

Клиника видение родов

- **Роды** - это сложный, эволюционно подготовленный биологический процесс изгнания из матки плода и плаценты с оболочками и околоплодными водами

**Физиологические роды
наступают после окончания
цикла развития плода в
среднем через 10
акушерских месяцев
(280 дней или 40 нед).**

Роды, наступающие при сроке беременности

от **(38 – 42)** нед. называются **своевременными**

в **(22-37)** нед. называются **срочными, преждевременными**

а запоздалыми если ≥ 42 нед .

Прерывание беременности до **22** нед
называется **спонтанным абортom.**

Период родов	Вид родовой деятельности	Продолжительность	
		1-е роды	2-е роды
I - период раскрытия	Схватки	10-12 ч	6-9
II - период изгнания	Потуги	1-2 ч	15-60 мин
III - последовый период	Схватки		15-30 мин

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 - «созревание»).

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 эстрогены/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);**
- **появлением «предвестников» родов.**

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 пояснице, продолжающихся не более **6 ч** («**ложные**» или **подготовительные схватки**)

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

Роды разделяют на три периода:

- I - период раскрытия
- II - период изгнания
- III - последовый

Периодом **раскрытия** называют время **от начала регулярных схваток до полного открытия шейки матки.**

Периодом **изгнания** называют время **от момента полного открытия шейки матки до рождения плода.**

Последовым периодом называют время **от рождения плода до рождения последа** (плацента, плодные оболочки, пуповина).

ТЕЧЕНИЕ I ПЕРИОДА РОДОВ (период раскрытия)

В течении I периода родов выделяют две фазы.

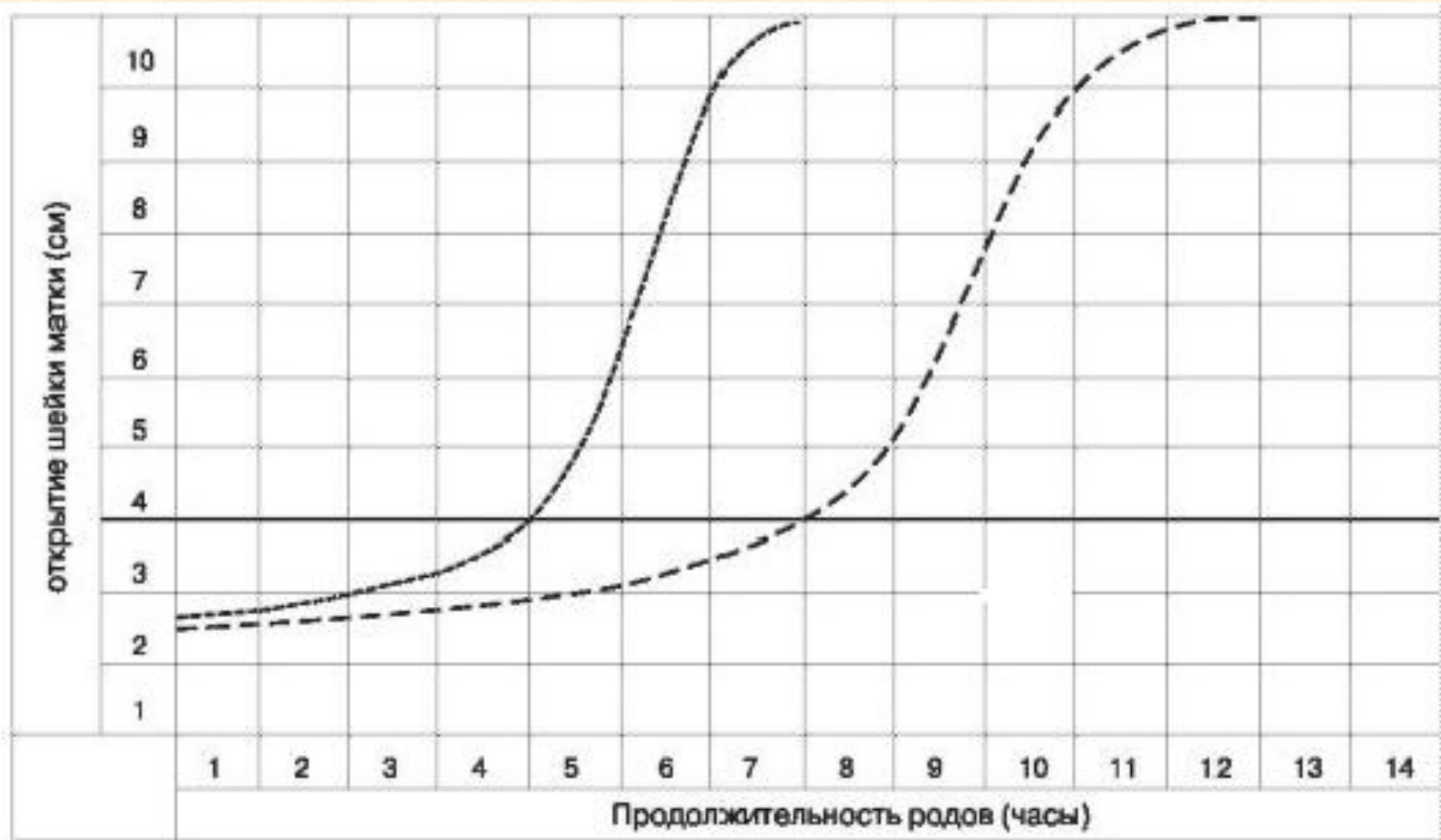
- **Латентная фаза** - от начала родовой деятельности до открытия акушерского зева на 4 см. Средняя продолжительность 5-6 ч. Максимальная продолжительность - 8 ч.
- **Активная фаза** - с открытия акушерского зева на 4 см до полного его открытия. Средняя продолжительность - 2-4 ч. Средняя скорость открытия акушерского зева у первородящих - 1,0-1,2 см/ч, у повторнородящих - 1,5-2,0 см/ч.

Активная фаза в свою очередь подразделяется на:

- а) фазу ускорения;
- б) фазу максимального подъема;
- в) фазу замедления - с открытия на 8 см до полного открытия;
продолжительность у первородящих - не более 3 ч, у повторнородящих не более 1 ч.

Графическая регистрация родов с оценкой степени открытия шейки матки, продвижения предлежащей части плода по родовому каналу, АД и температуры тела матери, ЧСС плода называется

партограммой, или **кривой Фридмана**.



Критерии оценки родовой деятельности (схваток)

1. БАЗАЛЬНЫЙ ТОНУС - наиболее низкий тонус миометрия вне схватки. Нормальный тонус матки в I периоде родов сравнивается с тонусом четырехглавой мышцы бедра, равным 10-12 мм рт.ст.

Фаза замедления в настоящее время не всегда рассматривается как вариант нормы.

2. ЧАСТОТА СХВАТОК (увеличивается в положении на спине): в норме составляет от 2 до 5 за 10 мин.

Тахисистолия - более 5 схваток за 10 мин, брадисистолия - менее 2 за 10 мин.

3. РЕГУЛЯРНОСТЬ.

4. ИНТЕНСИВНОСТЬ (СИЛА) СХВАТОК (в первых родах больше, чем в последующих) определяется внутриматочным давлением во время схватки. В I периоде нормальная сила схваток равна 40-60 мм рт.ст., а во II периоде - 80-100 мм рт.ст.

5. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СХВАТКИ - от начала сокращения до полного расслабления миометрия: в I периоде равна (по данным токографии) - 80-90 с, во II периоде - 90-120 с.

6. ЭФФЕКТИВНОСТЬ. Определяется степенью раскрытия маточного зева.

7. СТЕПЕНЬ БОЛЕЗНЕННОСТИ. Физиологические источники боли: нервные сплетения цервикального канала, параметрий, крестцовые и круглые связки, сосуды матки. Клинические причины сильной боли: чрезмерная ригидность шейки матки, плотные плодные оболочки, ущемление передней губы шейки матки, перерастяжение нижнего сегмента.

8. АКТИВНОСТЬ МАТКИ (А) - произведение интенсивности

схватки (i) и частоты за 10 мин (u). $A = i \times u$. Нормальная активность матки в I периоде родов - 150-240 ЕД

М

Положение роженицы:

рекомендуется положение на левом боку или полу- фаулерское положение на спине с приподнятой верхней частью туловища (semi-Fowler). При этом оси плода и матки совпадают и стоят перпендикулярно плоскости входа в таз, что способствует правильному вставлению головки.







ТЕЧЕНИЕ II ПЕРИОДА РОДОВ (период изгнания)

В процессе II периода родов происходит полное открытие маточного зева, продвижение плода по родовому каналу и его рождение. Вступление головки в плоскость входа в малый таз совершается таким образом, что стреловидный шов располагается по срединной линии (по оси таза) - на одинаковом расстоянии от лонного сочленения и мыса. Такое

Пальпаторное определение схватки возможно при давлении не менее 15 мм рт.ст.

ТЕЧЕНИЕ III ПЕРИОДА РОДОВ (последовый период)

После рождения плода внутриматочное давление возрастает до **300 мм рт.ст.**, что во много раз превышает давление крови в сосудах миометрия и способствует нормальному гемостазу.

Плацента сжимается, давление в сосудах пуповины повышается до **50-80 мм рт.ст.**, и если пуповина не пережата, то происходит трансфузия **60-80** мл крови к плоду. Поэтому клеммирование пуповины показано после прекращения ее пульсации. В течение последующих 2-3 схваток происходит отделение плаценты и выделение последа. После рождения последа матка становится плотной, округлой, располагается посередине, дно ее находится между пупком и

Варианты отделения плаценты

- Центральное (по Шультце).
- Краевое (по Дункану).
- Одновременное смещение по всей поверхности прикрепления (по Францу).

Признаки отделения плаценты

- 1. **Шредера** - изменение формы матки в виде песочных часов, увеличение высоты дна матки и смещение вправо (за счет брыжейки тонкой и толстой кишки).
- 2. **Альфельда** - лигатура от половой щели опускается на 10 см.
- 3. **Микулича-Кальмана** - позыв на потугу.
- 4. **Клейна** - удлинение и отсутствие обратного втяжения пуповины после натуживания.
- 5. **Кюстнера-Чукалова (Винкеля)** - отсутствие втяжения пуповины при давлении пальцами (или ребром ладони) на надлобковую область (рис. 35).
- 6. **Штрассмана** - отсутствие кровенаполнения пережатого конца пуповины при натуживании.
- 7. **Довженко** - пуповина при глубоком вдохе не втягивается во влагалище

ВЕДЕНИЕ РОДОВ

ВЕДЕНИЕ I ПЕРИОДА РОДОВ

Принципы ведения I периода родов:

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

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

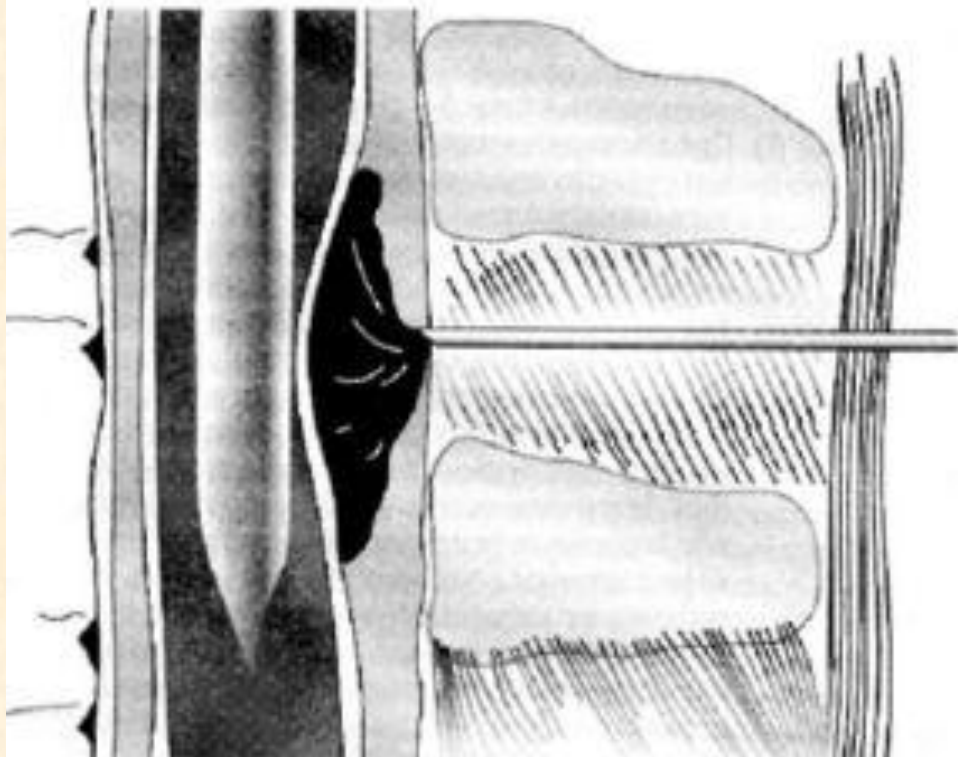
Показания к амниотомии

- В конце I периода при открытии акушерского зева на 7 см 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 сердечно-сосудистой системы.
- Плановая амниотомия при тенденции к перенашиванию и других показаниях для «программированных» родов.

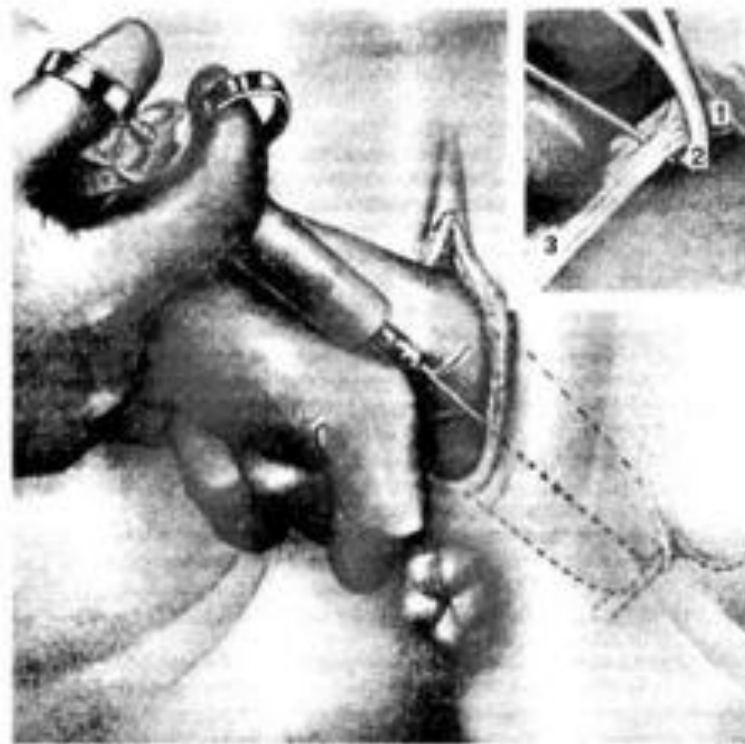
¹ Проведение влагалищного исследования может вызвать гипертонус матки вследствие эффекта Фергюсона - повышения выработки окситоцина гипофизом в ответ на растяжение шейки матки и верхней трети влагалища.

Обезболивание в родах

Эпидуральная анестезия



Пудендальная анестезия



1. 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 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 (см. рис. 36). В проекцию обоих седалищных бугров вводится по 10 мл 1% раствора лидокаина (или 0,5% раствора новокаина).

ВЕДЕНИЕ II ПЕРИОДА РОДОВ

- В периоде изгнания проводят постоянное наблюдение за общим состоянием роженицы, плода и родовыми путями. После каждой потуги обязательно выслушивают сердцебиение плода, так как в этот период чаще возникает острая гипоксия и может наступить внутриутробная гибель плода.

наружные методы определения расположения головки в полости таза.

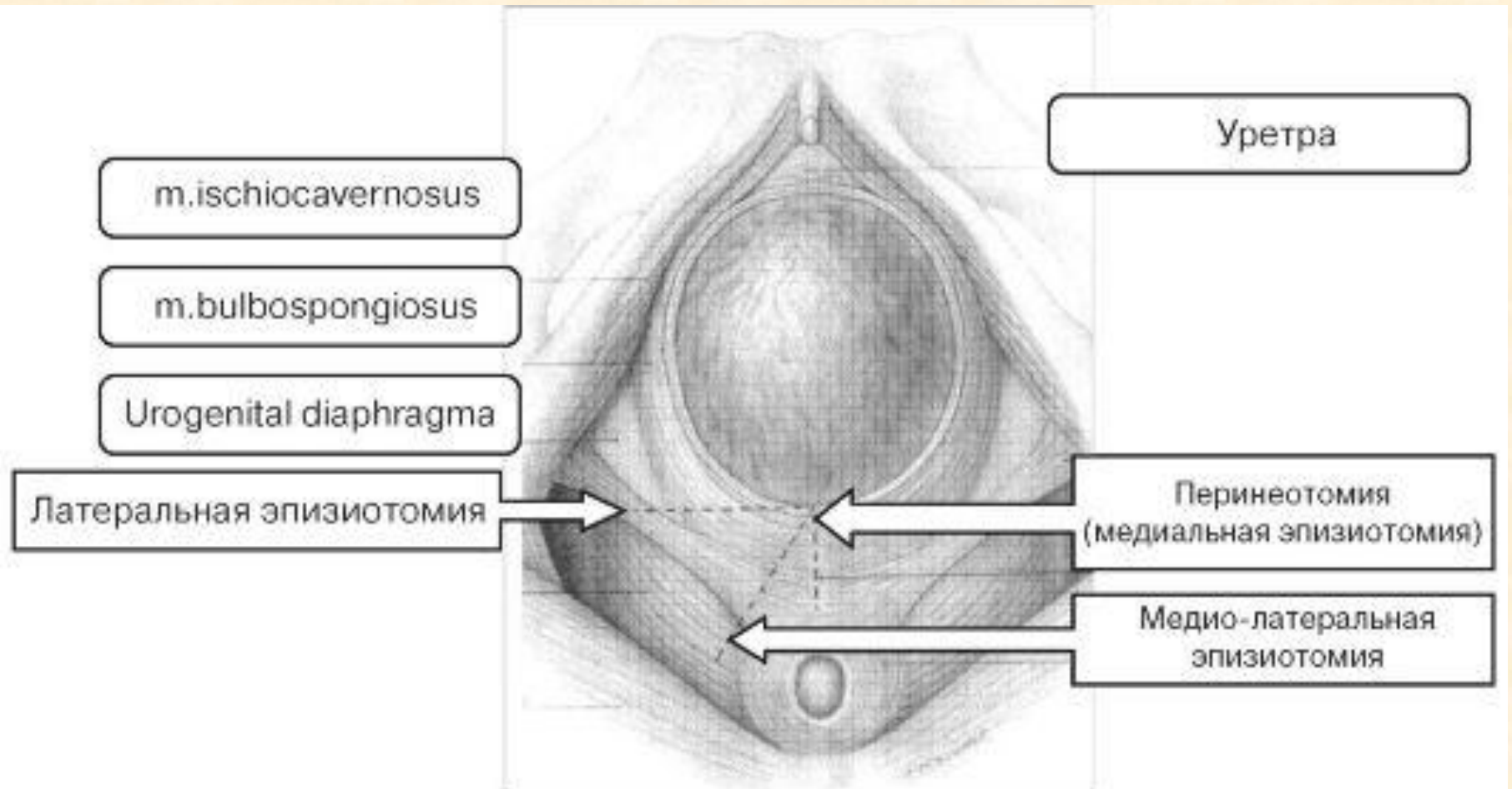
1. Прием **Пискачека** - давление II и III пальцами по краю большой половой губы, параллельно стенкам влагалища.
2. Прием **Гентера** - давление вне схватки пальцами, расположенными вокруг ануса.

Принципы ведения II периода родов:

- контроль динамики продвижения головки в полости малого таза;
- профилактика гипоксии плода;
- профилактика кровотечения, возможного в III и раннем послеродовом периоде¹;
- профилактика травматизма матери и плода (эпизиотомия или перинеотомия², изменение положения роженицы и угла наклона таза).

- **Показания к эпизиотомии и перинеотомии**
- Со стороны плода:
 - острая гипоксия или обострение хронической гипоксии;
 - дистоция плечиков;
 - тазовые предлежания;
 - недоношенность.

Варианты эпизиотомии



Моменты акушерского пособия при головном предлежании

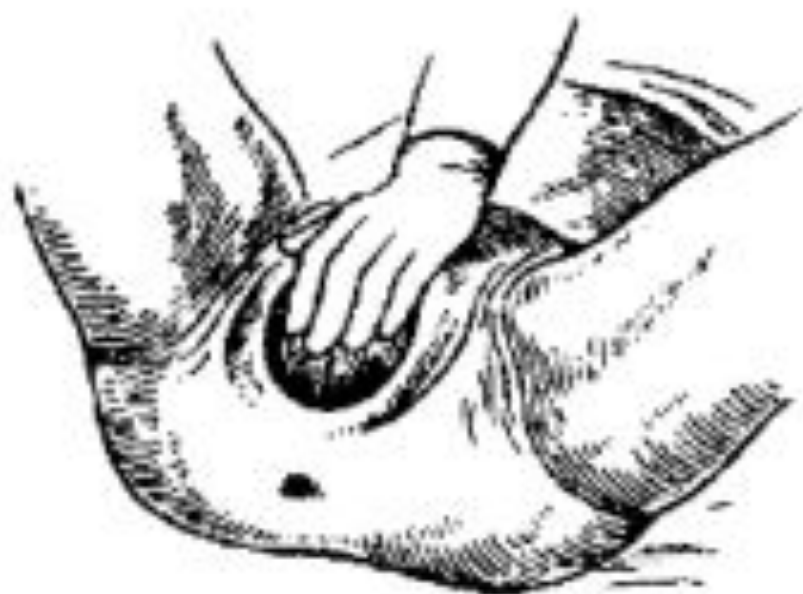
Моменты акушерского пособия при головном предлежании

1. *Препятствие преждевременному разгибанию головки* (рис. 38). 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.

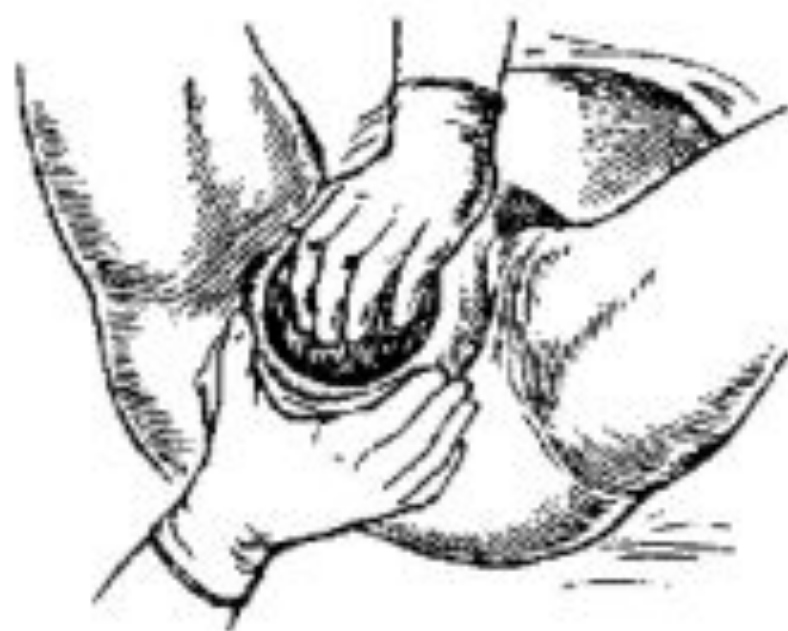
2. *Выведение головки из половой щели вне потуг.* Над прорезывающейся головкой бережно растягивают вульварное кольцо большим и указательным пальцами правой руки.

- **3. Уменьшение напряжения промежности** (см. рис. 38). 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.
- **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

**Препятствие
преждевременному
разгибанию головки**



**Уменьшение
напряжения промежности**



Высвобождение
переднего плечика



Высвобождение
заднего плечика



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.

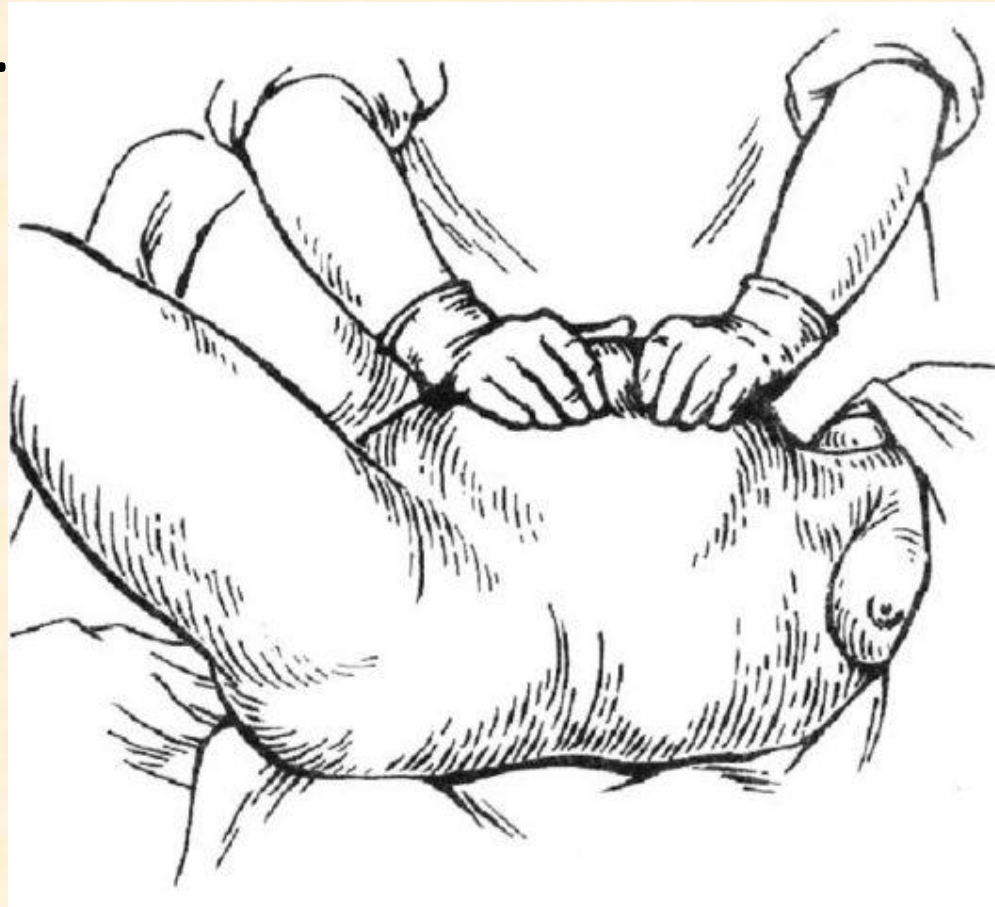
Принципы ведения последового периода:

Принципы ведения последового периода:

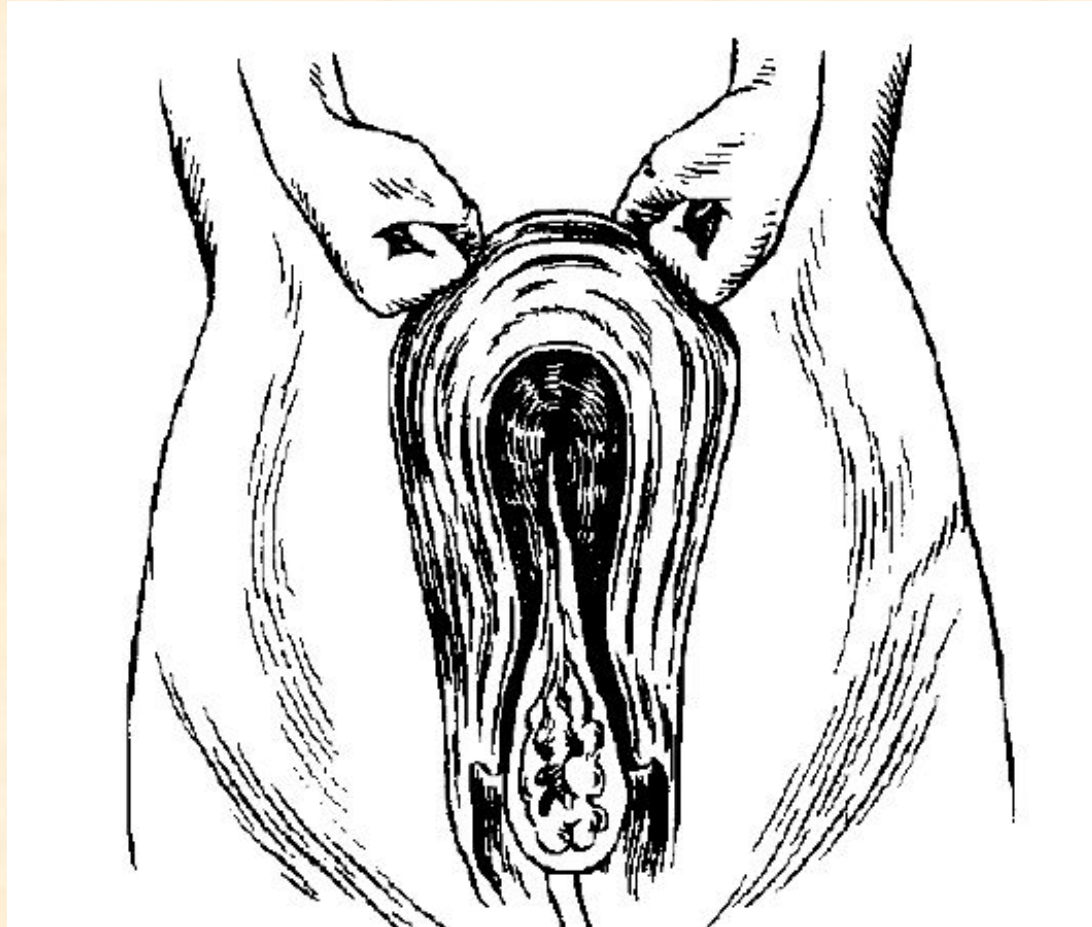
- опорожнение мочевого пузыря сразу после рождения плода;
- контроль гемодинамических параметров матери;
- контроль кровопотери;
- при нормальном течении родов после рождения плода любое механическое воздействие на матку (пальпация, давление) до появления признаков отделения плаценты запрещается.

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

- **Приемы выделения отделившегося 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. У здоровой женщины такая кровопотеря не имеет никаких клинических последствий, поскольку не превышает прироста объема крови за время беременности.

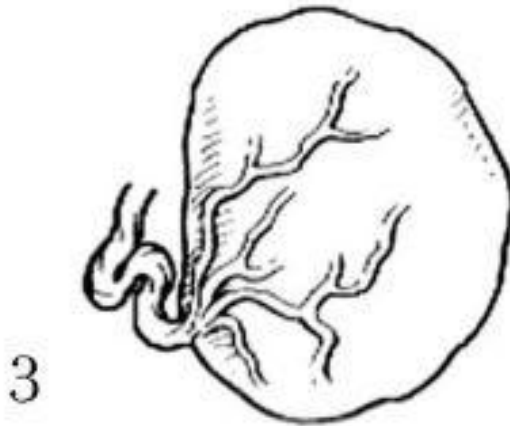
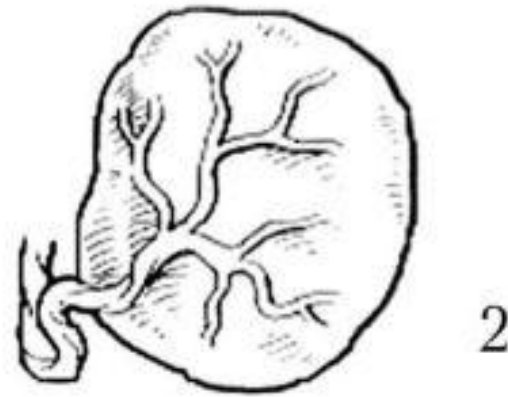
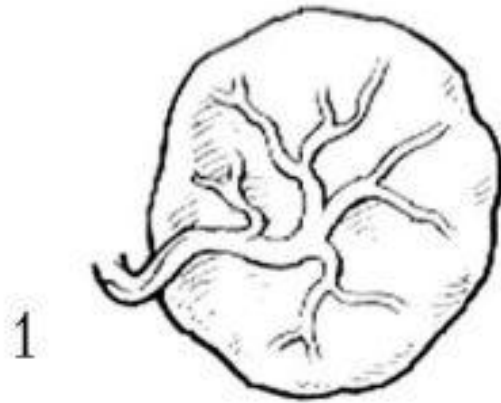
- **Физиологическая кровопотеря составляет 0,5% массы тела (максимальная кровопотеря - не более 400 мл).**

Осмотр последа и мягких родовых путей

- При осмотре оболочек определяют их целостность, расположение.
- Кровопотерю во время родов определяют путем измерения массы крови в градуированных сосудах и взвешивания промокших салфеток.

Варианты прикрепления оболочечной пуповины:

- 1 – центральное; 2 - боковое; 3 – краевое
4 - оболочечное.



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).

Спасибо за внимание!

