

ЛЕКЦИЯ ДЛЯ СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Нормальные роды, роды в тазовом
предлежании, разгибательные
вставления ГОЛОВКИ

Физиологические (естественные) роды

- ◆ Это роды одним плодом, которые начались спонтанно, протекали без осложнений, без применения пособий и медикаментов, при которых родился зрелый доношенный ребенок в затылочном предлежании. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Нормальные роды

- ▣ Это роды одним плодом в сроке 37 недель 1 день - 41 неделя гестации, которые начались спонтанно, имели низкий риск осложнений к началу, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился в затылочном предлежании. В родах возможно применение амниотомии, использование спазмолитиков, проведение анальгезии. После родов роженица и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии

Характеристика нормальных родов:

- ◆ одноплодная беременность
- ◆ головное предлежание
- ◆ доношенная беременность
- ◆ Соразмерность головки плода размерам таза
- ◆ Координированная родовая деятельность, не требующая коррекции
- ◆ Своевременное излитие вод(после 6-8 см)
- ◆ Отсутствие травматизма у матери
- ◆ Отсутствие осложнений у плода
- ◆ Продолжительность родов; 7-16 часов у первородящих (не более 18), 5-10 у повторнородящих (не более 12);
- ◆ Физиологическая кровопотеря (не более 0,5% от массы тела) и не должна превышать 500 мл.

Продолжительность родов

- ◆ Средняя продолжительность родов составляет 7-16 часов (до 18) у первородящих, 5-10 часов у повторнородящих (не более 12 часов)
- ◆ Менее 6 часов - быстрые роды
- ◆ Менее 4 часов – стремительные роды или штурмовые
- ◆ Более 18 часов – затяжные роды
- ◆ Быстрые, стремительные и затяжные – это патологические роды

Основная цель оказания помощи во время нормальных родов – обеспечить безопасность для женщины и ребенка во время родов при минимально возможном вмешательстве в физиологический процесс.

Роды

- ◆ Срочные
- ◆ Преждевременные
- ◆ Запоздалые

Периоды родов

- ◆ 1 период родов – период раскрытия шейки матки
- ◆ 2 период родов – период изгнания плода
- ◆ 3 период родов – период отделения плаценты и выделения последа
- ◆ Послеродовый период – ранний (2 часа) и поздний (6-8 недель)

Объективные признаки начала родов

- ◆ Структурные изменения шейки матки
- ◆ Сокращения матки с определенной регулярностью

Родовая схватка

- ◆ Отличается от подготовительной частотой – число сокращений матки в единицу времени, чаще за 10 мин. При нормальных родах составляет до 5 за 10 мин.
- ◆ Промежуток от одной схватки до начала другой называют маточным циклом. Его длительность составляет 2-3 мин.
- ◆ Сокращения матки начинаются в дне(в области одного из трубных углов) и распространяются сверху вниз с убывающей силой. Этот феномен называется «тройным нисходящим градиентом».
- ◆ Сокращения носят реципрокный характер: сокращения тела матки способствуют растяжению нижнего сегмента и раскрытию шейки матки (контракция и ретракция при одновременной дистракции шейки матки), сокращения правой и левой половины матки происходят синхронно.

Сокращения матки

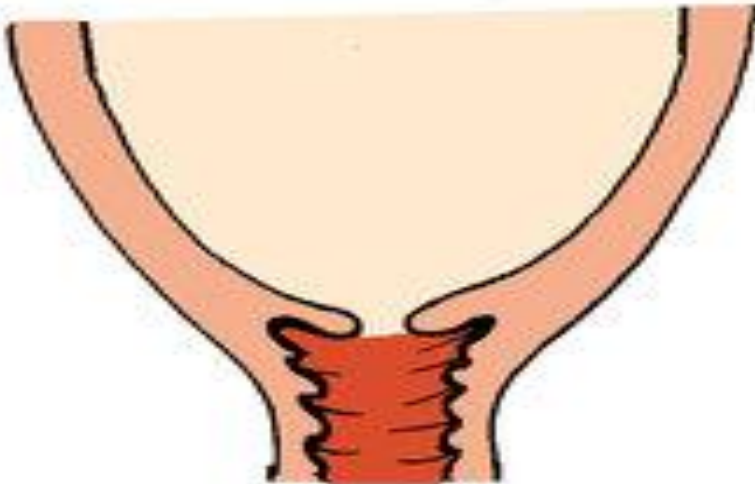
- ◆ Отличается от подготовительной частотой – число сокращений матки в единицу времени, чаще за 10 мин. При нормальных родах составляет до 5 за 10 мин.
- ◆ Промежуток от одной схватки до начала другой называют маточным циклом. Его длительность составляет 2-3 мин.
- ◆ Сокращения матки начинаются в дне(в области одного из трубных углов) и распространяются сверху вниз с убывающей силой. Этот феномен называется «тройным нисходящим градиентом».
- ◆ Сокращения носят реципрокный характер: сокращения тела матки способствуют растяжению нижнего сегмента и раскрытию шейки матки (контракция и ретракция при одновременной дистракции шейки матки), сокращения правой и левой половины матки происходят синхронно.



Before labor
0% effacement



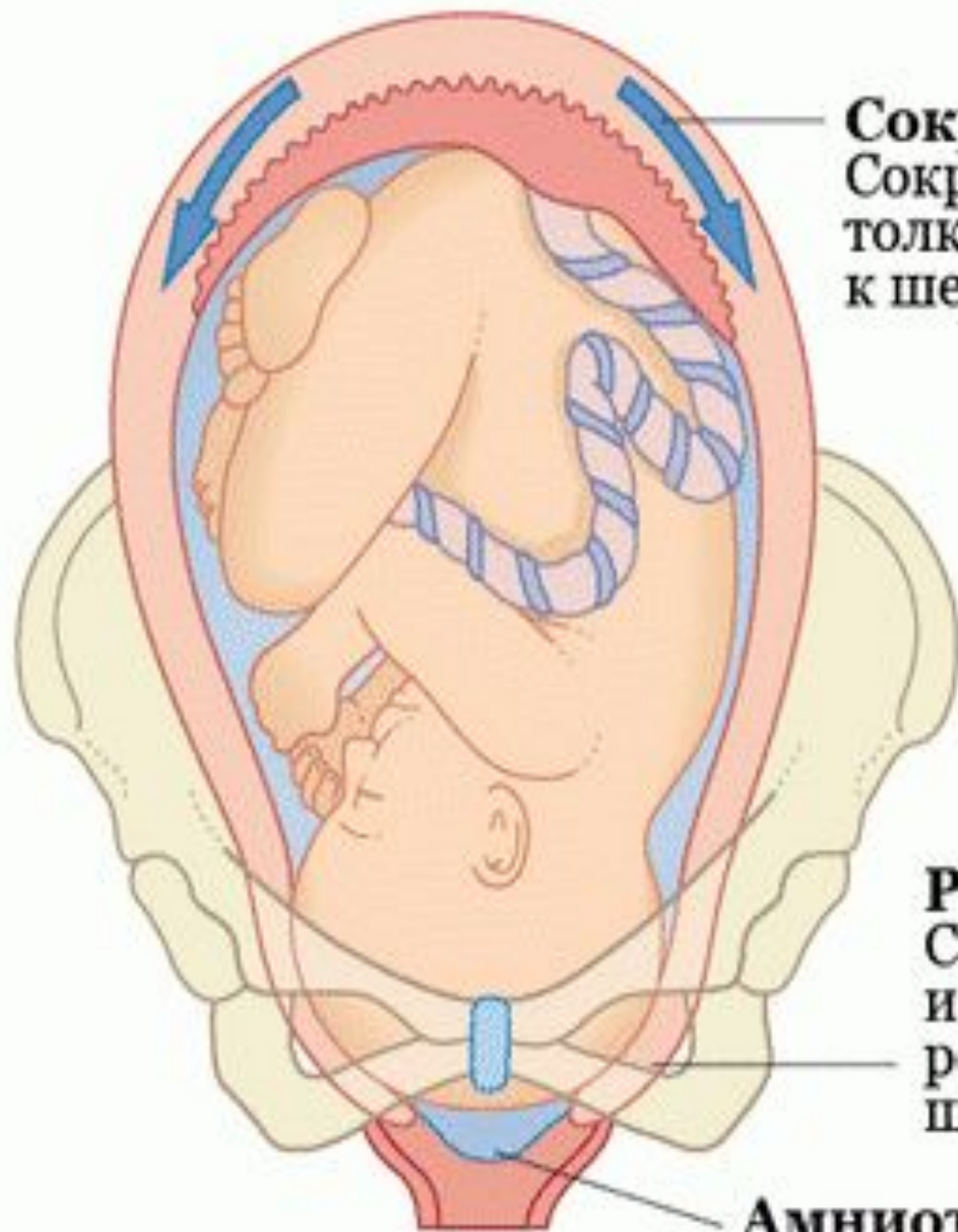
Early effacement
30%



Complete effacement
100%



Complete
dilation



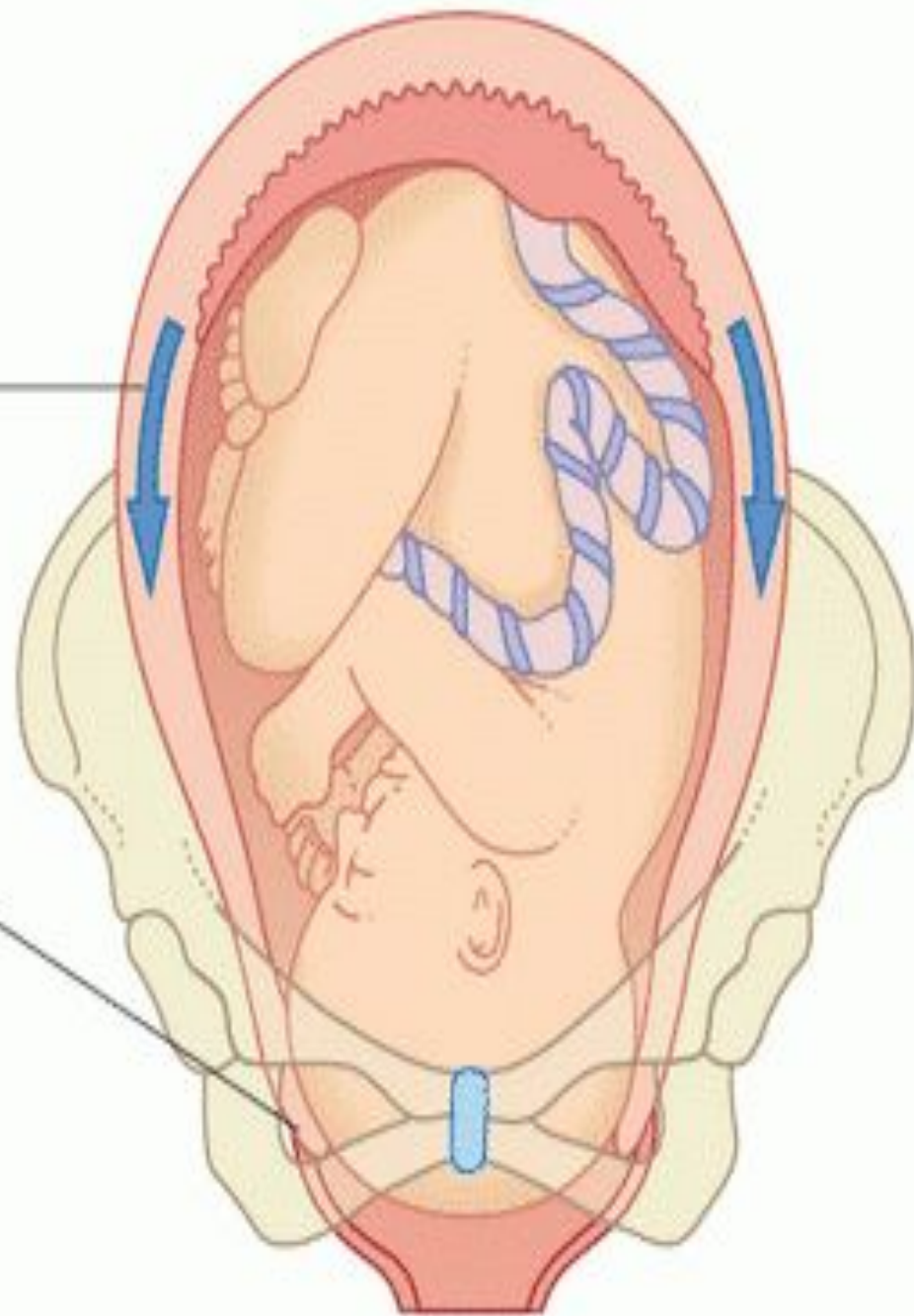
Сокращения матки
Сокращения постепенно
толкают головку
к шейке

Расширение шейки
Сокращения матки
и давление головки
ребенка расширяют
шейку матки

Амниотический мешок

Сокращение матки
Матка продолжает
сокращаться толкая
ребенка вниз

Расширенная шейка
Полностью
расширенная
шейка матки может
достигать 10 см
в диаметре

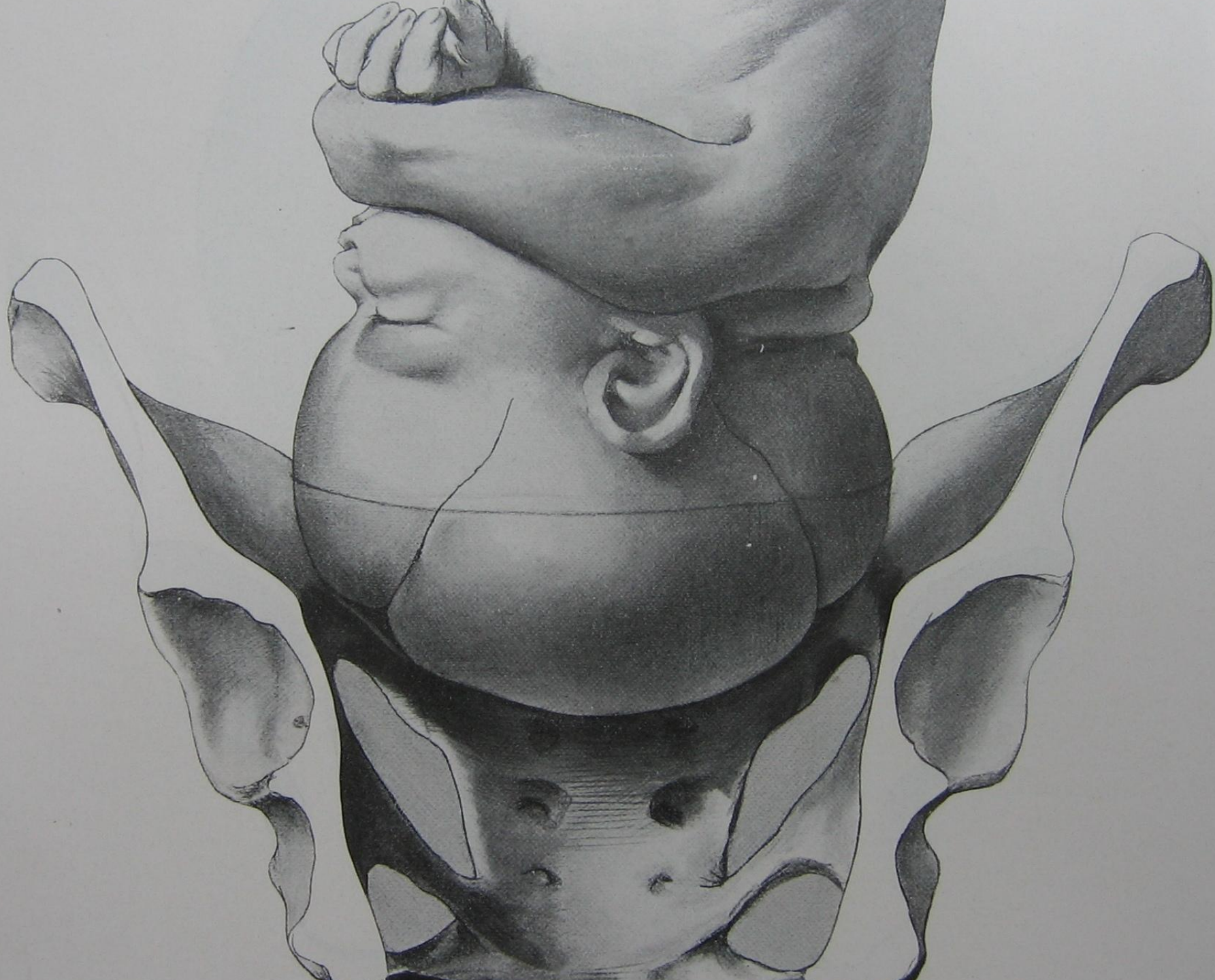


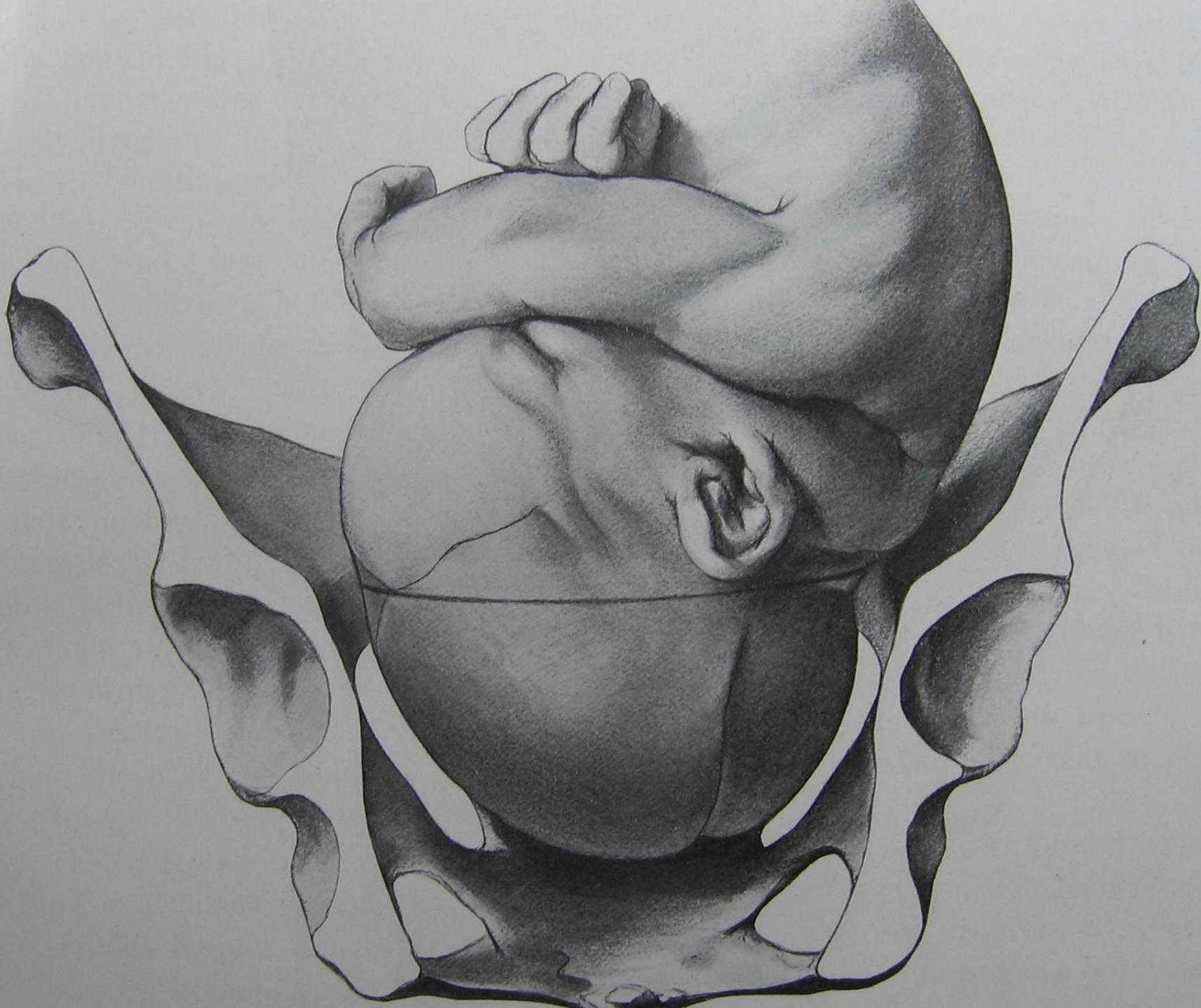
Фазы 1 периода родов

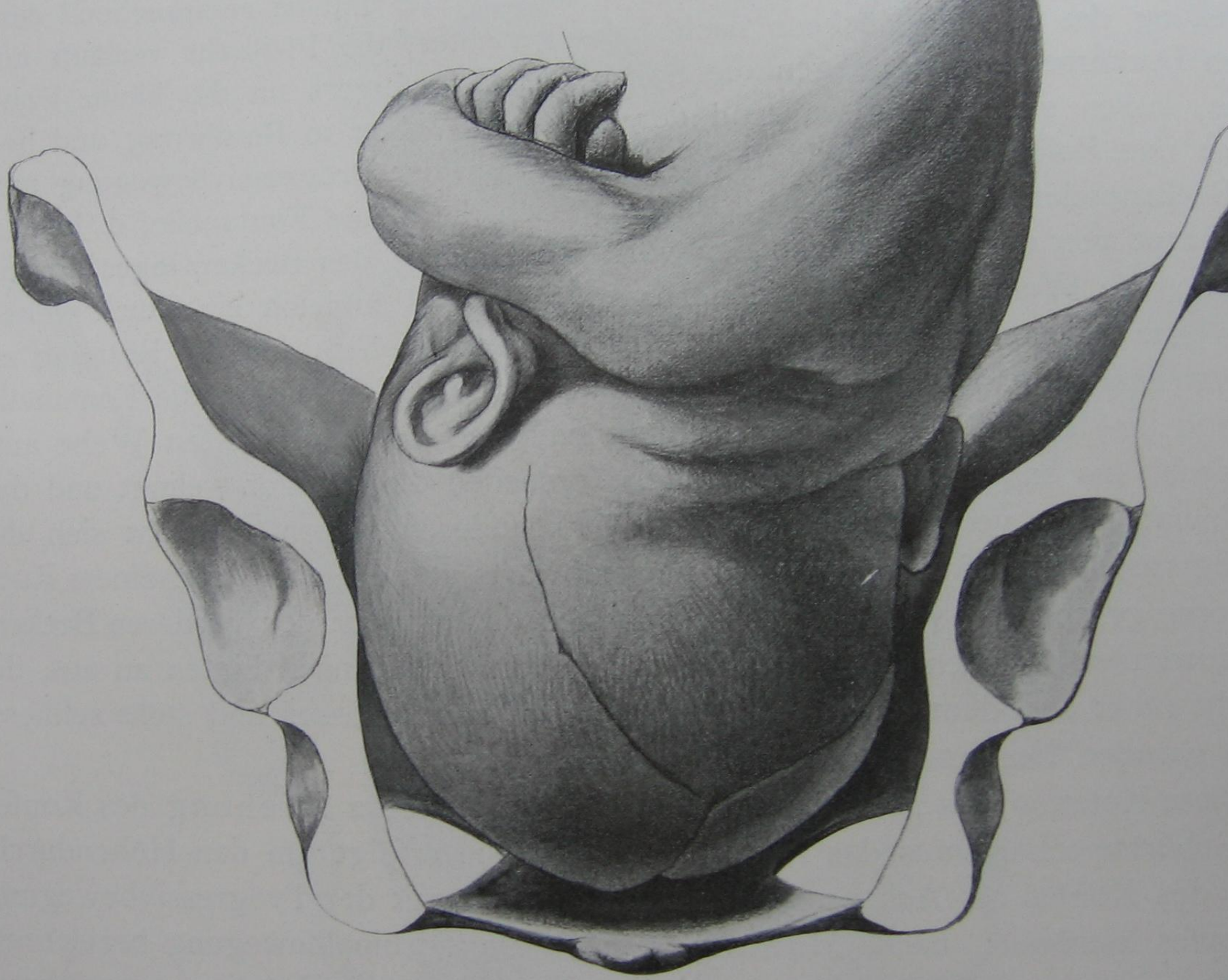
- ◆ Латентная – от начала структурных изменений до раскрытия шейки матки на 3-4 см. Схватки малоболезненные, при физиологических родах нет нужды в медикаментозной терапии.
- ◆ Активная – с 4 до 8 см раскрытия. Характерна интенсивная родовая деятельность, быстрое раскрытие шейки матки. Продолжительность фазы 3-4 часа, скорость раскрытия шейки матки 1,5-2 см/ч у первородящих, 2-2,5 см/ч у повторнородящих. При необходимости требуется обезболивание.
- ◆ Замедления – от 8 см до полного раскрытия (10-12 см)

Второй период родов

- ◆ От полного раскрытия маточного зева до рождения плода
- ◆ Продолжительность у первородящих составляет 30-60 мин., у повторнородящих 15-20 мин.
- ◆ Кости черепа плода конфигурируют для прохода через родовой канал. На голове возникает родовая опухоль – отек подкожной клетчатки, расположенной ниже внутреннего пояса соприкосновения. В этом месте происходит резкое наполнение сосудов, в окружающую клетчатку поступает жидкость и форменные элементы крови. Возникает родовая опухоль только после излития вод и у живого плода. Для каждого вида предлежания родовая опухоль расположена на различных местах предлежащей части плода.
- ◆ Плод рождается согласно биомеханизма родов (передний вид затылочного предлежания):
 - сгибание головки
 - внутренний поворот головки
 - разгибание головки
 - наружный поворот головки и внутренний поворот туловища

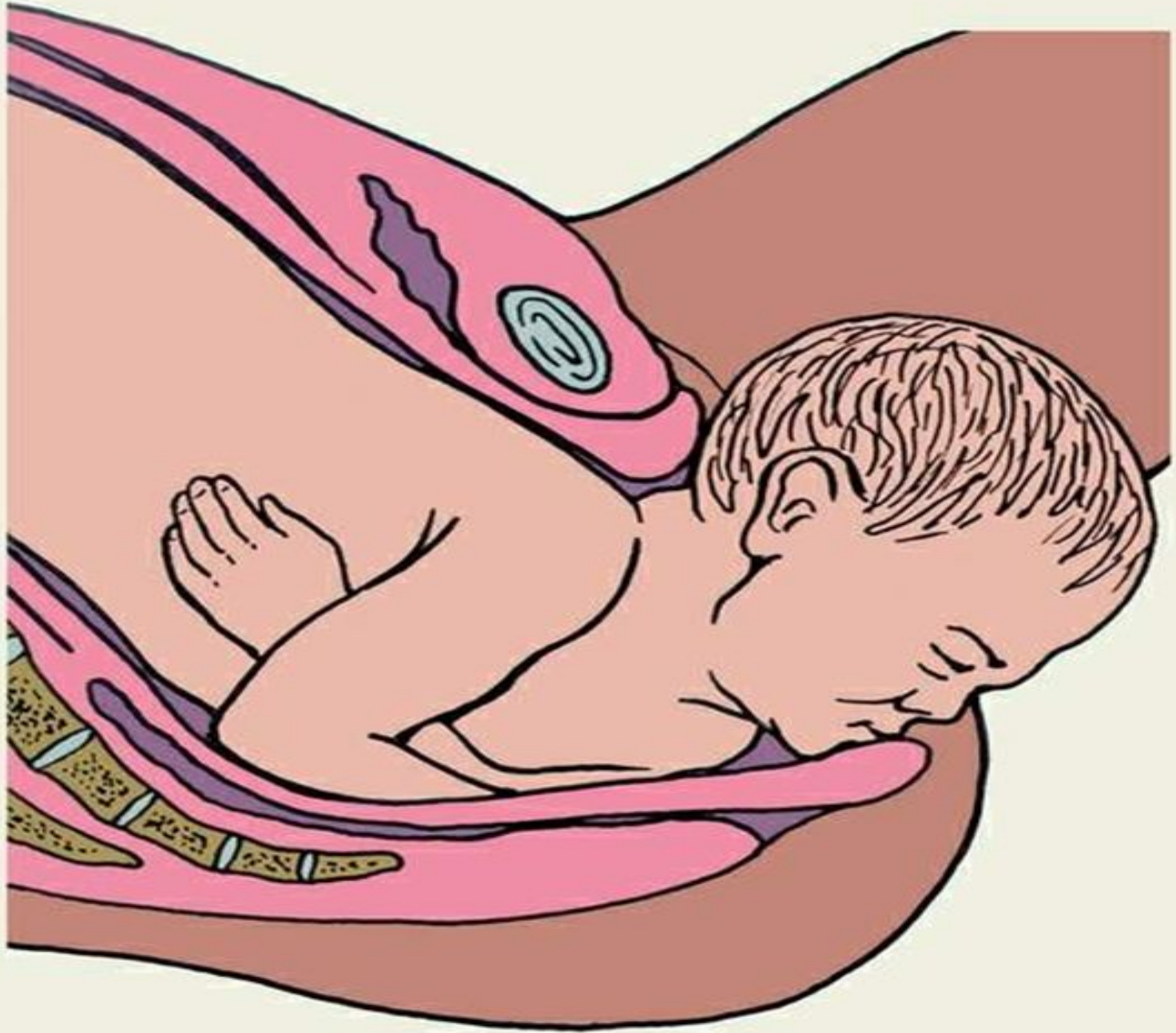


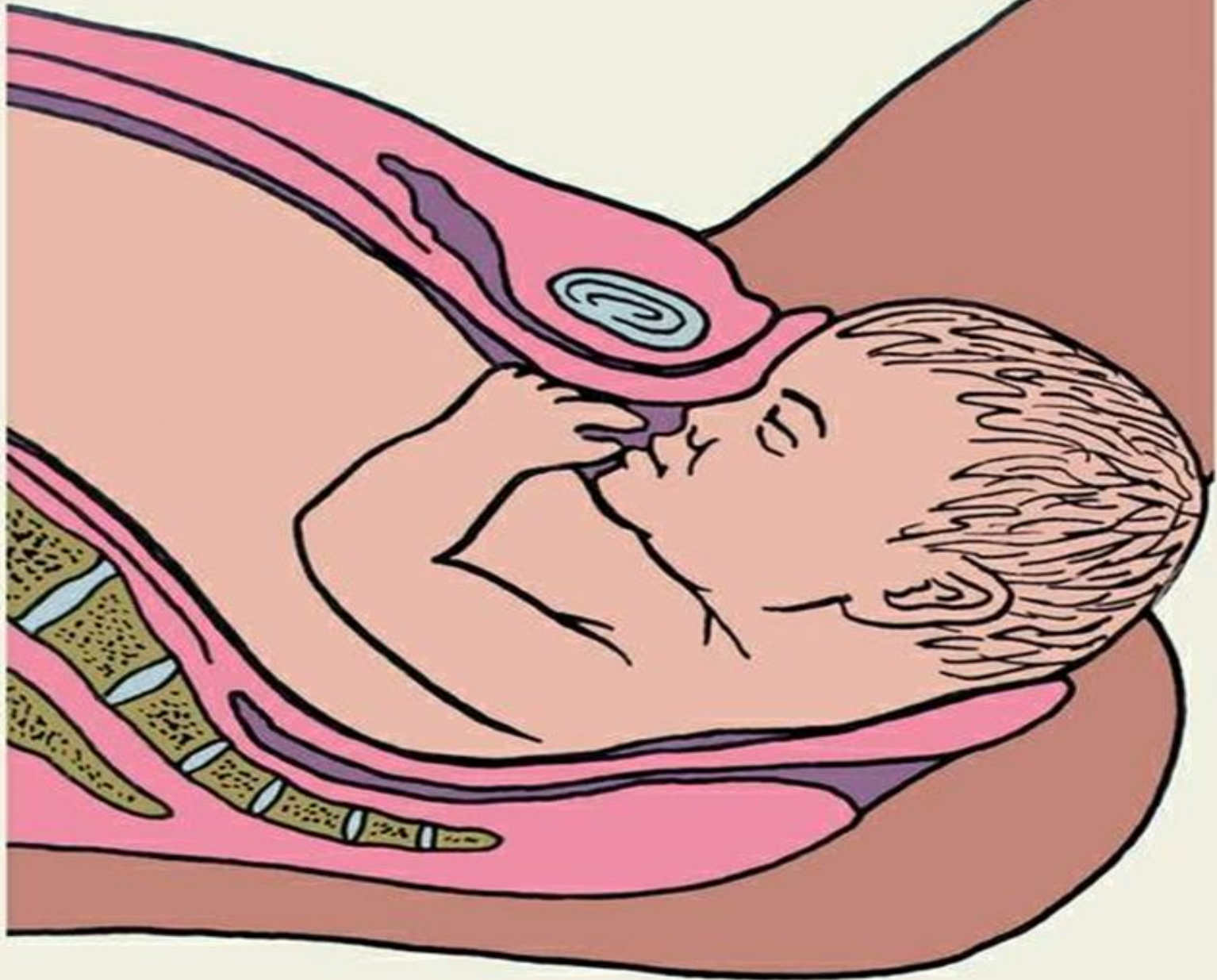












Третий период родов

- ◆ Отделение плаценты и выделение последа
- ◆ Длительность 30-40 мин., не зависит от паритета родов
- ◆ Кровотечение незначительное или отсутствует
- ◆ Кровопотеря при отделении последа не превышает 150-250 мл (0,5 % от массы тела)
- ◆ После рождения последа матка приобретает плотность, становится округлой, расположена симметрично, дно матки расположено между пупком и лоном.



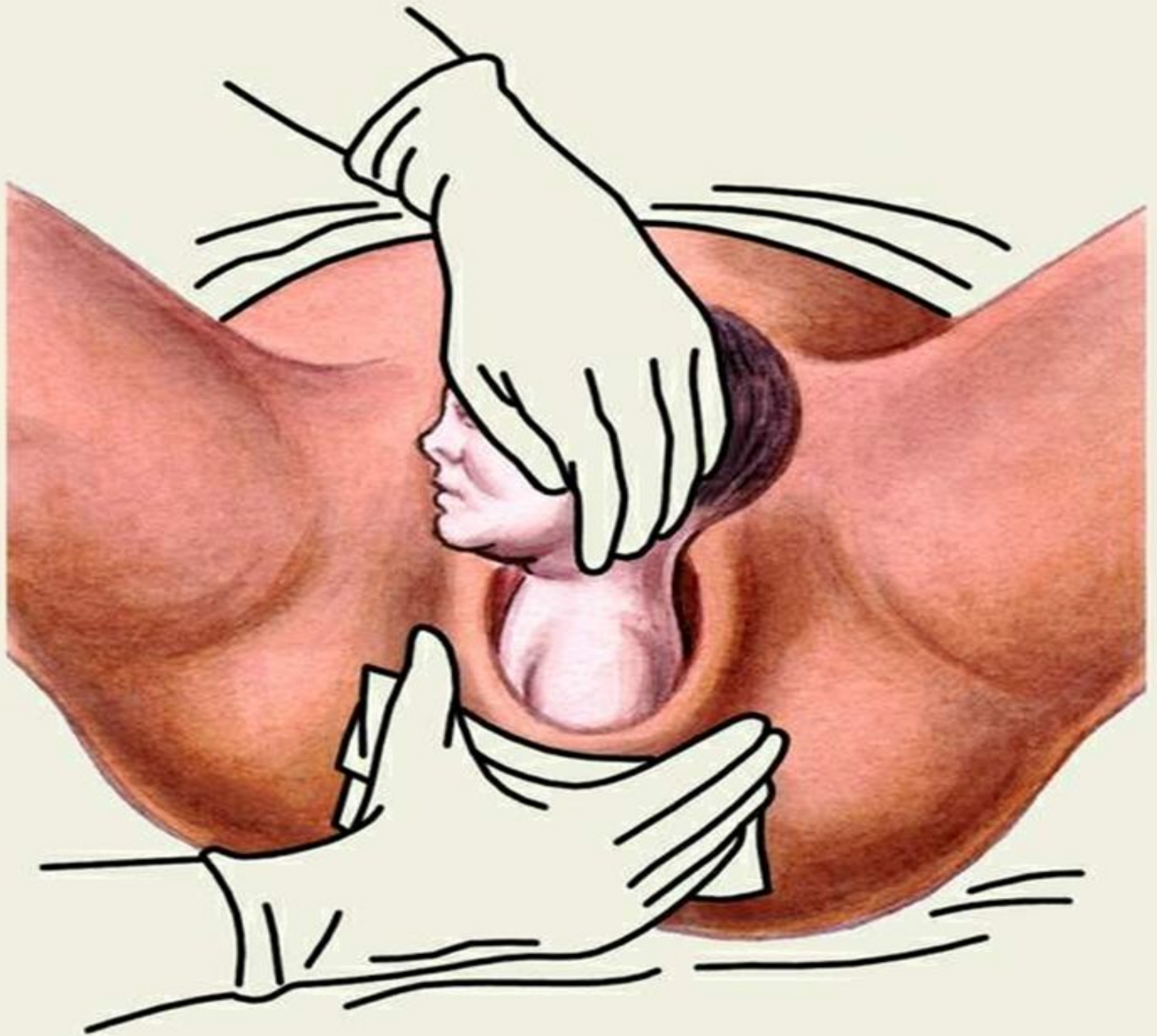
Ведение первого периода родов

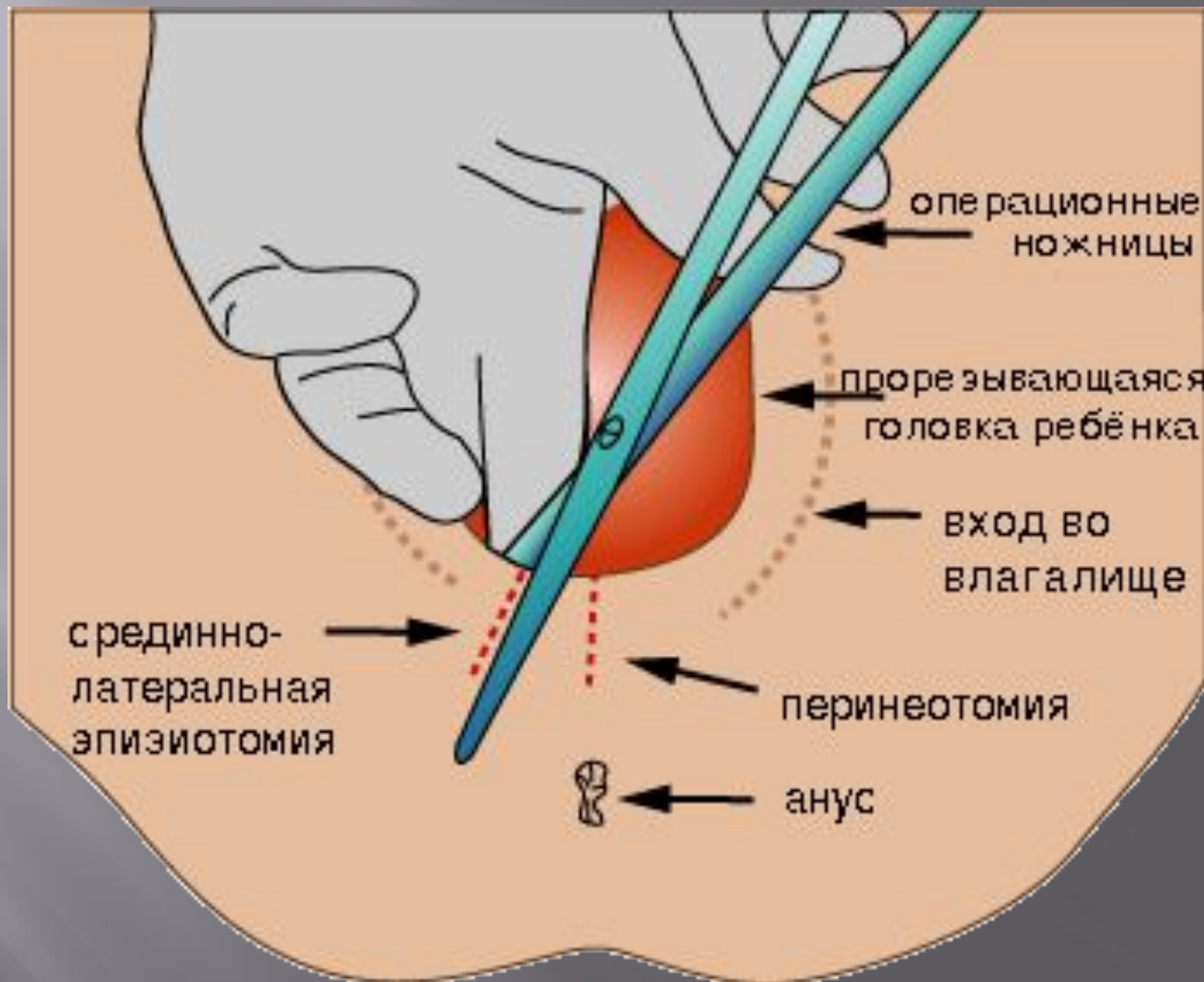
- ◆ Контроль состояния роженицы: общее состояние, жалобы, степень болезненных ощущений, наличие головной боли, нарушение зрения и т.д.
- ◆ КТГ плода – при поступлении в течение 40 мин. – 1 часа, далее в прерывистом режиме по 20-30 мин.; после излития околоплодных вод, после проведения обезболивания родов и при открытии маточного зева более 8 см. Непрерывная запись КТГ при осложненном течении беременности и родов.
- ◆ Выслушивание сердцебиения плода (норма 110-160 уд/мин) стетоскопом при отсутствии аппарата КТГ: в 1 периоде родов – в течение 30 сек.-1 мин. каждые 15 – 30 мин., а так же после излития вод, при появлении кровянистых выделений из половых путей, ухудшении состояния роженицы. мин в течение одной полной минуты после окончания схватки,
- ◆ Влагалищное исследование: при поступлении в роддом, при отхождении околоплодных вод, с началом родовой деятельности, при аномалиях родовой деятельности, перед проведением обезболивания, при появлении кровянистых выделений, при ухудшении состояния роженицы, нарушении сердцебиения плода.
- ◆ Оценка схваток (за 10 мин) – тонус, частота, продолжительность, сила, болезненность – не реже 1 раза в 2 часа

Ведение второго периода родов

- ◆ Желательно положение на боку или полусидя;
- ◆ Продвижение головки по родовым путям происходит непрерывно и постепенно, головка врезывается и прорезывается.
- ◆ Оказание ручного пособия в родах при головных предлежаниях во время прорезывания (пассивная защита промежности), направлено на предотвращение разрывов промежности:
 - 1 момент – воспрепятствование преждевременному разгибанию головки
 - 2 момент – уменьшение напряжения промежности
 - 3 момент – выведение головки из половой щели вне потуги
 - 4 момент – освобождение плечевого пояса и рождение туловища плодаПо показаниям – активная защита промежности (эпизиотомия или перинеотомия)









Ведение 1 периода родов (продолжение)

- ◆ Измерение пульса, АД не реже 1 раза в час;
- ◆ Измерение температуры тела – каждые 4 часа;
- ◆ Частота и объем мочеиспускания – не реже 1 раза в 4 часа, при отсутствии мочеиспускания – катетеризация мочевого пузыря;
- ◆ Ведется партограмма родов;
- ◆ Определение высоты стояния предлежащей части плода – не реже 1 раза в 2 часа;

- ◆ При поступлении на роды ставится периферический катетер для внутривенного введения препаратов;
- ◆ Амниотомия (при раскрытии маточного зева более 6 см, плоский плодный пузырь);
- ◆ Обезболивание родов – эпидуральная анестезия или наркотические анальгетики – с предварительным осмотром врачом-анестезиологом.

продолжение

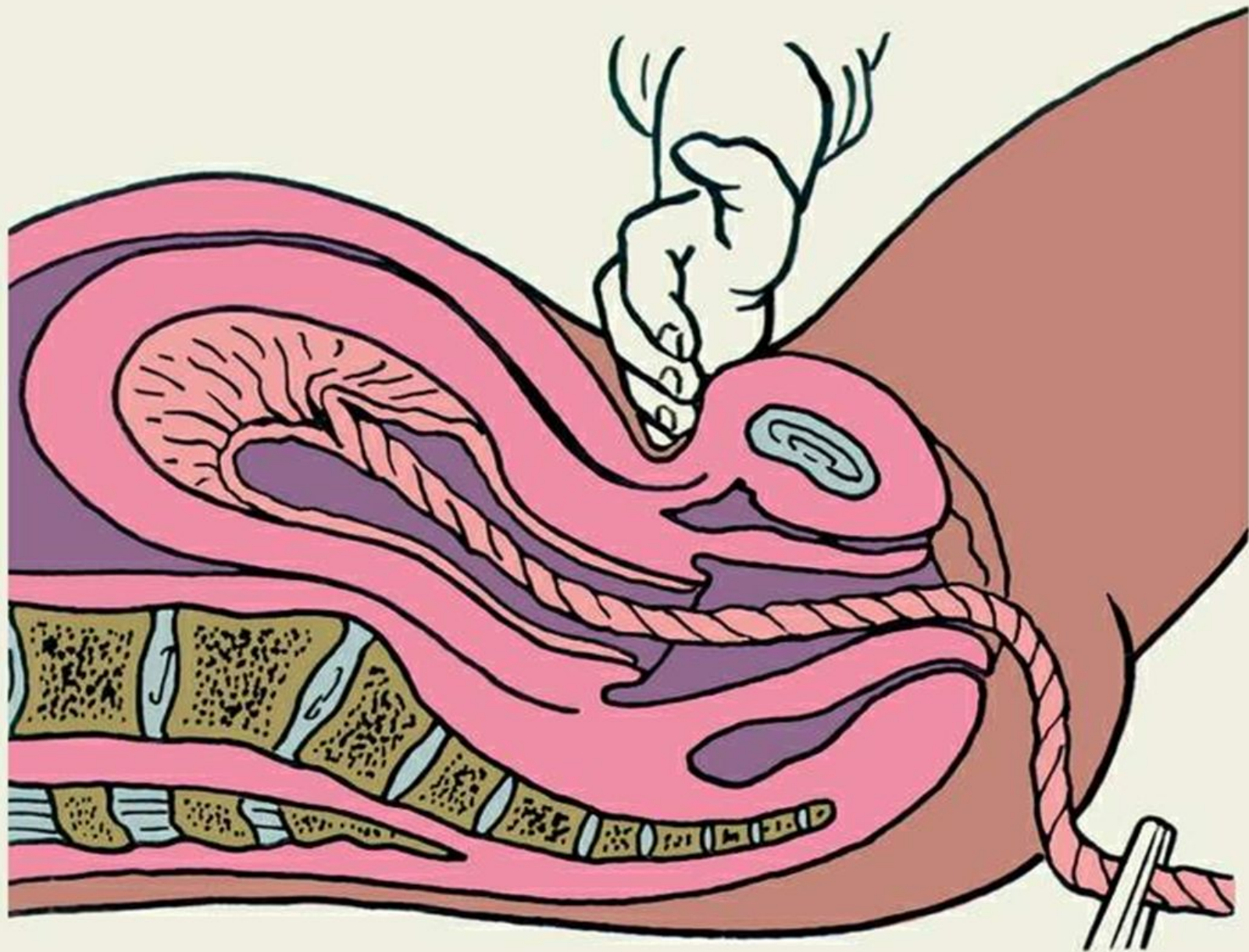
- ◆ Контроль состояния роженицы: общее состояние, жалобы, степень болезненных ощущений, наличие головной боли, нарушение зрения и т.д.
- ◆ Контроль АД,PS каждые 30 мин. с наступлением потуг;
- ◆ Определение высоты расположения головки плода наружными приемами или при влагалищном исследовании в начале 2 периода родов, затем через 1 час, далее после каждой потуги;
- ◆ Профилактика кровотечения: в момент рождения переднего плечика плода вводят окситоцин 10 ед в/м или 5 ед в/в медленно. С целью профилактики кровотечения возможно в конце 1 периода родов введение окситоцина 5 ед на 50 мл физ. р-ра инфузоматом, начиная со скорости 1,9 мл/час. После рождения переднего плечика скорость увеличивают до 15,2 мл/час.
- ◆ Пересечение пуповины после прекращения пульсации или через 1 мин. после рождения ребенка. Размещение новорожденного на груди матери (акушеркой);
- ◆ Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар.

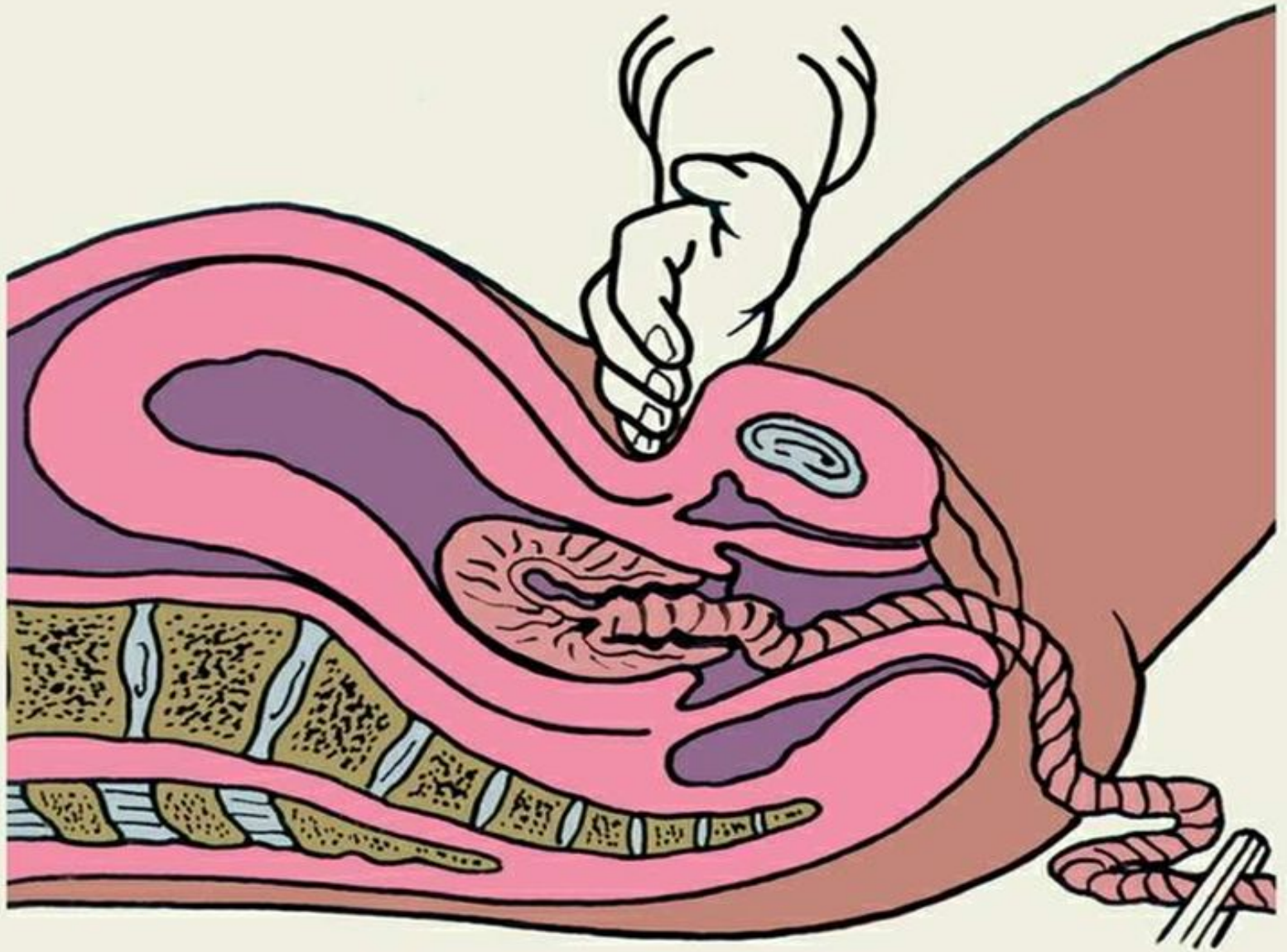
Оценка новорожденного

- ◆ Оценка новорожденного по шкале Апгар на 1 и 5 минуте
- ◆ Оценка состояния новорожденного при рождении – признаки зрелости, доношенности плода.

Ведение третьего периода родов

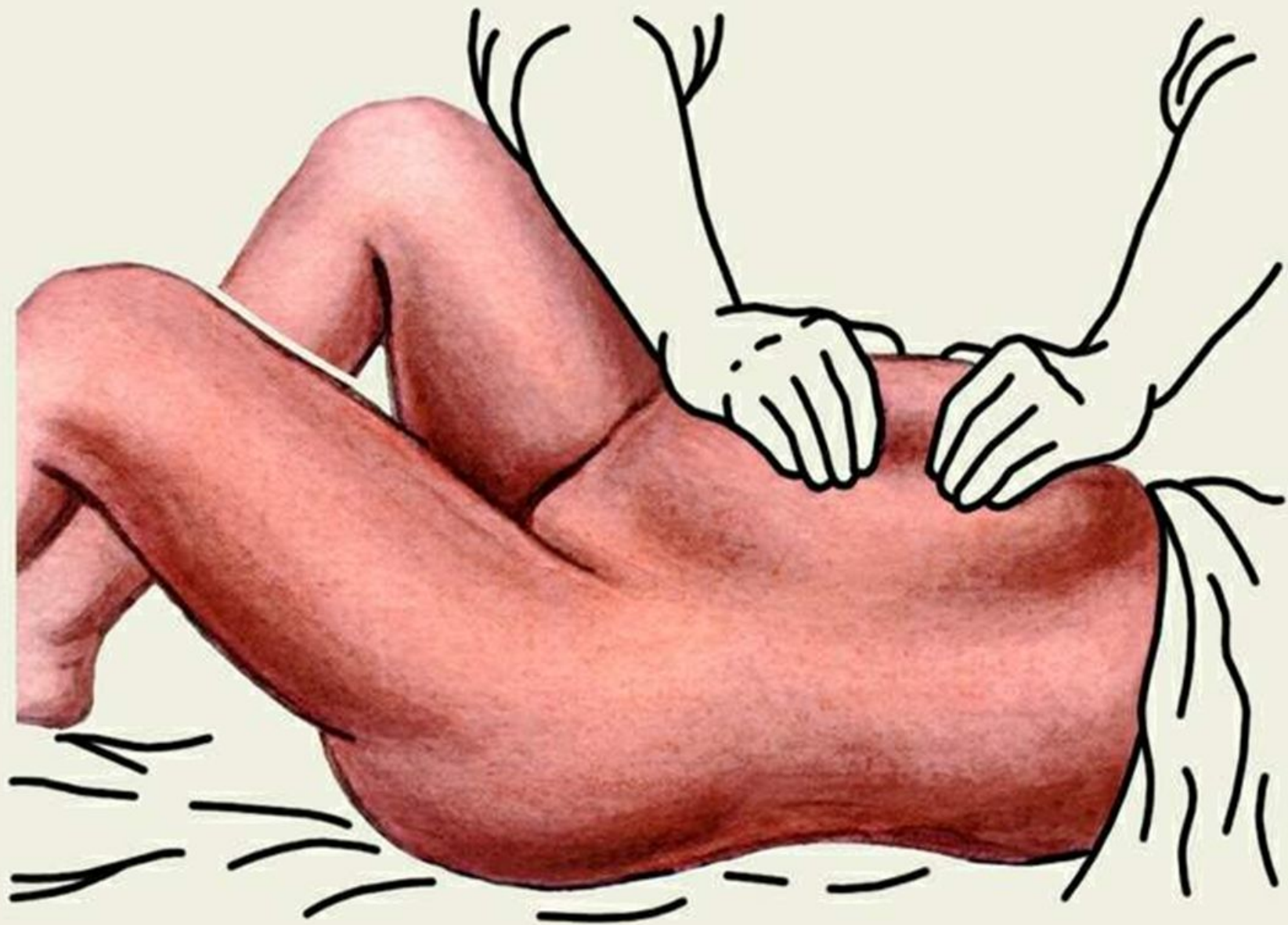
- ◆ Ведут выжидательно. Нельзя пальпировать матку, чтобы не нарушить естественный ход последового периода.
- ◆ Определение признаков отделения **плаценты** (признаки Шредера, Альфельда, Кюстнера – Чукалова, Клейна, Довженко):
- ◆ Шредера – увеличение высоты дна стояния матки и отклонение её вправо;
- ◆ Альфельда – удлинение пуповины на 10 см и более;
- ◆ Кюстнера-Чукалова – при надавливании ребром ладони над лоном пуповина не втягивается;
- ◆ Довженко – при вдохе пуповина не втягивается;
- ◆ Клейна – при потуживании роженицы пуповина остается на месте.
- ◆ Если по указанным признакам произошло отделение плаценты, роженице предлагают потужиться. Если рождение **последа** не происходит, то применяют наружные способы выделения последа.

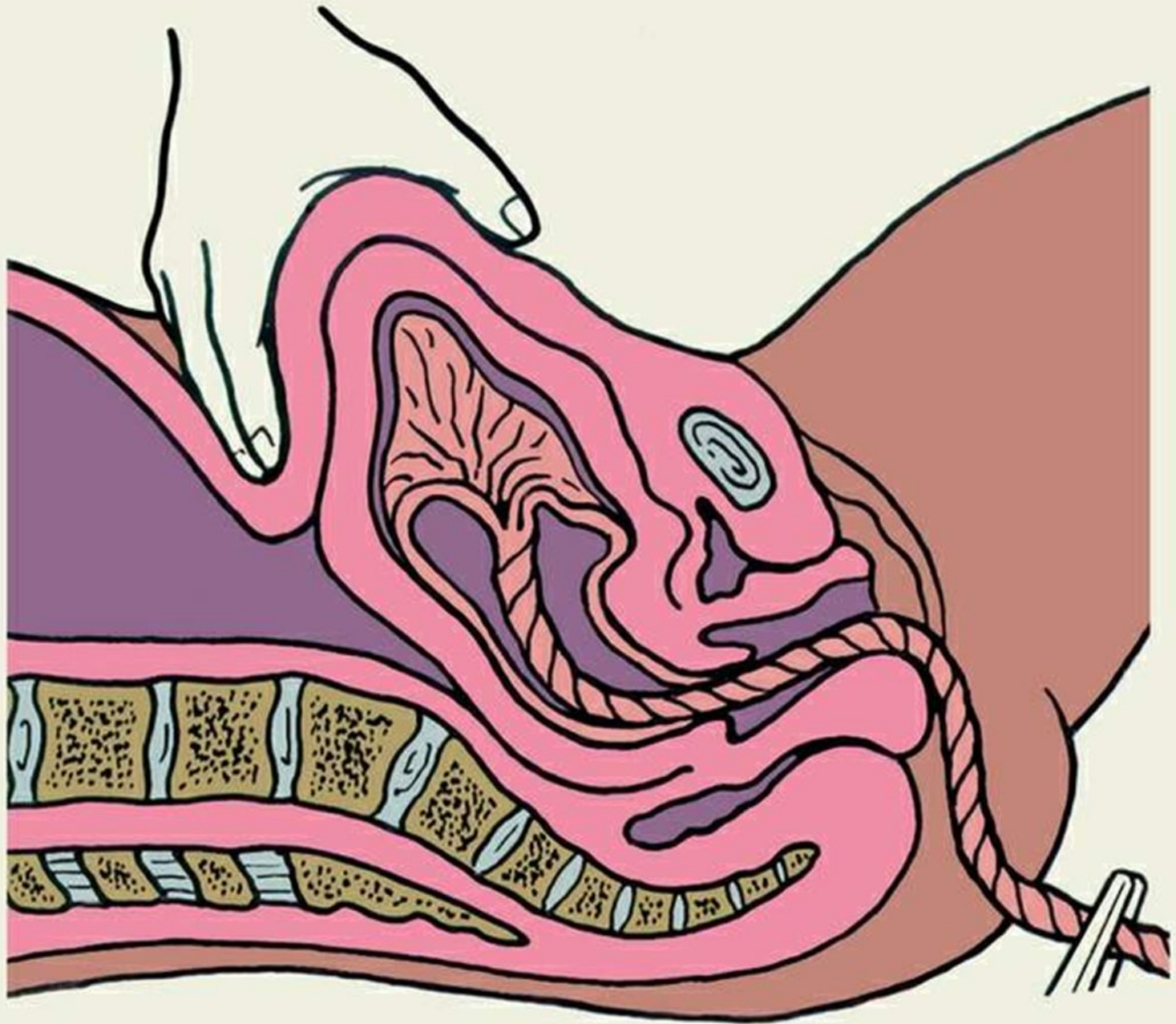




Ведение родов

- ◆ Применение приемов для выделения последа (если рождение последа не происходит) по способам: Абуладзе, Креде-Лазаревича, Гентера.
- ◆ Абуладзе – захватить переднюю брюшную стенку и предложить потужиться;
- ◆ Креде-Лазаревича – обхватить дно матки кистью правой руки;
- ◆ Гентер – надавить кулаками в области дна матки;
- ◆ Применение приемов для выведения оболочек;
- ◆ При отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30-40 мин. – ручное отделение плаценты и выделение последа под максимальным обезболиванием.
- ◆ Оценка состояния женщины
- ◆ Измерение АД, PS после рождения ребенка;
- ◆ Забор крови из сосудов пуповины для определения группы крови, резус-фактора плода;
- ◆ Наружный массаж матки после рождения ребенка;
- ◆ Тщательная оценка величины кровопотери





Послеродовый период

- ◆ Роженицу называют родильницей
- ◆ В течение раннего послеродового периода (2 часа) родильница находится в родильном отделении под наблюдением дежурного персонала
- ◆ После рождения последа наступает послеродовый период
- ◆ Через 2 часа родильницу переводят в послеродовое отделение.

Ранний послеродовый период

- ◆ Осмотр последа;
- ◆ Осмотр мягких родовых путей с помощью зеркал;
- ◆ Восстановление целостности мягких тканей родовых путей;
- ◆ Наблюдение за родильницей в родблоке в течение 2 часов после родов;
- ◆ Оценка общего состояния родильницы каждые 20-30 мин., измерение АД и PS после рождения последа и перед переводом в послеродовую палату;
- ◆ Наблюдение за состоянием матки каждые 20-30 мин.;
- ◆ Контроль за количеством и характером выделений из половых путей каждые 20-30 мин.;
- ◆ Прикладывание ребенка к груди и проведение первого кормления;
- ◆ Опорожнение мочевого пузыря перед переводом в послеродовую палату через 2 часа после родов.

Послеродовой период

- ◆ Послеродовой период (пуэрперий) продолжается 6 недель
- ◆ Характеризуется обратным развитием всех органов и систем
- ◆ Максимальная функция молочных желез в связи с лактацией
- ◆ Эндометрий полностью восстанавливается к 6 нед. после родов
- ◆ Тонус связочного аппарата матки восстанавливается к концу 3 нед.
- ◆ Необходимо раннее прикладывание новорожденного к груди, поощрение грудного вскармливания.
- ◆ В этом периоде необходимо максимально быстро вернуть роженицу к нормальной жизни, профилактика послеродовых осложнений, сохранение здоровья новорожденного и предотвращение его заболеваний.
- ◆ Выписка на 3-и сутки после вакцинации ребенка.
- ◆ Рекомендации по контрацепции: лактационная аменорея; прогестины (мини-пили) через 6 нед. после родов у кормящих, через 3 нед. у некормящих; введение «Мирены» через 4 нед. после родов; барьерный метод контрацепции; спермициды.

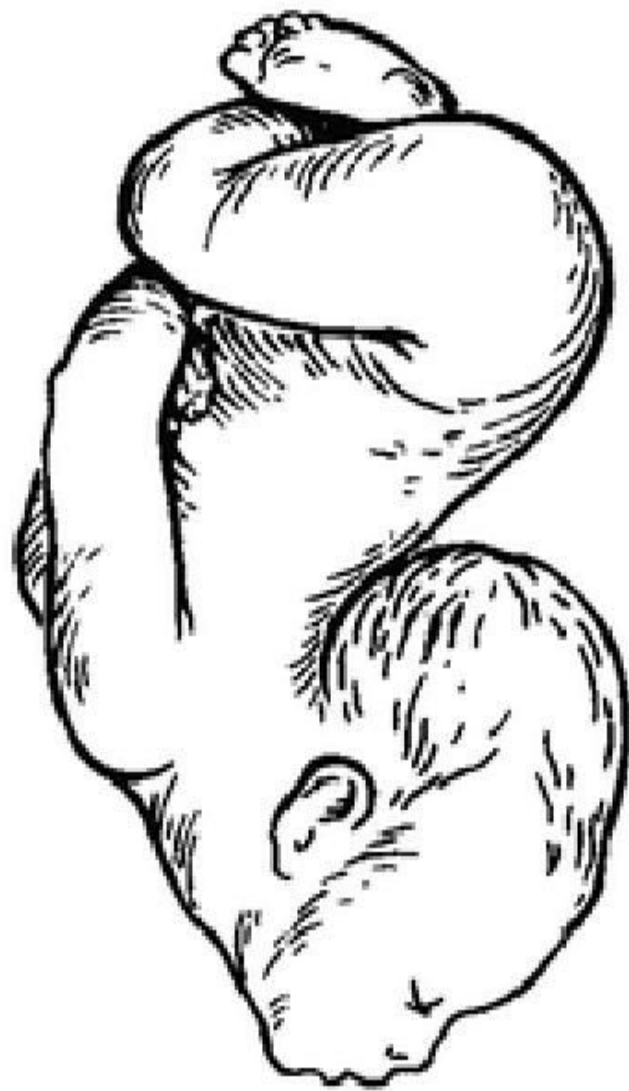
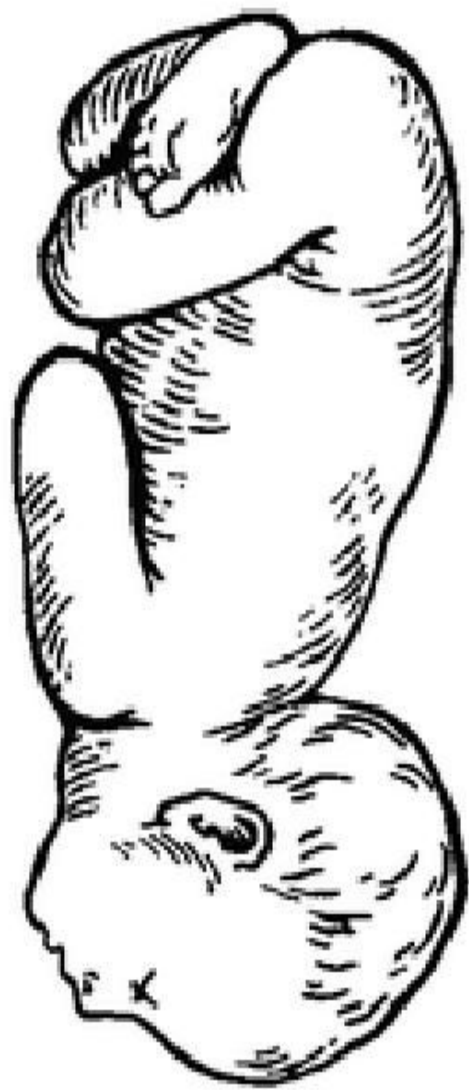
РОДЫ ПРИ РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ГОЛОВКИ ПЛОДА

- Разгибательные предлежания головки плода — акушерские ситуации, при которых головка плода в первом периоде родов стойко устанавливается в той или иной степени разгибания.
- Частота возникновения разгибательных предлежаний головки составляет 0,5–1% случаев всех родов.

КЛАССИФИКАЦИЯ

По степени разгибания головки различают следующие варианты разгибательного предлежания:

- · переднеголовное предлежание;
- · лобное предлежание;
- · лицевое предлежание.



ЭТИОЛОГИЯ

- ·снижение тонуса и некоординированные сокращения матки;
- ·узкий таз (особенно плоский);
- ·снижение тонуса мускулатуры тазового дна;
- ·малые или чрезмерно большие размеры плода;
- ·снижение тонуса мышц передней брюшной стенки;
- ·боковое смещение матки;
- ·опухоль щитовидной железы плода;
- ·тугоподвижность атлантозатылочного сустава плода;
- ·короткость пуповины.

Переднеголовное предлежание

- Распознавание переднеголовного предлежания основано на данных влагалищного исследования: можно одновременно прощупать большой и малый роднички головки, которые расположены на одном уровне, либо большой родничок ниже малого.
- Сагиттальный шов во входе в таз стоит обычно в поперечном, иногда слегка косом размере.
- Вид (передний, задний) определяют по отношению спинки плода к передней брюшной стенке.
- При переднеголовном предлежании можно прощупать большой и малый роднички, часто большой родничок стоит ниже малого;
- При переднеголовном предлежании точки фиксации при прорезывании головки — надпереносье и затылочный бугор;
- Родовая опухоль расположена в области большого родничка (башенная головка).

ЛОБНОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

- Лобное предлежание — переходное от переднеголового к лицевому. Очень редко (в 0,021% случаев), опустившись на тазовое дно, головка прорезывается в лобном вставлении.
- *Диагностика* лобного предлежания основана на данных аускультации, наружного и влагалищного исследования.
- Сердцебиение плода можно прослушать со стороны грудной поверхности плода.
- При наружном исследовании с одной стороны прощупывается острый выступ подбородка, с другой — угол между спинкой плода и затылком; эти данные дают основание для предположения о лобном предлежании.

Достоверный диагноз может быть поставлен лишь при УЗИ и влагалищном исследовании. При этом определяют лобный шов, передний край большого родничка, надбровные дуги, глазницы, переносицу; рот и подбородок не удаётся прощупать.

ЛИЦЕВОЕ ПРЕДЛЕЖАНИЕ

- Различают первичное и вторичное лицевое предлежание.
- Первичное возникает до начала родов вследствие опухоли щитовидной железы плода и наблюдается очень редко;
- Вторичное лицевое предлежание возникает чаще, например, при плоском тазе. Обычно вначале во входе в таз возникает лобное предлежание, которое по мере опускания и разгибания головки превращается в лицевое.
- Проводная точка — подбородок.
- *Диагностика* лицевого предлежания основана на данных наружной пальпации, аускультации и влагалищного исследования.
- При наружном исследовании над входом в таз определяют с одной стороны выступающий подбородок, с другой — ямку между затылком и спинкой. Сердцебиение плода лучше слышно со стороны груди, а не со стороны спинки плода.
- Данные влагалищного исследования определяются подбородок, нос, надбровные дуги, лобный шов.

Ведение родов

- **При переднеголовном предлежании плода возможно** выжидательное ведение родов, но данное состояние считают относительным показанием для операции КС.
- **При лобном предлежании** роды протекают длительно, очень часто возникают травмы у матери (мочеполовые свищи, разрыв промежности, разрыв матки) и плода (внутричерепная травма). Ввиду опасности указанных осложнений
- Лобное предлежание — абсолютное показание для оперативного родоразрешения (КС). При внутриутробной гибели плода производят плодоразрушающую операцию (краниотомия).
- **При лицевом предлежании** средняя продолжительность родов в полтора раза больше, чем при затылочном; частота случаев несвоевременного излития вод повышена в 2 раза. В связи с этим высок риск родовых травм и гипоксии плода, мертворождений, хориоамнионитов.
- Роды при заднем виде лицевого предлежания невозможны, так как резко разогнутая головка не может пройти через таз.
- Роды при переднем виде лицевого предлежания обычно ведут консервативно; в 90–95% случаев роды проходят самостоятельно. В начале родов роженицу следует уложить на тот бок, к которому обращён подбородок плода.

Тазовые предлежания

- ▣ Предлежание, при котором над входом в малый таз находятся ягодицы или ножки плода, называют тазовым.

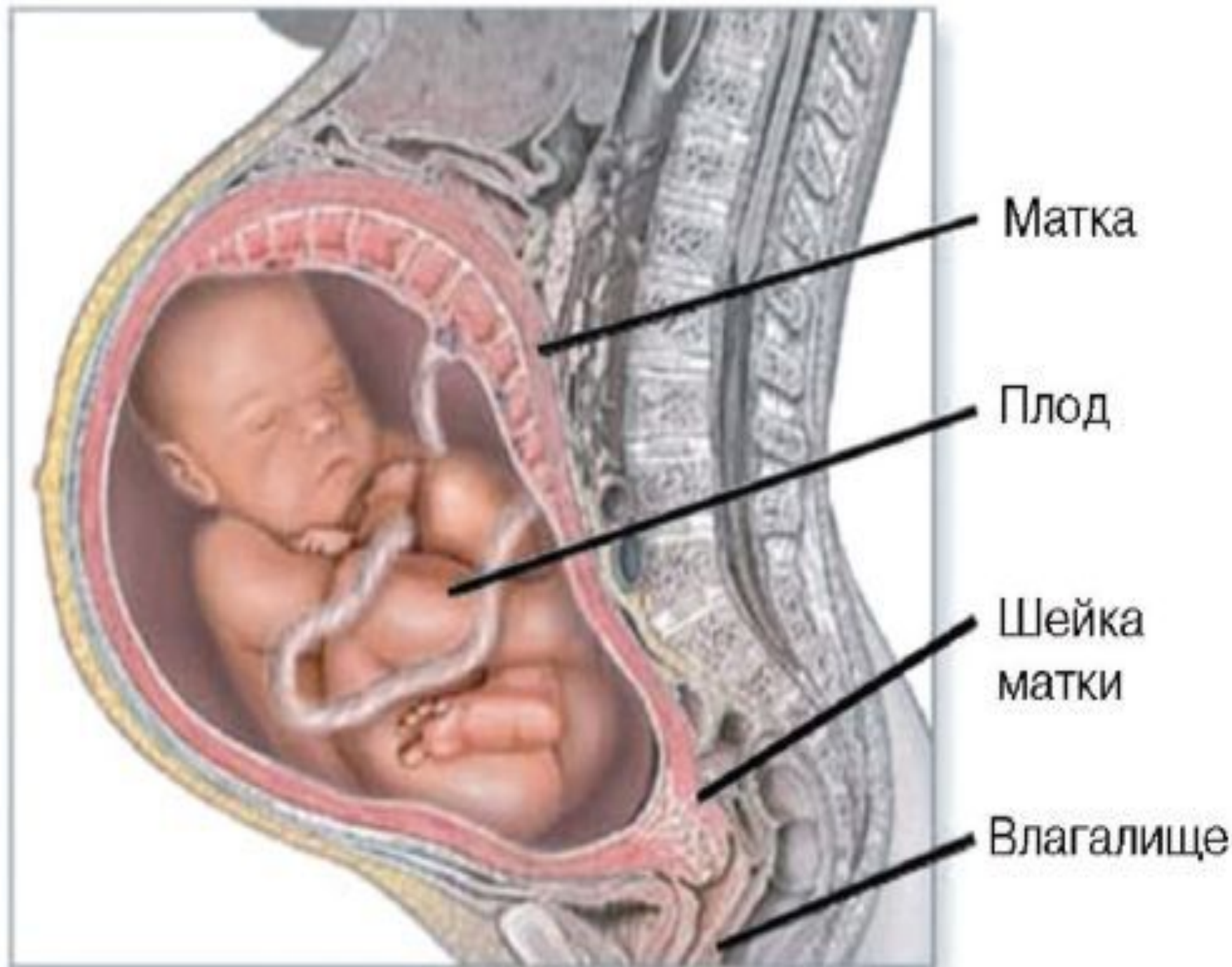
Классификация

- ▣ Чистое ягодичное предлежание
- ▣ Смешанное ягодичное предлежание
- ▣ Ножные предлежания (полное и неполное).
- ▣ В редких случаях возникает разновидность ножного предлежания — коленное предлежание.









ЭТИОЛОГИЯ

Органические причины:

- сужение таза, аномальная форма таза;
 - пороки развития матки;
 - чрезмерная или ограниченная подвижность плода при многоводии, маловодии, многоплодии;
 - миоматозные узлы в нижнем сегменте матки, опухоли придатков матки;
 - предлежание плаценты;
 - пороки развития плода (анэнцефалия, гидроцефалия).
-
- Функциональные причины — дискоординация родовой деятельности, приводящая к перераспределению тонуса миометрия между дном, телом и нижним сегментом матки. Крупная плотная часть плода (головка) отталкивается от входа в таз и плод переворачивается.
 - Наиболее частые причины тазового предлежания — недоношенность , многоплодие , большое число родов в анамнезе и узкий таз .
-
- Предполагают, что предлежание зависит также от зрелости вестибулярного аппарата плода.
 - У многорожавших женщин часто возникает дряблость передней брюшной стенки и неполноценность мускулатуры матки, обусловленная нейротрофическими и структурно-анатомическими изменениями в матке.

Диагностика тазового предлежания

- Диагноз тазового предлежания следует установить до 32–34-й недели на основании данных наружного и внутреннего акушерского исследования.

ДИАГНОСТИКА

- Из дополнительных методов исследования можно использовать ЭКГ плода, УЗИ. При ЭКГ желудочковой комплекс *QRS* плода обращён книзу (а не кверху, как при головном предлежании).
- Наиболее информативно проведение УЗИ, позволяющее определить не только предлежание и размеры плода, но и выраженные аномалии развития (анэнцефалия, гидроцефалия), локализацию плаценты.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ

- При тазовом предлежании плода в 2–2,5 раза чаще, чем при головном, обнаруживают ВПР плода, происходят преждевременные роды. Значительное количество родов (35–40%) в тазовом предлежании наступают при сроке беременности менее 34 нед.
- Высокая ПС, превышающая смертность детей при родах в головном предлежании в 4–5 раз. При родоразрешении через естественные родовые пути у первородящих женщин с тазовым предлежанием плода ПС повышена в 9 раз.
- В первом периоде родов в 2–2,5 раза чаще, чем при головном предлежании, возникает преждевременное излитие ОВ, слабость родовой деятельности, выпадение пуповины, гипоксия плода. Во время родов в тазовом предлежании высока опасность выпадения пуповины, встречающегося в 3,5% случаев.

Осложнения родов

- Наиболее опасное осложнение при извлечении плода — чрезмерное разгибание головки, вследствие чего возникают кровоизлияния в мозжечок, субдуральные гематомы, травмы шейного отдела спинного мозга и разрывы мозжечкового намета.
- Вмешательства при тазовом предлежании (экстракция, классическое ручное пособие, пособия при чистом ягодичном предлежании) у некоторых рожениц невозможно выполнить без травмы шейного отдела позвоночника плода, что резко снижает ценность использования указанных пособий.

Биомеханизм родов

- Первый момент — внутренний поворот ягодич.
- Второй момент — боковое сгибание поясничной части позвоночника плода.
- Третий момент — внутренний поворот плечиков и связанный с этим наружный поворот туловища. Этот поворот завершается установлением плечиков в прямом размере выхода.
- Четвёртый момент — боковое сгибание шейногрудной части позвоночника. В этот момент происходит рождение плечевого пояса и ручек.
- Пятый момент — внутренний поворот головки.
- Шестой момент — сгибание головки и её прорезывание: над промежностью последовательно выкатываются подбородок, рот, нос, лоб и темя плода.

Прорезывается головка малым косым размером, как и при затылочном предлежании.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ

- В 32-37 недель после подтверждения диагноза назначают комплекс упражнений для исправления тазового предлежания на головное по методу Грищенко И.И., Шулешовой А.Е. или по Диканю И.Ф.
- Попытка наружного профилактического поворота плода на головку на сроке 37–38 нед под контролем УЗИ и с использованием β -адреномиметиков.
- Госпитализация на сроке 38–39 нед беременности.

Тактика ведения родов

- В ходе обследования всех беременных разделяют на 3 группы по степени риска предстоящих родов для плода (Радзинский В. Е., 2006 г.):
- К группе I относят беременных высокой степени риска (предполагаемая масса плода более 3600 г, сужение таза, гипоксия плода, экстрагенитальные заболевания, влияющие на состояние плода и родовую деятельность, первородящие старше 30 лет и др.). Этим беременным, как правило, выполняют операцию КС в плановом порядке.
- В группу II входят беременные, у которых возможно развитие осложнений в родах. Роды в данной группе должны проходить под обязательным интенсивным наблюдением (мониторный контроль) состояния родовой деятельности и сердцебиения плода. При возникновении осложнений производят операцию КС.
- К группе III относят беременных малой степени риска. Роды у них проводят с обычным наблюдением, хотя применение мониторингового контроля также оправданно.

Показания к выполнению планового КС у первородящих являются:

- возраст старше 30 лет;
- экстрагенитальные заболевания, требующие исключения потуг;
- выраженное нарушение жирового обмена;
- беременность после ЭКО;
- перенашивание беременности;
- пороки развития внутренних половых органов;
- сужение размеров таза;
- рубец на матке;
- предполагаемая масса плода менее 2000 г или более 3600 г.

Частота КС при тазовом предлежании достигает 80% и более.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ

I период родов:

- мониторинг состояния плода, сократительной деятельности матки;
- ведение партограммы;
- своевременное обезболивание и введение спазмолитических препаратов;
- своевременная диагностика осложнений, их коррекция и определение дальнейшей тактики.

II период родов:

- мониторинг состояния;
- внутривенное введение утеротонических средств для профилактики слабости потуг;
- внутривенное введение спазмолитиков;
- рассечение промежности;
- ручное пособие в зависимости от типа тазового предлежания.

Пособия в родах

- ▣ 1. Пособие по Цовьянову при чистоягодичных предлежаниях
- ▣ 2. Пособие по Цовьянову при полных ножных предлежаниях
- ▣ 3. Классическое ручное пособие
- ▣ 4. Прием Морисо-Левре-Лашапель.







