



ПЛОД КАК ОБЪЕКТ РОДОВ

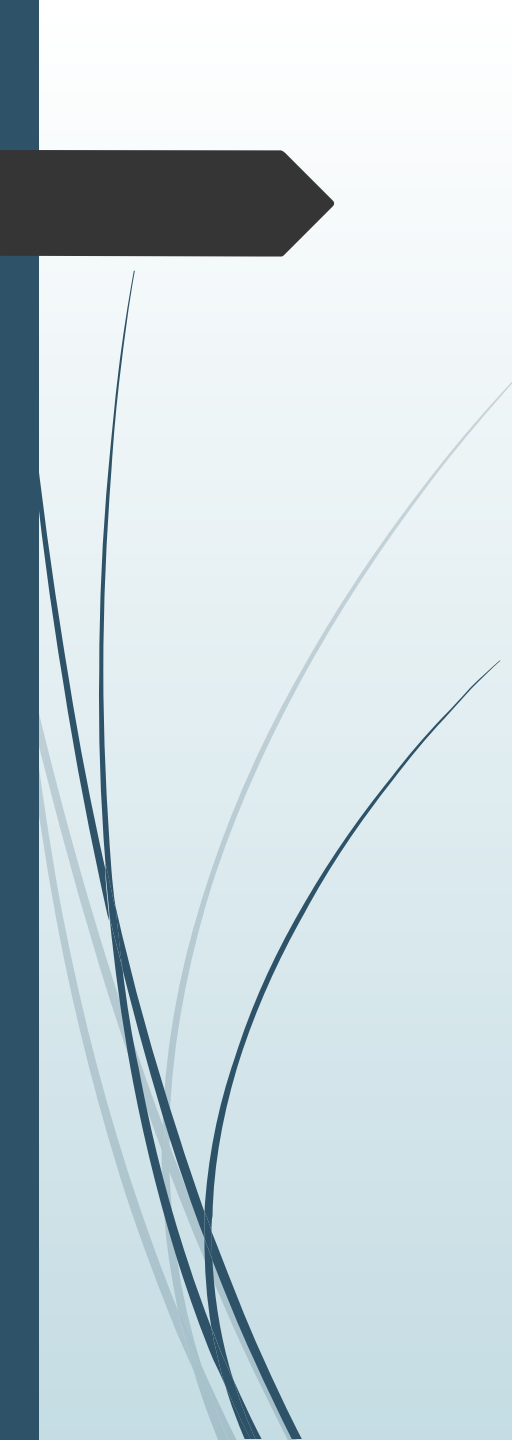
Голубицина Е.В.



Существует «понятие зрелость» и «доношенность» плода:

- Зрелость – характерные признаки физического развития плода.
- Доношенность – определяется сроком его пребывания в матке с момента зачатия до родов.

Зрелый и доношенный плод имеет массу тела более 2 кг и длину тела более 45 см. Он проявляет активность, издает громкий крик. Имеет достаточно развитый подкожно-жировой слой, розовый цвет кожи, плотные хрящи ушных раковин и носа, волосы на голове 2-3 см. Пушок сохранен только на плечевом поясе и верхней трети спины, пуповина расположена по середине между лоном и мечевидным отростком. У мальчиков яички опущены в мошонку, у девочек клитор и малые половые губы прикрыты большими половыми губами.



Наибольшее влияние на течение родового акта оказывает головка плода:

1. Во время родов именно головка ввиду объемности и плотности испытывает наибольшее затруднение со стороны родовых путей, препятствующих её продвижению.
2. От степени плотности и подвижности костей черепа в значительной мере зависит возможность родовой травмы матери (повреждение родовых путей) и плода (внутричерепные кровоизлияния).
3. Оознавательные пункты на головке – стреловидный шов, большой и малый родничок – необходимо знать и использовать в процессе родов в диагностических целях, так как при головных предлежаниях плода происходит около 96 % всех родов.



Головка зрелого плода:

Состоит из мозговой и лицевой части:

Мозговая часть – имеет семь костей:

две лобные,
две височные,
две теменные,
одна затылочная.

Кости лицевого черепа – не оказывают существенного влияния на течение биомеханизма родов.

Головка зрелого плода:

Кости мозговой части черепа соединены фиброзными перепонками – швами.

Различают следующие швы:

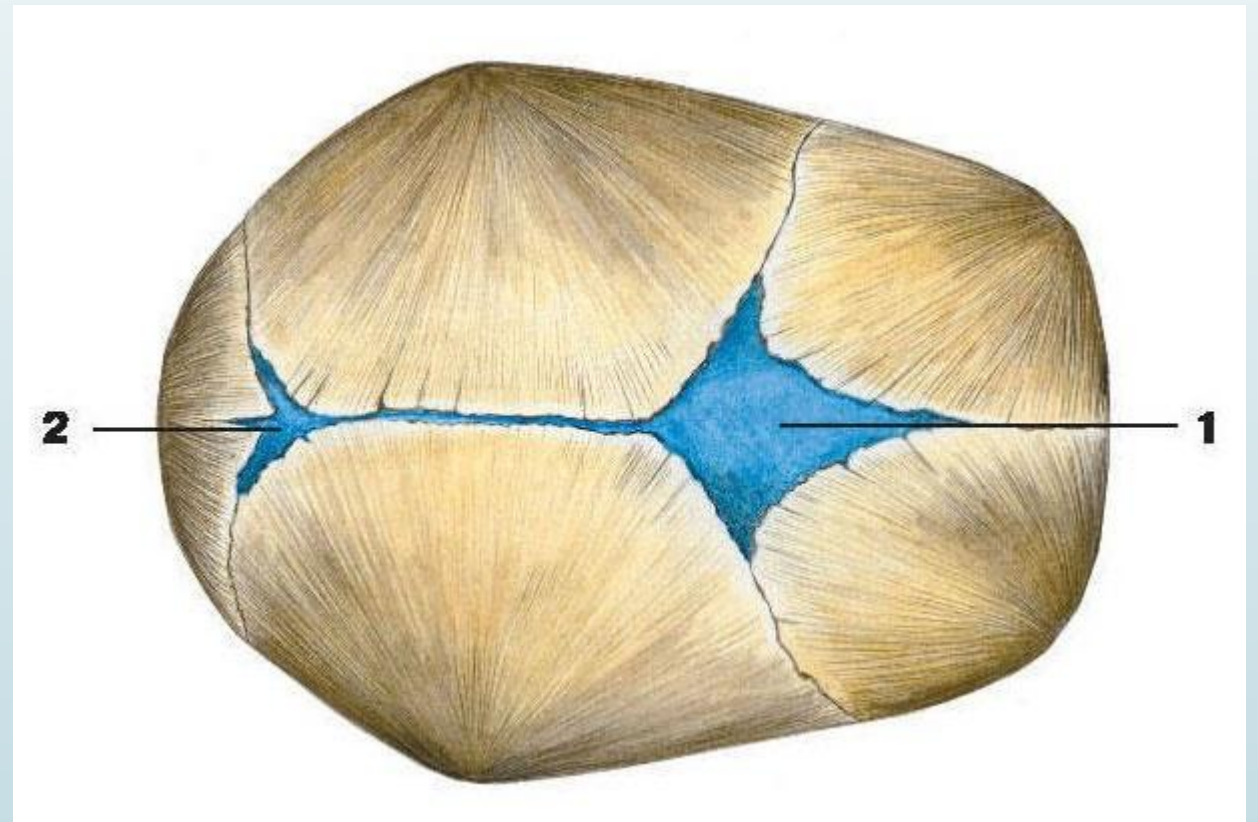
- Стреловидный – расположен между краями теменных костей и двумя родничками – большим и малым.
- Лобный - расположен между двумя лобными костями.
- Затылочный – расположен между задними краями теменных костей и затылочной костью.
- Венечный – расположен между лобными и теменными костями.

Головка зрелого плода:

Места пересечения швов называются **родничками**. Различают:

1. Большой родничок – имеет форму ромба и расположен на месте пересечения венечного, лобного и стреловидного швов. Он объединяет 4 кости: 2 лобные и 2 теменные.

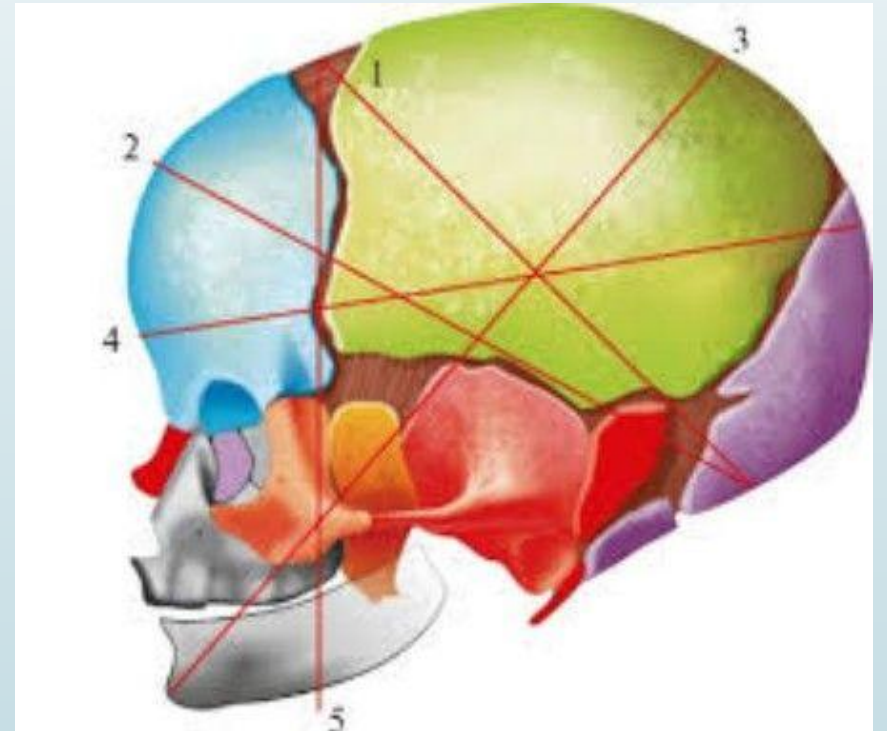
2. Малый родничок – имеет треугольную форму и расположен на месте пересечения стреловидного и затылочного швов.



Головка зрелого плода:

Размеры:

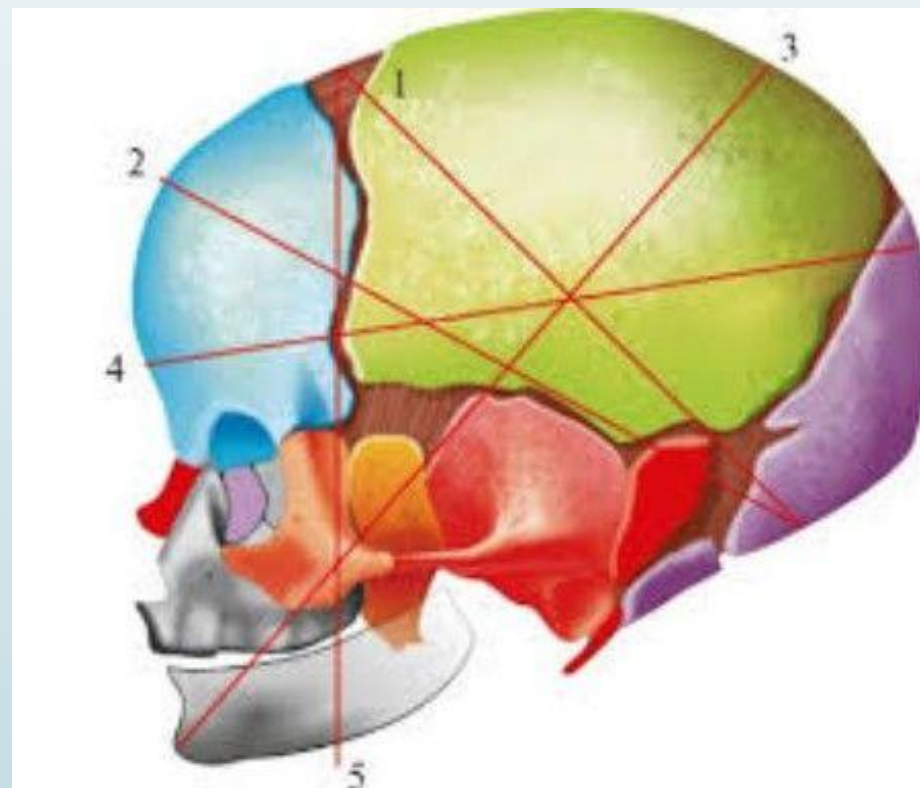
- 1. Малый косой размер** – от центра большого родничка до подзатылочной ямки. Он равен 9,5 см. Окружность, соответствующая ему, равна 32 см.
- 2. Средний косой размер** – от подзатылочной ямки до границы волосистой части головы, равен 10 см, окружность, ему соответствующая, - 33 см.
- 3. Большой косой размер** – от подбородка до макушки. Он равен 13 см, окружность, ему соответствующая, - 42 см.



Головка зрелого плода:

Размеры:

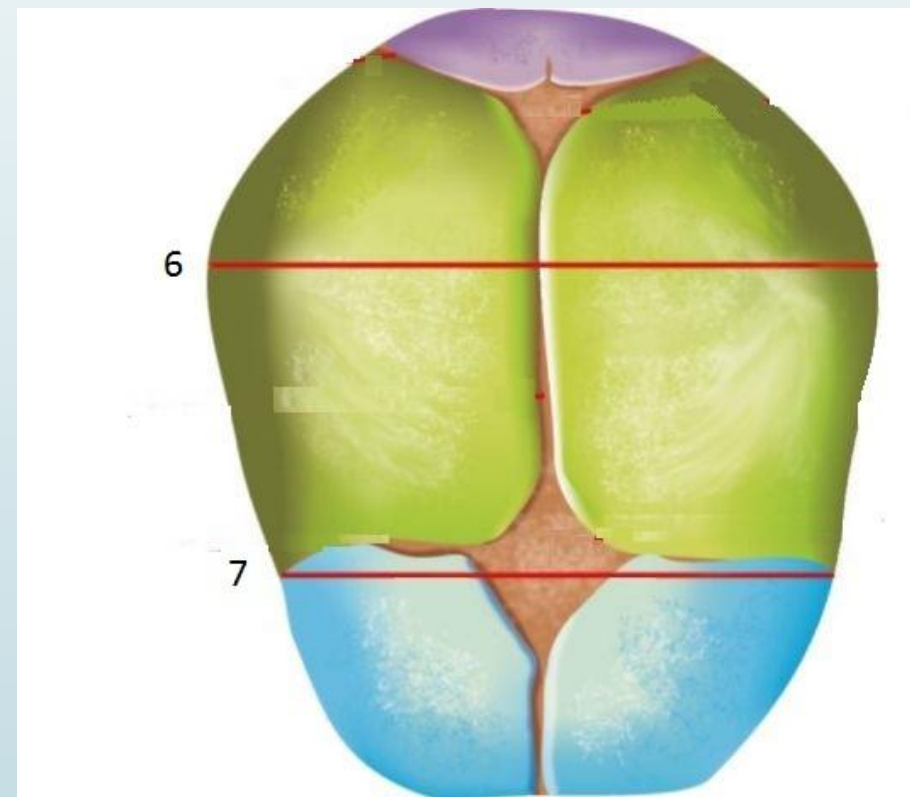
- 4. Прямой размер** – от надпереносья до затылочного бугра, размер этот равен 12 см, окружность, ему соответствующая, - 35 см.
- 5. Вертикальный или отвесный размер** – от подъязычной кости до центра большого родничка. Размер равен 9,5 см, окружность – 32 см.



Головка зрелого плода:

Размеры:

- 6. Большой поперечный размер** – расстояние между наиболее отдаленными точками теменных бугров. Он равен 9,5 см.
- 7. Малый поперечный размер** – между наиболее отдаленными точками венечного шва, т.е. височными ямками, он равен 8 см.



Туловище зрелого плода:

Различают размеры:

- 1. Поперечный размер плечиков**
 - Он равен 12 см. Окружность – 35 см.
- 2. Поперечный размер ягодиц**
 - Он равен 9 см. Окружность – 28 см.



Определение расположения плода в

матке: для точного определения расположения плода в матке во время беременности и в родах используются следующие акушерские термины: членорасположение плода,

положение плода,

позиция плода,

вид позиции плода.

Членорасположение – отношение конечностей и головки к туловищу плода. Физиологическим является согнутое членорасположение плода – головка согнута и подбородок прижат к груди, спинка выгнута кнаружи, ручки согнуты в локтевых суставах и скрещены на груди. Ножки согнуты в тазобедренных и коленных суставах, разогнуты в голеностопных, скрещены и прижаты к животу. При таком членорасположении плод имеет овальную форму и занимает в полости матки наименьший объем.

Разогнутое членорасположение – является отклонением от физиологического и приводит к патологическому течению родов.

Определение расположения плода в

Матке: **Положение плода** - отношение оси плода к вертикальной оси матки. Ось плода – это линия, проходящая по спинке плода от затылка до копчика.

Различают 3 варианта положения плода в матке:

- продольное.
- поперечное.
- косое.

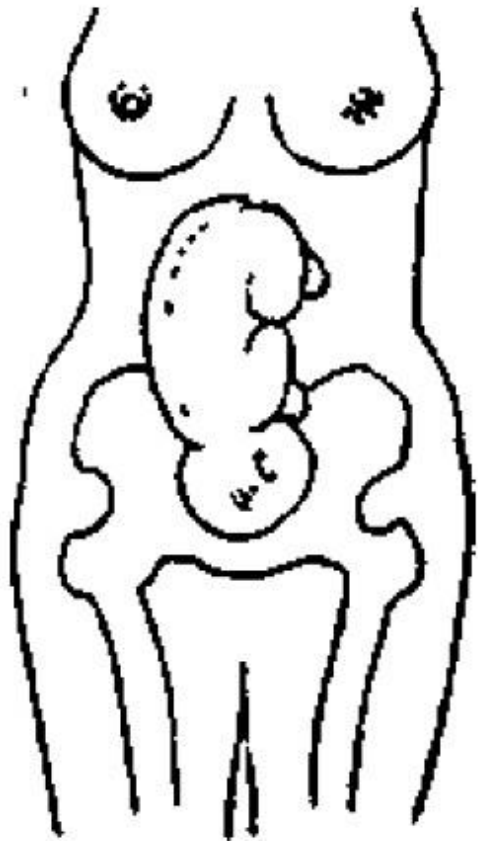
Продольное положение – ось плода совпадает с вертикальной осью матки. Это положение считается физиологическим.

Поперечное положение – ось плода и ось матки перекрещиваются под прямым углом, а головка и ягодицы плода находятся на уровне границы большого таза.

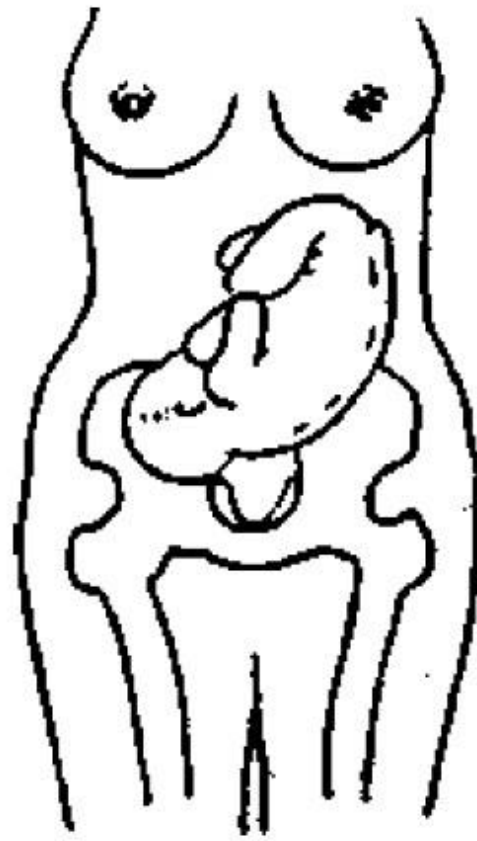
Косое положение – ось плода и ось матки перекрещиваются под острым углом, при этом головка или тазовый конец плода расположен в одной из подвздошных областей.

Поперечное и косое положение плода встречается в 0,5% случаев, относятся к патологическим состояниям, так как создают препятствие для рождения плода через естественные родовые пути.

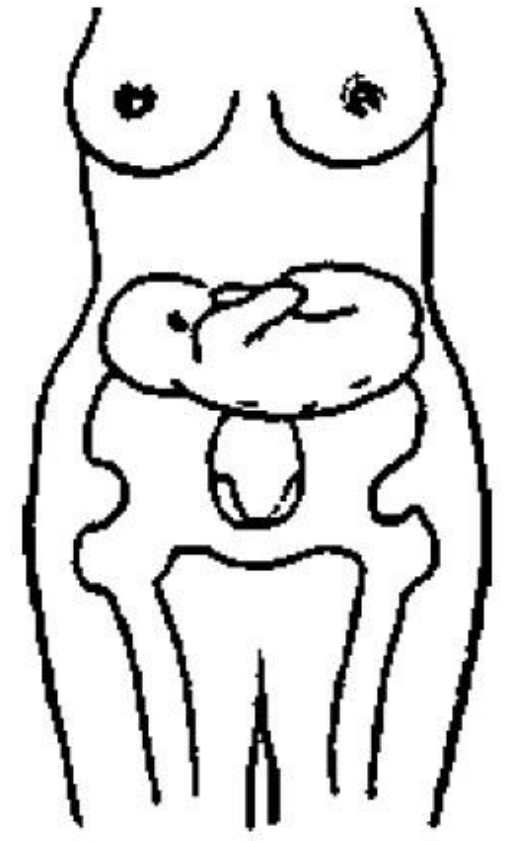
Определение расположения плода в матке



продольное



косое



поперечное

Определение расположения плода в

Позиция плода - отношение спинки плода к правой или левой стороне матки.

I позиция – спинка плода обращена к левой стороне матки.

II позиция – спинка плода обращена к правой стороне матки.

При поперечных и косых положениях плода позицию определяют по головке плода:

- Головка расположена в левой половине матки - **I позиция**;
- Головка расположена в правой половине матки - **II позиция**.

Определение расположения плода в

матке:
Вид позиции плода - отношение спинки плода к передней или задней стороне матки. Спинка плода направлена не только к одной из боковых сторон матки, но и несколько кпереди или кзади.

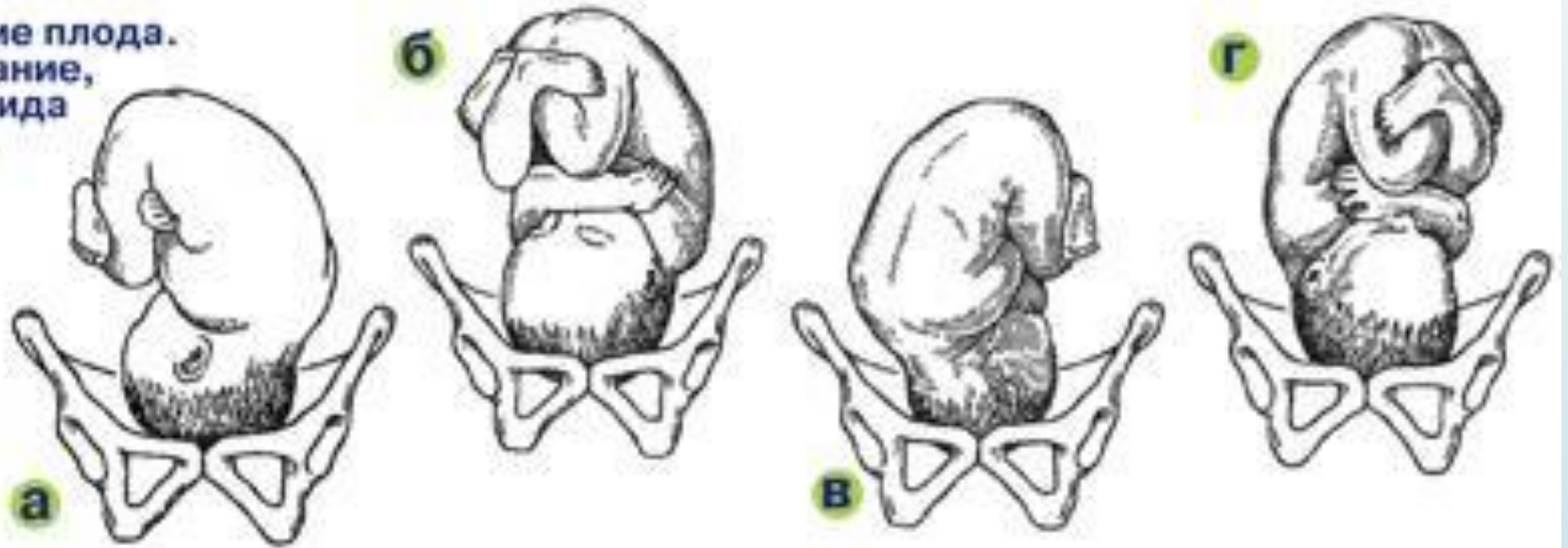
Передний вид - спинка плода обращена кпереди.

Задний вид – спинка плода обращена кзади.

Определение расположения плода в матке:

**Продольное положение плода.
Затылочное предлежание,
варианты позиции и вида**

- а** первая позиция, передний вид
- б** первая позиция, задний вид
- в** вторая позиция, передний вид
- г** вторая позиция, задний вид



Определение расположения плода в матке:

Предлежание плода - отношение крупной части плода к плоскости входа в полость малого таза.

Предлежащей частью плода называется та часть, которая во время родов первой опускается в полость малого таза.

Различают:

- ▣ **Головное предлежание** – когда над входом в полость малого таза находится головка плода.
- ▣ **Тазовое предлежание** – когда над входом в полость малого таза находится тазовый конец плода.

Определение расположения плода в мат



**головное
предлежание**



**тазовое
предлежание**



Определение расположения плода в

матке: В течение первой половины беременности плод, имея небольшие размеры, может изменять своё положение в матке – неустойчивое положение плода.

По мере своего развития плод занимает определенное положение. Продольное положение к моменту наступления родов не меняется, поперечные (косые) положения плода с началом родовой деятельности иногда переходит в продольные.

Физиологическое расположение у живого плода сохраняется до самого его рождения.



Определение срока беременности:

В акушерстве принято определять срок беременности в неделях или акушерских лунных месяцах. Лунный месяц равен 4 неделям или 28 дням.

В течение первых трех месяцев беременности матка находится в полости малого таза и определяется только при влагалищном исследовании. Далее при пальпации живота отмечается высота стояния дна матки над лоном.

Определение срока беременности:

Срок беременности в акуш. месяцах и неделях	Размер матки и высота стояния дна
Конец 1го месяца 4 недели	Размер куриного яйца
Конец 2го месяца 8 недель	Величина женского кулака
Конец 3го месяца 12 недель	Матка величиной с голову новорожденного, дно доходит до верхнего края лона
Конец 4го месяца 16 недель	На 6 см выше лона
Конец 5го месяца 20 недель	На 12 см выше лона
Конец 6го месяца 24 недели	На 20 см выше лона
Конец 7го месяца 28 недель	На 24 см выше лона
Конец 8го месяца 32 недели	На 28-30 см выше лона
Конец 9го месяца 36 недель	На 34-36 см выше лона или на уровне мечевидного отростка грудины
Конец 10го месяца 40 недель	Дно матки опускается до уровня 32 недель



Определение срока беременности:

Опускание дна матки на сроке 40 недель обусловлено тем, что головка опускается и прижимается ко входу в малый таз (характерно для первородящих женщин). У рожавших в следствие перерастянутой брюшной стенки головка остается подвижной над входом в таз до самых родов, дно же матки опускается вниз.

Шевеление плода – первородящие в 20 недель;
повторнородящие в 18 недель.

Специальное наружное акушерское обследование

Приёмы наружного акушерского исследования – это последовательно проводимая пальпация матки, состоящая из ряда определенных приёмов.

Обследуемая женщина находится в положении на спине, врач сидит справа от беременной лицом к ней.

- ▣ **I приём наружного акушерского исследования** – применяют для определения высоты стояния дна матки и его формы. Для этого акушер ладонные поверхности обеих рук располагает на матке таким образом, что бы они охватывали её дно.
- ▣ **II приём наружного акушерского исследования** – позволяет определить положение плода и его позицию. Для этого акушер постепенно спускает руки со дна матки на правую и левую её стороны и, осторожно надавливая ладонями и пальцами рук на боковые поверхности матки, определяет с одной стороны спинку плода по её широкой и плотной поверхности, а с другой – мелкие части плода (ручки, ножки).

Специальное наружное акушерское обследование



Специальное наружное акушерское обследование

- **III приём наружного акушерского исследования** – позволяет определить предлежащую часть плода. Для этого одной рукой охватывают предлежащую часть и определяют: головка это или тазовый конец.
- **IV приём наружного акушерского исследования** – применяют для определения местонахождения головки по отношению ко входу в малый таз. Для выполнения этого приёма акушер становится лицом к ногам обследуемой, кладет руки по обеим сторонам нижнего отдела матки таким образом, что бы пальцы обеих рук как бы сходились друг с другом над плоскостью входа в малый таз, и пальпирует предлежащую часть. Если при этом пальцы рук подведены под головку, то она находится над входом в малый таз. Если головка находится в малом тазу – пальцы обеих рук будут располагаться параллельно друг другу.

Специальное наружное акушерское обследование



Аускультация

Позволяет выслушивать сердечные тоны плода и тем самым установить наличие беременности живого плода или многоплодной беременности.

Стетоскоп плотно прижимают к передней брюшной стенке и постепенно передвигая по всему животу, находят точку наиболее ясного сердцебиения плода.

Нормальные параметры сердцебиения внутриутробного плода имеют три основные характеристики: частоту,

ритм,

ясность.

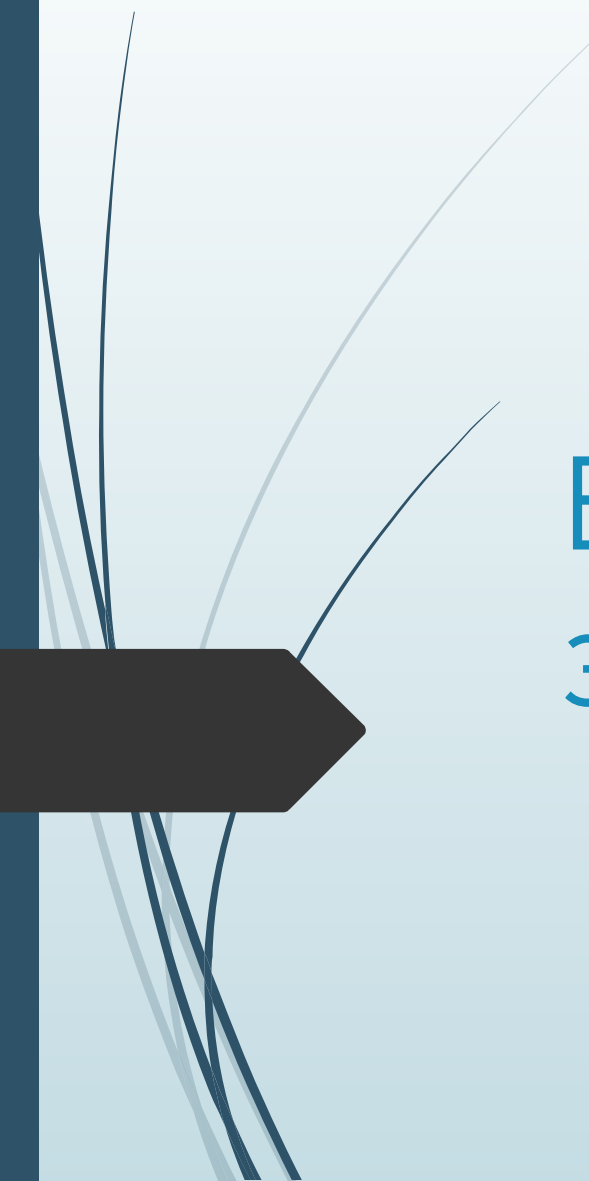
В норме: ЧСС=120-140 в', ясные ритмичные.

Лучше всего выслушивается сердцебиение:

при головных предлежаниях – ниже пупка;

при тазовых предлежаниях – выше пупка.

По сердцебиению можно предположительно определить положение, позицию и вид позиции плода.



Биомеханизм родов при затылочных предлежаниях

Биомеханизм родов при затылочных

предлежаниях

Это закономерная совокупность поступательных и вращательных движений, которые производит плод, проходя по родовому каналу.

Роды в затылочном предлежании составляют около 96% всех родов.

Это такое предлежание, когда головка находится в согнутом состоянии и наиболее низко расположенной областью её является затылок.

В затылочном предлежании может быть передний и задний вид. Передний вид чаще наблюдается при I позиции, а задний вид при II позиции.

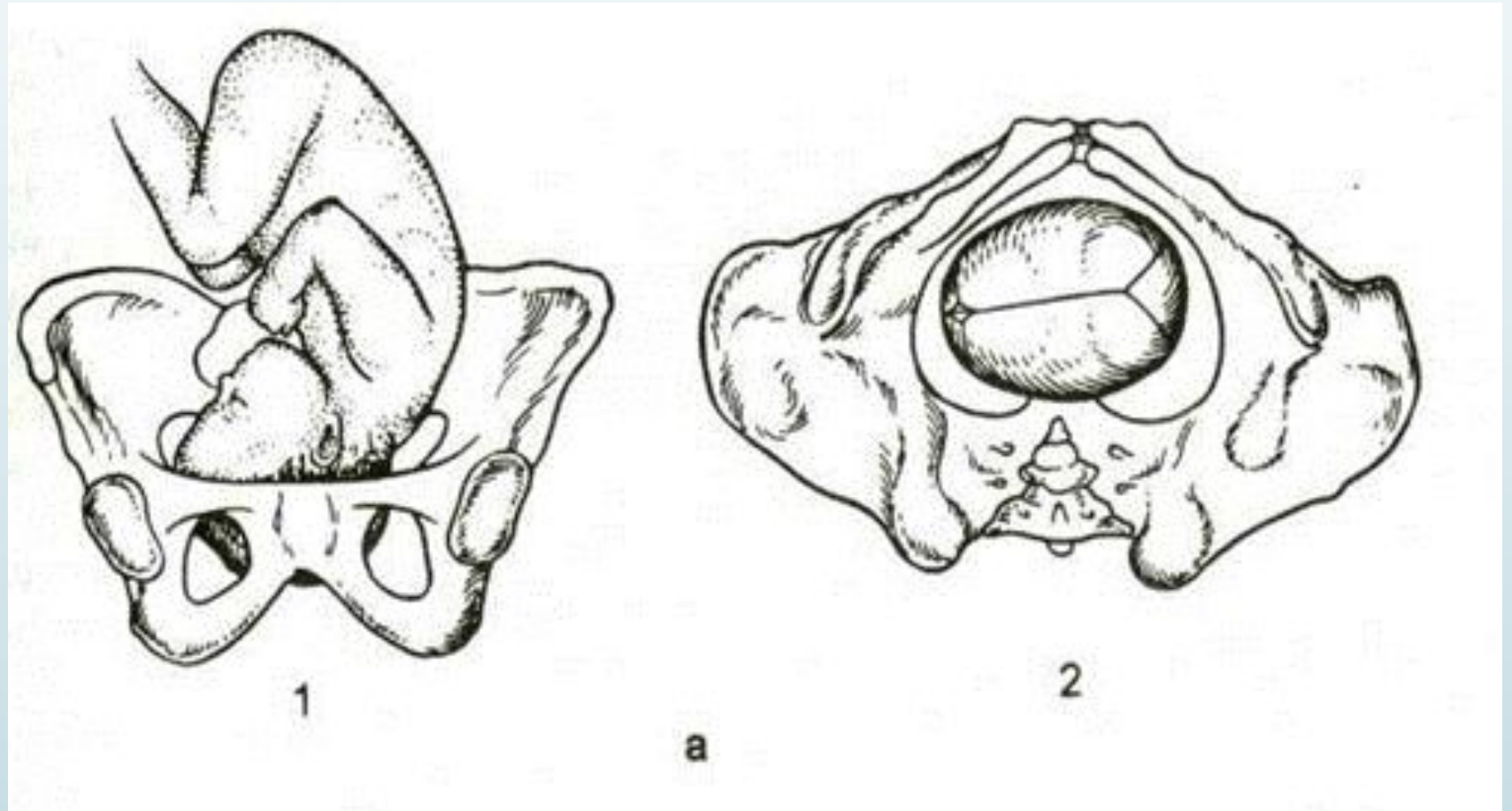
Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания:

I момент:

Начинается со вставления головки во вход малого таза при развившейся родовой деятельности. Вставление головки происходит в поперечном или одном из косых размеров входа в малый таз. Вставление головки осуществляется в состоянии умеренного ее сгибания, в результате чего по проводной линии продвигается макушка. Головка вставляется таким образом, что стреловидный шов располагается на одинаковом расстоянии от лона до мыса – синклитическое вставление. Размер вставления – размер (и окружность ему соответствующая) на предлежащей части плода, которым она вставляется в один из размеров плоскости входа в малый таз. В данном случае — малый косой размер от центра большого родничка до подзатылочной ямки. Равен 9,5 см, окружность, соответствующая ему, равна 32 см. Ведущая (проводная) точка — точка на предлежащей части, которая продвигается по проводной линии, первая опускается на каждую нижележащую плоскость малого таза, при влагищном исследовании определяется в центре малого таза, и первой рождается из половых путей. При переднем виде затылочного предлежания это точка, расположенная на стреловидном шве возле большого родничка.

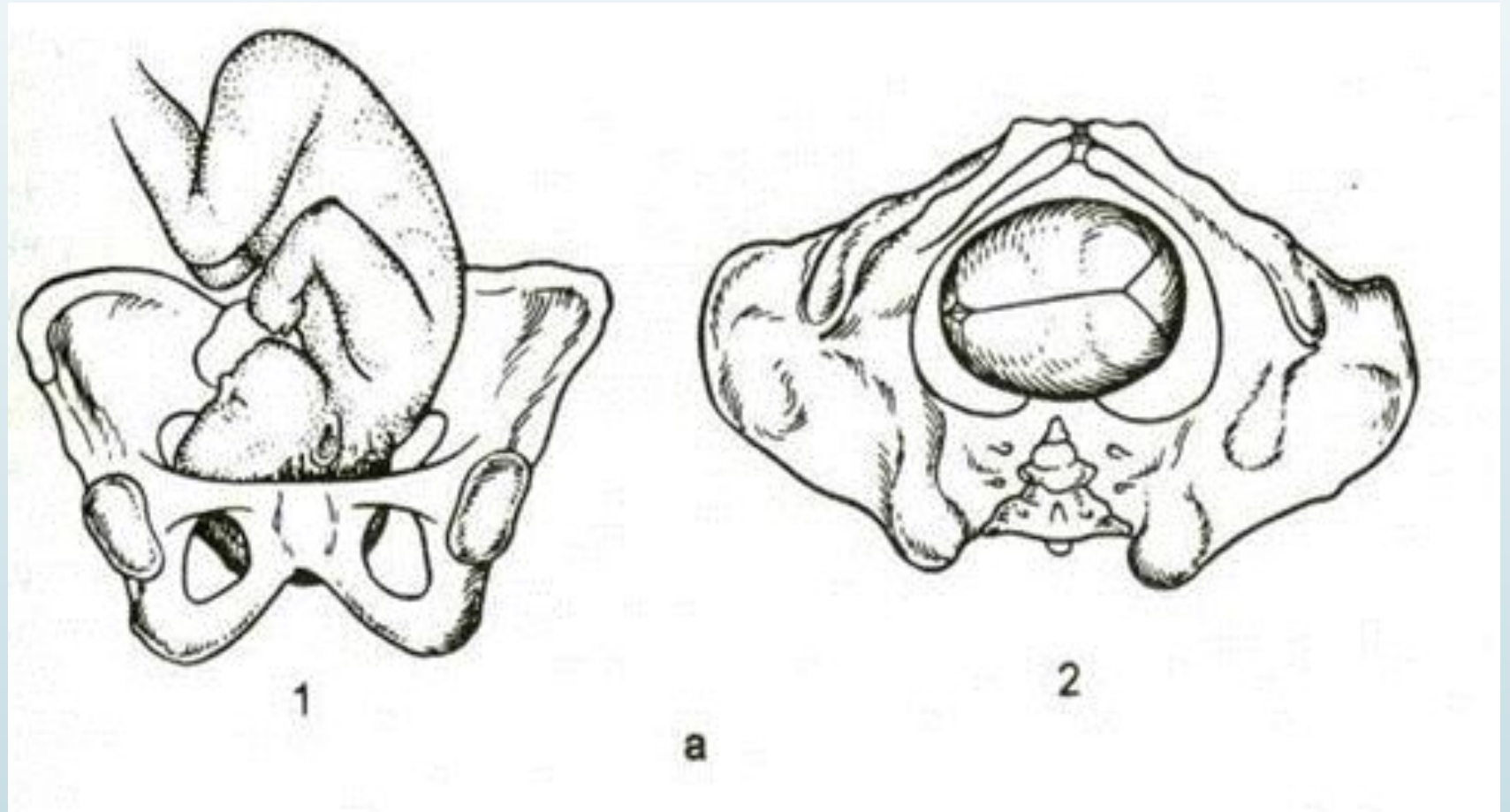
Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания:


I момент:



Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания:

I момент:





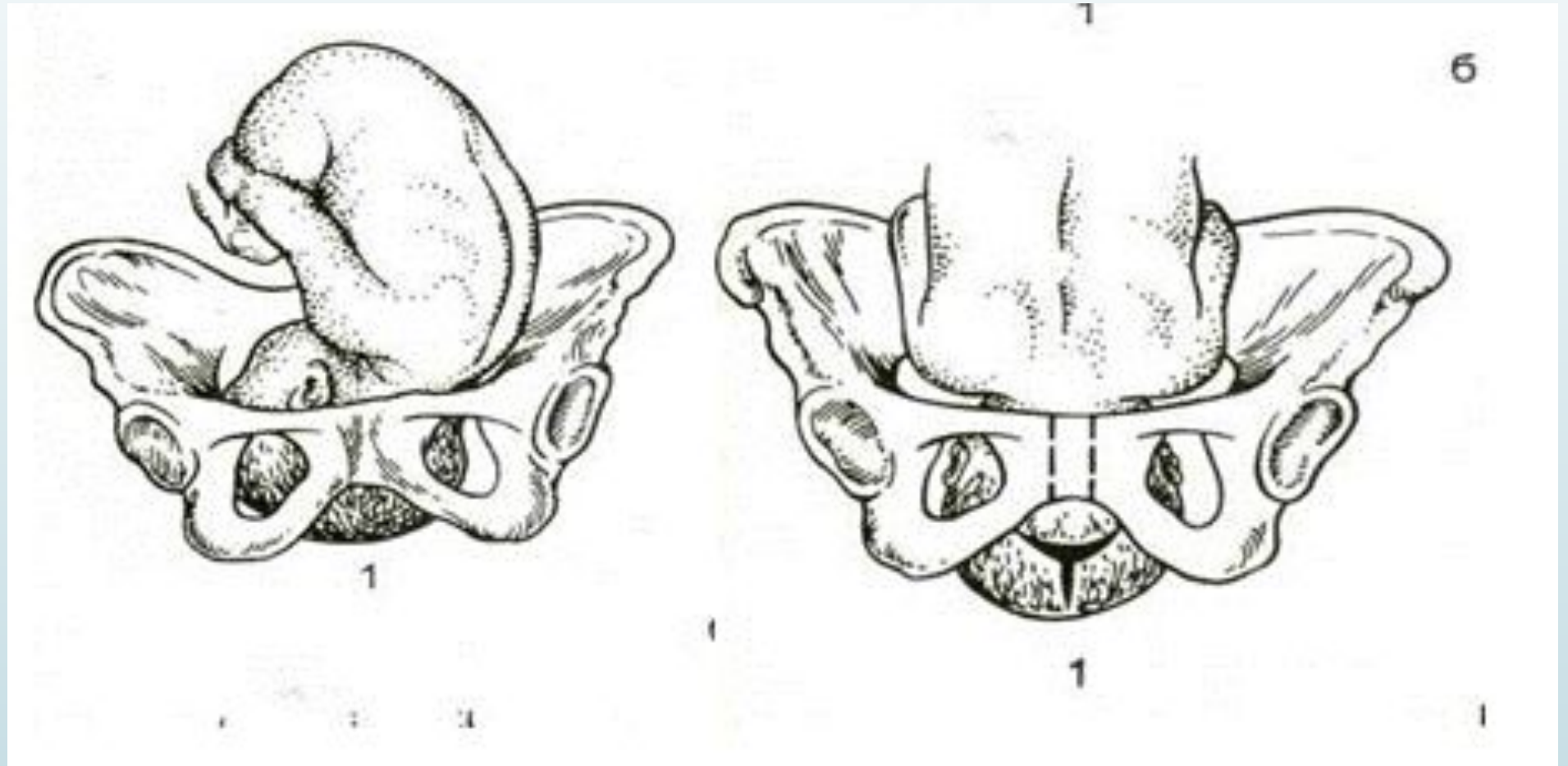
Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания:

II момент:

Правильный внутренний поворот головки и ее поступательное движение. Второй момент биомеханизма родов начинается после того, как головка согнулась и вставилась во вход в малый таз. Затем головка в состоянии умеренного сгибания в одном из косых размеров проходит широкую часть полости малого таза, где и начинается внутренний поворот. В узкой части полости малого таза головка заканчивает вращательное движение на 45° с образованием переднего вида (поэтому здесь внутренний поворот называется правильным, при неправильном повороте образуется задний вид затылочного предлежания). В результате этого головка из косого размера переходит в прямой. Поворот завершается, когда головка достигает плоскости выхода из малого таза. Поворот завершается, когда головка установилась стреловидным швом в прямом размере выхода малого таза.

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания:

II момент:



Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания:


III момент:

Третий момент разгибание головки начинается тогда, когда между лонным сочленением и подзатылочной ямки головки плода образуется точка фиксации, вокруг которой и происходит разгибание головки. Точкой фиксации или точкой опоры называется точка на костном образовании предлежащей части плода, которая упирается (фиксируется) в костную часть малого таза матери, вокруг этой точки происходит сгибание или разгибание предлежащей части плода, ее прорезывание и рождение. Точкой фиксации здесь является подзатылочная ямка и нижний край симфиза. Точка прорезывания — размер (и окружность ему соответствующая) на предлежащей части плода которыми она прорезывается через ткани вульвы. В данном случае головка рождается малым косым размером 9,5 см, и окружностью 32 см, ему соответствующей; Результатом (конец) третьего момента является рождение предлежащей части плода целиком.

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания:

III момент:





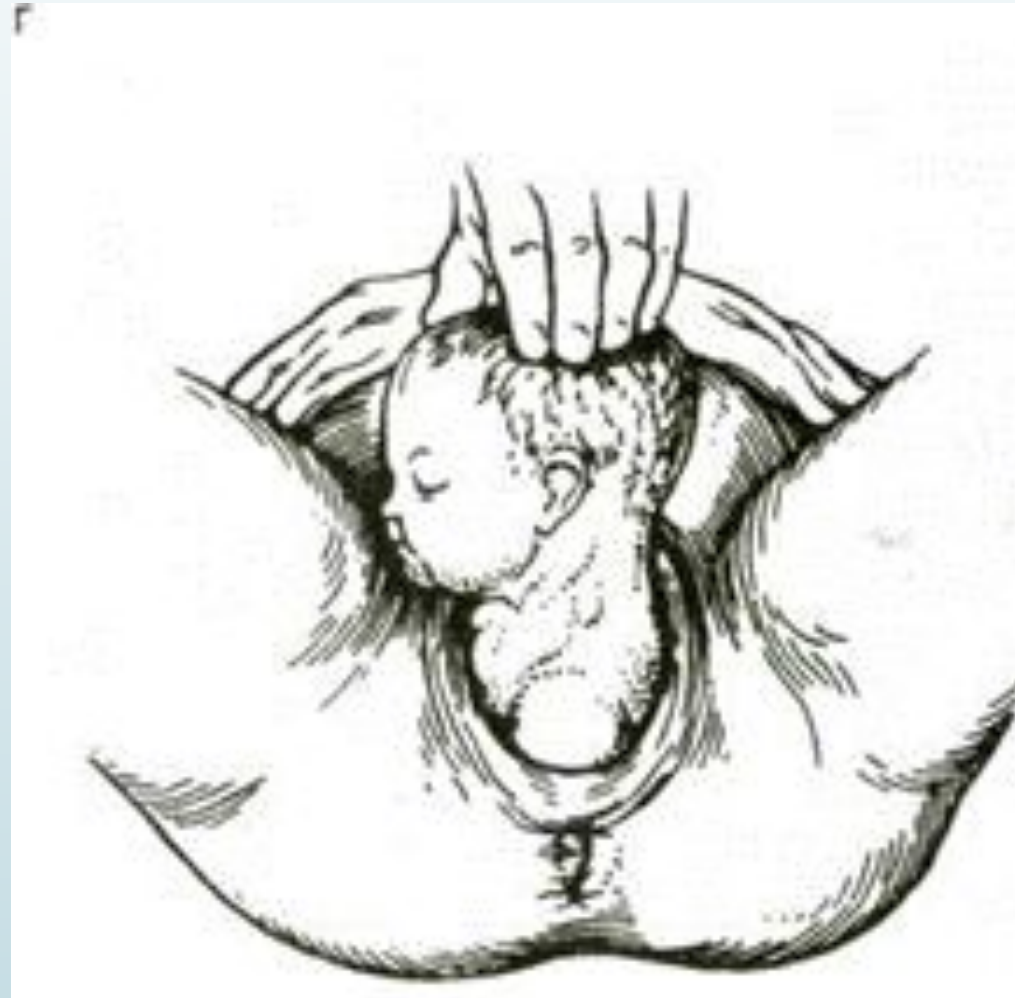
Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания:


IV момент:

Четвертый момент: внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Плечики плода производят внутренний поворот на 90° из поперечного размера широкой и узкой плоскостей таза (начало); в результате (конец) они устанавливаются в прямом размере выхода малого таза так, что одно плечо (переднее) располагается под лоном, а другое (заднее) обращено к копчику. Родившаяся головка плода поворачивается затылком к левому бедру матери (при первой позиции) или к правому (при второй позиции).

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания:

IV момент:





Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания:

Между передним плечиком (в месте прикрепления дельтовидной мышцы к плечевой кости) или передним акромионом и нижним краем симфиза образуется вторая точка фиксации (начало). Происходит сгибание туловища плода в грудном отделе и рождение заднего плечика и ручки(конец), после чего легко рождается остальная часть туловища.

Биомеханизмы родов при переднем виде затылочного предлежания является наиболее физиологичен и благоприятен для матери и плода, так как головка проходит через все плоскости таза и рождается своими наименьшими размерами.

Клиника и ведение родов при затылочных предлежаниях:

Роды – это сложный биологический процесс, задачей которого является изгнание плодового яйца из матки через естественные родовые пути после достижения плодом зрелости. Наступлению родов предшествует появление предвестников родов.

Предвестники родов – это признаки близкого их наступления, возникающее за несколько дней до начала родов и проявляющееся опусканием на матке вследствие прижатия предлежащей части плода ко входу в малый таз и уменьшение объема околоплодных вод, отхождение «слизистой пробки», повышением тонуса мышц матки.

В отличие от предвестников родов **прелиминарный период** ограничивается несколькими часами, непосредственно предшествующими началу родовой деятельности. В норме этот период продолжается не более 12 часов и клинически протекает для беременной почти незаметно. Отмечаются нерегулярные безболезненные сокращения матки, которые постепенно становятся более сильными и продолжительными и переходят в схватки.



Клиника и ведение родов при затылочных предлежаниях:

Родовой акт делится на 3 периода:

- период раскрытия;
- период изгнания;
- последовый период.

Клиника и ведение родов при затылочных предлежаниях:

Период раскрытия – это та часть родов, которая начинается с появлением схваток и заканчивается полным раскрытием шейки-матки.

Схватки – это произвольные ритмичные сокращения мышц матки. Они характеризуются продолжительностью, силой, частотой и болезненностью. Продолжительность схваток:

- в начале родов 10-15 секунд;
- в середине – 30-40 секунд;
- в конце – 50-60 секунд.

Схватки:

- слабые,
- средней силы,
- сильные.

Болезненность схваток – зависит от их силы, состояния ЦНС, а также от подготовки беременной к родам.

Частота сначала через 15-20 минут, постепенно сокращаются до 1-2 минут.

Клиника и ведение родов при затылочных

предложениях: Раскрытие шейки матки осуществляется в следствие сокращения (контракции) и перемещения по отношению друг к другу (ретракции) мышечных волокон тела матки и растяжения шейки и нижнего сегмента матки.

У первородящих к началу родов наружный и внутренний зев закрыты. Раскрытие начинается сверху. Шеечный канал и шейка матки несколько укорачиваются, потом канал шейки матки растягивается все более и более, шейка соответственно укорачивается и совсем сглаживается. Остается закрытым только наружный зев ("акушерский зев"). Затем начинает раскрываться наружный зев. При полном раскрытии он определяется как узкая кайма в родовом канале.

У повторнородящих в конце беременности канал шейки матки проходим для одного пальца вследствие его растяжения предыдущими родами. Раскрытие и сглаживание шейки матки происходит одновременно.

Раскрытие шейки-матки происходит до полного открытия, что соответствует 10 см или 5 поперечных пальцев. Отхождение околоплодных вод должно быть при близком к полному открытию шейки-матки. Продолжительность 1 периода у первородящих – 14-16 часов; у повторнородящих 7-8 часов.

Акушерское пособие

К оказанию акушерского пособия при традиционном родоразрешении (роженица лежит на спине) приступают с момента начала прорезывания головки.

I момент - воспрепятствование преждевременному разгибанию головки. Это необходимо для того, чтобы головка рождалась в согнутом положении своей наименьшей окружностью (32 см), проходящей по малому косому размеру (9,5 см). Акушерка всегда справа. Для этого акушерка кладет ладонь левой руки на лобок так, чтобы ладонные поверхности сомкнутых пальцев располагались на головке и препятствовали ее разгибанию.

II момент – бережное выведение головки из половой щели вне потуги. Сразу же после окончания потуги большим и указательным пальцами правой руки бережно растягивают вульварное кольцо над прорезывающейся головкой, до тех пор, пока головка не приблизится теменными буграми к половой щели.

Акушерское пособие

III момент - уменьшение напряжения промежности в период прорезывания и рождения теменных бугров. Акушерка кладет правую руку ладонной поверхностью на промежность так, чтобы четыре пальца располагались в области левой большой половой губы, а отведенный большой палец - в области правой большой половой губы. Надавливая на ткани, расположенные книзу и кнаружи от больших половых губ, осторожно оттесняют книзу, уменьшая таким образом напряжение тканей промежности. Благодаря этому улучшается кровоснабжение тканей промежности, снижается вероятность разрыва.

Акушерское пособие

IV момент - регулирование потуг. По времени совпадает с третьим моментом. Это необходимо потому, что при врезывании головки напряжение тканей промежности достигает максимума. Если в этот момент роженица не будет сдерживать потуги, может произойти травма промежности.

Регулирование потуг осуществляют следующим образом: когда головка плода установилась теменными буграми в половой щели, а подзатылочной ямкой - под лонным сочленением, роженицу заставляют глубоко и часто дышать открытым ртом. При таком дыхании тужиться невозможно. В это время акушерка правой рукой осторожно сдвигает промежность над личиком плода кзади, а левой рукой медленно разгибает головку и приподнимает ее кверху. Если в это время будет необходима потуга, роженице предлагают потужиться с достаточной для выведения головки силой.

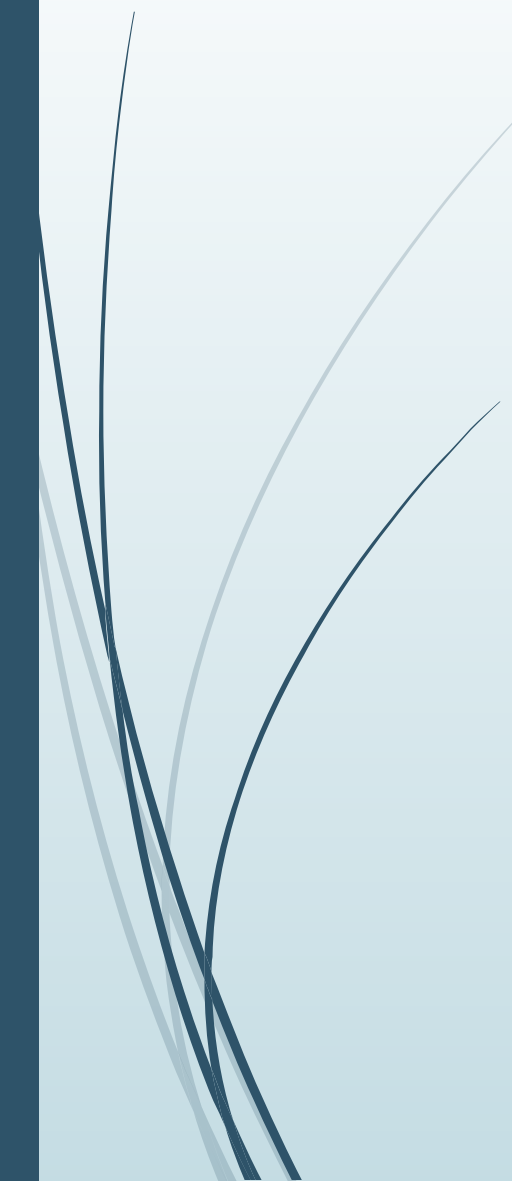
Акушерское пособие

V момент - освобождение плечиков и рождение туловища. Далее акушерка ждет, когда под действием потуг произойдет внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки, и затем приступает к оказанию пятого момента акушерского пособия. По окончании наружного поворота головки, для того чтобы помочь рождению плечиков, головку плода захватывают обеими руками и слегка оттягивают кзади до тех пор, пока под лонное сочленение не подойдет переднее плечико. После этого левой рукой захватывают головку так, чтобы ладонь находилась на задней щеке плода. Приподнимая затем головку кпереди, правой рукой осторожно сдвигают промежность с заднего плечика. В результате рождается сначала заднее, а затем и переднее плечико. После рождения головки необходимо время, чтобы дать возможность головке повернуться, а плечикам развернуться самостоятельно, при этом необходимо проверить, нет ли обвития пуповины. При тугом обвитии следует пересечь пуповину между двумя зажимами, при нетугом - ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги (цианоз личика не является опасным признаком).

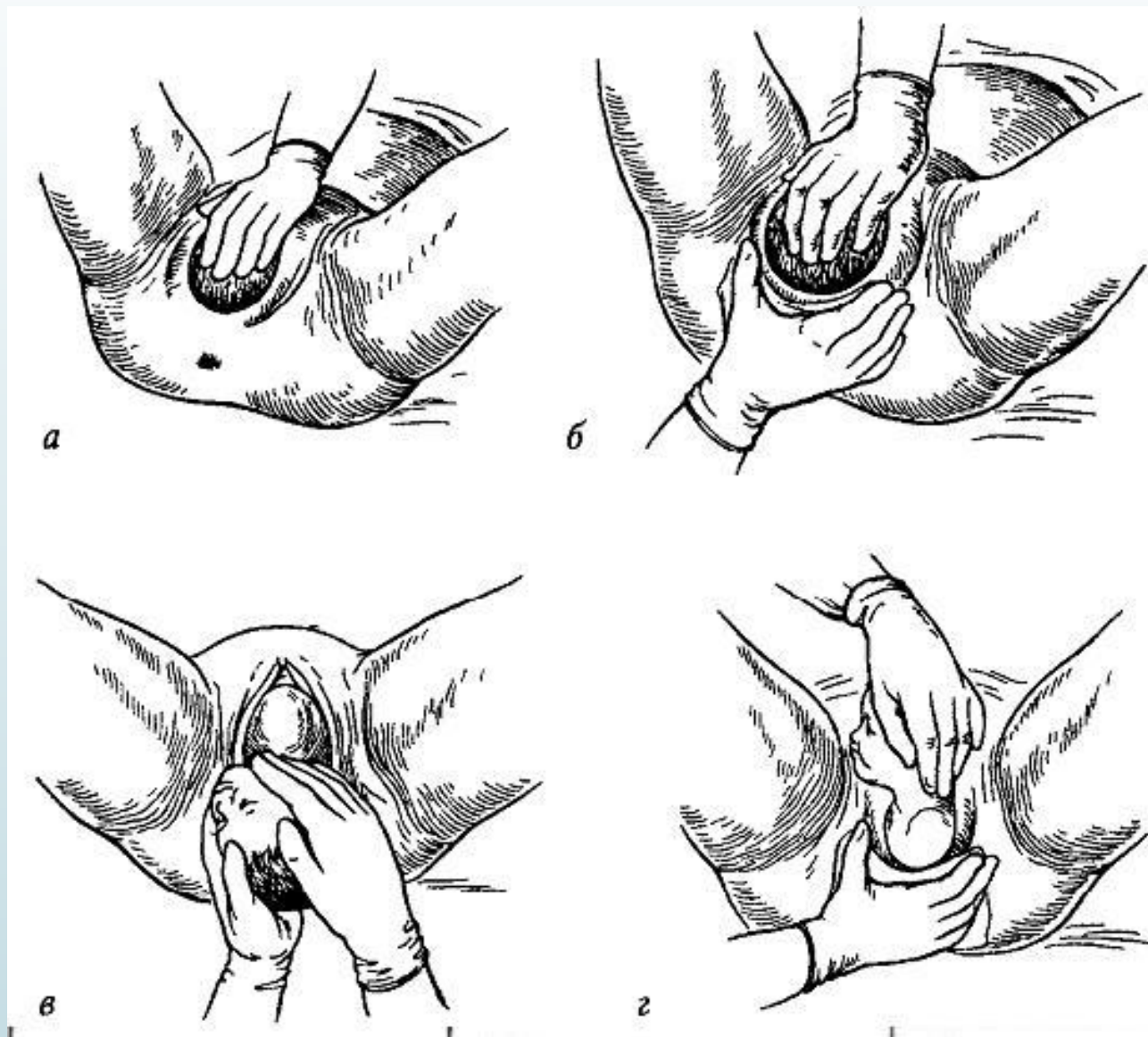


Акушерское пособие

После рождения плечевого пояса со стороны спинки в подмышечные впадины вводят указательные пальцы и приподнимают туловище кпереди, в результате без затруднений рождается нижняя часть туловища.



Акушерское пособие



Клиника и ведение родов при затылочных предлежаниях:

ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД – продолжается до рождения последа.

Плацента не обладает способностью сокращаться, а плацентарная площадка вместе со своей маткой с началом последовый схваток начинает сокращаться и значительно уменьшается в размерах. Это приводит к нарушению связи между плацентой и стенкой матки.

Отделение плаценты от матки происходит двумя способами:

- **Центральное (по Шульцу)**- вначале отслаивается центральная часть плаценты, между отделившимися участками плаценты и стенкой матки образуется ретроплацентарная гематома, способствующая дальнейшей отслойке плаценты; плацента рождается плодовой поверхностью наружу, т. е. оболочки плаценты оказываются вывернутыми наизнанку; ретроплацентарная гематома выделяется вместе с плацентой;
- **Краевое (по Дункан)** - отделение плаценты начинается с периферии, плацента рождается материнской поверхностью наружу, т. е. сохраняется расположение оболочек плаценты такое, как в полости матки; ретроплацентарная гематома не образуется, поэтому плацента отделяется дольше и кровопотеря в данном случае больше; часть крови выделяется до рождения последа, а часть - вместе с ним. Второй способ встречается реже, чем первый.



Клиника и ведение родов при затылочных предлежаниях:

Установить вариант отслойки можно после ее рождения по месту расположения кровяных сосудов.

Таким образом, отделению плаценты от стенок матки способствуют:

- a. схватки;
- b. потуги;
- c. тяжесть самой плаценты;
- d. ретроплацентарная гематома при центральном отделении плаценты.

После отделения последа матка сокращается, что приводит к сдавлению сосудов и остановке кровотечения.

Кровопотеря при физиологических родах составляет 150-200 мл. Максимально допустимая кровопотеря до 400 мл.



Клиника и ведение родов при затылочных предлежаниях:

Ведение родов в последовом периоде.

Последовый период продолжается 10-15 минут. Тактика ведения последового периода **выжидательная** ("руки прочь от матки", таков лозунг акушеров в III периоде родов) при тщательном наблюдении за роженицей. При хорошем состоянии роженицы и отсутствии кровотечения надо ждать самостоятельной отслойки плаценты и рождения последа 30 минут.

В отдельных случаях может произойти задержка отделившейся плаценты. Поэтому необходимо знать признаки, указывающие на то, что плацента отделилась от матки и находится в нижнем его сегменте, шейке или во влагалище.

Клиника и ведение родов при затылочных предлежаниях:

- **признак Шредера**- изменение формы и высоты стояния дна матки. Сразу после рождения плода матка принимает округлую форму и располагается по средней линии. Дно матки на уровне пупка. После отделения плаценты матка вытягивается, отклоняется вправо, а дно её поднимается к правому подреберью.
- **признак Альфельда**- удлинение наружного отрезка пуповины - зажим, наложенный на пуповину у половой щели, опускается на 10-12 см;
- **признак Довженко**- при глубоком дыхании женщины пуповина не втягивается;
- **признак Клейна** - при натуживании роженицы конец пуповины удлиняется и после окончания потуги пуповина не втягивается;
- **признак Чукалова-Кюстнера**- при надавливании ребром ладони на надлобковую область при отделившейся плаценте пуповина не втягивается;

Клиника и ведение родов при затылочных предлежаниях:

Если плацента отделилась, то сразу же приступают к её выделению.

Необходимо опорожнить мочевой пузырь и предложить женщине потужиться - под действием брюшного пресса отделившаяся плацента легко рождается.

Если нет, то прибегают к выделению последа наружным приёмом.

- **Способ Абуладзе** – производят бережный массаж матки, что бы она сократилась. Затем обеими руками захватывают брюшную стенку в продольную складку и предлагают роженице потужиться. Отделившийся послед легко рождается благодаря значительному повышению внутрибрюшного давления.
- **Способ Гентера** – дно матки приводят к средней линии, врач становится сбоку лицом к ногам роженицы. Кисти рук, сжатые в кулаки, кладут тыльными поверхностями основных фаланг на дно матки в область её углов и надавливают на неё книзу и кнутри без потуживания роженицы.

Клиника и ведение родов при затылочных предлежаниях:

□ **Способ Крус-Лазаревича** – наиболее травматичен, поэтому прибегают по необходимости. Матка в срединном положении, легким массажем вызывают сокращение и затем дно матки обхватывают рукой так, что бы большой палец находился на передней стенке матки, на дне, а четыре пальца – на задней стенке матки. Производят выжимание последа – сжимают матку в переднезаднем направлении и одновременно надавливают на её дно по направлению книзу.

Послед обычно рождается целиком, но иногда оболочки, соединенные с плацентой задерживаются в матке, поэтому при рождении плаценты её необходимо вращать в одну сторону, что бы собрать все оболочки.

Необходимо осмотреть целостность плаценты и оболочек, сначала с материнской стороны, особенно края, что бы не было оборванных сосудов. Затем переворачивают и осматривают оболочки.

Если имеются оборванные сосуды, значит дополнительные дольки остались в полости матки, для чего нужно провести ручное обследование полости матки, т.к. могут быть осложнения в виде кровотечения.

Истинное приращение плаценты:

Истинное приращение плаценты является серьезным осложнением беременности и возникает в результате частичного или полного отсутствия губчатого слоя децидуальной оболочки вследствие атрофических процессов в эндометрии.

Существует два типа приращения плаценты:

- ▣ ложное прикрепление плаценты - такая патология, при которой ворсинки хориона хорошо проникают в базальный слой децидуальной оболочки маткисежду плацентой и мышечной стенкой матки имеется очень нестойкая ткань или только прослойка фибрина. В таких случаях отслоить плаценту обычно удается;
- ▣ истинное приращение плаценты - тяжелая патология, при которой ворсины хориона проникают в мышечный слой, прорастая его, доходят до серозной оболочки матки. Ручное отделение плаценты оказывается безрезультатным в случаях истинного ее приращения.

Истинное приращение плаценты:

Истинное приращение плаценты может быть:

- ▢ Полным - вся материнская поверхность плаценты прочно соединена со стенкой матки,
- ▢ частичным - только поверхность отдельных долек прочно соединена со стенкой матки.

Клиника: Чаще всего проявляется симптомом кровотечения. При полном приращении плаценты симптом кровотечения отсутствует, как отсутствуют и признаки отделения плаценты. При частичном приращении плаценты, когда одна часть ее плотно прикреплена к стенке матки, а другая отслоилась, симптом обильного кровотечения является обязательным.



Истинное приращение плаценты:

Неотложная помощь: ручное отделение плаценты и выделение последа. При истинном приращении плаценты единственный метод остановки кровотечения - экстренная операция - надвлагалищная ампутация или экстирпация матки.

Операцию проводят в тонких резиновых перчатках под общим ингаляционным или внутривенным наркозом с соблюдением всех правил асептики. Наркоз не только является методом обезболивания, предупреждающим болевую реакцию, но и предупреждает спазм маточного зева, который иногда не позволяет ввести руку в полость матки или же так сильно сдавливает руку оперирующего, введенную в матку, что делает невозможным проведение дальнейших манипуляций.

Истинное приращение плаценты:

Неотложная помощь:

Роженица находится на операционном столе. Предварительно мочу выпускают катетером. Врач пальцами левой руки широко разводит половые губы, а кисть правой руки, сложенную в виде руки акушера, вводит вдоль пуповины во влагалище и затем в матку. Определив край плаценты, пилящими движениями пальцев, держа их ладонной стороной к плаценте, отделяют ее от стенки матки. Одновременно оперирующий левой рукой надавливает на дно матки, помогая в проведении операции, и проводит массаж матки для ее сокращения. Не выводя правую руку из матки, отделившийся послед извлекают потягиванием за пуповину, подталкивая пальцами руки, введенной в матку. Затем тщательно проверяют полость матки, удаляют остатки плацентарной ткани и сгустки крови.

После выделения последа вводят сокращающие матку средства, проводят инфузионную терапию, возмещение кровопотери, назначают антибактериальную терапию.

Истинное приращение плаценты:



Ручное отделение плаценты

Клиника и ведение родов при затылочных предлежаниях:

В акушерский набор СП входит: грелка, одеяло, акушерский комплект, стетоскоп, почкообразный лоток, пупочные зажимы, стерильные салфетки, раствор сульфацила натрия 20%.

Необходимо:

- Произвести обработку кожи, глаз новорожденного.
- Произвести перевязку пуповины в стерильных перчатках на расстоянии 10-12 см от пупочного кольца.

Шкала Апгар через 1 и 5 минут после рождения*

Признаки	2 балла	1 балл	0 баллов
Сердцебиение	120-140 в мин. ритмичный	бради- или тахикардия	отсутствует
Дыхание	громкий крик адекватное дыхание	крик слабый Апноэ судорожные вдохи	отсутствует
Кожные покровы	розовые	цианоз лица, конечностей	ТОТАЛЬНЫЙ ЦИАНОЗ ИЛИ бледность
Рефлексы	живые легко вызываются	слабые	отсутствуют
Тонус мышц	нормальный Поза флексии	снижен	атония



Тазовые предлежания



Встречаются у 2-3,5 % рожениц при своевременных родах.

При преждевременных увеличивается в 1,5-2 раза.

Варианты тазового предлежания:

- Чисто ягодичные;
- Смешанные ягодичные предлежание – плод сидит «по-турецки»;
- Полные предлежания – две ножки;
- Неполные предлежания – одна ножка.

Наиболее благоприятными считаются ягодичные – чистые и смешанные. При этих предлежаниях тазовый конец имеет наибольшую окружность и наилучшим образом подготавливает родовые пути для последующего рождения головки и вытянутые вдоль туловища ножки удерживают ручки от запрокидывания.

При влагалищном исследовании – роль стреловидного шва играет межвертельная линия, роль малого родничка – крестец и копчик плода.

Биомеханизм родов при чисто ягодичном предлежании:

I момент – ягодичцы плода вставляются своим межвертельным размером в одном из косых размеров плоскости входа в малый таз. Под действием родовых сил ягодичцы опускаются и совершают внутренний поворот в прямом размере выхода малого таза.

II момент – боковое сгибание позвоночника плода, передняя ягодича врезается, но не рождается из половых путей, а образует точку фиксации между передней подвздошной костью плода и лонным сращением. Рождаются задняя ягодича, затем передняя и плод выходит из родовых путей до пупочного кольца.

III момент – внутренний поворот плечиков и наружный поворот туловища. Плечики спускаются в полость малого таза, устанавливаются в прямом размере выхода.

IV – боковое сгибание шейногрудной части. При этом из половых путей рождаются ручки и плечевой пояс.

V – внутренний поворот головки, которая устанавливается стреловидным швом в прямом размере выхода. Подзатылочная ямка фиксируется под нижним краем лонного сращения.

VI – сгибание головки и её рождение. Рождаются подбородок, рот, нос, лоб и темя плода.

Головка прорезывается малым косым размером и 9,5 см и окружностью 32 см, ему соответствующей.

A decorative graphic on the left side of the slide. It features a dark grey arrow pointing to the right at the top. Below it, several thin, curved lines in shades of blue and grey sweep downwards and to the right, creating a sense of movement and flow.

Отличие биомеханизма родов при тазовом предлежании:

- Период изгнания плода при тазовых предлежаниях может начаться при неполном открытии шейки матки. Это объясняется меньшими размерами тазового конца плода. При прохождении плечевого пояса плода и головки через не полностью раскрытую шейку могут возникнуть её разрывы или спазм головки, что приведет к асфиксии плода.
- Нередко наблюдается запрокидывание ручек.
- При прохождении по родовому каналу всегда наблюдается прижатие пуповины к стенкам малого таза. При задержке рождения головки это может привести к асфиксии и смерти плода.

Биомеханизм родов при чисто ягодичном предлежании:

Осложнения в первом периоде родов:

- Преждевременно излитие околоплодных вод,
- Слабость родовой деятельности,
- Выпадение пуповины.

Т.к. тазовый конец меньше, отсутствует герметичное охватывание предлежащей части, что ведет к переполнению и перенапряжению нижней части плодного пузыря сообщаящимися между собой передними и задними водами, и преждевременному разрыву пузыря и излитию околоплодных вод с выпадением пуповины и мелких частей плода.

Рекомендуемое положение - на боку. Роженицу укладывают на ту сторону, где находится спинка плода.

Биомеханизм родов при чисто ягодичном предлежании:

Ручное акушерское пособие по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании:

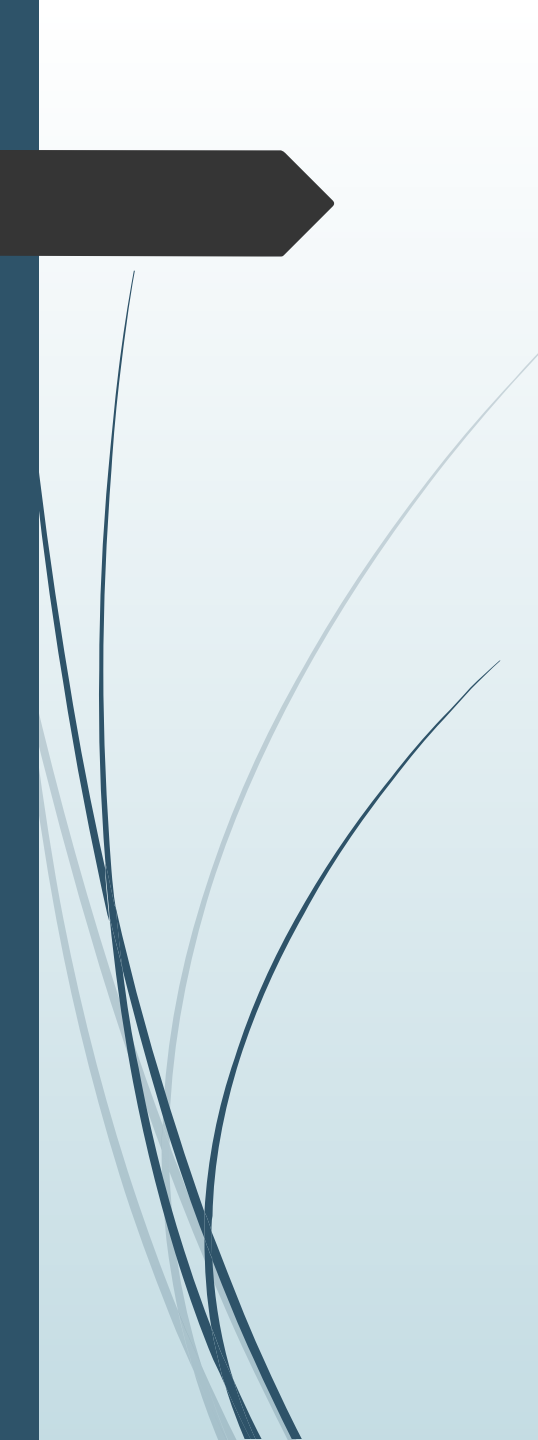
- В его основе лежит забота о сохранении нормального членорасположения плода, что предупреждает развитие таких тяжелых осложнений, как запрокидывание ручек. Ножки при рождении прижимаются их к туловищу, не давая тем самым им родиться раньше времени. Кроме того, ножки плода прижимают к груди скрещенные ручки, чем предупреждается запрокидывание ручек. И поскольку на уровне грудной клетки объем туловища выше со скрещенными ручками и ножками больше, чем объем головки, последняя рождается без затруднений.



Техника ручного пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании:

При прорезывании ягодиц их захватывают обеими руками так, что бы большие пальцы располагались на прижатых к животу бедрах плода, а четыре пальца на поверхности кресца.

По мере того, как рождается туловище плода, врач постепенно продвигает руки по направлению к половой щели роженицы, в то же время прижимает большими пальцами вытянутые ножки к животу, а остальные пальцы рук а стальные пальцы рук перемещают кверху по спинке плода. При этом надо обязательно стремиться к тому, что бы ножки плода не выпадали раньше, чем родится плечевой пояс. Ближайшая потуга обычно приводит к быстрому рождению плода до пупочного кольца, а затем и до нижних углов лопаток.

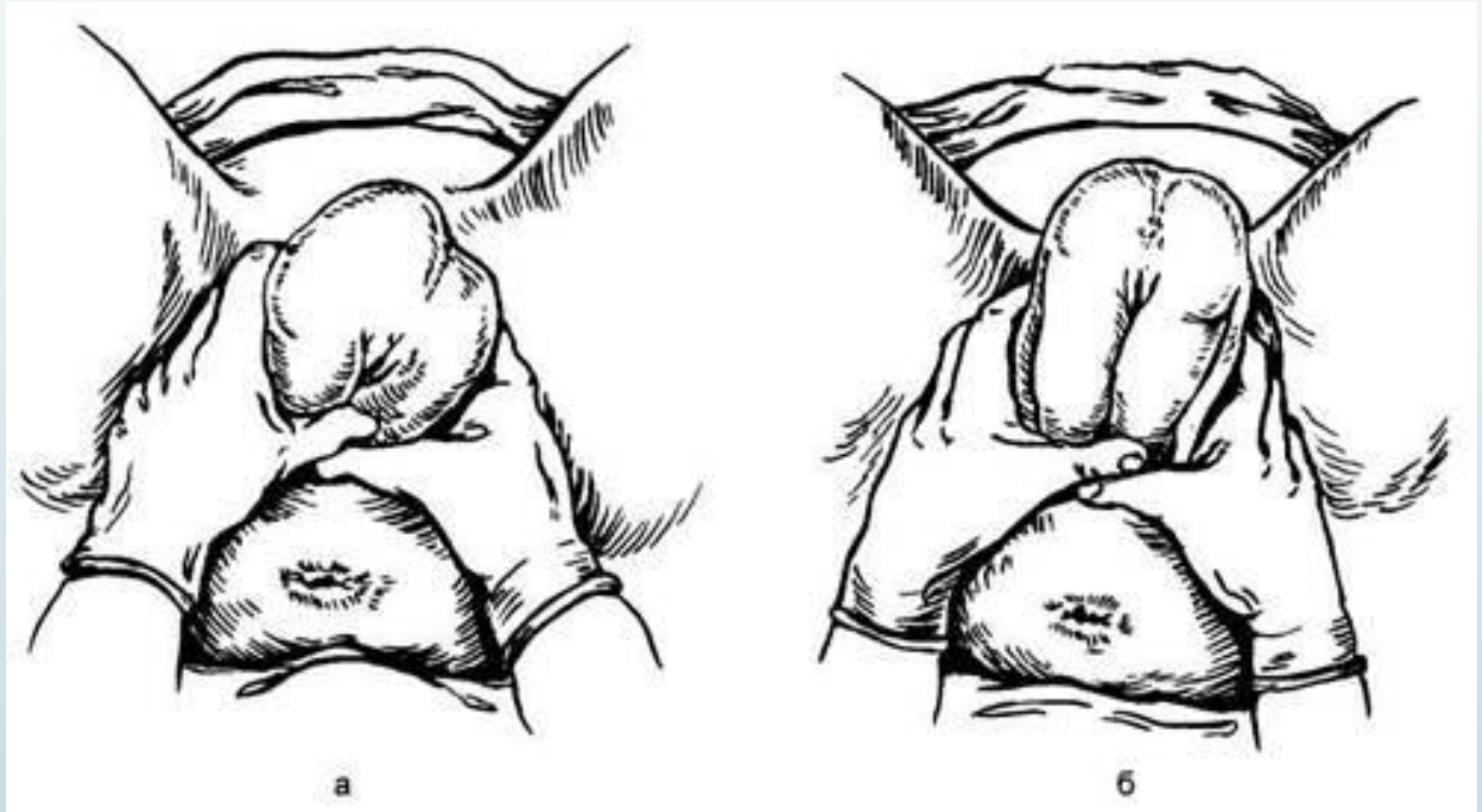


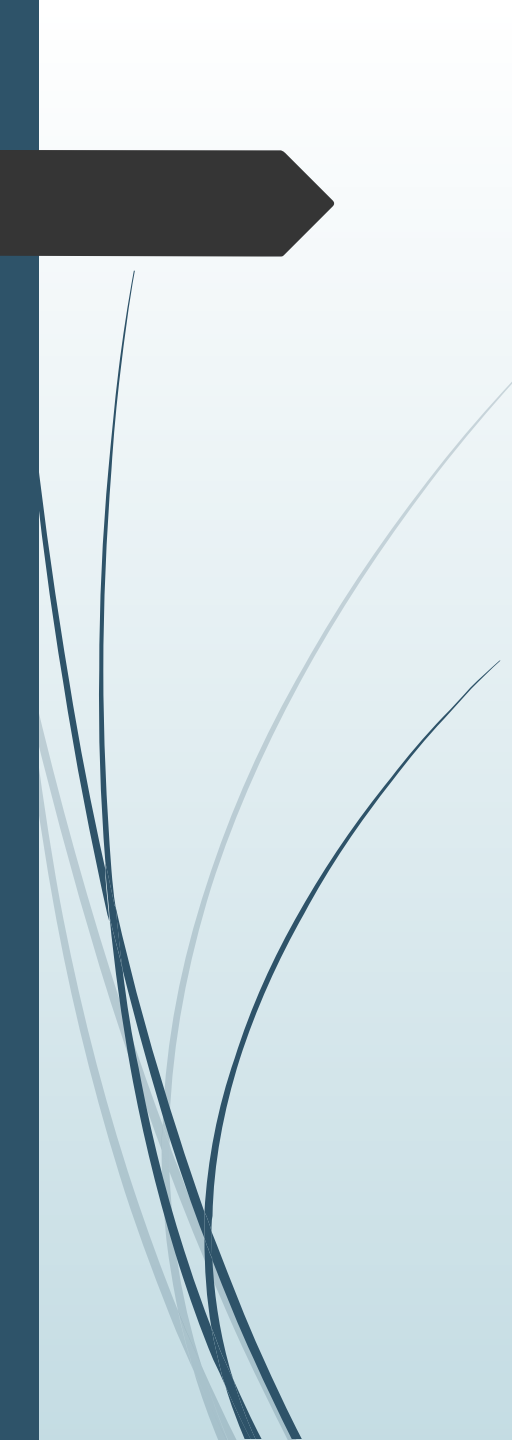
Техника ручного пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании:

В это время позвоночник плода переходит в один из косых размеров, а к моменту рождения плечевого пояса – в прямой размер. Ягодицы плода необходимо направлять в этот момент несколько на себя, что бы облегчить рождение передней ручки. Для рождения задней ручки приподнимают и в этот момент рождается задняя ручка. Одновременно с рождением задней ручки выпадают ножки плода и из половой щели прорезывается подбородок плода.

Для последующего рождения головки по методу Цовьянова родившееся туловище плода поднимают вверх и постепенно укладывают на живот роженицы.

Техника ручного пособия по Цовьянову при чисто ягодичном предлежании:





Техника ручного пособия по Цовьянову при ножных предлежаниях:

В основе лежит задержка рождения ножек до полного открытия шейки матки.

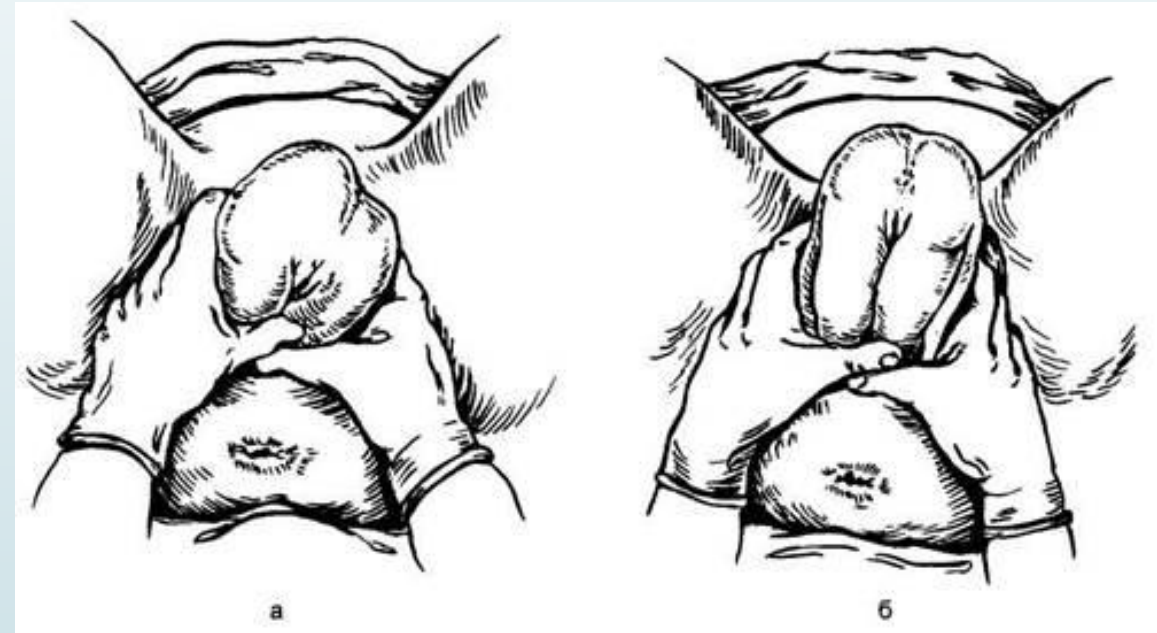
Покрывают стерильной салфеткой наружные половые органы роженицы и ладонной поверхностью правой руки противодействуют преждевременному выпадению ножек из влагалища. В результате плод как бы «садится на корточки» во влагалище и ножное предлежание переходит в смешанное ягодичное. Происходит сильное раздражение тазового сплетения и в результате чего усиливаются схватки и потуги.



Техника ручного пособия по Цовьянову при ножных предлежаниях:

Противодействие рождающимся пяткам следует оказывать до тех пор, пока не наступает полное открытие шейки матки – о чем свидетельствует сильное выпячивание промежности, зияние заднепроходного отверстия, частые и сильные потуги и высокое стояние контракционного кольца. Далее вести как при полном ягодичном предлежании.

Техника ручного пособия по Цовьянову при ножных предлежаниях:





Токсикозы беременных



Ранние токсикозы

Возникают в первые 16 недель беременности.
Основные проявления: слюнотечение,
рвота.

Церукал не делаем!

Тяжелые формы: хоррея,
остеомалаяция,
дерматозы,
бронхиальная астма
острая желтая дистрофия печени.



Поздние гестозы

Возникают после 20 недель беременности.

Формы гестозов:

- Преэклампсия – проявляется только отеками. Они могут быть скрытыми и проявляться только увеличением массы тела. Для их выявления назначают разгрузочные дни.
- Эклампсия легкой степени – отеки, гипертония, протеинурия.
- Эклампсия средней степени.
- Эклампсия тяжелой степени.



Преэклампсия:

Проявляется только отеками. Они могут быть скрытыми и проявляться только увеличением массы тела. Для их выявления назначают разгрузочные дни.

Эклампсия легкой степени:

Эклампсия легкой степени проявляется отеками, гипертонией, протеинурией.

Лечение ГБ у беременных:

Критическое АД $\geq 170/110$ – преэклампсия.

Чаще у первородящих, повторнородящих с новой беременностью от нового мужа.

Прогностический тест – из положения на левом боку женщина ложится на спину – повышение АД более чем на 20 мм.рт.ст. – развитие эклампсии.

Необходим постоянный прием препаратов:

- I. Метилдопа 250 мг 3-4 раза в день.
- II. В-блокаторы, но со внутренней симпатической активностью, так как возможны: гипотрофия плода за счет снижения P_s и ухудшения кровоснабжения.
- III. Дигидропиридины пролонгированного действия. Амлодипин (кроме первого триместра)
- IV. Клофелин.
- V. Фуросемид только при отеке легких

NB! Категорически запрещены: иАПФ, БРА₁ – доказанный терратогенный эффект.

После родоразрешения:

Для экстренного снижения АД – блокаторы Ca^{+} каналов.

Нельзя:

- β -блокаторы – больше всех всасываются в молоко.
- Диуретики – снижают количество молока.

Не имеют противопоказаний: препараты магнезии, иАПФ.

Эклампсия средней степени:

К нефропатии присоединяются симптомы, указывающие на нарушение функций ЦНС, связанные с гипоксией и отеком головного мозга – головная боль, боли в эпигастрии, нарушение зрения, тошнота и рвота.

Отмечается повышение АД, чаще диастолического, значительное уменьшение его амплитуды.

На данном этапе необходимо введение пациентки в медикаментозный сон. Иначе развивается эклампсия тяжелой степени.



Эклампсия тяжелой степени:

Самая опасная стадия позднего гестоза, с быстрым нарастанием мозговых симптомов и появлением судорожных припадков, которые могут быть спровоцированы: ярким светом, шумом, болевыми раздражителями.

Пациентке назначается лечебно-охранительный режим.

Киника:

Различают 4 периода:

- I. Предсудорожный** - Фибриллярные подергивания мышц век, распространяющиеся на мышцы лица и верхние конечности. Взгляд фиксирован, дыхание сохранено. Продолжительность 20 - 30 секунд.
- II. Тонические судороги** - Сознания нет, дыхания нет. Продолжительность 20 - 30 секунд.
- III. Клонические судороги** - Продолжительность 30 – 60 секунд.
- IV. Разрешение припадка** – женщина может находиться в коме. Придя в себя, о припадке не помнит, остается головная боль и слабость.

Приказ № 345 от 26.11.1997г:

Приему в наблюдательное отделение подлежат беременные и роженицы со следующими симптомами:

- Лихорадка ($t=37,6$ и выше без клиники).
- Длительный безводный период (до 12 часов и более)

Приказ № 345 от 26.11.1997г:

Приему в наблюдательное отделение подлежат беременные и роженицы со следующими симптомами:

- Инфекционные заболевания:
 - Воспалительные заболевания мочевой системы (анализы мочи);
 - Воспалительные заболевания любой локализации (бронхит, отит);
 - ОРЗ;
 - Кожные заболевания инфекционной этиологии;
 - Инфекционные процессы родовых путей (кольпит, цервицит, кондиломы);

Приказ № 345 от 26.11.1997г:

Приему в наблюдательное отделение подлежат беременные и роженицы со следующими симптомами:

- Инфекционные заболевания:
 - Инфекции с высоким риском внутриутробного и/или интранатального заражения плода и высокой эпидемиологической опасностью заражения мед. персонала (ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, гонорея).
 - Инфекции с высоким риском внутриутробного и/или интранатального заражения плода и низкой эпидемиологической опасностью заражения мед. персонала (токсоплазмоз, листериоз, цитомегалия, генитальный герпес).

Приказ № 345 от 26.11.1997г:

Приему в наблюдательное отделение подлежат беременные и роженицы со следующими симптомами:

- Инфекционные заболевания:
 - Туберкулез;
 - Внутриутробная гибель плода;
 - Для прерывания беременности по медицинским показаниям во II триместре беременности;
 - Злокачественные новообразования;
 - Аномалии развития плода;
 - Родильницы в случае родов вне лечебного учреждения (в течении 24 часов после родов);



Приказ № 345 от 26.11.1997г:

Приему в наблюдательное отделение подлежат беременные и роженицы со следующими симптомами:

- Инфекционные заболевания:
 - Необследованные и при отсутствии медицинской документации (Ro-грамма ОГК членов семьи давностью не более 6 месяцев; ВИЧ-2, RW-3, gn-2).