

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РОДЫ
КЛИНИЧЕСКОЕ ВЕДЕНИЕ
РОДОВ

- Современная концепция ведения родов была представлена Г.М. Савельевой и Е.А. Чернухой (1989).

Ведение первого периода родов.

- При поступлении в роддом
- При оценке жалоб выясняются время появления схваток, их регулярность, продолжительность, болезненность, а также время излития околоплодных вод. Собирается анамнез. Отражается течение настоящей беременности (путем опроса беременной и ознакомления с обменной картой беременной, которая имеется на руках). Уточняется срок беременности.

- Осуществляется общий осмотр, наружное и внутреннее акушерское обследование. Заключительным этапом обследования является влагалищное исследование, при котором определяется: раскрытие шейки матки; состояние краев маточного зева; наличие или отсутствие плодного пузыря; состояние предлежащей части плода, ее положение в малом тазу, швы роднички; состояние внутренних стенок таза для исключения патологических образований (экзостозы, опухоли); в тех случаях, когда удается достичь мыс, измеряют диагональную конъюгату.

Лабораторные исследования роженицы:

- клинический анализ крови;
- общий анализ мочи;
- **определение группы крови и резус-фактор.**

- С учетом срока беременности, периода родов, положения и предлежания плода, его состояния, наличия патологии беременности и сопутствующих заболеваний ставится диагноз и определяется прогноз и план ведения родов.

- В родах осуществляется наблюдение за общим состоянием роженицы, за своевременным опорожнением мочевого пузыря и прямой кишки; оценивается характер родовой деятельности, динамика раскрытия маточного зева, наличие или отсутствие плодного пузыря; состоянием внутриутробного плода,

- Наблюдение за общим состоянием роженицы заключается в оценке окраски кожных покровов, определении частоты пульса (каждые 30—40 мин), измерении АД (каждый час, при необходимости — чаще), частоты дыхания. Наблюдение за характером родовой деятельности состоит в определении длительности схватки, интервала между схватками, их болезненности. Записи в истории родов должны производиться каждые 2 часа.

- Продолжительность и частота схваток устанавливается путем пальпации матки. По мере прогрессирования родов длительность и частота схваток нарастают.
- Схватки устанавливаются первоначально с частотой 1–2 за 10 минут. В активную фазу родов частота схваток возрастает до 3–5 за 10 минут.
- Общая продолжительность первого периода родов у первородящих составляет 8–10 часов, у повторнородящих – 6–7 часов.

- Показателем эффективности родовой деятельности является раскрытие шейки матки. Скорость раскрытия шейки в начале родов (латентная фаза) составляет 0,35 см/ч; в активной фазе (открытие от 3 до 8 см) — 1,5-2 см/ч — у первородящих и 2 — 2,5 см/ч — у повторнородящих. Нижняя граница нормальной скорости раскрытия маточного зева в активной фазе у первородящих составляет 1,2 см/ч, у повторнородящих — 1,5 см/ч.

- Степень раскрытия маточного зева с определенной долей достоверности можно определять по высоте стояния контракционного кольца над верхним краем лонного сочленения. Контракционное кольцо стоит выше верхнего края лонного сочленения на столько поперечных пальцев на сколько раскрыт маточный зев (признак Шатца–Унтербергера).
- При полном раскрытии шейки матки, контракционное кольцо расположено на 10 см выше над симфизом.

- Для оценки сократительной активности матки проводится токография, которая позволяет с большей точностью оценить интенсивность схваток, их продолжительность, интервал между схватками, частоту схваток.

Показания к влагалищному исследованию в родах:

- при поступлении женщины в акушерский стационар
- при излитии околоплодных вод;
- с началом родовой деятельности;
- в динамике родового акта для определения раскрытия маточного зева (каждые 6 ч)
- при аномалиях родовой деятельности;
- перед проведением обезболивания;
- при появлении кровянистых выделений из родовых путей;
- изменение сердцебиения плода;
- неясность положения и предлежания плода, вставления предлежащей части;
- при двойне после рождения первого плода;
- необходимость перевода роженицы в другое лечебное учреждение;
- предстоящая операция.

- Состояние внутриутробного плода оценивается путем аускультации, а также методом кардиотокографии (КТГ). Для аускультации используют стетоскоп или переносные аппараты Допплера. Аускультацию следует проводить каждые 15–30 мин в первом периоде родов; подсчитывая частоту, оценивая ритм, звучность сердечных тонов.

- При физиологическом течении родового акта плод не страдает во время схваток. В норме частота сердечных сокращения (ЧСС) плода колеблется в пределах 120—160 в 1 мин. Частота сердцебиений плода существенно не меняется. Отклонения ее в первом периоде родов составляют ± 12 уд/мин. Дистресс плода может выражаться брадикардией (< 120 уд/мин), тахикардией (> 160 уд/мин) и др. изменениями.

- Наиболее информативным методом оценки состояния плода и характера родовой деятельности является постоянная КТГ. Вместе с тем возможен и перемежающийся мониторинг. При этом запись проводят в течение 30 мин в начале родов, а затем с регулярными интервалами длительностью около 20 мин. Электронный мониторинг показан у женщин высокого риска, при родовозбуждении, родостимуляции, при мекониальном окрашивании вод, при обвитии пуповиной, плацентарной недостаточности и др.

- После излития околоплодных вод для оценки состояния плода в родах возможно использование определения КОС крови плода. Данный метод был разработан E. Saling.
- Забор крови осуществляется из кожи предлежащей части: гиперкапния, снижение рН крови плода, рост дефицита оснований свидетельствует о кислородной недостаточности. Однако в настоящее время он практически оставлен, несмотря на свою информативность.

Ведение второго периода родов

- С наступлением полного раскрытия, чаще несколько раньше разрывается плодный пузырь, и начинается второй период родов – период изгнания. В течение этого периода необходимо следить за общим состоянием роженицы, характером родовой деятельности, темпом продвижения головки по родовому каналу и особенно за сердцебиением плода. С появлением потуг роженица должна находиться на кровати в удобном положении – на спине или на боку.

При ведении периода изгнания следует помнить:

- продолжение второго периода родов не должно превышать у первородящих 1–2 часов
- у повторнородящих – 1 часа.

- Продвижение головки плода по родовому каналу оценивается с помощью четвертого приема Леопольда, методом Пискачека и при влагалитщном исследовании.
- В периоде изгнания контроль за продвижением головки плода осуществляют с помощью приема Пискачека - пальцами правой руки, обернутыми марлей или через пеленку, надавливают на ткани в области большой половой губы, пытаясь при этом достичь головку плода. При нахождении головки плода в узкой части полости малого таза это удается.

- Во втором периоде родов следует учитывать выраженные изменения сердцебиения плода при прохождении узкой части полости малого таза. При этом возможно урежение сердцебиения плода до 110 уд/мин. И.С. Сидорова (2000) приводит следующие данные: во время схватки -156 ± 12 уд/мин, в промежутке между потугами $-156-160$ уд/мин, во время потуги -140 ± 22 уд/мин. Записи в истории родов осуществляют каждые 10 минут.

- *Оказание ручного пособия* в родах при затылочном предлежании проводится с целью защиты промежности от повреждений и для бережного выведения головки, плечевого пояса и туловища плода.

Для правильного оказания ручного пособия принципиальное значение имеет знание биомеханизма родов. При физиологическом течении роды протекают в затылочном предлежании. При этом в подавляющем большинстве случаев имеет место передний вид (94,5%).

- Различают четыре момента биомеханизма родов:
- первый момент – сгибание головки;
- второй момент – внутренний поворот головки;
- третий момент – разгибание головки;
- четвертый момент – внутренний поворот туловища и наружный поворот головки.

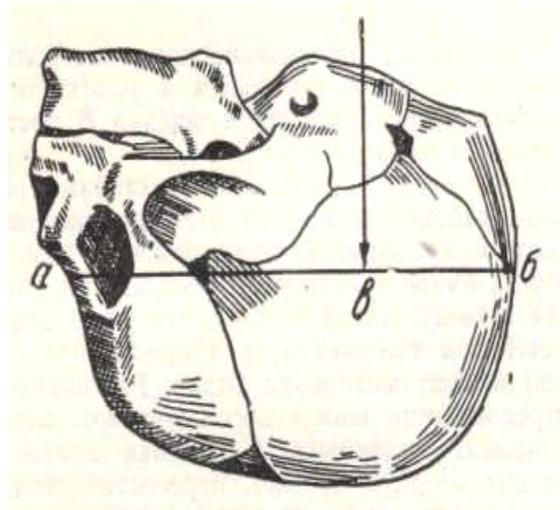
- *1-й момент*, сгибание головки, совершается во входе в малый таз. У первородящих женщин он начинается обычно еще в конце беременности, а у повторнородящих — с наступлением регулярных схваток, т. е. в первом периоде родов. Сгибание головки при вступлении ее во вход в малый таз объясняется образованием при затылочном предлежании неравноплечевого рычага (А. Я. Крассовский).

Он возникает в результате воздействия на головку двух противоположно направленных сил.

- Одна из них представляет воздействие родовых сил, которые передаются головке в области атланта-затылочного сочленения через позвоночник.
- В противоположном направлении действуют силы сопротивления поступательному движению головки со стороны костного кольца входа в малый таз и прилегающих к нему мышц.

- Позвоночник соединен с головкой не в центре, а ближе к затылку. В связи с этим образуется неравноплечный рычаг, на конце короткого плеча находится затылок, длинного – лоб. При поступательном движении головки ее затылочная часть опережает лобную, и в результате головка, вставляясь во вход в малый таз, сгибается. Благодаря сгибанию вставление головки происходит уменьшенным (средним косым) размером.
- К концу 1-го момента биомеханизма родов головка оказывается в широкой части полости малого таза .

Головка плода – механизм сгибания



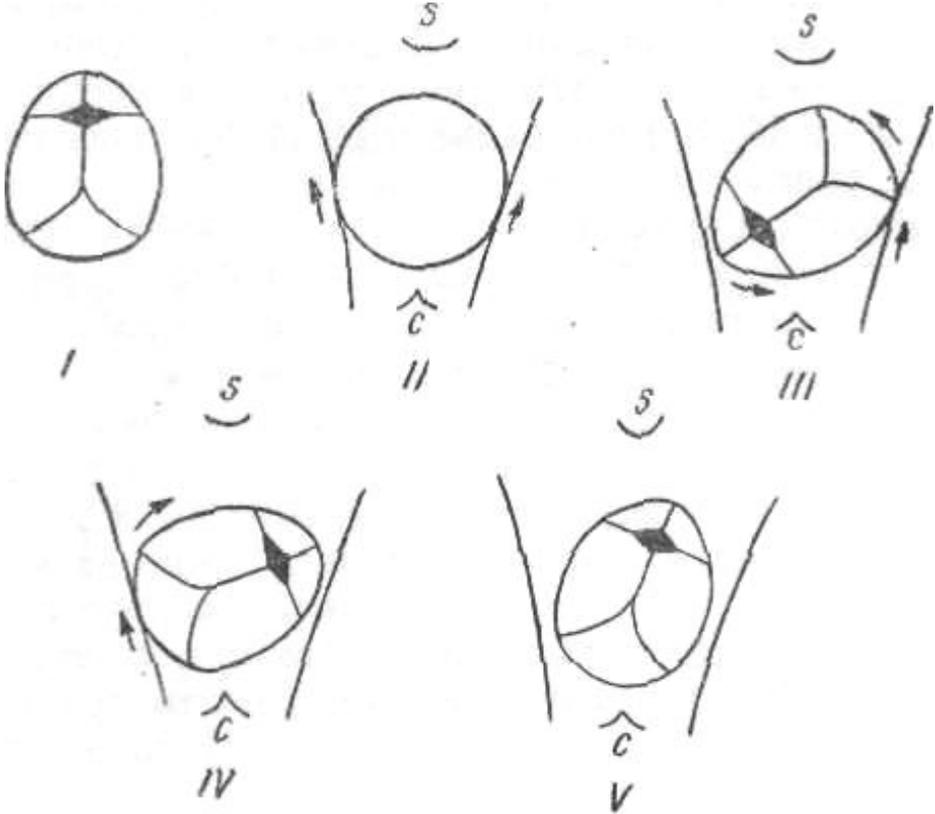
- *2-й момент* биомеханизма родов, внутренний поворот головки, происходит по мере дальнейшего поступательного движения плода. Он начинается при переходе головки из широкой части полости малого таза в узкую и заканчивается, когда головка опускается на тазовое дно.

Внутренний поворот головки совершается под влиянием 2 факторов.

Первый заключается в приспособлении наибольших размеров к наибольшим размерам таза. Головка устанавливается во входе в таз своим наибольшим в поперечном или одном из косых размеров входа в таз. Опускаясь в широкую часть полости малого таза, она сохраняет это положение, так как в широкой части, полости малого таза поперечный и прямой размеры равны между собой. В узкой части полости малого таза поперечный размер (10 см) оказывается меньше прямого (11 см). Поэтому, приспособляясь своим наибольшим размером к наибольшему размеру таза, головка в узкой части полости малого таза совершает внутренний, поворот.

- Второй фактор - состоит в воздействии на головку пристеночных мышц таза и леваторов. Пристеночные мышцы таза, к которым обращен затылок, испытывая большее раздражение, сокращается сильнее и заставляет головку поворачиваться до тех пор, пока она не установится симметрично по отношению к мышцам правой и левой стороны. Подобным образом воздействие на головку оказывают правая и левая ножки леваторов.

Схема внутреннего поворота головки под действием m.levator ani



- *3-й момент:* биомеханизма родов, разгибание головки, происходит при продолжающемся поступательном движении плода во втором периоде родов и совершается в выходе малого таза. Оказавшись на тазовом дне, головка под влиянием родовых сил устремляется затылком к месту наименьшего сопротивления—лонной дуге.

- Разгибание головки совершается после рождения ее затылка. Упираясь подзатылочной ямкой в нижний край лона (точки фиксации), головка разгибается. Таким образом головка вращается своей поперечной осью вокруг точки фиксации.
- Факторами, обуславливающими разгибание головки в выходе малого таза, являются, во-первых, изменение на тазовом дне направления проводной оси таза, и, во-вторых, воздействие на головку мышц промежности.

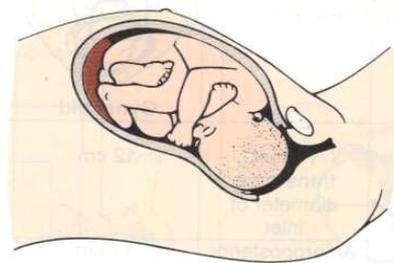
4-й момент биомеханизма родов—наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков.

- Следуя за головкой, плечики вступают во вход в малый таз своим поперечным размером. Дальнейшее поступательное движение плода сопровождается переходом плечиков из широкой части полости малого таза в узкую. При этом они совершают внутренний поворот. Достигая тазового дна, плечики устанавливаются своим поперечным размером в прямом размере выхода из малого таза.
- Внутренний поворот плечиков передается головке, которая вслед за ними совершает наружный поворот.

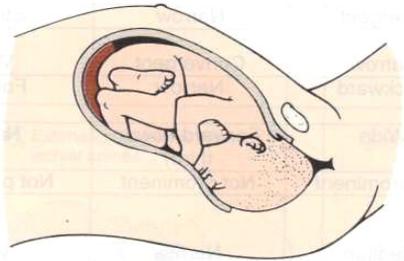
Биомеханизм родов



A Before engagement



B Engagement, flexion, descent



C Descent, rotation



D Complete rotation, early extension



E Complete extension



F Restitution



G Anterior shoulder delivery



H Posterior shoulder delivery

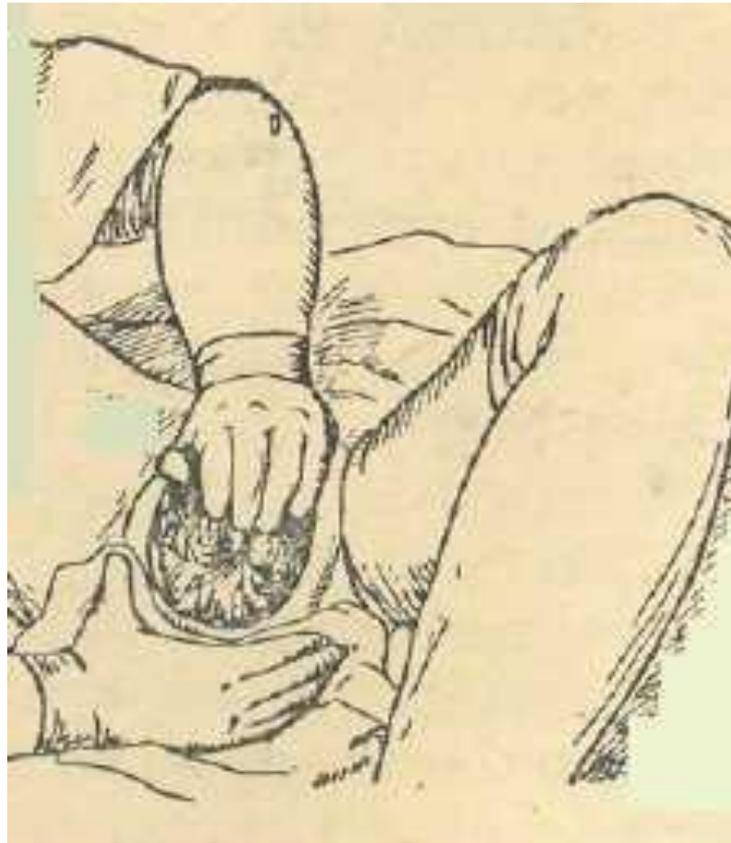
- Прием родов проводят на родильной кровати Рахманова, которая отличается от других моделей простотой и хорошей функциональностью. Врач вместе с акушеркой управляет потугами.

- Пока головка показывается в половой щели только во время схватки, а в промежутках между схватками уходит обратно, что называют «врезывается», акушерка ограничивается наблюдением. С того момента как головка врежется в половую щель и останется в таком положении и вне схватки, приступают к оказанию акушерского пособия

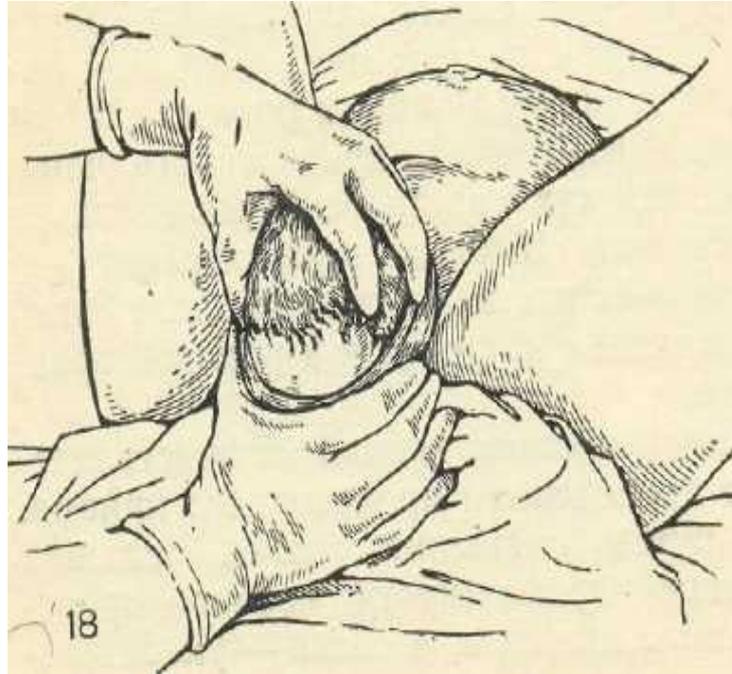
Для предупреждения разрыва промежности необходимо соблюдение ряда условий:

- медленное прорезывание головки плода через вульварное кольцо;
- прорезывание наименьшим размером (малым косым - 9,5 см или средним косым – 10 см);
- равномерное растяжение тканей вульварного кольца;
- бережное выведение плечиков.

- При оказании акушерского пособия наиболее рациональная следующая техника. Для этого акушерка становится справа от роженицы, спиной к ее голове, четырьмя пальцами левой руки во время схватки пытается задержать преждевременное разгибание головки, способствуя этим выхождению затылка из под симфиза. При этом кисть левой руки упирается запястьем в лобок и служит как бы фиксированным препятствием, которое поступающая головка не может преодолеть.



- Как только затылок родится в половой щели и акушерка прощупает его в своей ладони, «затылок выполняет ладонь», а с боков прощупываются теменные бугры приступают к выведению головки. В этот период роженицу просят не тужиться.
- Акушерка ладонью левой руки обхватывает головку плода и медленно приподнимает ее кверху, а ладонью правой руки с отведенным большим пальцем обхватывает промежность и осторожно «снимает» ее с головки.



- . Выводить головку нужно до того момента, когда промежность не сойдет с подбородка. Родившаяся головка обычно поворачивается в сторону бедра матери. Если поворот головки задерживается, роженицу просят потужиться. При этом головка поворачивается затылком в сторону бедра матери. Затем акушерка приступает к выведению плечиков. Для этого она захватывает головку двумя руками и оттягивает ее книзу, выводит переднее плечико так, чтобы верхняя его треть подошла под симфиз и образовала точку фиксации.



- Вслед за этим левой рукой головку приподнимают вверх, а правой рукой осторожно сдвигают промежность с заднего плечика. После того, как родились оба плечика, акушерка со стороны спинки плода вводит указательные пальцы в подмышечные впадины и приподнимая кверху, извлекает его полностью из родовых путей.

- При оказании ручного пособия не исключено возникновение родовой травмы. Так, родовая травма спинного мозга наиболее часто возникает при «активной защите промежности», поворотах головки плода и тяге за головку при фиксированных плечиках

После рождения плода осуществляется первичный туалет новорожденного, заключающийся:

- а) в отсасывании слизи из носоглотки с помощью электроотсоса или резиновой груши;
- б) профилактике гонобленорее путем закапывания 2 капель в конъюнктивальные мешки 30% сульфацил–натрия;
- в) первичной и вторичной обработки пуповины;
- г) удаления избытка сыровидной смазки тампоном, смоченным стерильным подсолнечным маслом;
- д) измерении антропометрических данных.

- Обработка пуповины заключается в следующем. На пуповину, предварительно обработанную 0,5% р-р хлоргексидина глюконата в 70% этиловом спирте; отступя 10 см от пупочного кольца, накладывают 2 зажима отступя друг от друга на 2 см. Участок между зажимами обрабатывают повторно, после чего пуповину пересекают.
- Новорожденного помещают в стерильных пеленках на пеленальный столик, подогреваемый сверху специальной лампой, после чего его осматривает неонатолог.

- Затем с помощью щипцов накладывається металлическая скобка Роговина отступя 0,5 см от кожного края пупочного кольца. Щипцы со скобкой смыкают до их защемления. Остаток пуповины отрезают на 0,5— 0,7 см выше края скобки. Пупочную рану обрабатывают раствором 5 % калия перманганата или 0,5 % раствором хлоргексидина глюконата в 70 % этиловом спирте. После наложения скобки на пуповину можно использовать пленкообразующие препараты.

- Состояние новорожденного в первую минуту и через пять минут после рождения оценивают по шкале Апгар. Данная шкала была предложена в 1953 г. педиатром Верджинией Апгар

Оценка состояния новорожденных после рождения по шкале Апгар

Признак	Баллы		
	0	1	2
Сердцебиение	Отсутствует	Менее 100 в мин	Более 100 в мин
Дыхание	Отсутствует	Редкие единичные дыхательные движения	Нормальное, громкий крик
Окраска кожи	Белая или резко цианотичная	Розовая, конечности синие	Розовая
Мышечный тонус	Отсутствует	Снижен	Активные движения
Рефлекторная возбудимость (раздражение подошв, носоглотки носовым катетером)	Нет реакции	Гримаса или движение	Движения, громкий крик

- Большинство новорожденных в первую минуту получают оценку 7–8 баллов. На 5 минуте оценка повышается на 1–2 балла. Оценка по шкале Апгар 5–6 баллов свидетельствует об асфиксии средней степени, а 4 и ниже баллов – о тяжелой асфиксии.

Ведение третьего периода родов

- Тактика ведения третьего периода родов должна носить активно-выжидательный характер.

- При нормальном течении родов сразу после рождения плода под роженицу подкладывается стерильное судно для учета объема кровопотери. Одновременно в отдельный тазик выпускается моча с помощью катетера. Считается, что опорожнение мочевого пузыря способствует нормальному сокращению матки. Тяжесть на живот при крупном плоде, многоводии, многоплодии.

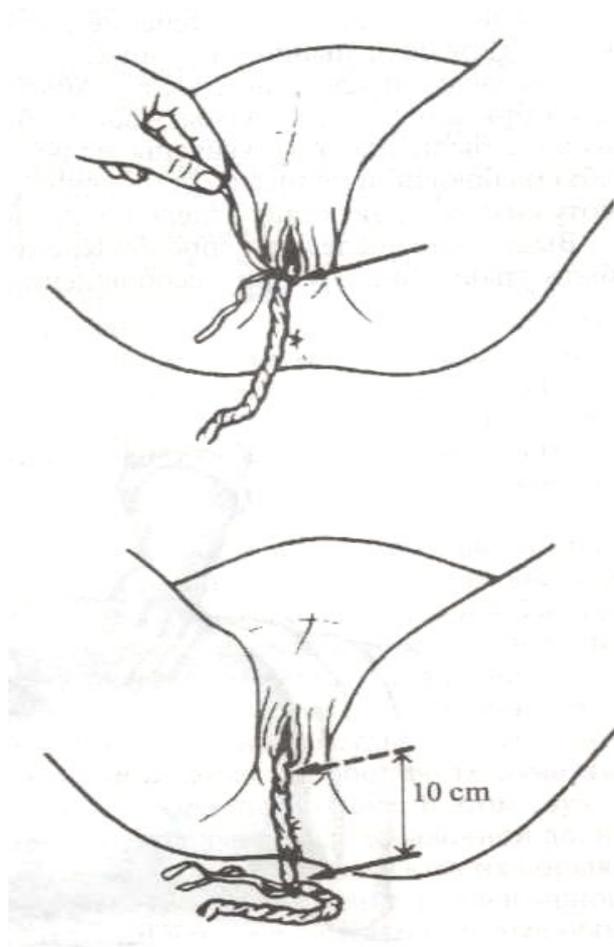
- В настоящее время с профилактической целью рекомендуется внутривенное реже внутримышечное введение утеротонических средств (окситоцин, синтоцинон, метилэргометрин и т.д.) после рождения переднего плечика или после рождения плода (Чернуха Е.А., 1999).

Существует следующая схема введения сокращающих матку средств:

- в момент прорезывания головки или рождения переднего плечика: внутривенное введение 1,0 метилэргометрина или 0,5 мл окситоцина вместе с 20 мл 40% раствора глюкозы; внутривенное капельное введение 1 мл окситоцина в 500 мл 5% раствора глюкозы. Возможно, их введение внутримышечно (Г.М. Савельева, 1978);
- рекомендуется также введение утеротоников в момент прорезывания головки у повторнородящих и в момент рождения головки у первородящих женщин.

- Об отделении плаценты судят по наличию 2–3 нижеперечисленных признаков. К наиболее информативным относятся признаки Альфельда и Чукалова–Кюстнера. После рождения последа необходимо убедиться в целостности плаценты и оболочек. Должны быть тщательно осмотрены сосуды пуповины, так как при отсутствии пупочной артерии частота врожденных аномалий развития достигает 30%; в особенности это касается почек и сердечно-сосудистой системы.

Признак Альфельда



- Физиологической кровопотерей принято считать ее величину до 250 мл, пограничной от 250 до 400 мл, патологической превышающую 400 мл. К ручному отделению плаценты приступают при патологической кровопотери (более 400 мл или 0,5% массы тела) или длительности последового периода превышающей 30 мин.

- После рождения последа необходимо убедиться в целостности плаценты и оболочек. При оценке кровопотери следует учитывать тот факт, что при кровопотери в родах ≥ 300 мл, акушерский персонал недооценивает ее истинную величину.

- Осмотр наружных половых органов производят на родильной кровати. Затем в малой операционной осматривают шейку матки и влагалище с помощью зеркал. Обнаруженные разрывы мягких родовых путей зашивают.
- В течение 2-х часов после рождения последа родильница находится в родильном отделении под наблюдением дежурящего персонала. Оценивается общее состояние, величина и тонус матки, величина кровопотери.
- При физиологическом течении родов и раннего послеродового периода родильница вместе с новорожденным переводится в послеродовое отделение.