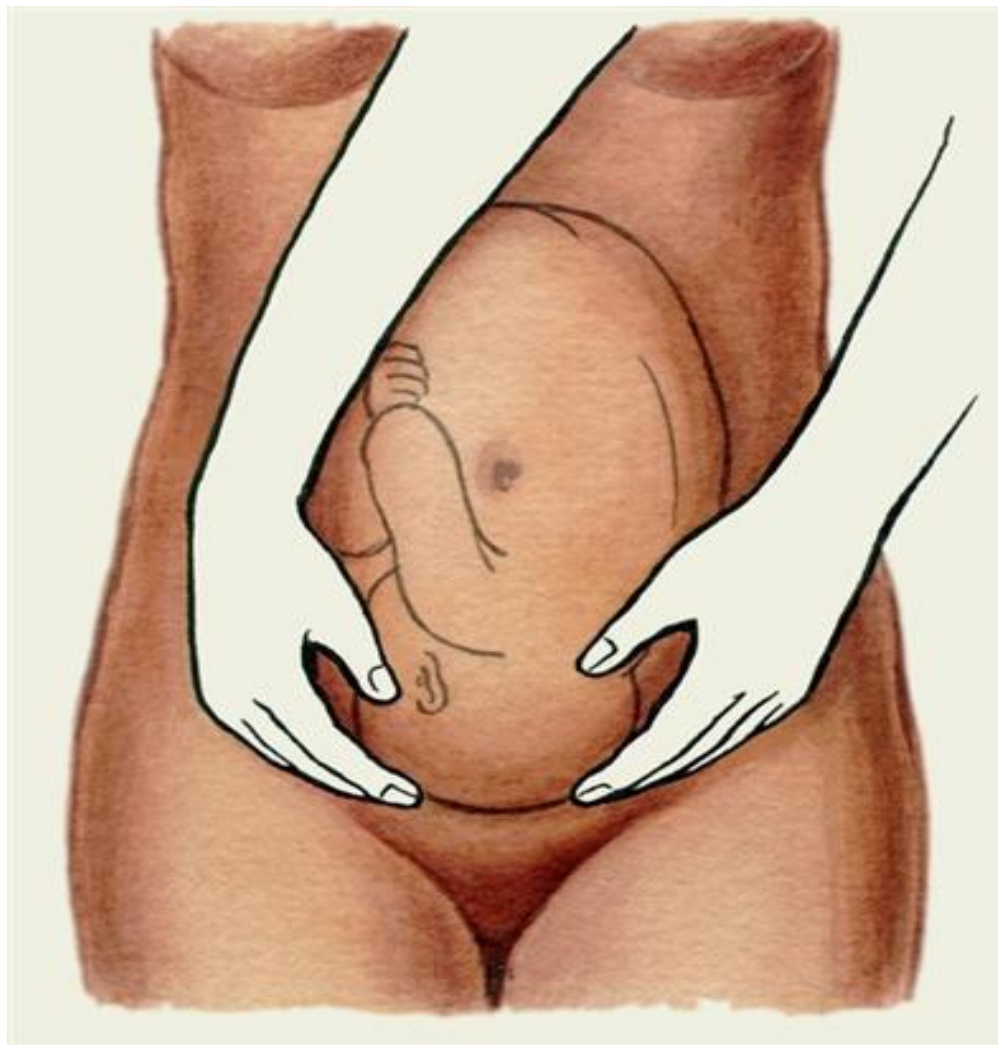
- В конце I периода при открытии акушерского зева на 5см и более.
- Плоский плодный пузырь (вследствие маловодия, неполного предлежания плаценты).
- Многоводие.
- Неполное предлежание плаценты (только при развитии регулярной родовой деятельности!).
- Гипертензионный синдром, нефропатия или патология сердечнососудистой системы.
- Плановая амниотомия при тенденции к перенашиванию и других показаниях для «программированных» родов.

Искусственное вскрытие плодного пузыря называется **амниотомией**.



- После разрыва плодного пузыря и отхождения о/пл вод растяжению ш.м. способствует головка плода.

Продвижение
предлежащей части по
родовому каналу в
периоде раскрытия
контролируется с
помощью четвертого
приема Леопольда -
Левицкого.



В периоде раскрытия применяют обезболивание в родах

1. Эпидуральная анестезия (рис. 36) 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 действия анестетиков при болюсном введении 1,5-2 ч.
2. Наркотические анальгетики: Meperidine (Demerol) - в ряде случаев усиливает родовую деятельность; Promedolum - дает более выраженный спазмолитический эффект; Phentanylum - дает наиболее выраженный анальгетический эффект.
3. Ингаляционная аналгезия (закись азота и кислород в соотношении 1:1).
4. Пудендальная анестезия. В проекцию обоих седалищных бугров вводится по 10 мл 1% раствора лидокаина (или 0,5% раствора новокаина).

Период изгнания

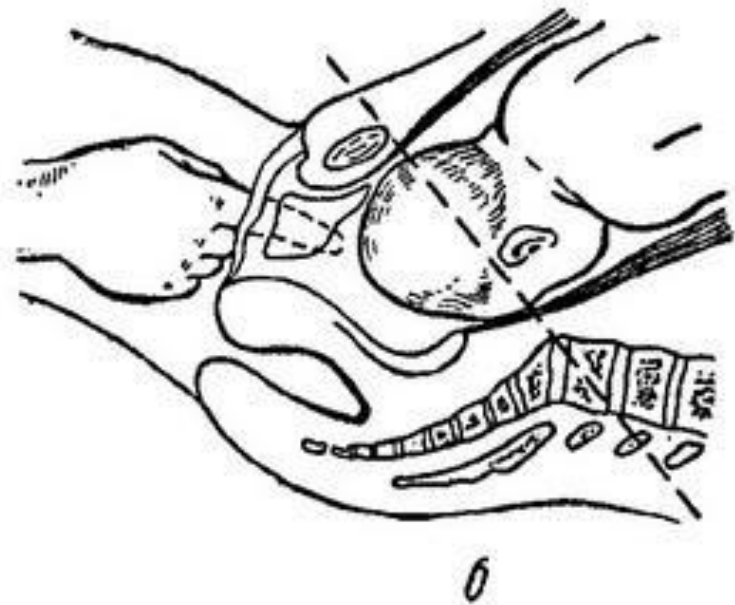
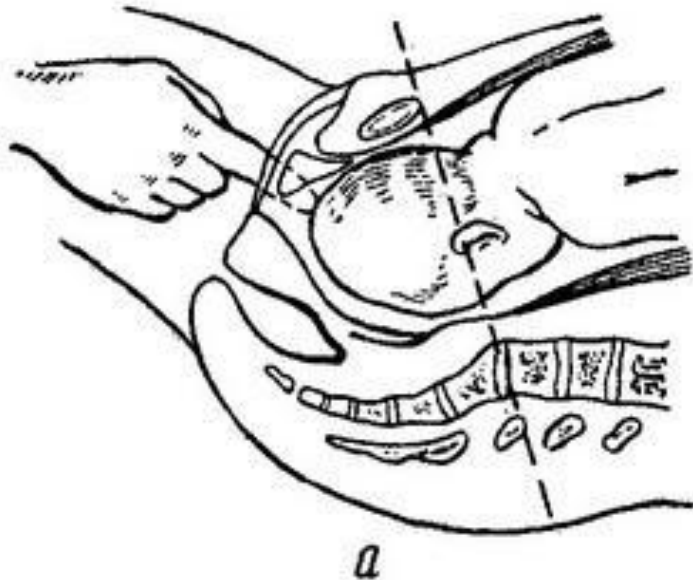
- начинается с момента полного раскрытия маточного зева и заканчивается рождением ребенка.
- При физиологическом течении родов в периоде изгнания головка находится на тазовом дне со стреловидным швом в прямом размере, малым родничком спереди (при переднем виде) или сзади (при заднем виде).

Период изгнания характеризуется присоединением потуг к продолжающимся схваткам, его продолжительность колеблется от 30 мин до 2 ч. В этом периоде:

- постоянно фиксируют жалобы роженицы, оценивают ее общее состояние, измеряют АД, частоту пульса;
- после каждой потуги выслушивают сердцебиение плода, его частоту, ритм и звучность тонов;
- оценивают активность схваток и потуг, регулируют потуги.

Наружные методы определения расположения головки в полости таза.

- 1. Прием Пискачека - давление II и III пальцами по краю большой половой губы, параллельно стенкам влагалища.



- **Интерпретация:** пальцы достигают головки, если она находится в узкой части малого таза или на тазовом дне.

Принципы ведения II периода родов:

- контроль динамики продвижения головки в полости малого таза;
- профилактика гипоксии плода;
- профилактика кровотечения, возможного в III и раннем послеродовом периоде (внутривенное введение S. Methylergometrini (S. Methylergobrevini) 0,02% - 1 мл в момент прорезывания теменных бугров или после рождения последа).
- профилактика травматизма матери и плода (эпизиотомия или перинеотомия).

Прием родов

- Задача акушерки, принимающей роды, состоит в сдерживании быстро рождающейся головки. Постепенное продвижение головки предупреждает ее разгибание, что позволяет головке прорезаться наименьшим размером и предотвратить разрыв промежности.
- Акушерка должна иметь стерильный халат и перчатки, индивидуальный пакет с бельем (бумажные подкладные), стерильный набор инструментов, содержащий два зажима Кохера, ножницы, два катетера (один - для отсасывания слизи из верхних дыхательных путей новорожденного, другой - для выведения мочи у роженицы), палочку с ватой для обработки пуповины перед ее пересечением

Показания к эпизиотомии и перинеотомии

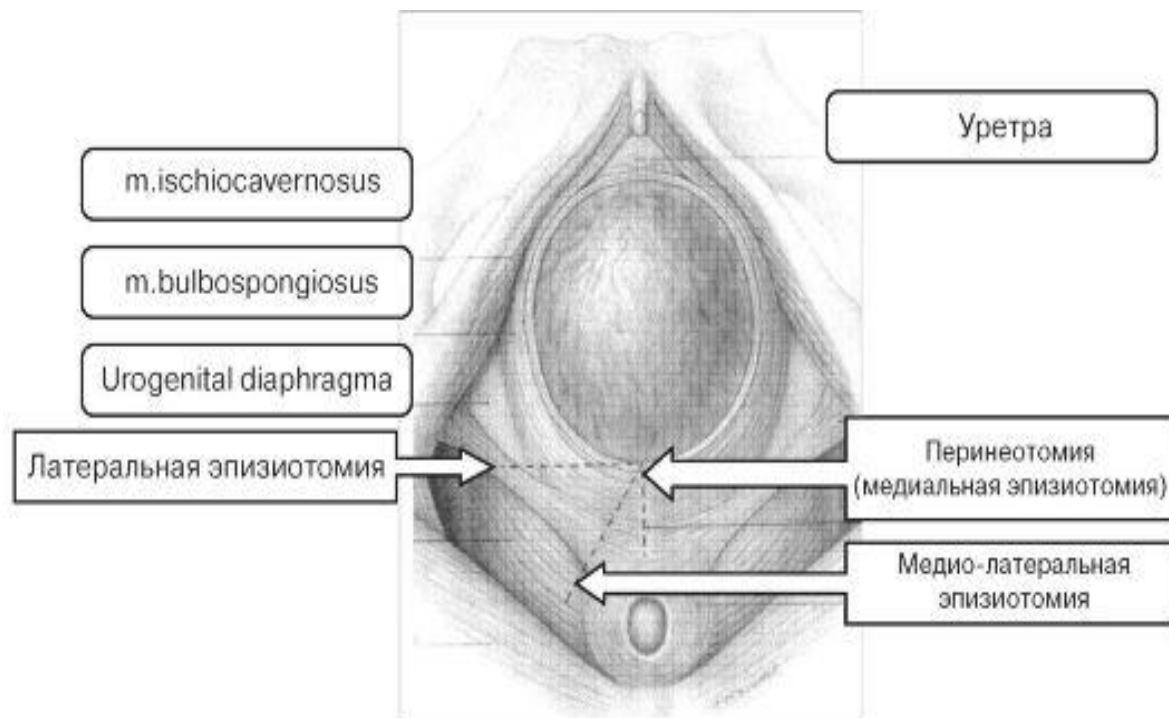
Со стороны плода:

- острая гипоксия или обострение хронической гипоксии;
- дистоция плечиков;
- тазовые предлежания;
- недоношенность.

Со стороны матери:

- угроза разрыва промежности (высокая промежность, крупный плод и др.);
- гипертензионный синдром;
- миопия высокой степени;
- заболевания сердечно-сосудистой системы;
- наложение акушерских щипцов.

Эпизиотомия или перинеотомия проводятся при врезывании головки плода



Варианты эпизиотомии

Моменты акушерского пособия при головном предлежании

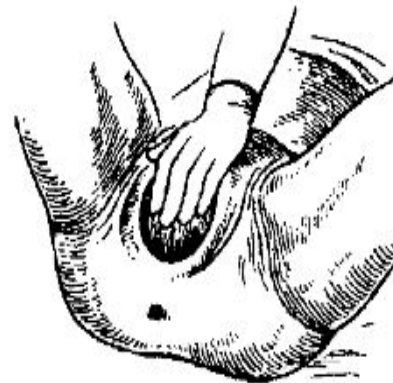
1. *Препятствие преждевременному разгибанию головки*

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.

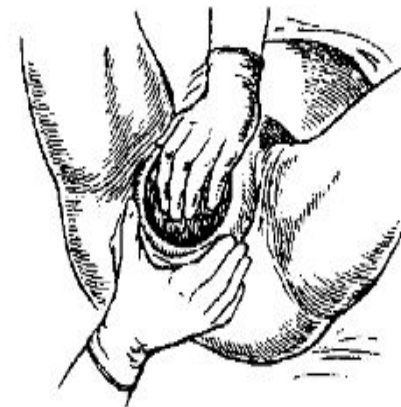
2. *Выведение головки из половой щели вне потуг.*

Над прорезывающейся головкой бережно растягивают вульварное кольцо большим и указательными пальцами правой руки.

Препятствие
преждевременному
разгибанию головки



Уменьшение
напряжения промежности



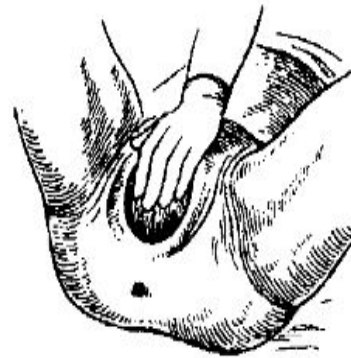
3. Уменьшение напряжения промежности

Достигается заимствованием тканей из соседних областей (область больших половых губ) большим и указательным пальцами, расположенными на промежности.

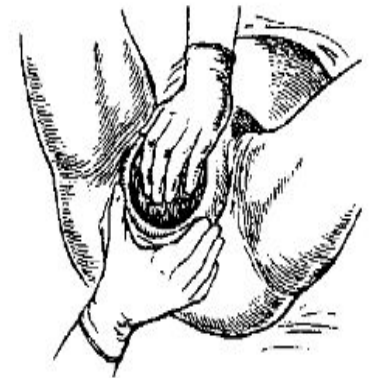
4. Регулирование потуг.

При установлении подзатылочной ямки под лоном роженице предлагают часто и глубоко дышать ртом. Правой рукой сдвигают промежность со лба, а левой - разгибают головку, предлагая роженице тужиться.

Препятствие
преждевременному
разгибанию головки



Уменьшение
напряжения промежности



5. Освобождение плечевого пояса и рождение туловища.

После рождения головки роженица должна потужиться. При этом происходит наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков. Обычно рождение плечиков происходит самопроизвольно.

Если это не случилось, то головку, захваченную ладонями за височно-щечные области бережно поворачивают в сторону, противоположную позиции плода (при 1-й позиции лицом к правому бедру, при 2-й - к левому).

Высвобождение
переднего плечика



Высвобождение
заднего плечика



Родившемуся ребенку отсасывают слизь из верхних дыхательных путей.

- Врач оценивает его состояние в первую минуту и на пятой минуте после рождения по шкале Апгар.
- Производят *первичный туалет новорожденного* и *первичную обработку пуповины*: ее протирают стерильным тампоном, смоченным в 96% спирте, и на расстоянии 10-15 см от пупочного кольца пересекают между двумя зажимами.



ВЕДЕНИЕ III ПЕРИОДА РОДОВ

- III период родов ведет врач.
- В последовом периоде нельзя пальпировать матку, чтобы не нарушить естественный ход последовых схваток и правильное отделение плаценты (принцип **«руки прочь от последовой матки»**).
- В этот период уделяют внимание новорожденному, общему состоянию роженицы и признакам отделения плаценты.

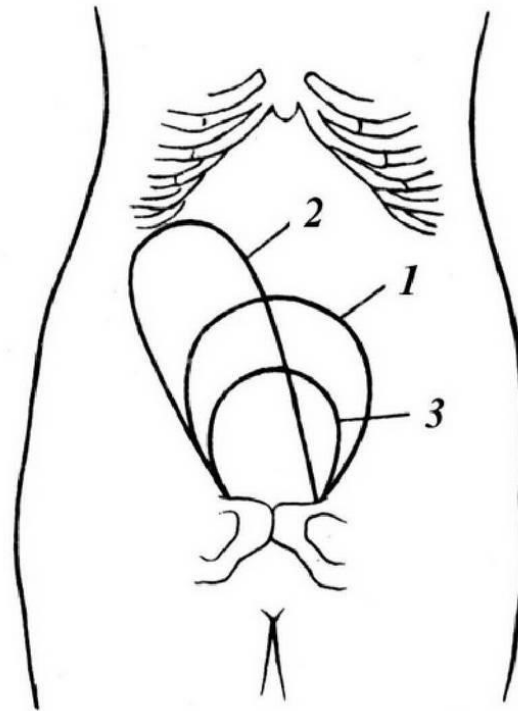
Принципы ведения последового периода:

- опорожнение мочевого пузыря сразу после рождения плода;
- контроль гемодинамических параметров матери;
- контроль кровопотери;
- при нормальном течении родов после рождения плода любое механическое воздействие на матку (пальпация, давление) до появления признаков отделения плаценты запрещается.

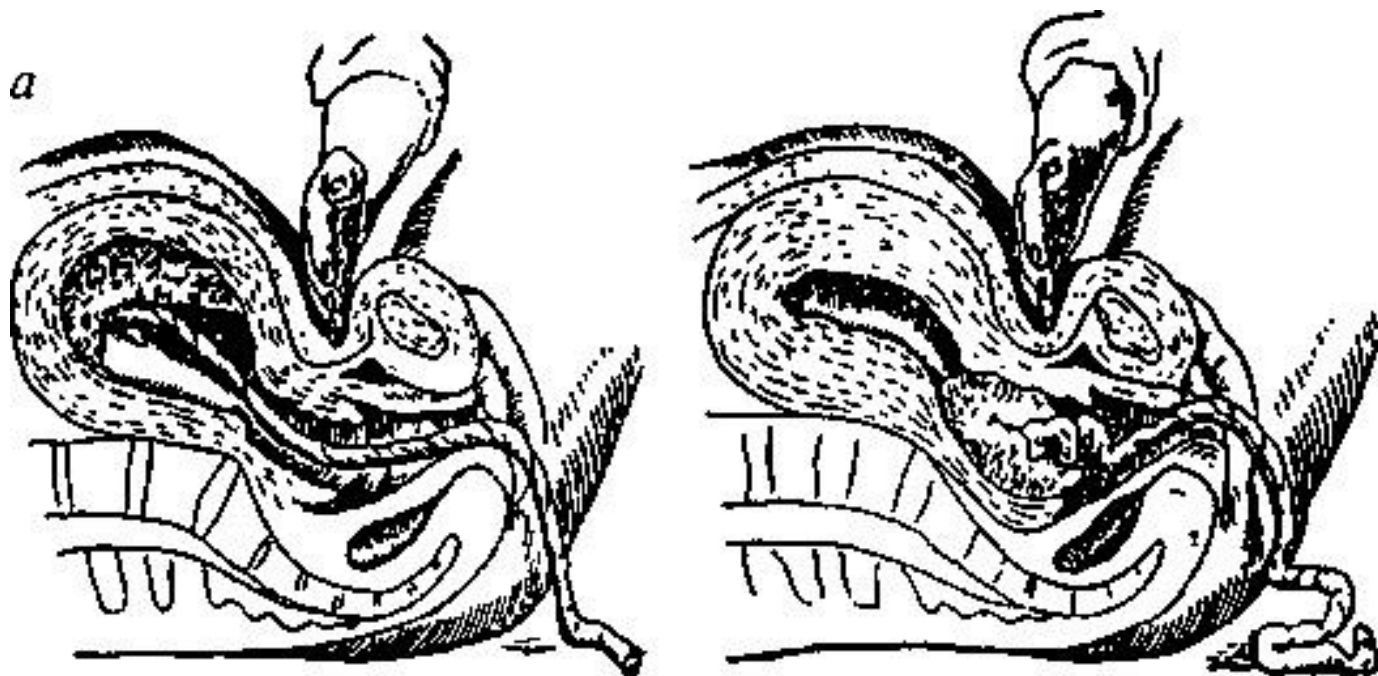
Признаки отделения плаценты

- **Шредера** - изменение формы матки в виде песочных часов, увеличение высоты дна матки и смещение вправо (за счет брыжейки тонкой и толстой кишки).
- **Альфельда** - лигатура от половой щели опускается на 10 см.
- **Микулича-Кальмана** - позыв на потугу.
- **Клейна** - удлинение и отсутствие обратного втяжения пуповины после натуживания.
- **Кюстнера-Чукалова (Винкеля)** - отсутствие втяжения пуповины при давлении пальцами (или ребром ладони) на надлобковую область
- **Штрассмана** - отсутствие кровенаполнения пережатого конца пуповины при натуживании.
- **Довженко** - пуповина при глубоком вдохе не втягивается во влагалище.

Признак Шредера



Признак Кюстнера-Чукалова



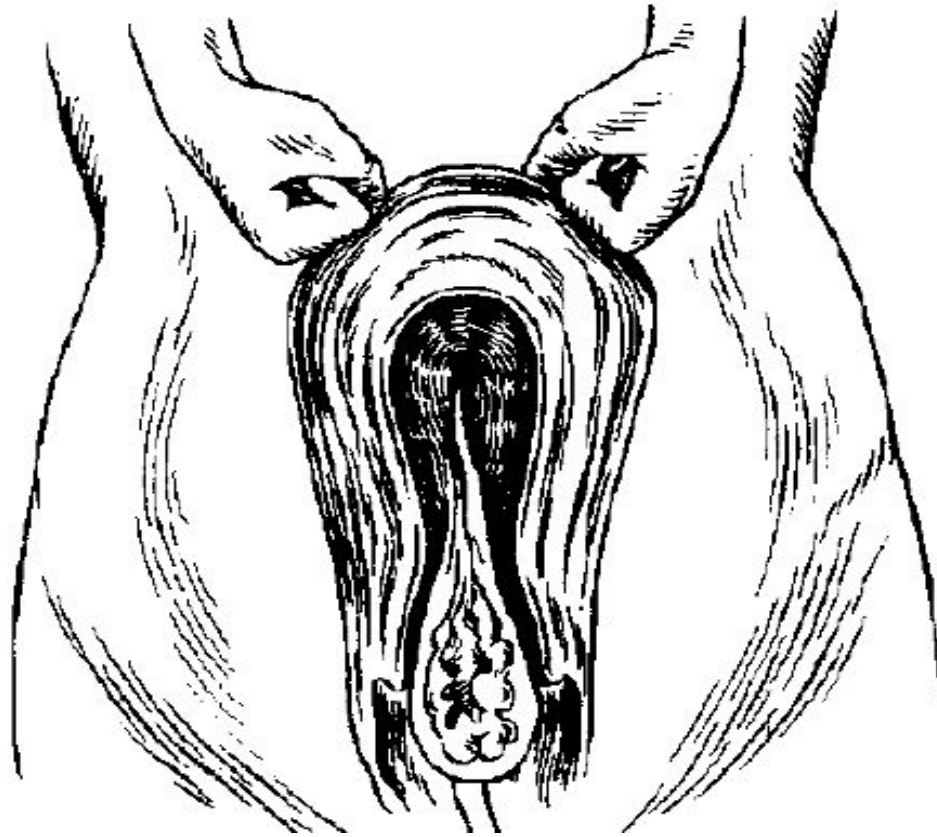
Приемы выделения отделившегося последа.

- Если после появления признаков отделения последа не происходит его самостоятельное рождение, то для уменьшения кровопотери могут использоваться приемы выделения последа.

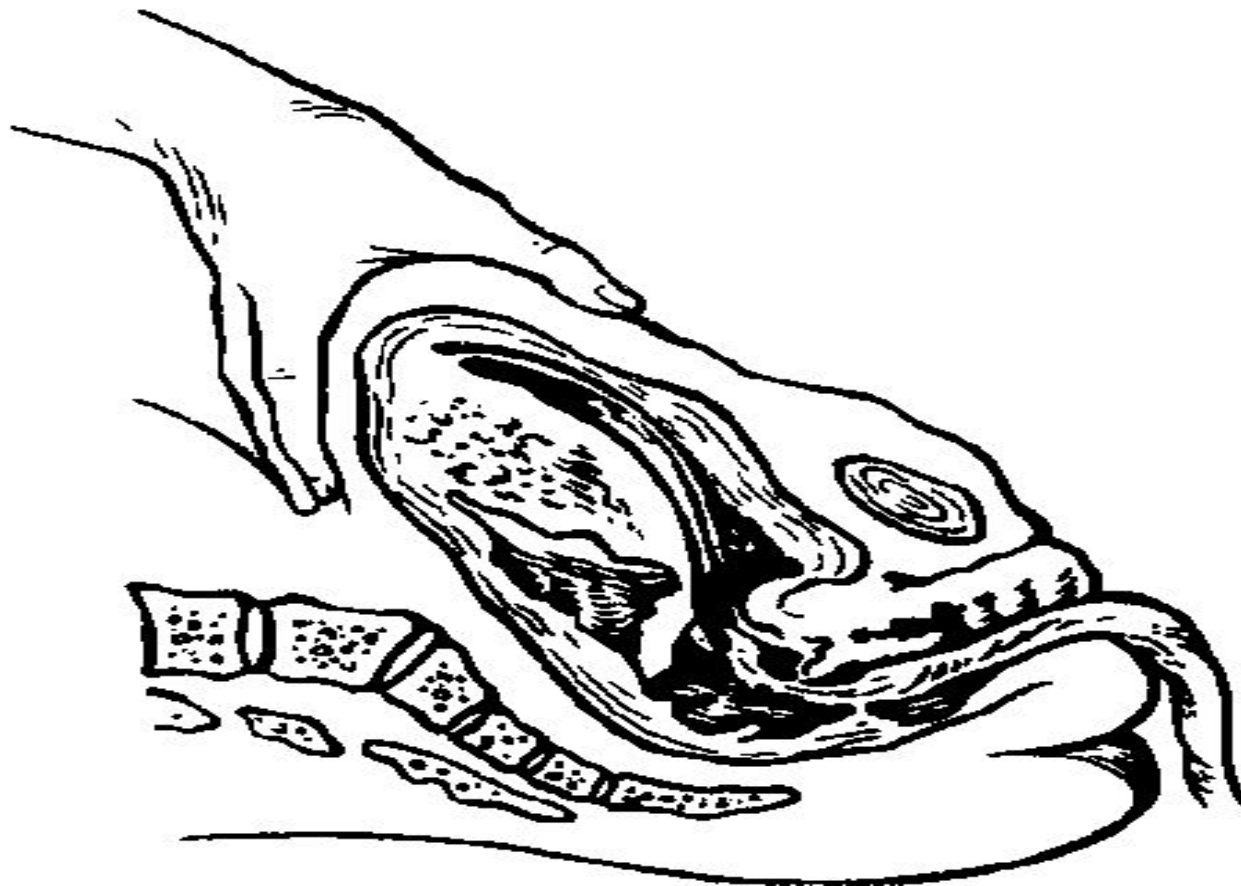
1. Прием Абуладзе - потуживание при захватывании передней брюшной стенки.



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.



Кровопотеря в родах

- В процессе родов женщина теряет в среднем 300-500 мл крови. Данный показатель может варьировать.
- **Физиологическая кровопотеря составляет 0,5% массы тела (максимальная кровопотеря - не более 400 мл)**

Профилактика кровотечения в родах

1. Рациональное ведение беременности. Одновременное выявление и лечение гестоза, выявление и лечение экстрагенитальной патологии.
2. Рациональное ведение родов, оптимальная регуляция родовой деятельности, рациональное ведение последового периода.
3. В родблоке необходимо иметь специальный столик или шкаф с медикаментами для оказания неотложной помощи при кровотечении в 3 периоде родов (проверить приехав на дежурство).
4. Проверить в родильном блоке запас компонентов крови и кровезаменителей, список резервных доноров всех групп крови, в том числе резус-отрицательной.
5. **Роженицам, угрожаемым по кровотечению в 3 периоде родов, после перевода на родовую кровать во 2 периоде родов, начать в/венное капельное введение 0,9% раствора натрия хлорида – 400,0. В момент рождения головки – в/вено медленно раствор метилэргометрина 0,02% 1 мл в 10 мл раствора хлорида натрия 0,9%.**
6. **Всем роженицам – двойная профилактика кр/течения в родах:**
 - в/в раствор метилэргометрина 0,02% 1 мл в 10 мл раствора хлорида натрия 0,9% или 1,0 окситоцина + 1 мл окситоцина в/м.
7. После рождения ребенка, выпустить мочу катетером.
8. При необходимости в/венное капельное введение (15-20 капель в минуту) окситоцина 1 мл – в 0,9% растворе натрия хлорида – 400,0 в течении 2-х часов после рождения последа .
9. После рождения последа положить родильнице на живот пузырь со льдом на 25-30 мин.
10. Провести тщательный учет кровопотери в родах, оценить общее состояние родильницы, осуществлять периодически бережный наружный массаж матки, измерять артериальное давление, сосчитать пульс.
11. Через 2 часа после родов родильницу на каталке перевести в послеродовое отделение.

Послед тщательно осматривается:

Обращается внимание, все ли дольки плаценты вышли, нет ли добавочных долек плаценты, полностью ли выделились оболочки.



Ревизия родовых путей у родильницы

1. После обработки рук акушера и наружных половых органов женщины шейку матки обнажают в зеркалах и фиксируют двумя корнцангами или окончатými щипцами за переднюю губу на расстоянии 1,5-2 см.
2. Перекладывая последовательно инструменты по наружному краю всей шейки в направлении по ходу часовой стрелки, производят осмотр
3. При наличии разрывов накладываем швы. Первый шов на 0,5-1 см выше от начала разрыва
4. Ревизия стенок влагалища, вульвы, промежности и восстановление целостности производится после осмотра шейки матки

Структура акушерского диагноза

- Факт беременности, срок беременности.
- Сведения о положении, предлежании, позиции и виде плода.
- Период родов.
- Целостность или отсутствие плодного пузыря (преждевременное - до начала родовой деятельности или ранее - до начала активной фазы излитие вод).
- Выявленные осложнения беременности.
- Соматическая патология, генитальная патология с указанием степени ее выраженности. Отмечается наличие отягощенного акушерско-гинекологического анамнеза.
- Состояние плода (СЗРП, крупный плод, гипоксия плода, внутриутробное инфицирование плода).

Д/з – составление перечня лекарственных средств, применяемых для обезболивания родов с указанием побочных действий и противопоказаний

Спасибо за внимание!

