

A photograph of several bright yellow lily flowers in full bloom, set against a background of lush green foliage. The flowers have six petals and prominent orange-brown stamens. The text 'ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ РОДОВ' is overlaid in white, bold, sans-serif font across the center of the image.

# ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ РОДОВ

Новосибирский государственный  
медицинский университет

доцент кафедры акушерства и  
гинекологии лечебного  
факультета, к.м.н.

Хаятова З.Б.

Новосибирск, 2011

# размеры нормального таза: 25-28-31-20 см.

Ромб Михаэлиса Оно ограничено четырьмя точками: сверху – ямкой под остистым отростком V поясничного позвонка, снизу – началом ягодичной складки (верхушка крестца), с боков – вдавлением на месте задних верхних остей обеих подвздошных костей. Поперечная диагональ делит ромб на два одинаковых треугольника, сложенных своими основаниями. Его вертикальный размер (Тридандани) в норме равен 11 см, горизонтальный (Литцмана) - 11 см.

# Основные плоскости малого таза

---

- Плоскость входа
- Плоскость широкой части полости малого таза
- Плоскость узкой части полости малого таза
- Плоскость выхода

# Размеры головки доношенного плода

---

- Малый косой размер – 9,5 см(32) см
- Средний косой – 10 см(33) см
- Большой косой – 13-13,5(38-42) см
- Прямой – 12 (34) см
- Вертикальный – 9 (32)см
- Малый поперечный – 8 см
- Большой поперечный – 9,25 см

# Локализации головки

---

- 1. подвижная над входом в малый таз  
( подвижная, рв: головка не доступна или с трудом, ориентиры доступны)
- 2. прижата ко входу в малый таз  
(неподвижная, рв: головка доступна, смешается, стрел.шов в поперечном размере ориентиры таза доступны)

# Малым сегментом во вход малый таз

- Головка фиксирована, 4 прием пальцы рук расходятся
- головка доступна, отталкивается с трудом, стрел.шов в поперечном или в одном из косых размере
- ориентиры таза: верхний край лона и безымянная линия доступны с трудом, мыс достигается согнутым пальцем. Свободный вся крестцовая впадина, задняя поверхность лона)

# Большим сегментом во вход малый таз

---

- Головка фиксирована, 4 прием пальцы рук сходятся
- головка доступна, фиксирована, стрел.шов в одном из косых размере
- ориентиры таза: заняты верхняя треть симфиза, безымянная линия, мыс, и внутренняя поверхность 1 крестцового позвонка.



# Головка в широкой части полости малого таза

---

- Стреловидный шов в одном из косых размеров
- Заняты верхняя половина лона, крестец до 3 позвонка
- Достижимы: нижняя половина лона, седалищные ости и бугры, 4-5 крестцовые позвонки

# Головка в узкой части полости малого таза

---

- Снаружи головка не определяется
- Стреловидный шов в одном из косых размеров или ближе к прямому
- Не доступны: седалищные ости, вся задняя поверхность лона, весь крестец крестцово-копчиковое сочленение
- Достижимы: нижний край лона, седалищные бугры

# Головка в выходе малого таза

---

- Стреловидный шов в прямом размере
- Заняты вся задняя поверхность лона, крестец, копчик
- Достижимы: мягкие ткани



**Роды – это процесс изгнания (извлечения) плода и элементов плодного яйца из матки после достижения плодом жизнеспособности под действием изгоняющих сил**

**Генетически заложенный срок  
гестации: \_\_\_\_\_**

**280 календарных дней (40 недель)**

**10 акушерских месяцев (1 акушерский  
месяц = 28 календарных дней)**

**9 лунных месяцев**

**Средняя масса доношенного плода –  
3400,0 +- 200 г, длина – 50-51 см**

# Критерии жизнеспособности плода

---

**Жизнеспособным считается плод в  
сроке гестации не менее 22 недель с  
массой при рождении более 500,0  
Плоды с такими параметрами  
подлежат выхаживанию**

**Прерывание беременности в сроке до 12 недель – ранний выкидыш**

**Прерывание беременности в сроке до 22 недель – поздний выкидыш**

**Роды:**

**- в сроке с 22 до 37 недели – преждевременные**

**- в сроке 38-42 недели – срочные**

**- в сроке 42 недели ребенок доношенный – пролонгированная беременность**

**- в сроке более 42 недели и ребенок переносенный-запоздалые**

**Живым считается новорожденный, который после изгнания или извлечения имеет признаки жизни**





Мертворожденным считается плод, у которого отсутствуют признаки жизни

мертворождаемость

```
graph TD; A[мертворождаемость] --> B[Аntenатальная – до родов]; A --> C[Интранатальная – в ходе родового акта];
```

Аntenатальная – до родов

Интранатальная – в ходе родового акта

**Ранняя неонатальная смертность – плод, родившись живым, по каким-либо причинам умер в течение первых 168 часов жизни (7 суток)**

# Перинатальная смертность

Мертворождаемость + Ранняя неонат. смерт.

**1000 рождений**

# РОДОВАЯ ДОМИНАНТА

**ПОДГОТОВКА  
РАБОЧЕГО  
ОРГАНА (матка)**

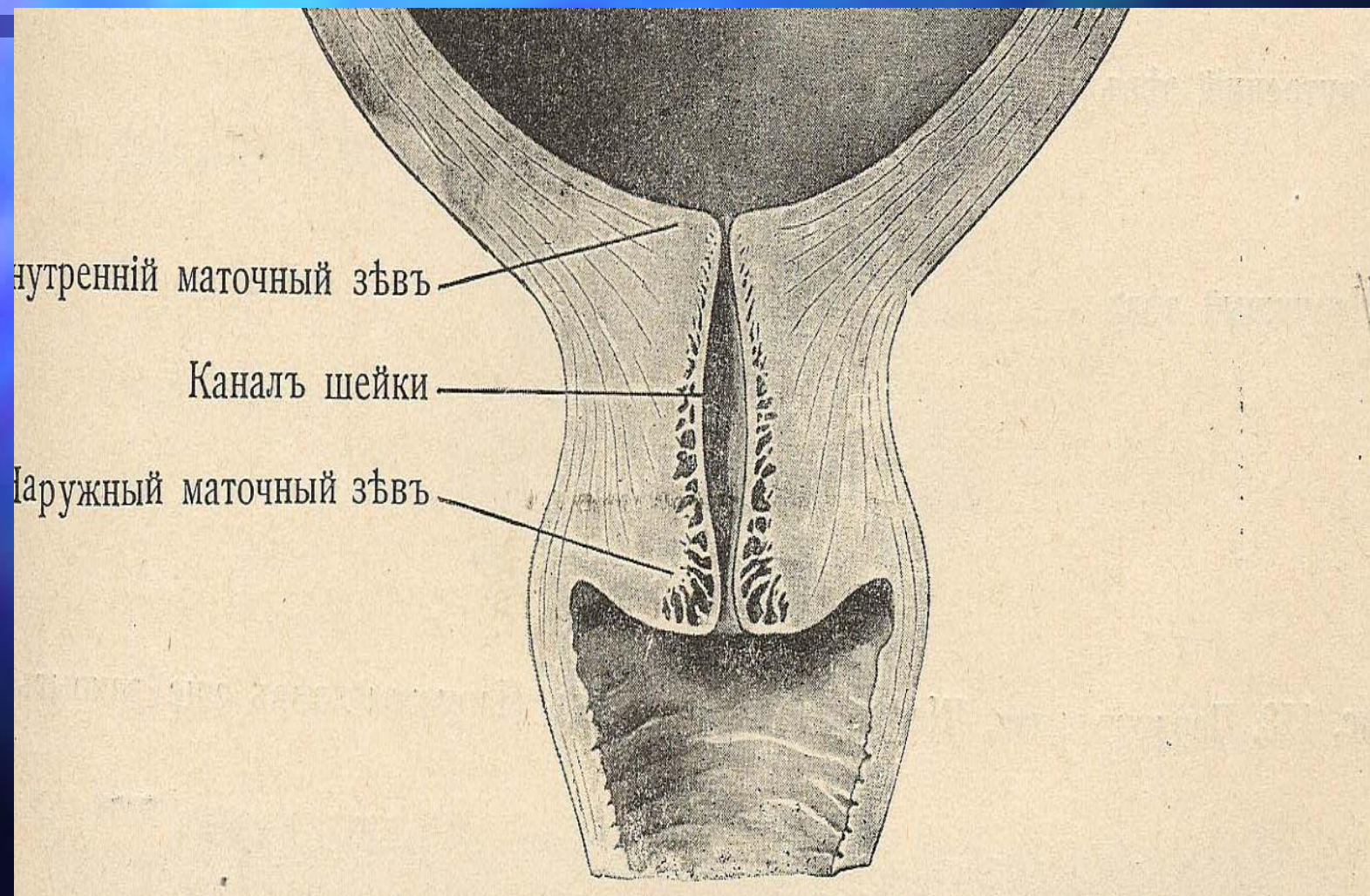
**ГОРМОНАЛЬНЫЙ  
БЛОК**

**ФОРМИРОВАНИЕ  
ДОМИНАНТЫ  
РОДОВ В ЦНС**

# Механизм действия эстрогенов на организм матери



# «незрелая» шейка матки



# Характеристика «зрелой» шейки матки

1. Расположение по оси таза
2. Расположение наружного зева на уровне спинальной линии
3. Укорочение до 1,5 см
4. Диффузное размягчение
5. Внутренний зев переходит в нижний сегмент, иногда не лоцируется
6. Цервикальный канал свободно проходим по всей длине
7. Длина цервикального канала и шейки матки равны

# Шкала оценки степени зрелости шейки матки (Голубев А.П, 1972)

Признаки	Степень «зрелости», баллы		
	0	1	2
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена, уплотнение в области внутреннего зева	Мягкая
Длина влагалищной части шейки	Более 2 см	1 - 2 см	Менее 1 см или сглажена
Пройодимость цервикального канала	Наружный зев закрыт, пропускает кончик пальца	Пройодим для 1 пальца, но в области внутреннего зева ткани плотные	Более 1 пальца при сглаженной шейке - более 2 см
Положение шейки	Сакрально	Кпереди	Срединное, по оси таза
Соотношение длины шейки длине цервикального канала	Цервикальный канал длиннее шейки более, чем на 2 см	Цервикальный канал длиннее шейки на 1-1,5 см	Длина цервикального канала равна длине шейки

0 - 3 балла - шейка «незрелая» 4-6 баллов - шейка «дозревающая» 7-10 баллов - шейка «зрелая»



## Шкала оценки степени зрелости шейки матки (Bishop, мод Е.А.Чернуха 1964)

признаки	0	1	2
<b>положение</b>	кзади	кпереди	<b>по проводной оси таза</b>
<b>длина</b>	более 2 см	1-2 см	Менее 1 см
<b>консистенция</b>	<b>плотная</b>	<b>размягчена, уплотнена в обл. внутреннего зева</b>	<b>мягкая</b>
<b>проходимость цервикального канала</b>	<b>наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца</b>	<b>канал проходим до внутреннего зева</b>	<b>канал проходим для одного и более пальцев</b>

0-2 балла – «незрелая», 3-4 балла – «дозревающая», 5-8 баллов – «зрелая»

# Характеристика подготовительного периода

1. Дно матки опускается из-за уменьшения оттока
2. Фиксация предлежащей части в плоскости входа малого таза
3. Шейка приобретает все параметры «зрелой»
4. Появление из влагалища слизисто-сукровичного секрета желез шейки матки
5. Появление клинических проявлений формирования «доминанты родов»
6. Набухание слизистой влагалища, шейки, миометрия, сочленений таза в результате высокой эстрогеновой насыщенности

7. Усиление спонтанной возбудимости матки с длительным системным сокращением
8. Появление «ложных схваток» (безболезненные, нерегулярные, с низкой амплитудой без ее усиления, не нарушающие состояния беременной)
9. Повышение окислительно-восстановительных процессов со снижением пищевого рефлекса и снижением массы тела до 100,0 за 5-7 дней до родов
10. Усиление тонуса САС, превалирование ее над тонусом парасимпатических отделов
11. Появление координированных маточных сокращений с растяжением внутреннего маточного зева
12. Отслойка нижнего полюса пузыря с интенсивным синтезом ПГЕ<sub>2</sub>
13. Повышение АКТГ и кортизола в крови матери и плода

---

Пациентка, вступившая в  
роды, называется  
роженицей.

# Родовой акт

I период - раскрытия



II период - изгнания



III период - последовый

# Первый период родов «раскрытия»

---

Начинается с началом регулярной родовой деятельности, в процессе которого происходит сглаживание шейки, раскрытие маточного зева и завершается полным его раскрытием

**Контракция – сокращение мышечного волокна матки**

**Ретракция – смещение мышечных пластов матки по отношению друг к другу**

**Дистракция – растяжение круговых волокон нижних отделов матки**

# Тройной нисходящий градиент

(Caldeiro-Barcia, Poseiro, 1960, Уругвай)

1. Волна сокращения, возникая в одном из маточных углов («водитель ритма», «пейсмекер»), распространяется сверху вниз со скоростью 2-5 см\сек.
2. Сила и амплитуда сокращений убывает по мере распространения (30-120 мм рт ст в верхних отделах матки— 15-60 мм рт ст — в нижних)
3. Продолжительность сокращения убывает по мере распространения волны сверху вниз.



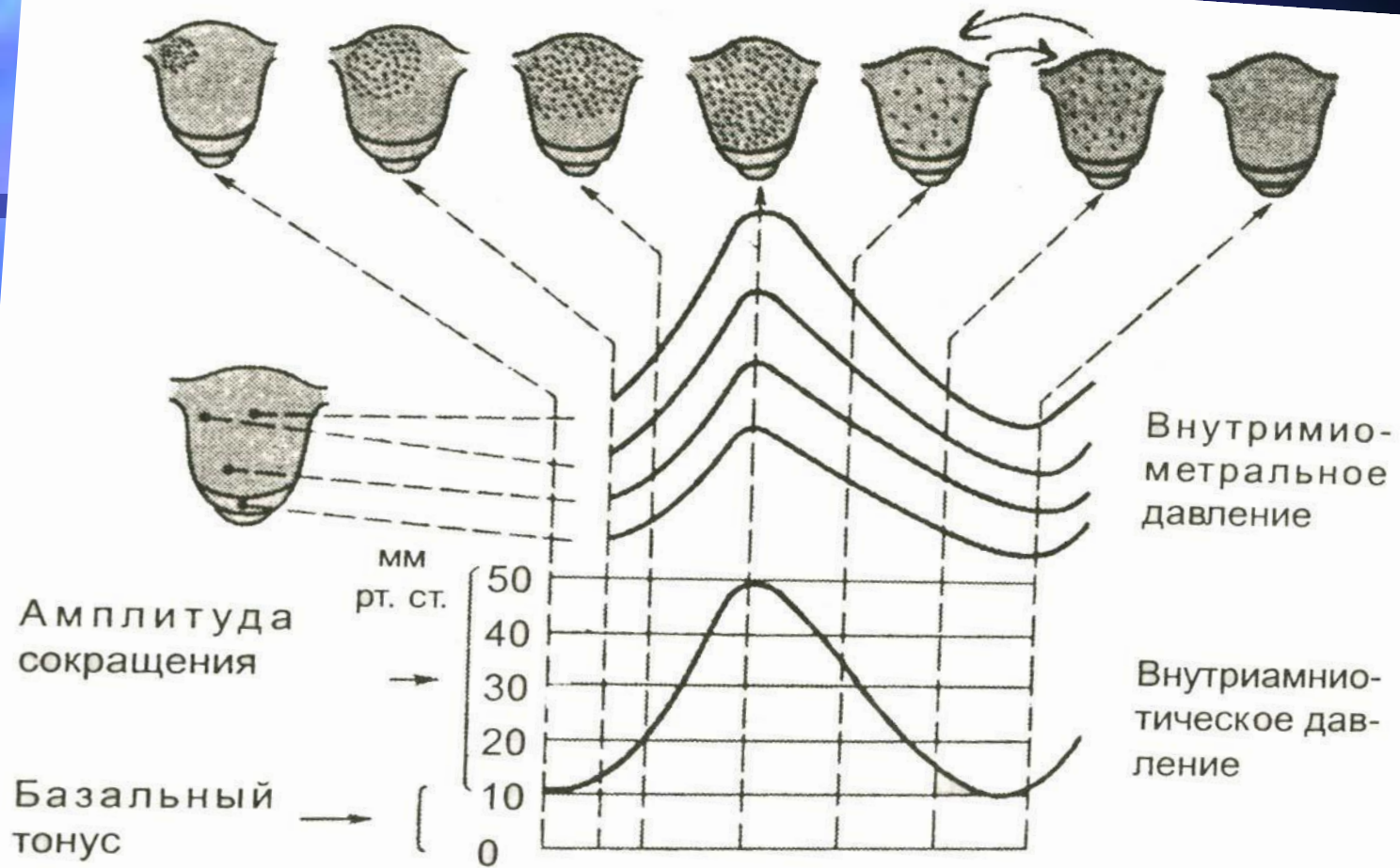


Рис. 7. Тройной нисходящий градиент (схема)

# Характеристика маточного цикла

---

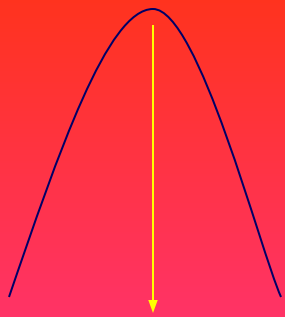
**Базальный тонус миометрия** (тонус покоя) - напряжение миометрия в паузах между схватками. Норма – 10-12 мм рт ст

**Амплитуда (сила) сокращения** – разница между величиной базального тонуса и пиком сокращения

**Внутриамниотическое (внутриматочное) давление** - давление в полости матки. Норма – от 25 до 120 мм рт ст

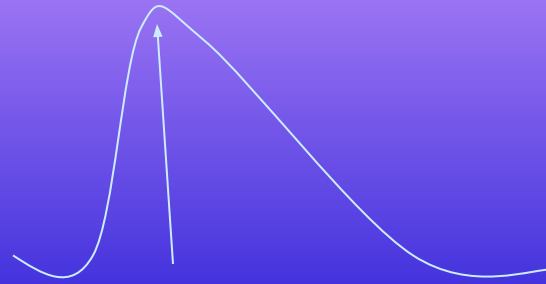
# Маточный цикл

систола



40 – 60 сек

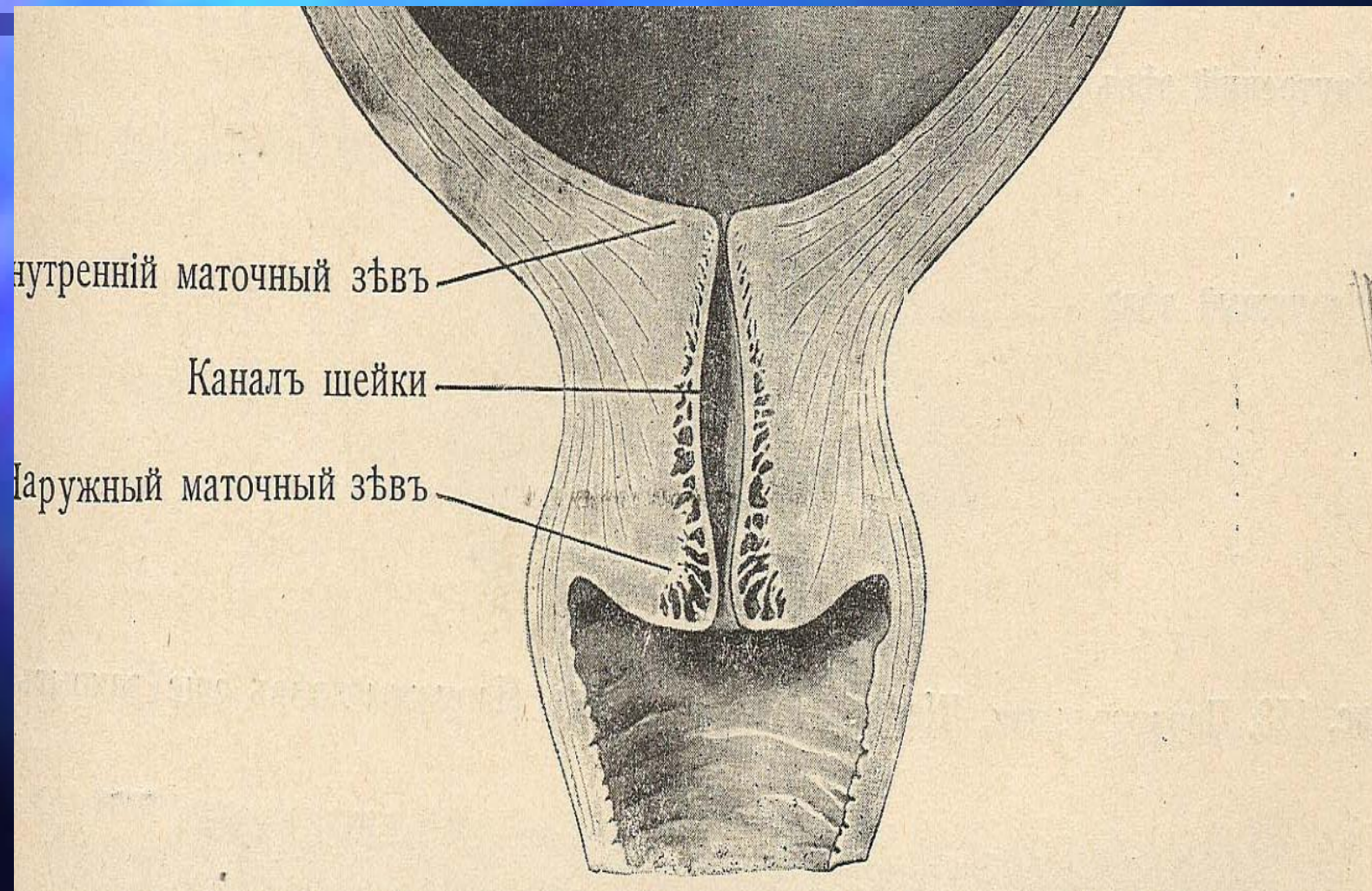
диастола



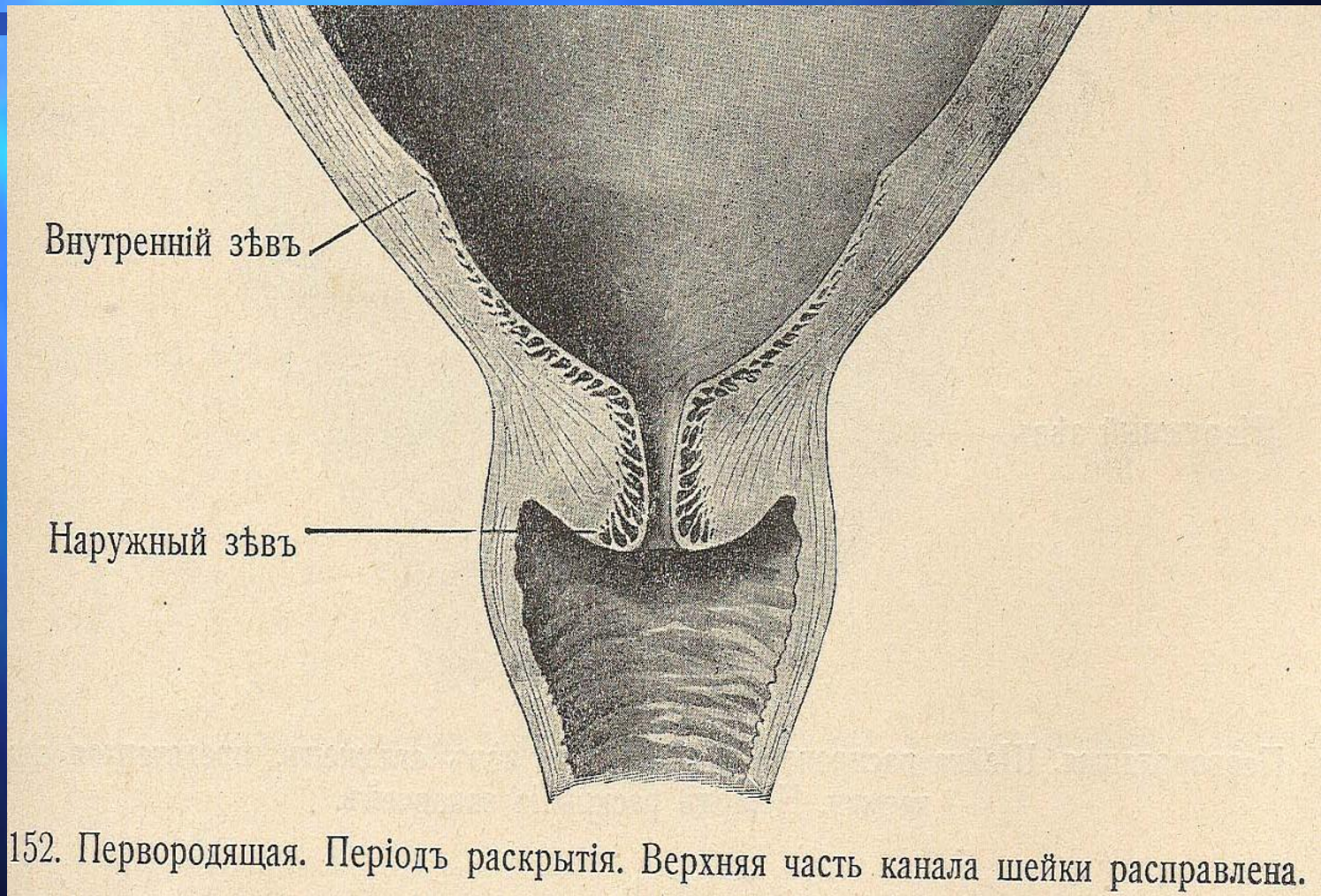
1\3 маточного  
цикла

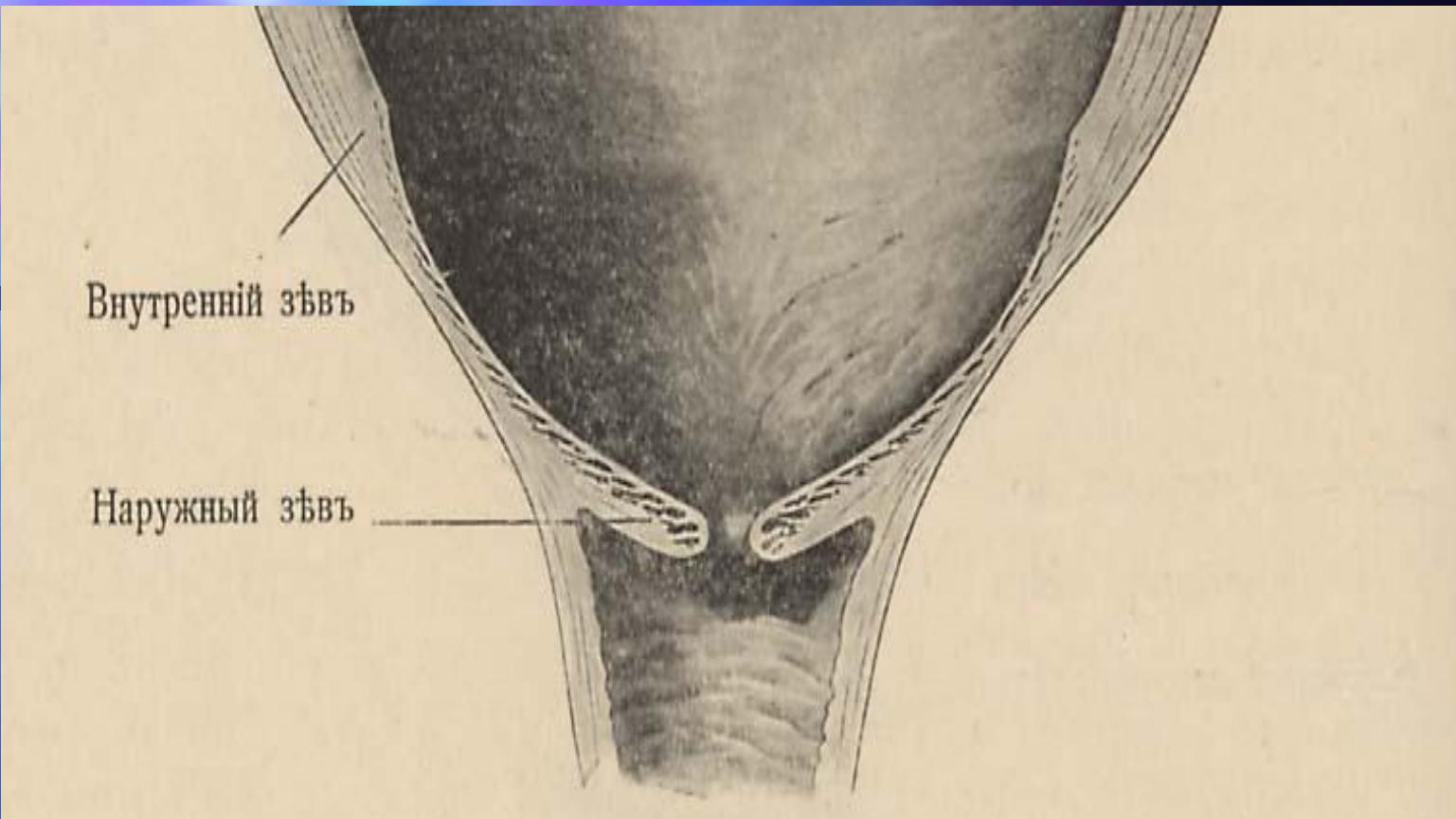
2\3 маточного цикла

# Шейка матки в конце беременности



# Процесс сглаживания шейки у первородящей



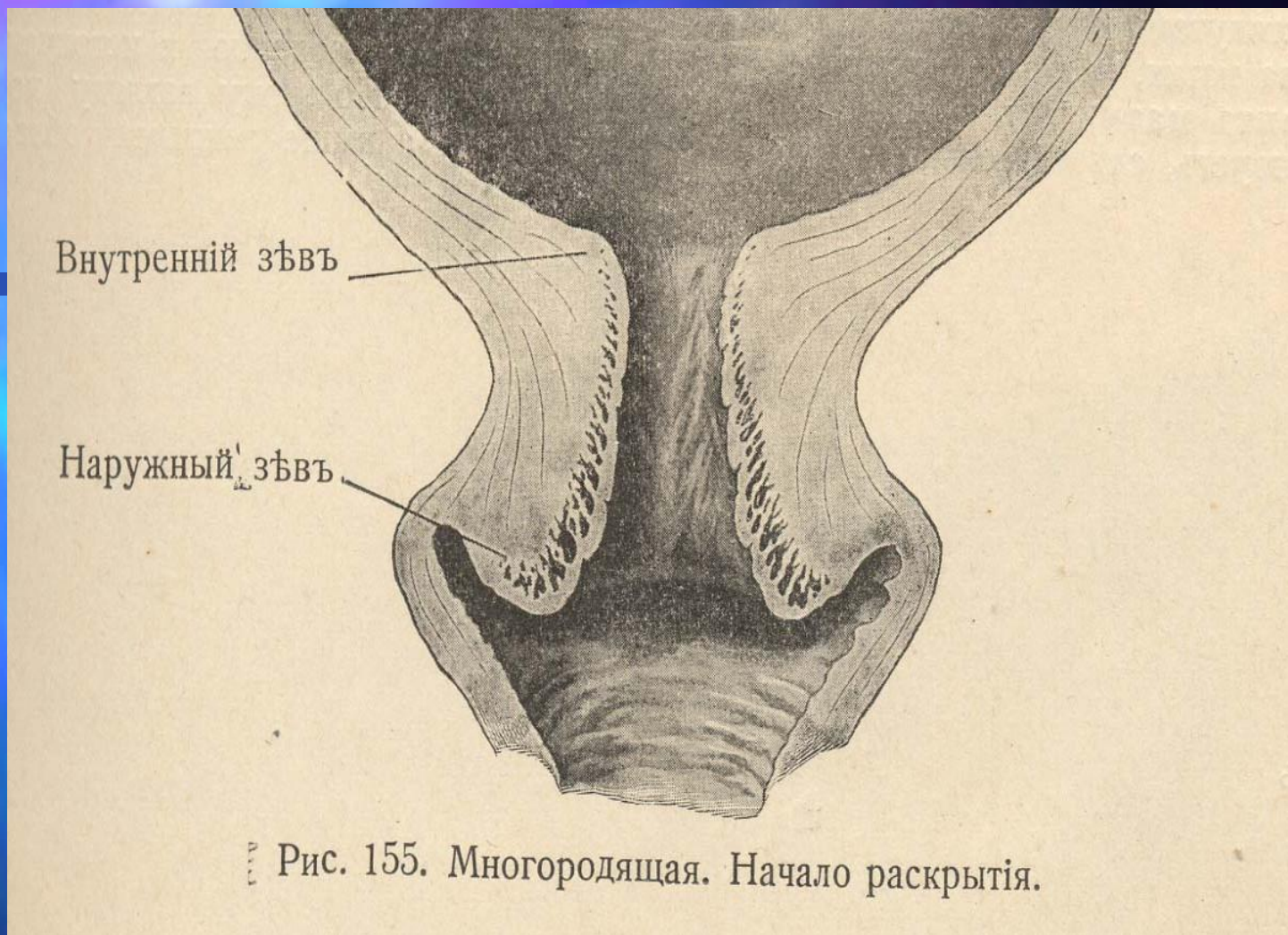


Внутренний зѣвъ

Наружный зѣвъ

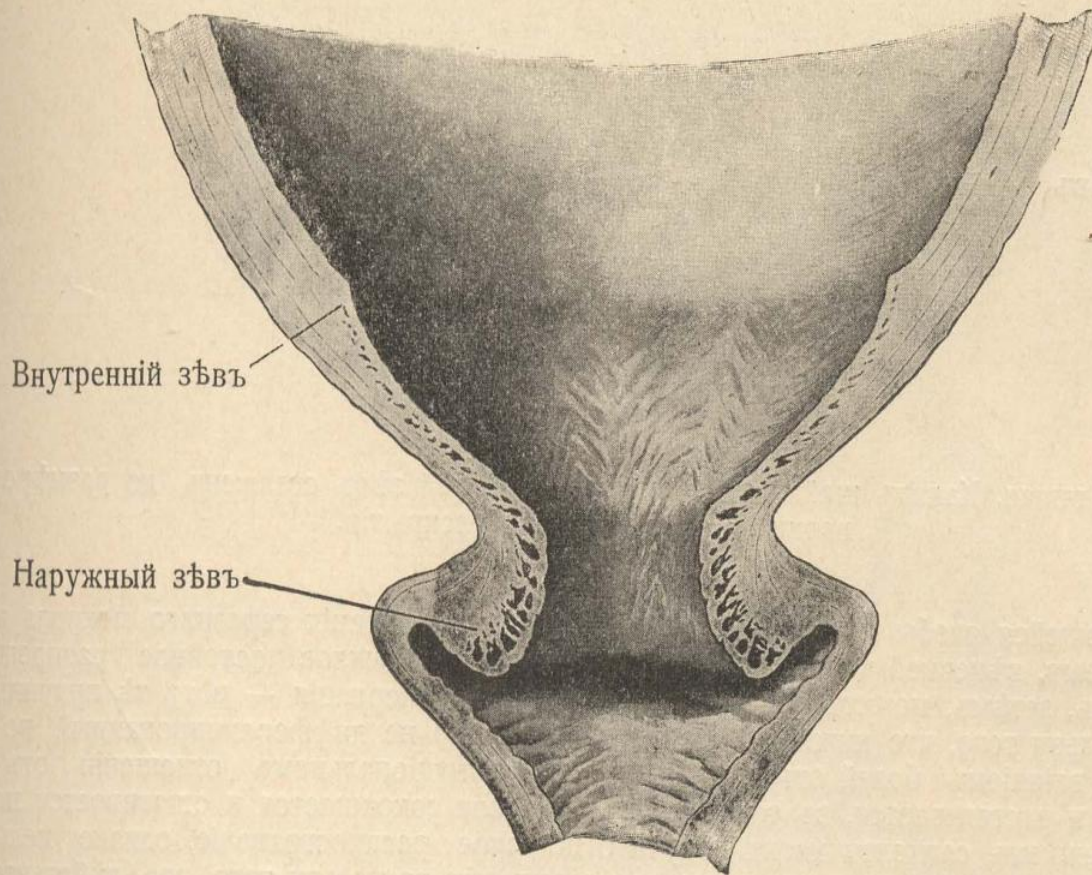
Рис. 153. Первородящая. Шейка вполне сглажена. Наружный зѣвъ еще [закрытъ]

Процесс сглаживания шейки завершен



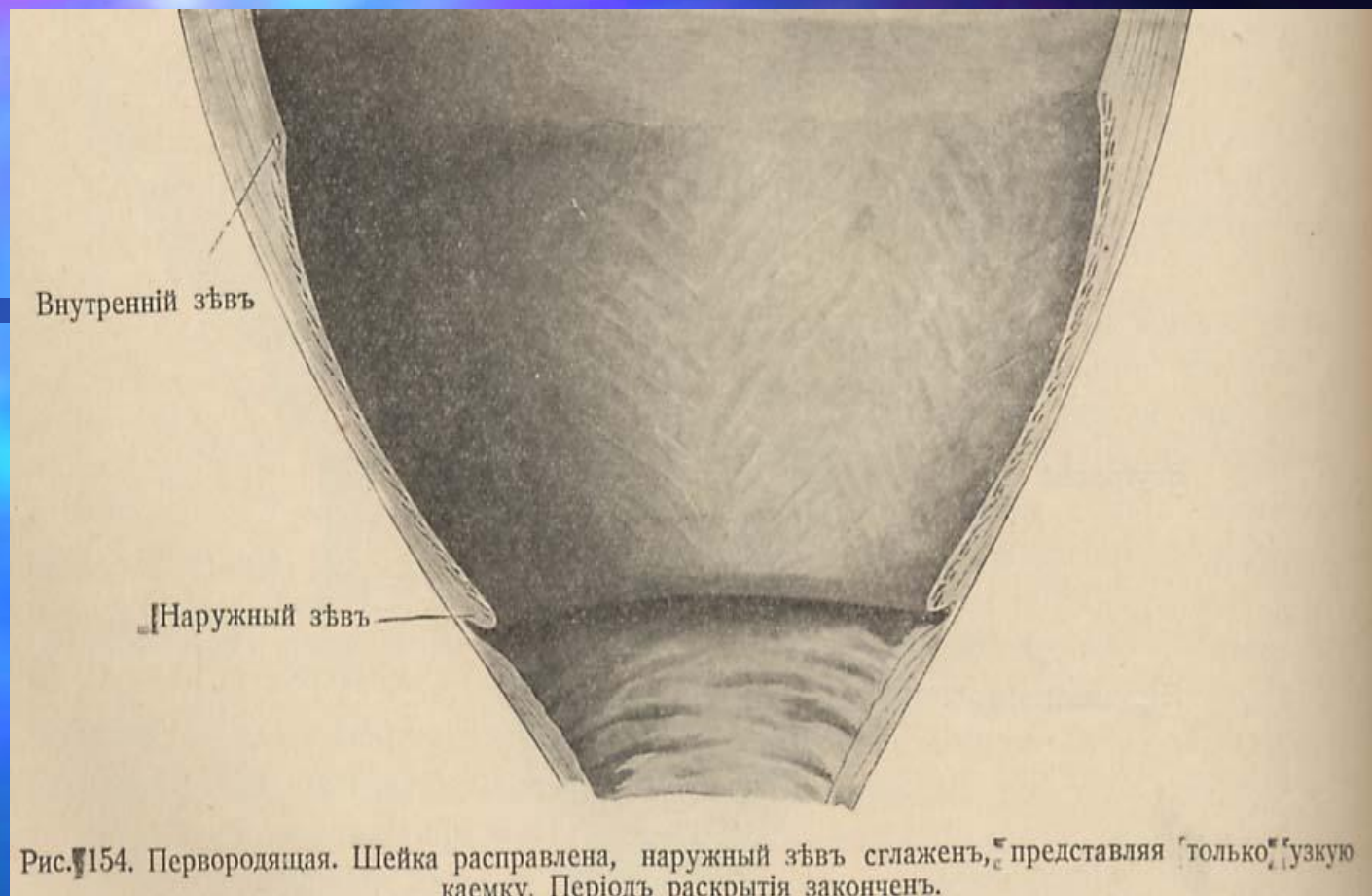
Начало первого периода у многорожавшей  
Процессы сглаживания и раскрытия идут  
параллельно

# Активная фаза I периода родов у повторнородящей



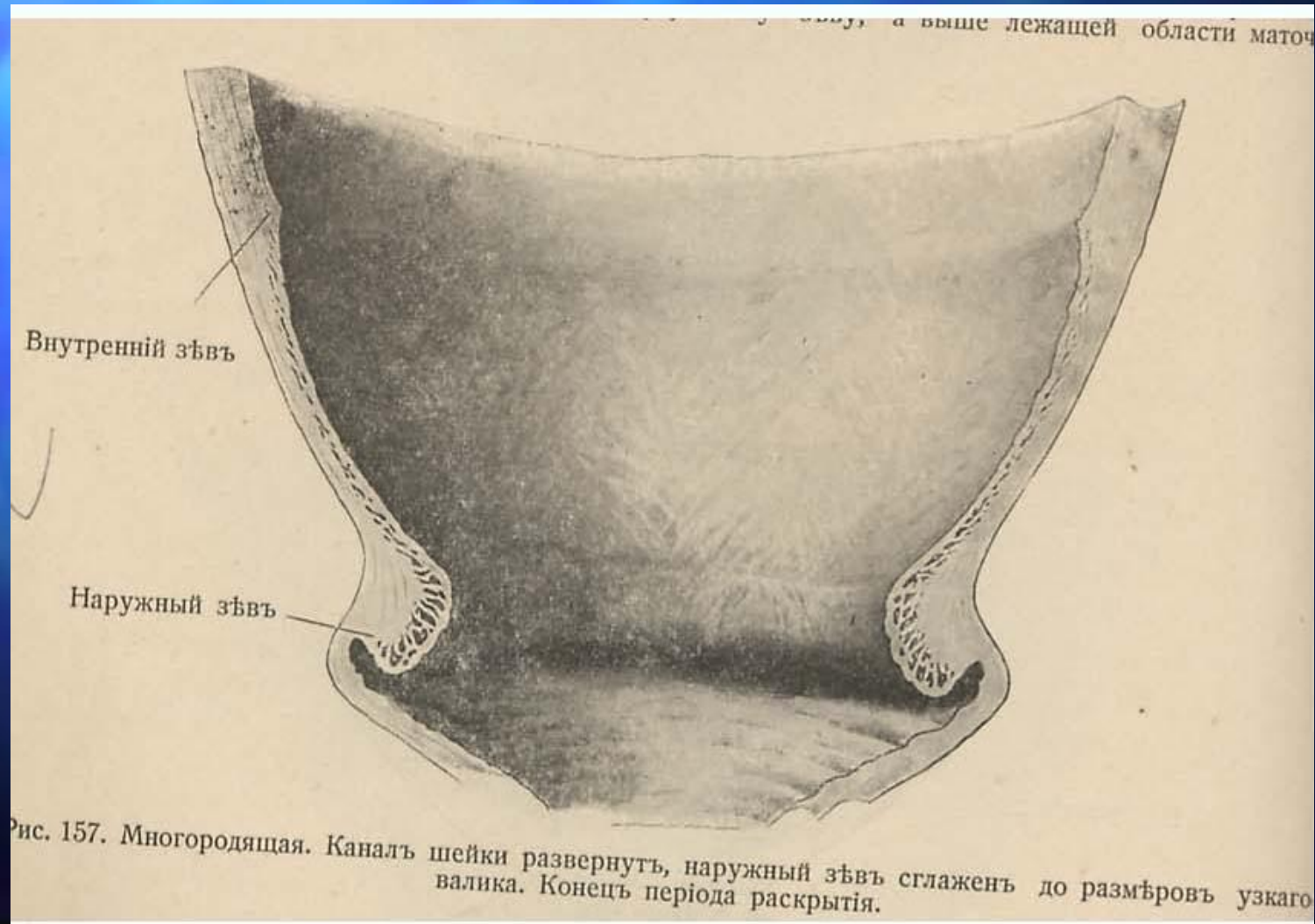
156. Многородящая. Расправление верхней половины шейки и одновременное открытие наружного зѣва.





Полное раскрытие маточного зева  
Первый период родов закончен

# Конец периода раскрытия у повторнородящей



---

Фазы I периода родов  
(Fredmann E, 1967)

# Латентная фаза I периода родов

**Начинается с развитием регулярной родовой деятельности и завершается раскрытием маточного зева на 4 см.**

**Скорость раскрытия маточного зева 0,35 см\час**

**Средняя продолжительность 4 – 5 часов**

# Активная фаза I периода родов

Начинается при раскрытии маточного на 4 см, завершается – при 8 см раскрытия

Скорость раскрытия маточного зева :

- у первородящих 1,5 – 2 см\час
- у повторнородящих – 2 – 2,5 см\час

Средняя продолжительность 3 – 4 часа

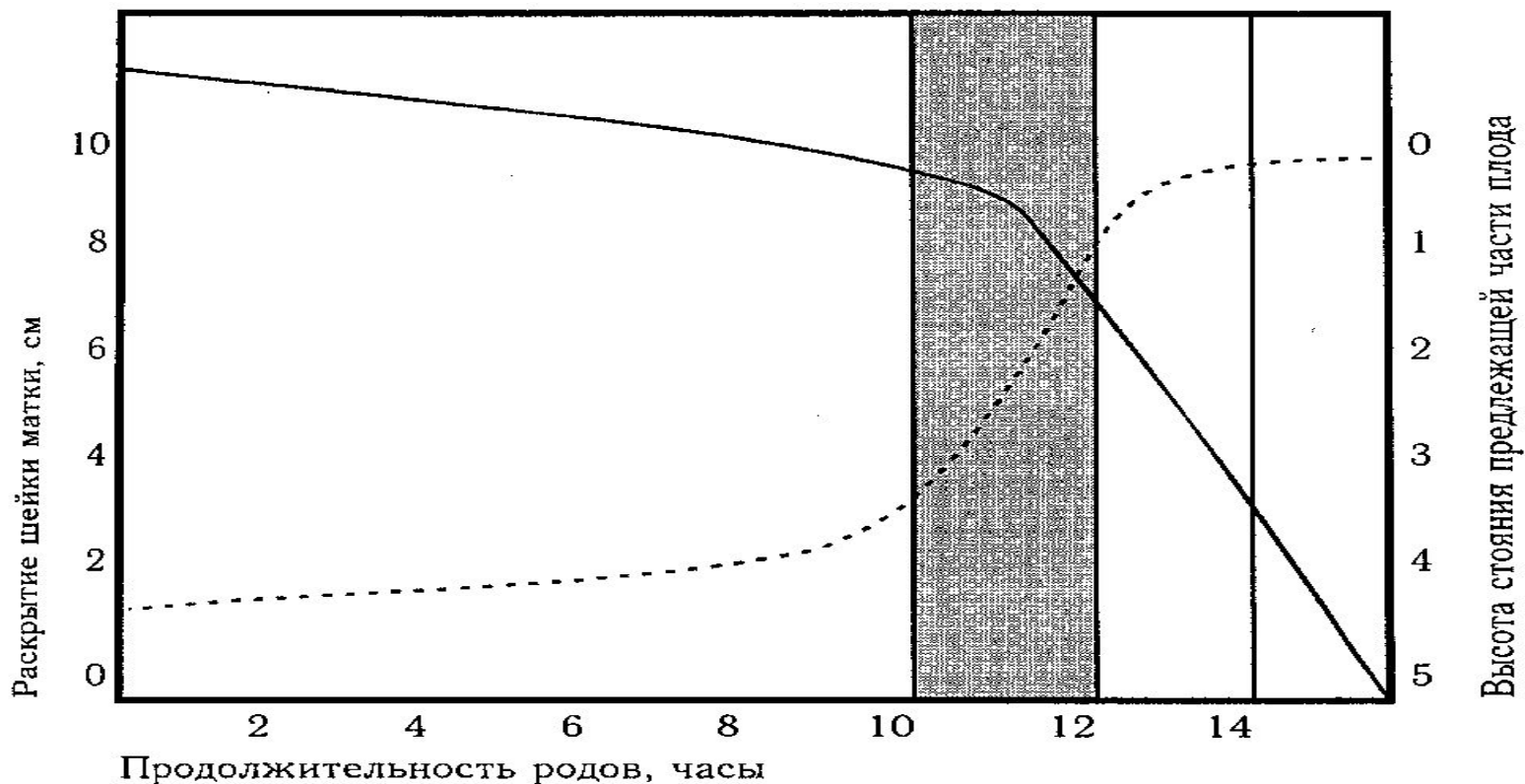
# Фаза замедления I периода родов

Начинается при 8 см и завершается полным раскрытием маточного зева

Средняя продолжительность от 40 мин до 1,5 часов

У повторнородящих может отсутствовать

# Партограмма по Фридману Е. А. (1965)



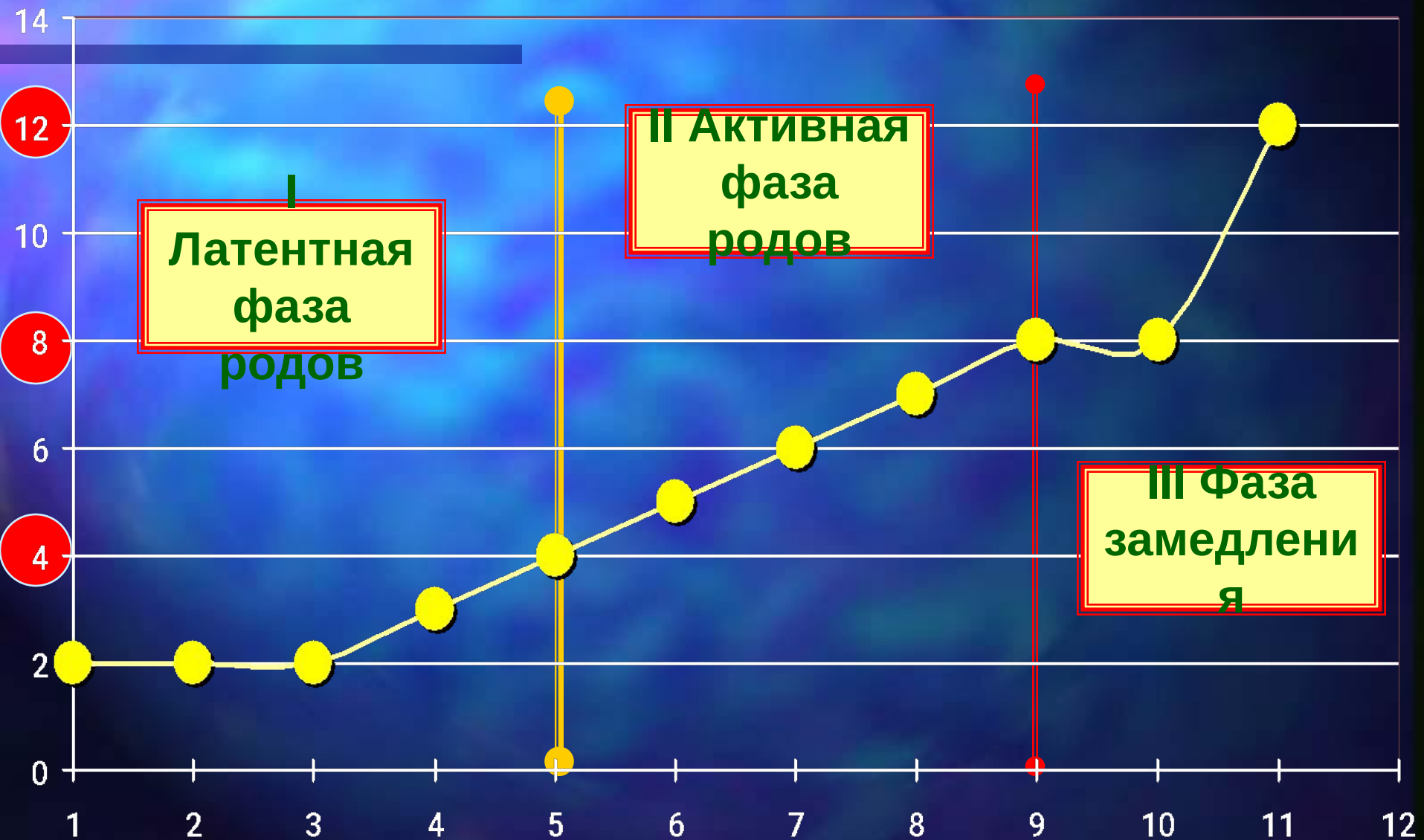
Латентная фаза	Активная фаза	Фаза замедления	Второй период родов
----------------	---------------	-----------------	---------------------

Условные обозначения:

- — продвижение предлежащей части
- — раскрытие шейки матки

- |                       |                     |
|-----------------------|---------------------|
| 0 — прижата ко входу  | 3 — в широкой части |
| 1 — малым сегментом   | 4 — в узкой части   |
| 2 — большим сегментом | 5 — в выходе        |

# Течение 1 периода родов





# Средняя продолжительность фаз I периода родов

Фаза периода	первородящие	повторнородящие
Латентная	6 часов	5 часов
Активная	4 часа	2 часа
Фаза замедления	40 мин – 1,5 час	30 минут

# Второй период родов – период изгнания

Начинается с момента полного раскрытия маточного зева до полного изгнания плода из родовых путей

Активное продвижение плода по родовому каналу, присоединение потуг

Продолжительность :

у первородящих – 30 – 60 минут

у повторнородящих – 15 – 20 минут

Потуги – непроизвольный акт, представляющий содружественное сокращение мышц матки, тазового дна и передней брюшной стенки

базальный тонус – 8–9 мм рт ст  
в\маточ. давление – 120-130 мм  
систола схватки – 80-100 сек.

**Мониторирование в  
родах – вот  
главный критерий  
оценки течения  
родов!**

Профессор И.О.  
Маринкин

**В процессе родов роженица  
выбирает ту позицию,  
которая для нее удобна.**

**Оптимальная позиция  
уменьшает  
продолжительность родов,  
благоприятно сказывается  
на состоянии плода, снижает  
частоту дистоции и  
необходимость  
родостимуляции  
(Экспертная группа ВОЗ)**



—313. Родильная комната знатной итальянской дамы XVI столѣтія Жіоранадель Пакк  
(Изъ Вельтмана).

«Оптимальная» или традиционная (для акушерства) поза «на спине» роженицы во 2-м периоде родов не физиологична ни для плода, ни для матери, а удобна (оптимальна) только для акушерки. Продвижению плода способствует только одна изгоняющая сила – потужная деятельность роженицы. Сила тяжести плодного яйца, а это – воды, плод, послед, матка (6-7 кг) – не используется.

Роженица тратит в родах колоссальное количество мышечной энергии нерационально. Плод продвигается по родовому каналу противоестественно — не вниз, а вверх. У роженицы сокращаются мышцы рук, ног, спины, грудные мышцы. Она пытается приподняться на Рахмановской кровати, но мы ее удерживаем, так как нам так удобнее.

**Профессор И.О.Маринкин**



Положение роженицы должно быть такое, при котором была бы перпендикулярна к плоскости таза та сила, которая выталкивает головку. В таком случае будет самая меньшая потеря сил.

Это последнее требование выполняется тогда, когда плоскость входа в малый таз находится горизонтально (на корточках, на коленях и стоя)

## Положение роженицы в период изгнания у разных народов отличалось

- В поэмах Гомера при рождении Апполона Лето (Латона) **упиралась коленями в землю** и обеими руками охватывала пальмовое дерево.
- В Западной Европе использовались различные модификации **акушерских стульев**. В Голландии каждая невеста вместе с приданным получала Девентеровский акушерский стул.
- **Положение роженицы на боку** - у народов Северной и Южной Америки.
- **Положение на корточках** - Средняя Азия (кстати, это наиболее физиологичная поза)

Профессор И.О.Маринкин

# Акушерское кресло

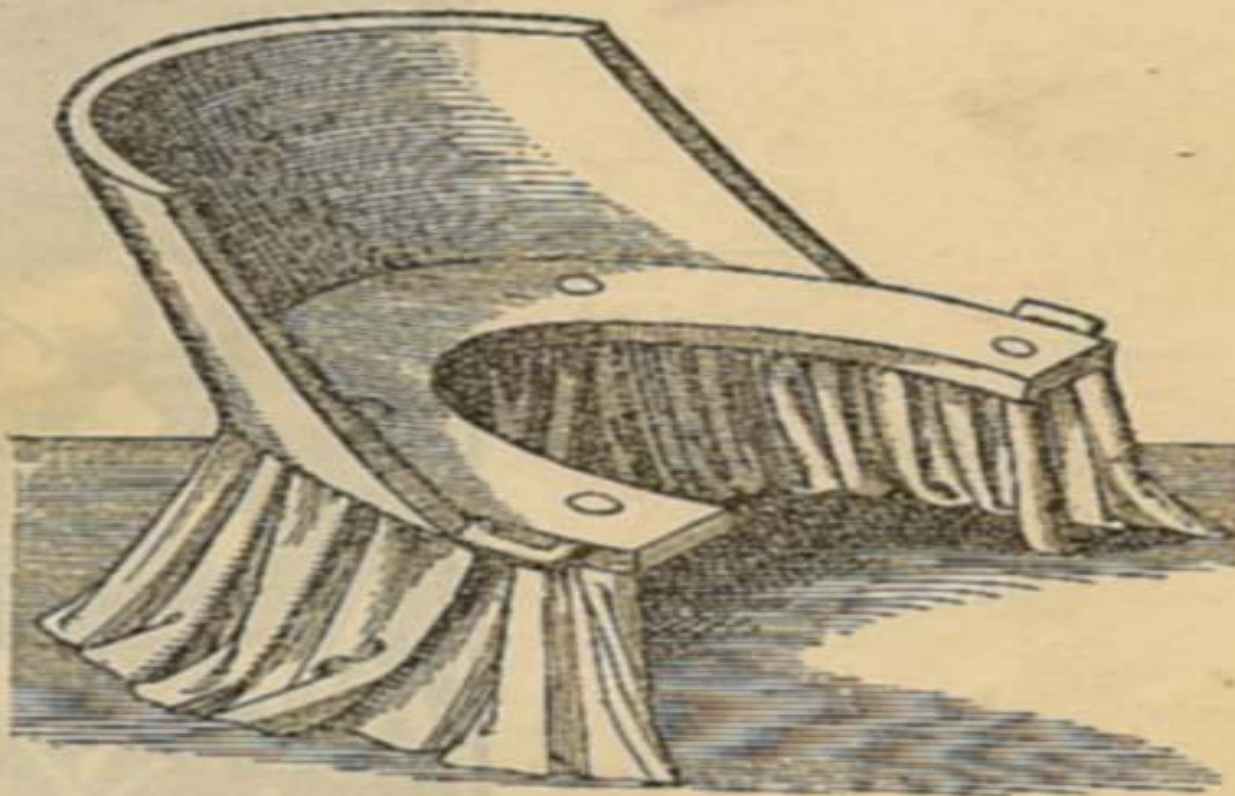


Рис. 268.—Немецкое акушерское кресло  
XVI вѣка (по Якову Рюффу).

# **ПРЕИМУЩЕСТВА ВЕРТИКАЛЬНЫХ РОДОВ**

- 1) Уменьшается давление матки на крупные сосуды.**
- 2) Сокращается первый период родов.**
- 3) Снижается риск родового травматизма.**
- 4) Уменьшается кровопотеря**
- 5) Обеспечивается активное поведение женщины в родах.**

# Мы считаем

- 1 период - стоя и в ходьбе
- 2 период – пусть рожает в той позе, какой женщина считает удобнее для себя

**Важнейший момент** - комплектация родильных залов современными родильными кроватями. На Рахмановской кровати создать позу, отвечающую индивидуальным запросам каждой женщины, невозможно.

# Биомеханизм родов

---

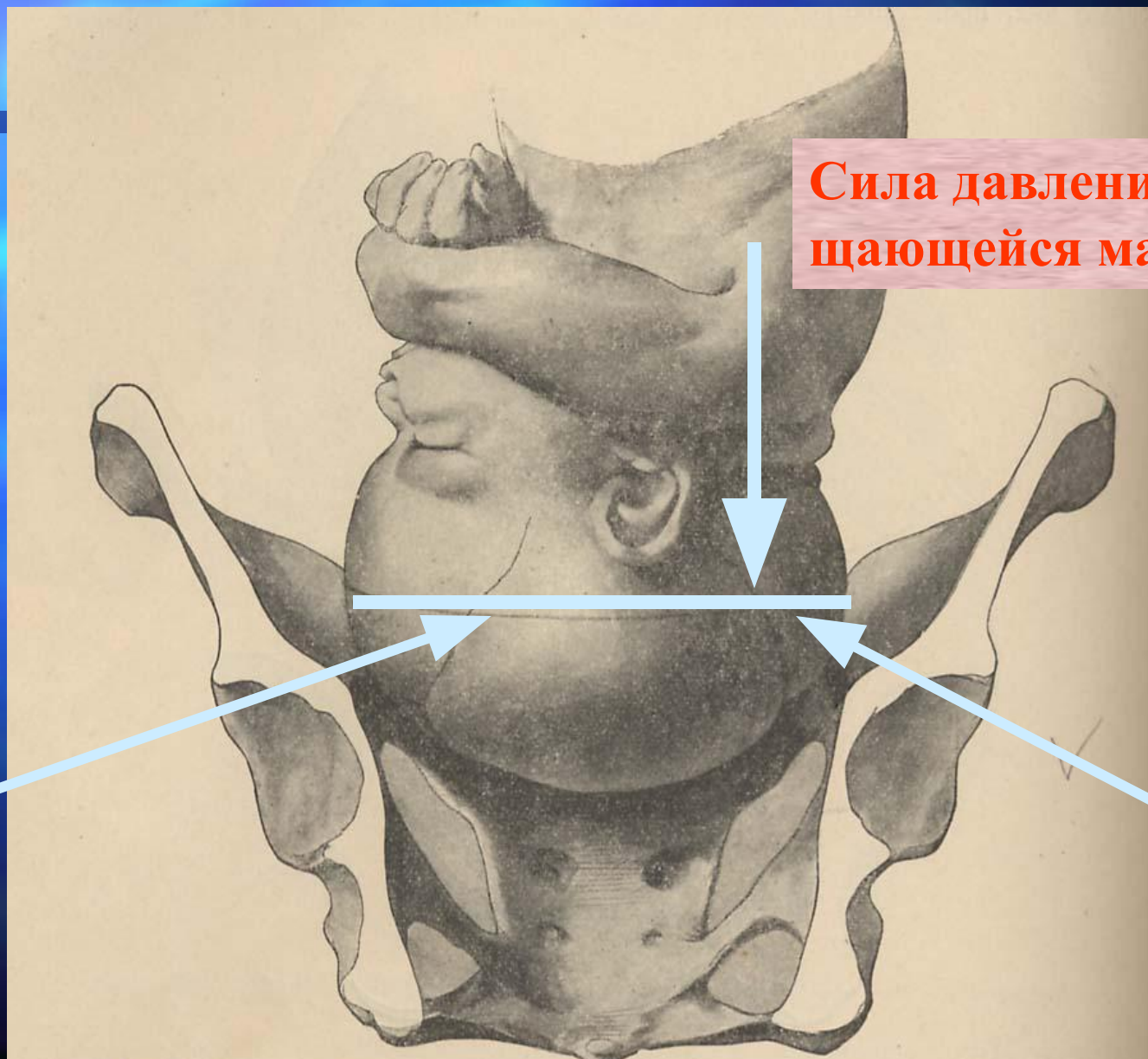
**Совокупность механических движений, совершаемых биологическим объектом – плодом, в процессе его продвижения по родовому каналу**

- 
- Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания





# Механизм сгибания головки плода

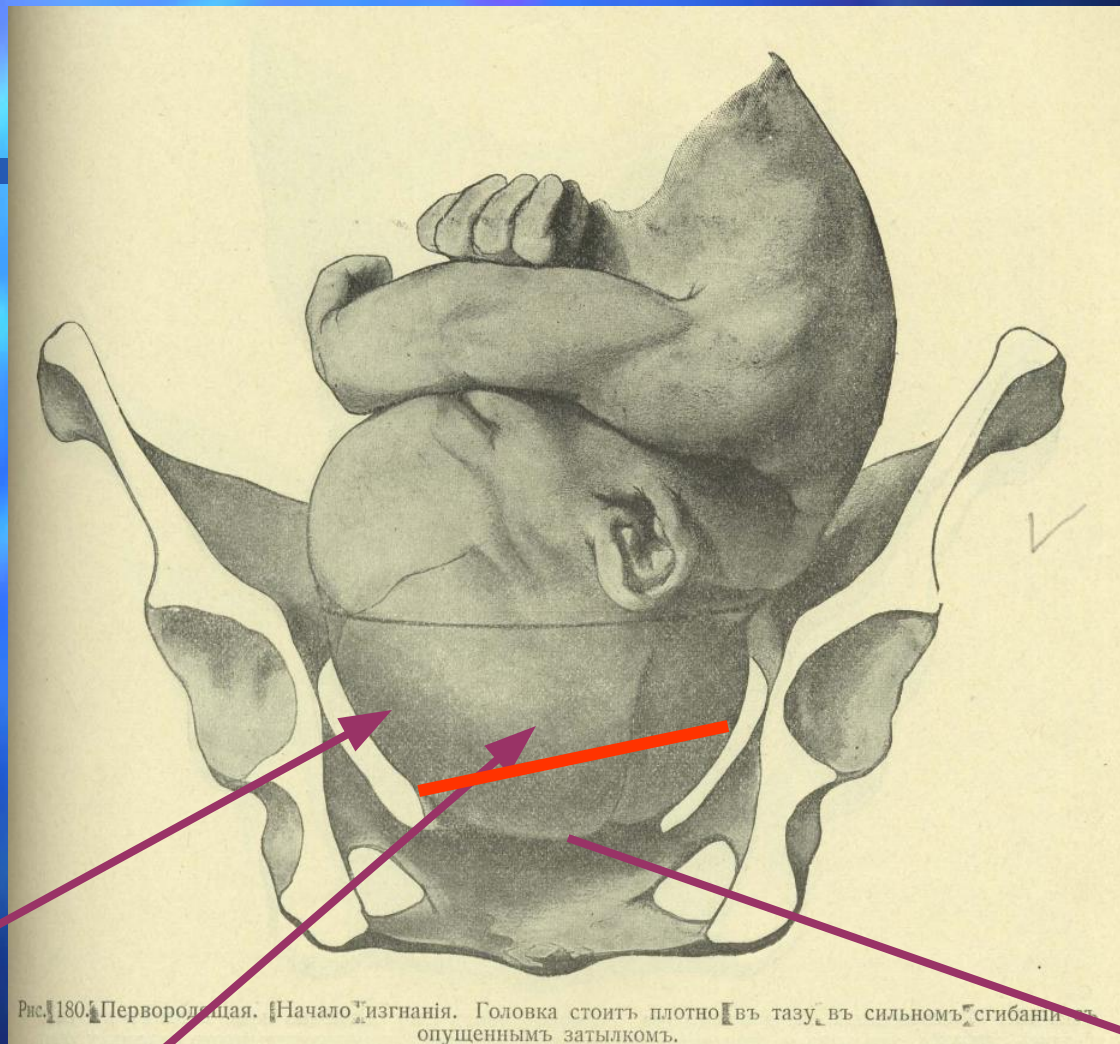


Сила давления сокращающейся матки

Длинное плечо рычага

Короткое плечо рычага

# Второй момент – сгибание головки



Большой  
родничок

Проводная точка – малый родничок

D suboccipito-bregmatica – 9,5 см

Рис. 180. Первородящая. Начало изгнания. Головка стоит плотно в тазу в сильном сгибании с опущенным затылком.

**проводной точкой  
называется та точка  
головки, которая на-  
ходится ниже остальных, и  
пер-вой вступает в каждую  
последу-ющую плоскость  
таза, продви-гаясь по  
проводной оси таза**

Синклитическое –  
симметричное (осевое)  
вставление головки плода  
Стреловидный шов на  
одинаковом расстоянии от  
лонного сочленения и мыса  
крестца

# Синклитическое вставление головки

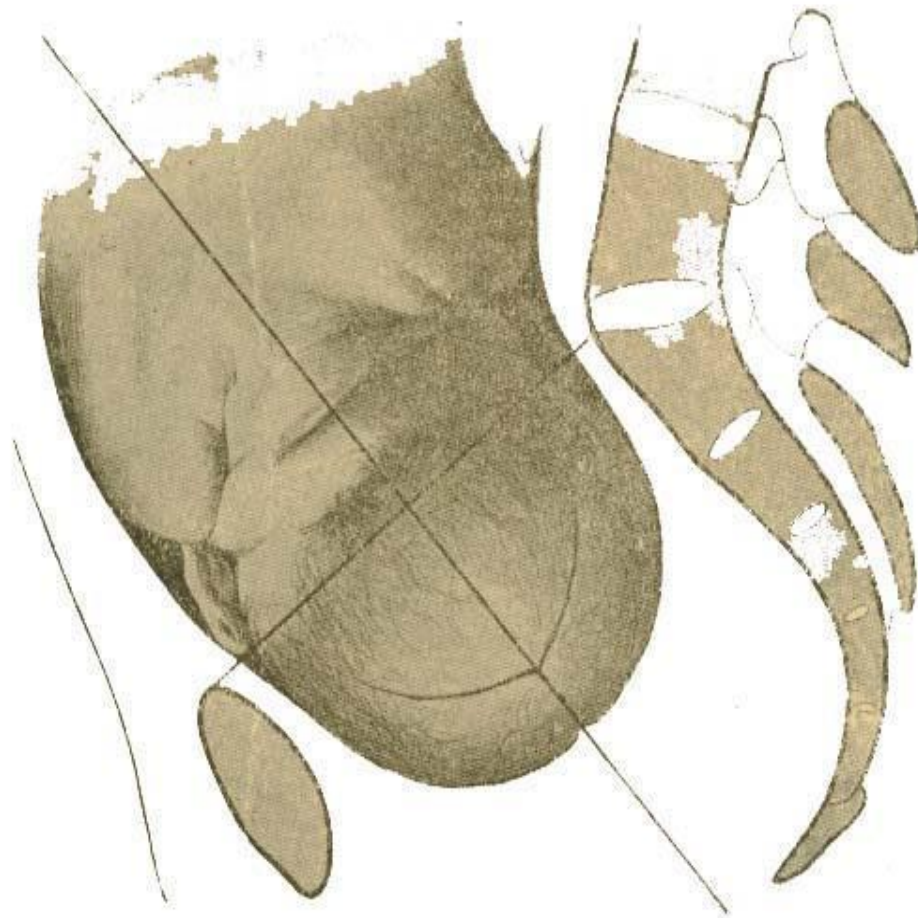


Рис. 182. Синклитическое (achsengerechte) вставление головки.

# Задний асинклитизм Litzmann'a



Рис. 183. Задний асинклитизм (задне-теменное вставление).

# Передний асинклитизм Naegele



Рис. 184. Передний асинклитизмъ (передне-теменное вставление, Naegele'вское наклонение).

# Крестцовая ротация

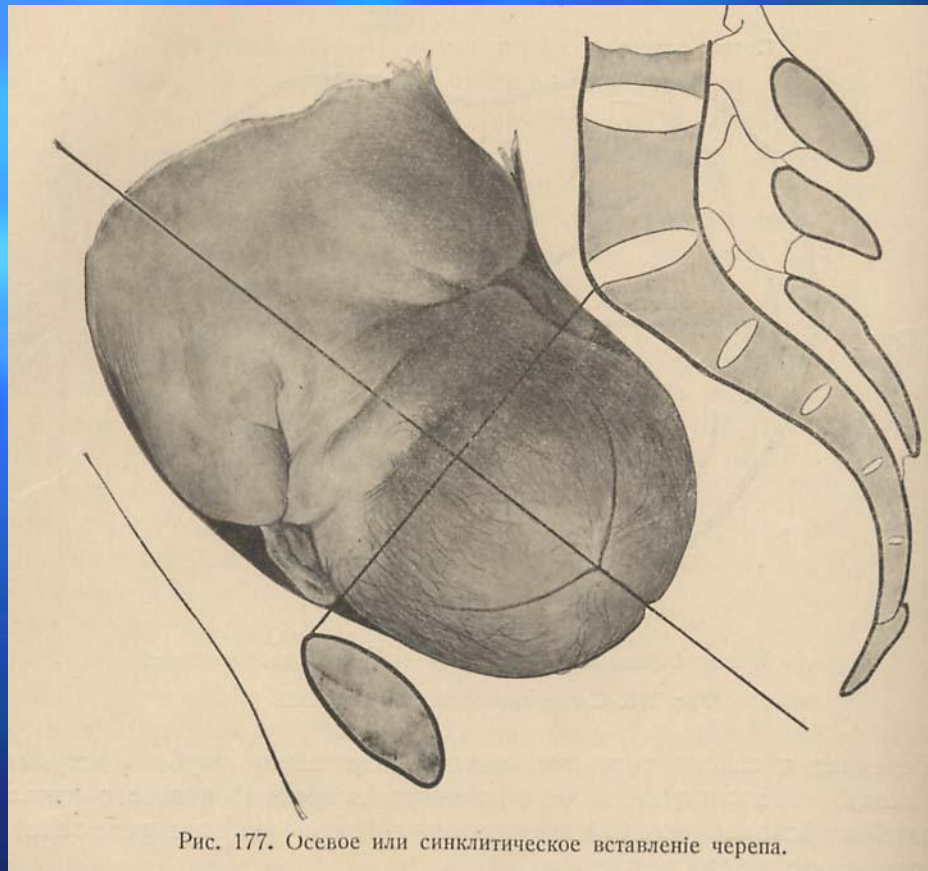
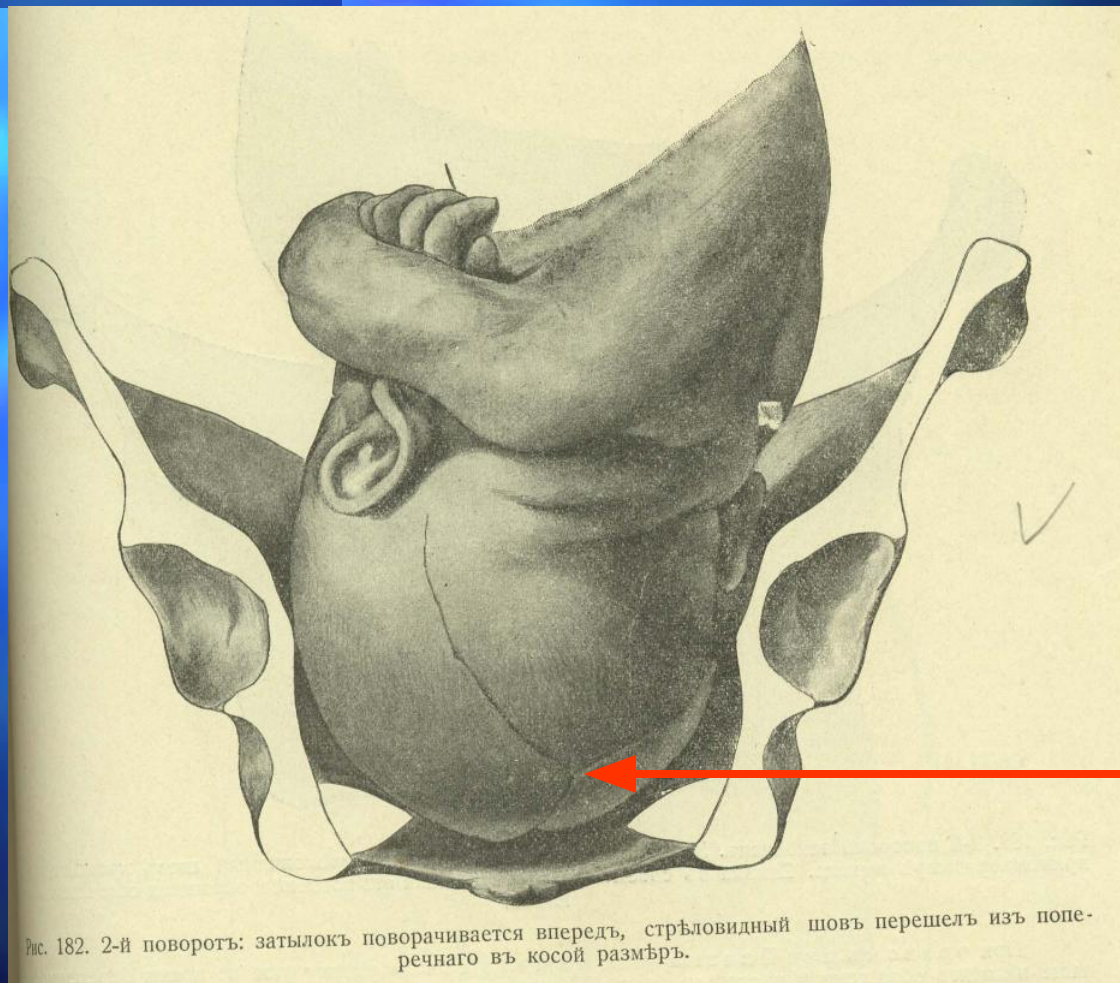


Рис. 177. Осевое или синклитическое вставление черепа.



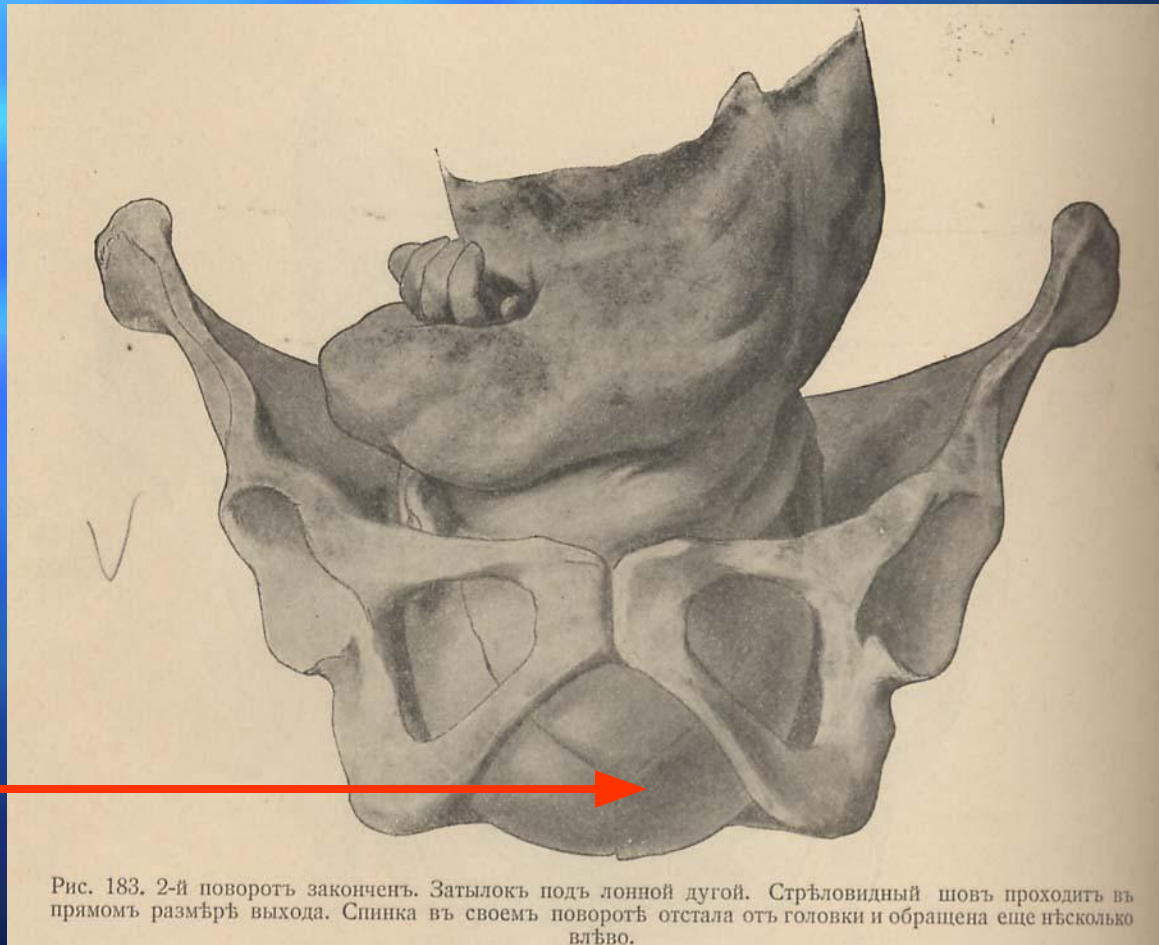
# Начало внутреннего поворота головки



Матый  
родничок

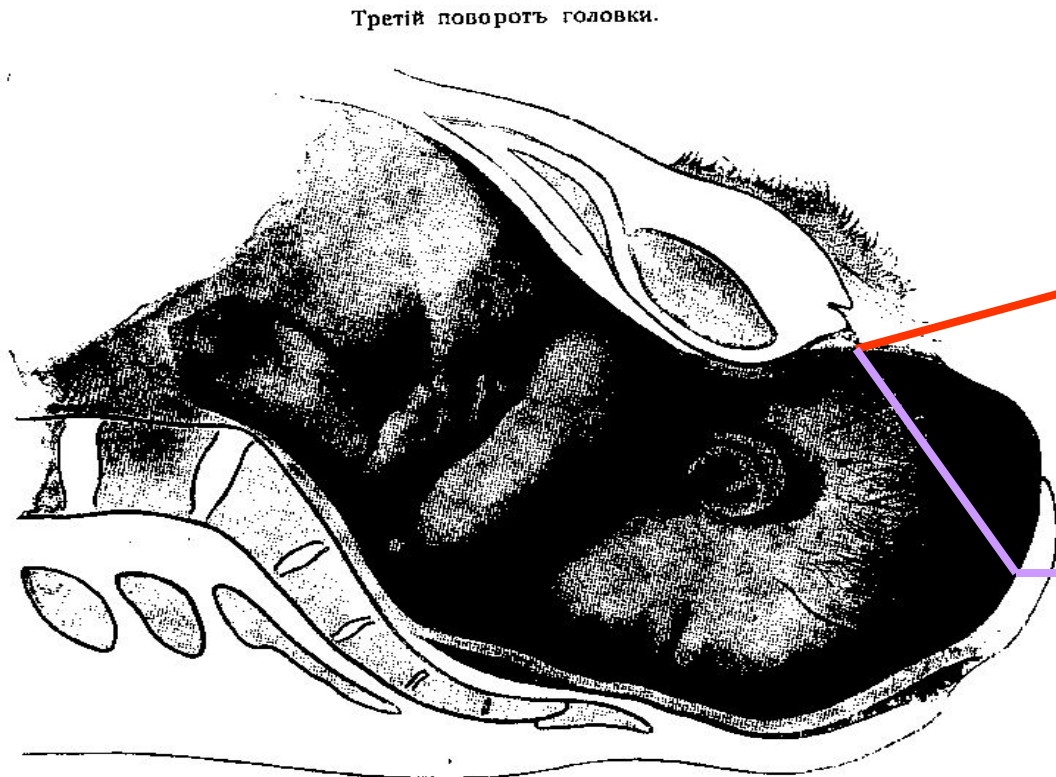
# Внутренний поворот головки завершен

Малый  
родничок



# Разгибание головки

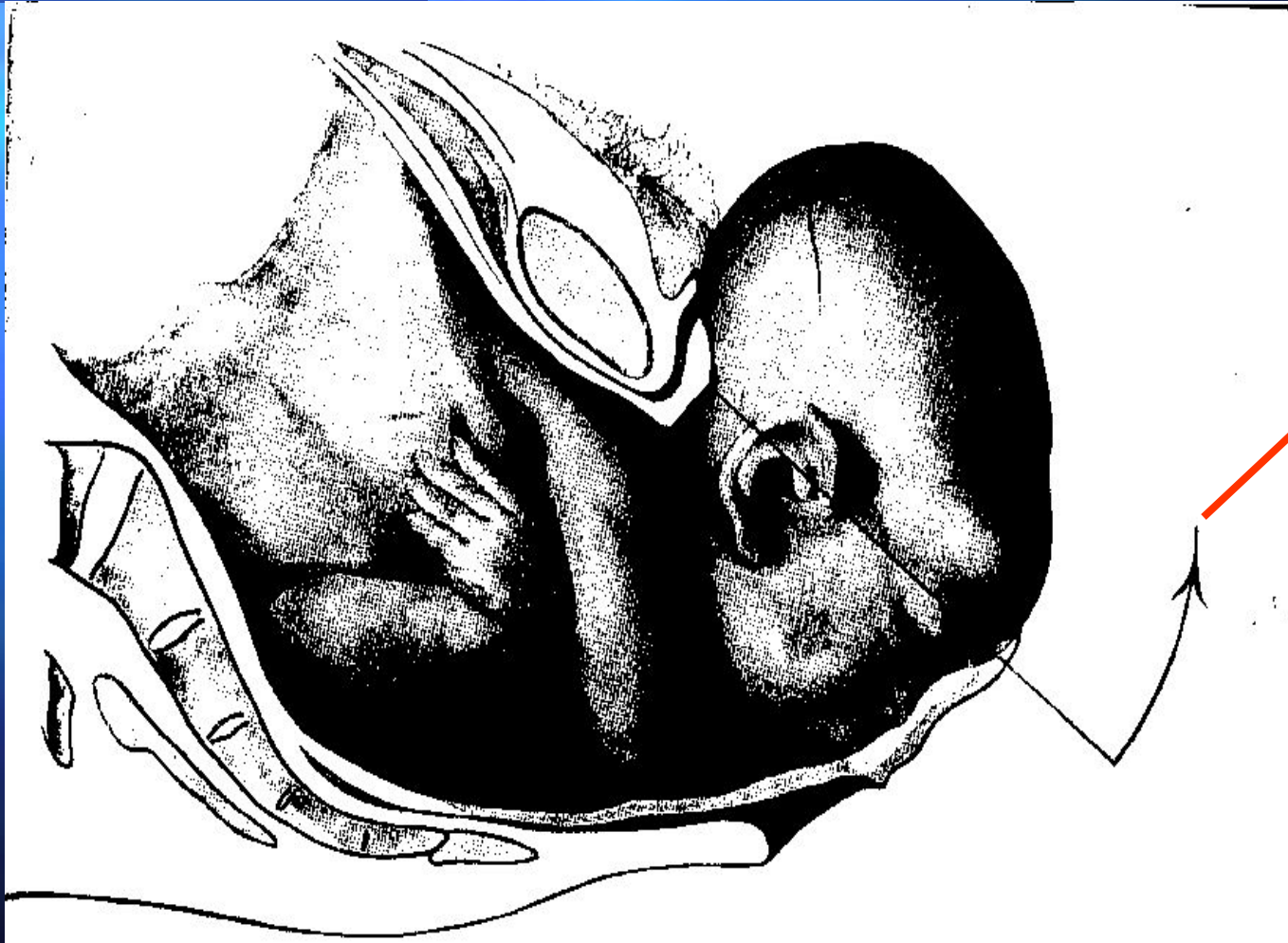
Подзатылочная  
ямка



Д  
suboc-bręgm  
9,5 см (32 см)

184. Връзване головки въ затылочномъ положеніи. Затылокъ выкатился подъ лонной дугой, лобъ прешель верушку копчика, начинается 3-й поворотъ: разгибаніе.

# Рождение головки плода



Ось  
Таза

---

Внутренний поворот  
плечиков, наружный  
поворот головки

---

# Рождение плечевого пояса



Рис. 222. Выведеніе задняго плечика надъ промежностью.  
Потягиваніе за головку кверху.

# Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания

---

- Первый момент – вставление сгибание головки
- Внутренний поворот головки
- Дополнительное максимальное сгибание головки
- Разгибание головки
- Внутренний поворот туловища и наружный поворот головки



# ПОЗА В РОДАХ. НАСКОЛЬКО ЭТО ВАЖНО?

---

**«Там, где природа  
предусмотрительна, для  
акушерства мало дела»  
(Бумм, 19 век)**

- Дети с травмами при домашних родах – 10%,
- В клиническом родильном доме – 18%.

# **ПОНЯТЬ РАЗЛИЧИЯ:**

**Длительность 2-го периода родов  
Длительность потужного периода**

## **НЕРАЦИОНАЛЬНО:**

**Длительность второго периода =  
Длительности потужного периода**

**Длительность второго периода: 30мин - 2часа 40 минут**

**Длительность потужного периода: 3 -10 минут**

# продолжительность родов:

- **Конец XIX века**
  - первородящие - 20 часов
  - повторнородящие - 12 часов
- **Конец XX века**
  - первородящие - 13 часов
  - повторнородящие - 7 часов
- **И.О.Маринкин**

## Что же изменилось за это время?

- Генетически детерминированный, веками отлаженный физиологический процесс изгнания плода?

**Вряд ли.**

- Антропометрические показатели женского организма, в частности, родовых путей?

**Нет.**

- Закономерный процесс развития научной мысли?

**Несомненно!**

# «Рискованные часы» для неудачных исходов родов:

- 21ч.- 0 часов
- 8ч.-11 часов

дети, рожденные в данные  
временные периоды чаще  
уходят на ИВЛ.

**И.О.Маринкин**

# Отделение плаценты по центральному типу (Шульцце)

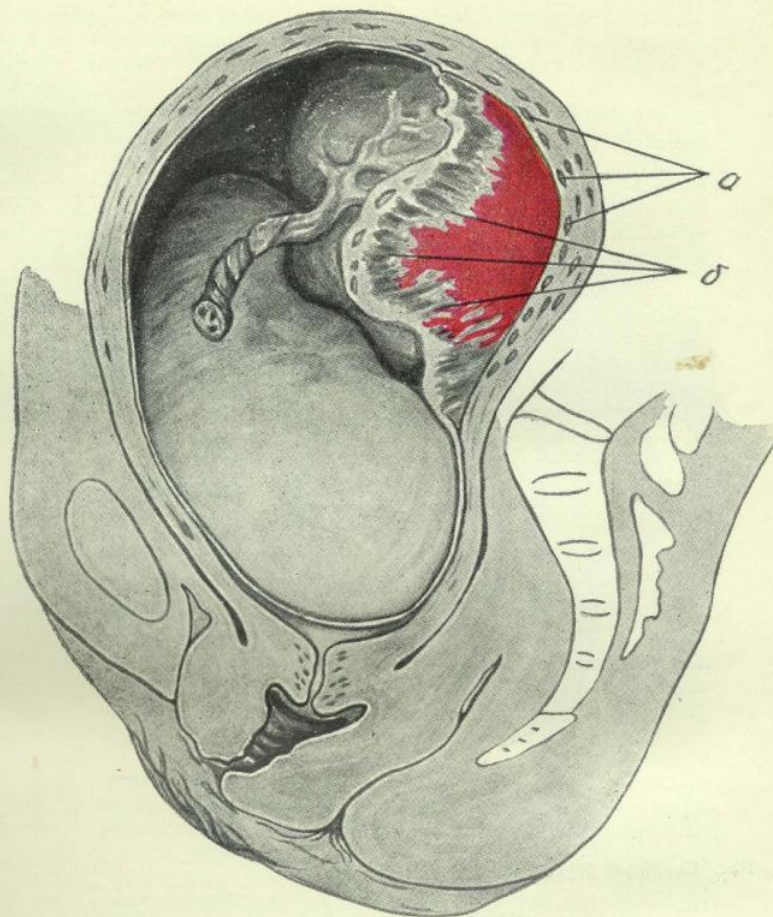


Рис. 14. Схематическое изображение возможной циркуляции крови при отслойке плаценты с последующим отложением фибрина в образующейся сгустке:  
а — артерии и вены; б — отложение фибрина на материнской поверхности плаценты.

# Отделение плаценты по краевому типу (Дункан)

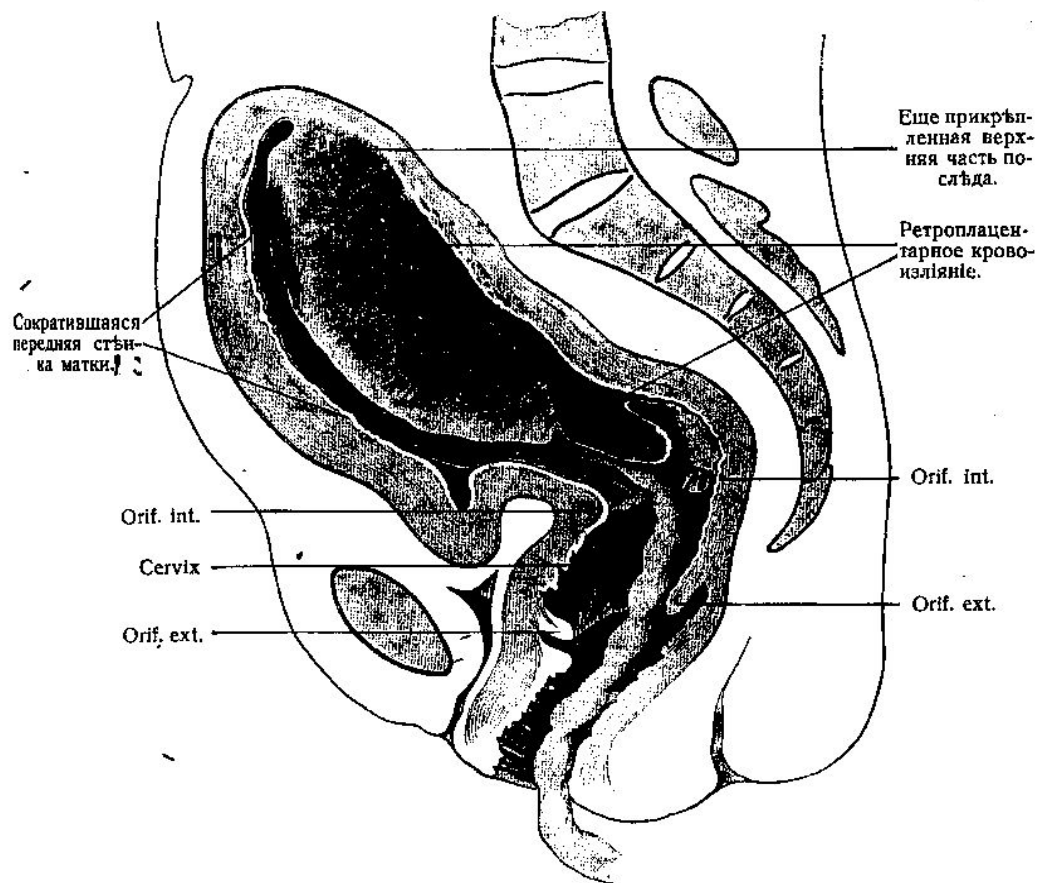


Рис. 163. Начинающееся отдѣленіе послѣда (способъ Дункана) въ послѣдовомъ періодѣ. Препаратъ акушерской клиники въ Базелѣ.

**. Физиологической считается  
кровопотеря, не  
превышающая 0,5% массы  
тела пациентки, или 300,0.**



# Профилактика последовых и послеродовых кровотечений

- Группа высокого риска: 2 и 3 период родов с иглой в вене
- При прорезывании головки метилэргометрил или метилэргометрин 0,5 в\в
- После рождения плода окситоцин 5 ЕД в\в капельно на 400 мл физ-ра со скоростью 8-10 кап в мин, после рождения последа продолжить ведение окситоцина в течение 45-60 мин., холод на матку на 2 часа

- 
- При прорезывании головки метилэргометрил или метилэргометрин 0,5 в\в

# Последовый период

---

- Активно-выжидательный
- РУКИ ПРОЧЬ ОТ МАТКИ

# Признаки отделения плаценты

---

- 1. Альфельда
- 2. Довженко
- 3. Клейна
- 4. Шредера
- 4. Штрассмана
- 5. Кюстнера-Чукалова

# Методы выделения отделившегося последа

---

- - Абуладзе
- - Гентера
- - Кредо-Лазеревича

После рождения последа  
начинается послеродовой  
период, а пациентка  
становится роженицей.

Ранний послеродовой период –  
первые 2 часа после рождения  
плода, поздний – по истечении  
42 суток после родов

# Осмотр родовых путей

---

# 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 раннее – до начала активной фазы родов 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).



## **Повседневное врачебное наблюдение за роженицей включает:**

- **Контроль за самочувствием роженицы, температурой и пульсом.**
- **Контроль за состоянием важнейших органов.**
- **Контроль за состоянием молочных желез.**
- **Контроль за состоянием органов малого таза, в особенности, матки (высота стояния дна матки, болезненность).**
- **Контроль за состоянием наружных половых органов.**
- **Наблюдение за характером лохий.**
- **Контроль за функцией мочевого пузыря и кишечника.**

# Ситуационные задачи

- 1. Первородящая 22 лет. Беременность 1, доношенная. Поступила с регулярной родовой деятельностью. Схватки через 7-8 минут П0| 25 сек, средней силы, начались 3 часа тому назад. О/воды не изливались.
- Размеры таза 25-27-30-20 см. Положение плода продольное, пред лежит головка малым сегментом во вход в малый таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные 140 уд/мин, слева ниже пупка. Предполагаемая масса плода средняя. \
- При влагалищном исследовании найдено: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3-4 см., края зева тонкие, податливые. Плодный пузырь цел. Во время схватки наливается. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Малый родничок слева спереди, ниже большого, стреловидный шов в правом косом размере. Выделения слизистые светлые.
- Вопросы:
- Диагноз.
- Тактика ведения родов.
- Что такое 1 период родов.
- Какова средняя продолжительность периода раскрытия у первородящих.
- Как определяется отношение головки к плоскостям малого таза.

- Эталоны ответов:
- Срочные роды 1, начало 1 периода родов.
- Роды вести консервативно.
- Начинается с появления регулярных схваток и заканчивается полным раскрытием шейки матки.
- 11-12 часов.
- Третьим, четвертым приемами Леопольда и при влагалищном исследовании.

- Повторнородящая 35 лет. Беременность и роды третьи. Предыдущие роды протекали без осложнений. Поступила с регулярной родовой деятельностью. Схватки через 4 мин. По 35-40 сек, хорошей силы. О/воды не изливались. Размеры таза: 25-28-31-20 см. положение плода продольное, предлежит головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 138 уд/мин. Предполагаемая масса плода средняя. При влагалищном исследовании найдено: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 6 см., края зева тонкие, податливые, плодный пузырь цел. Предлежит головка большим сегментом во входе в малый таз. Малый родничок справа у лона. Стреловидный шов в левом косом размере. Таз емкий. Выделения слизистые, скудные.
- Вопросы: 1 - Диагноз.
- Тактика ведения родов.
- Какова средняя продолжительность периода раскрытия у повторнородящих.
- Что такое своевременное излитие о/вод.

- Эталонны ответов:
- 1. 2. 3. 4. •ч 5. Срочные роды 3. Первый период родов.
- Роды вести консервативно.
- 7-8 часов.
- Излитие о/вод при полном или почти полном раскрытии маточного зева.

- Роженица 25 лет, вторая беременность, первые срочные роды. Первая беременность закончилась мед. абортom. Данная беременность протекала без осложнений. В родах 12 часов, схватки через 2-3 минуты по 40-45 сек, хорошей силы. О/воды не изливались. Размеры таза: 25-28-31-20 см.
- Положение плода продольное, головка в полости малого таза, сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 136 уд/мин.
- Вагинально: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодный пузырь цел. Головка в узкой части полости малого таза. Малый родничок спереди, стреловидный шов в правом косом размере ближе к прямому.
- Вопросы:
- Диагноз.
- Тактика ведения родов.
- Когда начинают оказывать ручное пособие при головном предлежании.
- Когда начинается и заканчивается второй период родов.
- Продолжительность второго периода родов у повторнородящих.

- Срочные роды 1, второй период родов. Отягощенный акушерский анамнез.
- Роды вести консервативно, произвести амниотомию. Провести профилактику кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.
- С момента прорезывания головки.
- Начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается рождением ребенка.
- 30-60 мин

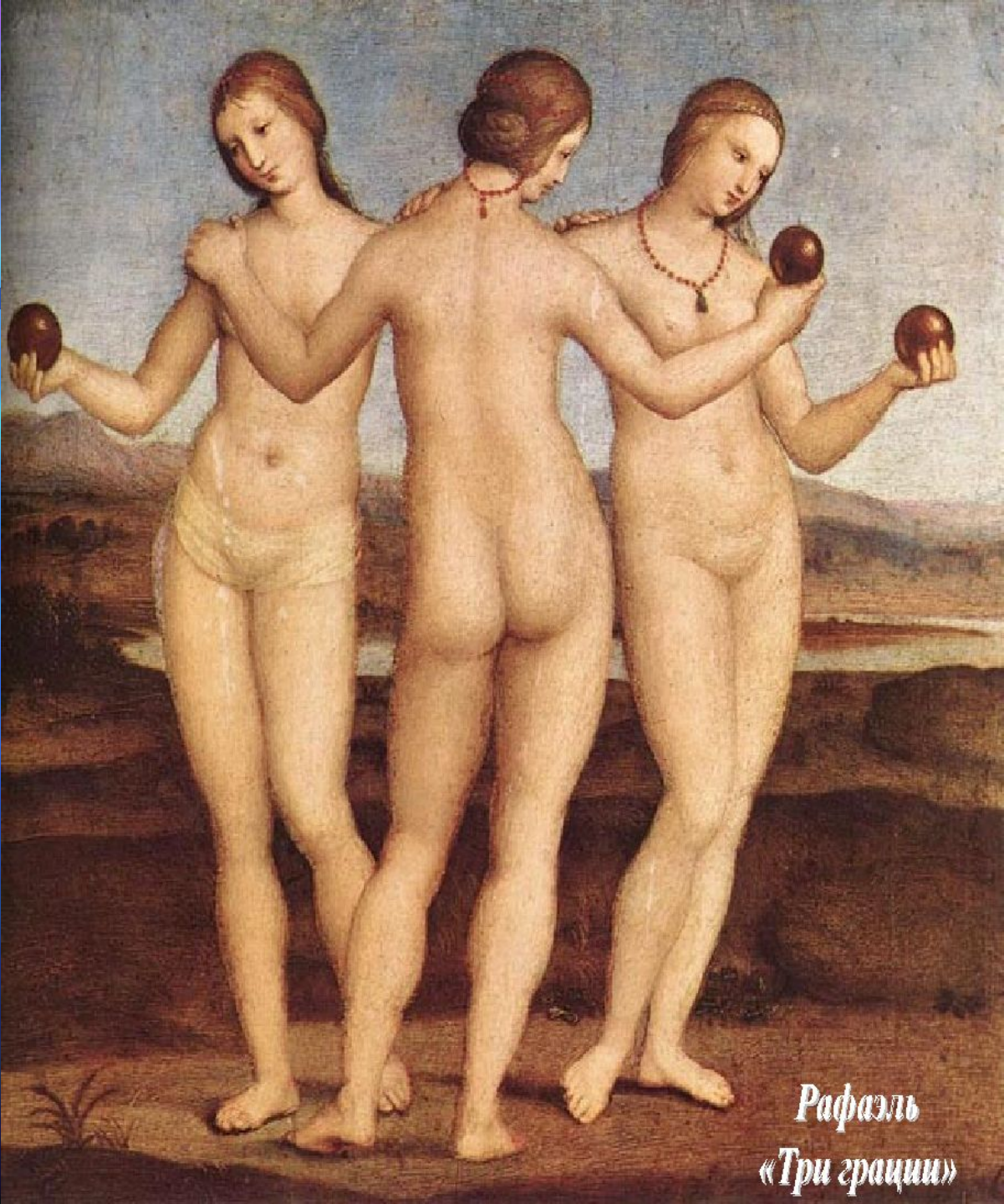
- Первородящая 22 лет поступила в род. дом по поводу срочных родов. Схватки через 2-3 минуты по 45-50 сек хорошей силы, о/ воды не изливались. В родах 12 часов.
- Размеры таза: 25-28-31-20 см. положение плода продольное, предлежит головка в полости малого таза. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 138 уд/мин.
- Вагинально: раскрытие шейки матки полное, плодный пузырь цел, вскрылся в момент осмотра, излились светлые о/воды в количестве 200 мл. Головка на тазовом дне, малый родничок у лона, стреловидный шов в прямом размере. Начались потуги.
- Вопросы:
- Диагноз.
- Тактика врача.
- Какова средняя продолжительность периода изгнания у первородящих.
- Какова частота и продолжительность потуг при нормальном течении родового акта.
- Каковы функции врача во 2 периоде родов.



- Эталоны ответов:
- Срочные роды 1, второй период родов.
- Роды вести консервативно.
- 1-2 часа.
- Через 2-3 минуты и длются 50-60 сек
- Врач в периоде изгнания постоянно следит за: состоянием роженицы и тонами плода, родовой деятельностью, продвижением головки, характером выделений из родовых путей.

- Повторнородящая 28 лет. Беременность и роды вторые. Поступила в род. дом по поводу срочных родов во 2 периоде, потуги через 1-2 минуты по 50 сек, хорошей силы. Головка на тазовом дне, сердечные тоны плода ясные, ритмичные 130 уд/мин. Через 30 сек от начала потуг родился ребенок мужского пола, массой 3500, без асфиксии. Моча выведена катетером. Матка плотная, дно ее на уровне пупка, кровотечения нет.
- Вопросы: 1 • Диагноз.
- Тактика врача.
- Допустимая кровопотеря при физиологических родах.
- 4. Продолжительность последового периода при отсутствии кровотечения и признаков отделения плаценты.
- 5- Как нужно вести последовый период?

- Эталоны ответов: • Срочные роды 2, третий период родов.
- Следить за общим состоянием роженицы, выделениями половых путей, признаками отделения плаценты.
- Кровопотеря в среднем составляет 150-250 мл. Максимально допустимая кровопотеря до 400 мл.
- 30 минут
- Строго выжидательно при тщательном наблюдении за роженицей.



Рафаэль  
«Три грации»

Благодарю за внимание !