

Клиническое течение и ведение родов по периодам

Подготовила: Рудикова А.И.

- **Роды** - это безусловный рефлекторный акт, направленный на изгнание плодного яйца из полости матки по достижении последним определенной степени зрелости (жизнеспособности)
- Срочные роды:
 - срок беременности 37 нед. и более
 - масса плода равна или превышает 2500г
 - рост 45 см и более

Характеристика нормальных (физиологических) родов:

- Одноплодная беременность
- Головное предлежание плода
- Соразмерность головки плода и размеров таза матери
- Здоровье плода при нормальном функционировании плаценты
- Доношенная беременность (38-40 нед)
- Координированная родовая деятельность, не требующая коррекции
- Нормальный механизм родов, соответствующий костному тазу
- Своевременное излитие околоплодных вод (раскрытие ш/м 6-8 см-активная фаза I периода родов)
- Отсутствие акушерского травматизма и оперативных вмешательств в родах
- Продолжительность родов: первородящие-7-14 часов, повторнородящие 5-12 часов
- Отсутствие у ребенка гипоксических, травматических, инфекционных осложнений, аномалий развития, уродств
- Физиологическая кровопотеря в последовом и раннем послеродовом не превышает 0.5% массы тела роженицы

Роды, наступающие при сроке беременности

от **(37 – 42)** нед. называются **своевременными; срочными**

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

≥ 42 нед. называются **запоздалыми (переношенная беременность)**

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

Определение степени готовности к родам:

- **1. «Зрелость» шейки матки** (Классификация Хачинашвили, шкала Бишопа)
- **2. Окситоциновый тест** (в/в введение пороговой дозы окситоцина и уровень реактивности матки)
- **3. Нестрессовый тест** (на КТГ на протяжении 40-60 мин при готовности к родам наблюдаются ритмичные сокращения матки +оценивается состояние плода)
- **4. Маммарный тест** (появление эндогенного окситоцина при раздражении сосков и ареол у беременной)
- **5. Кольпоцитологический тест**

Наиболее достоверным клиническим тестом оценки степени биологической готовности организма к родам является определение степени «зрелости» шейки матки

При влагалищном исследовании выявляют : 0-2 балла - «незрелая» ;
3-4 балла - «недостаточно зрелая» ; 5-8 баллов - шейка
«зрелая»

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

Степень зрелости
киски матки

I Незрелая

II Созревающая

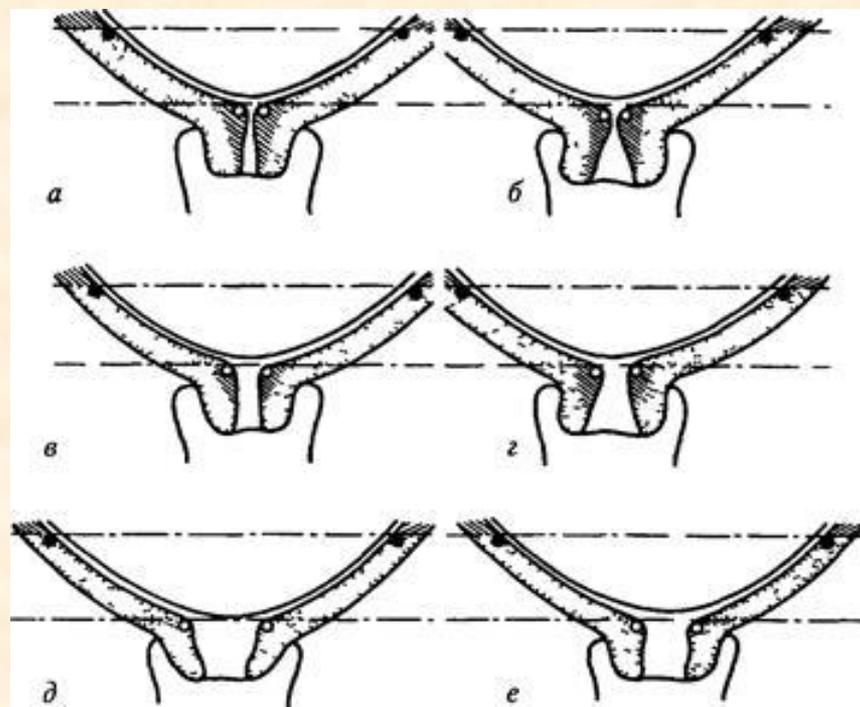
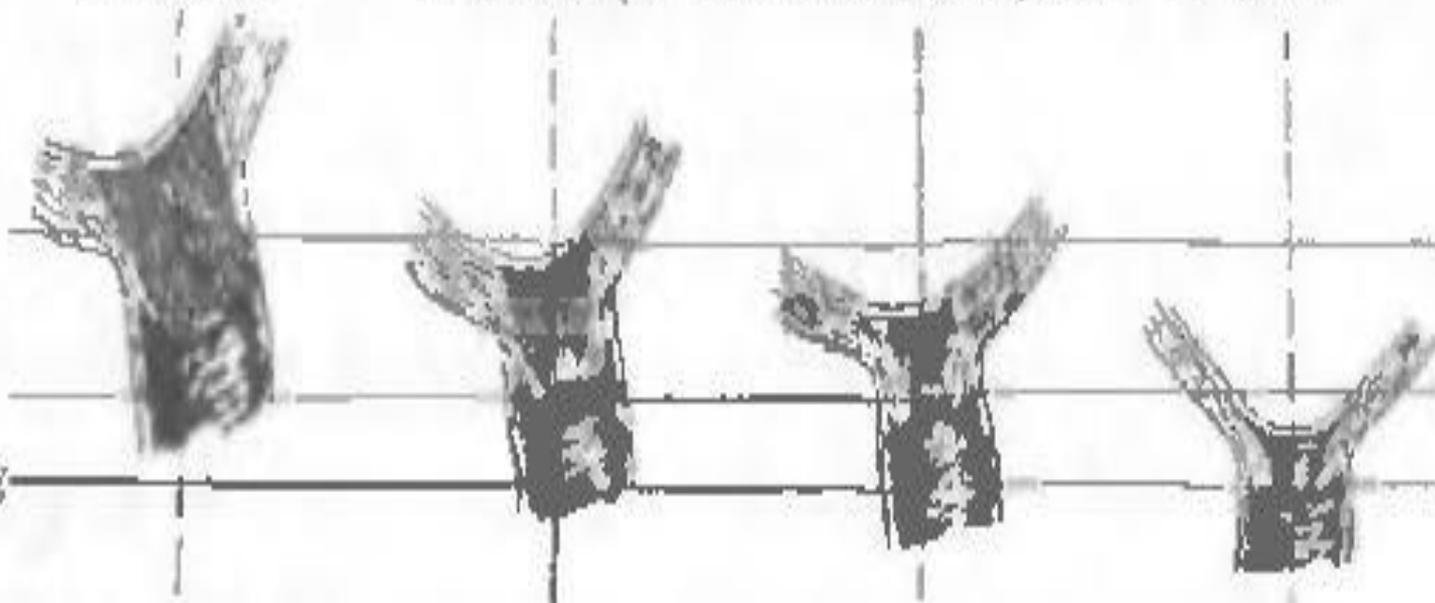
III Не полностью созревшая

IV Зрелая

Уровень верхнего
края симфиза

Уровень нижнего
края симфиза

Уровень седалищных
остей



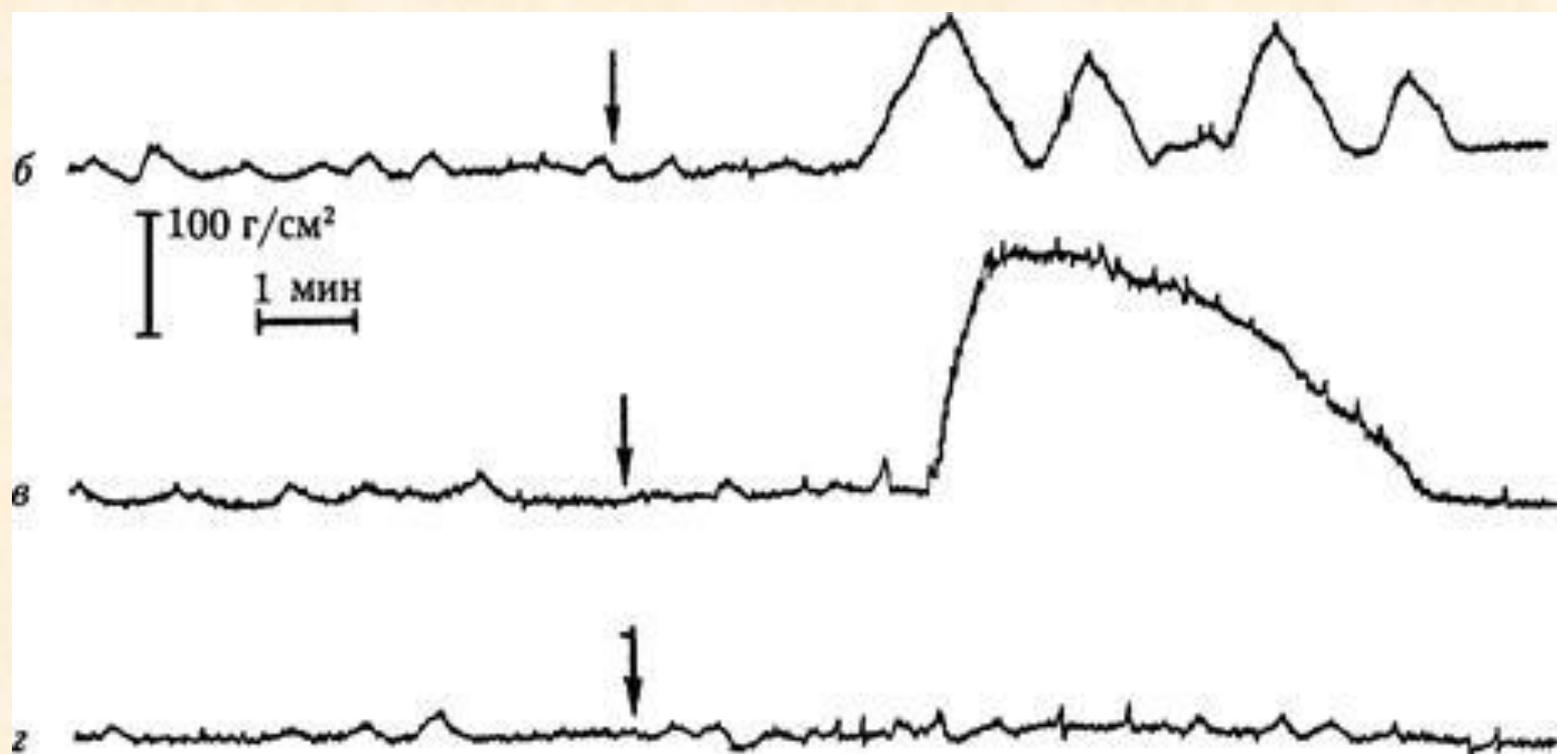
Характеристика признака	Степень зрелости шейки матки			
	«незрелая»	«созревшая»	«неполностью созревшая»	«зрелая»
Консистенция шейки матки	Плотная или размягчена только по периферии	Размягчена не полностью, определяется плотноватая ткань по ходу шеечного канала	Размягчена почти полностью, за исключением области внутреннего зева	Размягчена полностью
Длина влагалищной части шейки матки и шеечного канала	Влагалищная часть сохранена или слегка укорочена, иногда очень длинная (4 см и более)	Влагалищная часть шейки матки слегка укорочена (длина ее от 4 до 3 см), шеечный канал длиннее влагалищной части более чем на 1 см	Влагалищная часть шейки матки укорочена (ее длина от 3 до 2 см); шеечный канал на 1 см длиннее влагалищной части	Влагалищная часть шейки матки резко укорочена (2 см и менее), шеечный канал соответствует по длине влагалищной части шейки или длиннее ее не более чем на 0,5 см
Степень проходимости шеечного канала и его форма	Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца	У первородящих наружный зев пропускает кончик пальца (реже проходим для одного пальца до внутреннего зева), у повторнородящих проходим для одного пальца до внутреннего зева. Шеечный канал изогнут, имеется резкий переход его в нижний сегмент	Шеечный канал проходим для одного пальца за внутренний зев, нет плавного перехода шеечного канала в нижний сегмент	Шеечный канал свободно проходим для одного пальца за внутренний зев, не изогнут, плавно переходит в нижний сегмент
Толщина стенок влагалищной части шейки матки	2 см	1,5 см	1 см	0,5 см
Состояние нижнего сегмента матки	Предлежащая часть через своды определяется неотчетливо	Предлежащая часть через своды пальпируется недостаточно отчетливо	Предлежащая часть через своды пальпируется довольно отчетливо, но ориентиры на ней определить нельзя	Через своды отчетливо пальпируется предлежащая часть плода, ориентиры определяются
Расположение шейки в полости малого таза	Расположена в стороне от проводной оси таза (отклонена кзади, реже кпереди), наружный зев на середине расстояния между верхним и нижним краем лобкового сочленения	Отклонена от проводной оси таза. Наружный зев определяется на уровне нижнего края симфиза или несколько выше	Располагается ближе к проводной оси таза Наружный зев — на уровне нижнего края симфиза, иногда несколько ниже	Располагается строго по проводной оси таза Наружный зев определяется на уровне седалищных остей

Стрелочка - введение порогового значения окситоцина в/в
(по 1 мл через 1 мин, регистрация сокращений в течение 3-х мин (0,01% ЕД
окситоцина в 1 мл NaCl 0,9%)

Б - комплекс сокращений в ответ на введение окситоцина

В - длительное сокращение типа контрактуры

Г - отрицательный окситоциновый тест



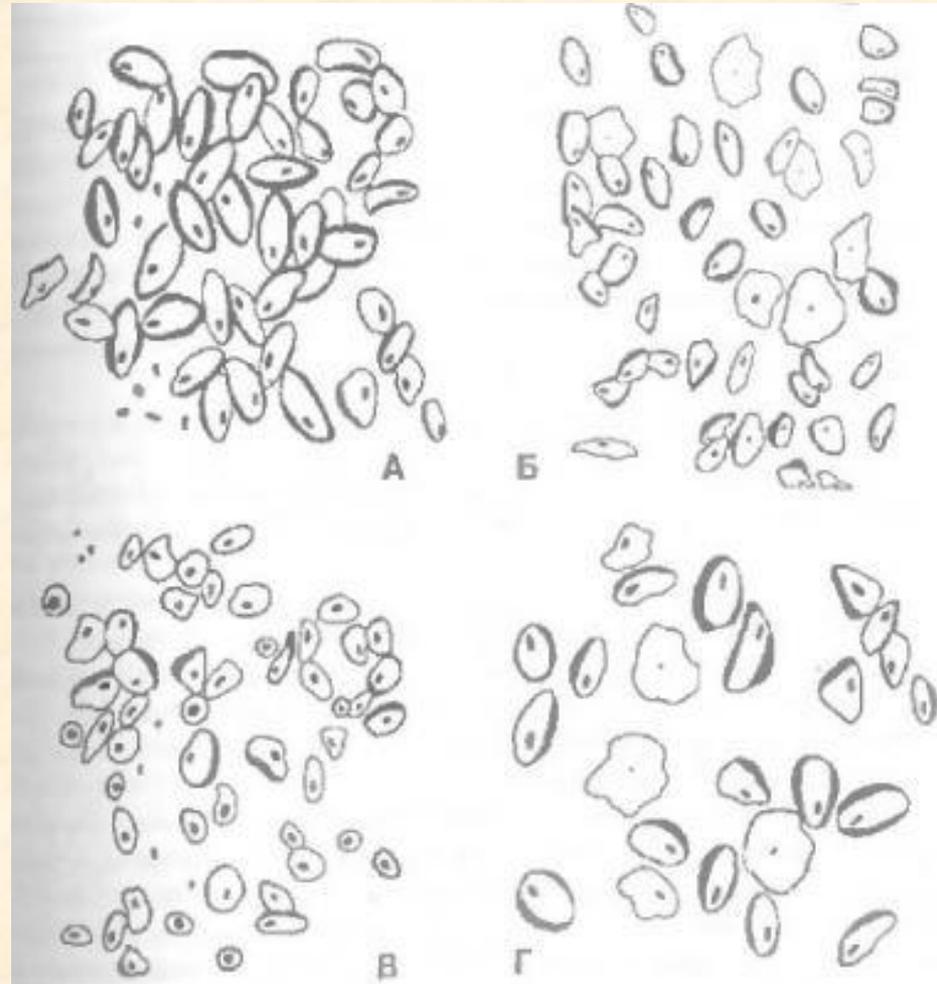
Кольпоцитологический тест

I цитотип- со II триместра, ладьевидные : промежуточные клетки в соотношении 3:1, резко базофильна ЦП, ЛЦ,слизи-нет. Роды не ранее, чем через 10 дней.

II цитотип- Повышении промежуточных клеток. Соотношение 1:1, Клетки поверхностных слоев влагиалищного эпителия. ЭФ 2%. Пикноз ядра-6%. Роды через 4-8 дней.

III цитотип- преобладают промежуточные клетки, ладьевидных – очень мало. Изолированное расположение клеток. Эф 8%. Пикноз – 15-20%. ЛЦ, слизь-есть. Роды через 1-5 дней.

IV цитотип- в мазке преобладают клетки поверхностных слоев, промежуточные, ладьевидные- почти отсутствуют. ЦП плохо окрашивается («стертый» мазок). Пикнотические ядра



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.**

Предвестники родов (2-4 нед до родов)

- **Смещение центра тяжести кпереди, отклонение плеч назад («гордая поступь»)**
- **Прижатие предлежащей части к входу в малый таз**
(опущение дна матки)
- **Уменьшение количества околоплодных вод**
(мах ОВ в 38 нед-1200мл, после каждая неделя-минус 200 мл)
- **Насыщенность половых путей эстрогенами**
(размягчение, укорочение, растяжение шейки матки; слизисто-сукровичные выделения за счет секрета желез шейки матки «слизистая пробка» ; набухшие, цианотичные стенки влагалища)
- **«Ложные схватки»**
(длятся не более 6 часов. При наружном исследовании обычный тонус матки и слабые нерегулярные сокращения матки)

Периоды родов.

- I период-(раскрытия) промежуток времени от начала регулярной родовой деятельности до полного раскрытия шейки матки
- II период-(изгнания) промежуток времени от полного раскрытия шейки матки до рождения плода
- III период-(последовый) промежуток времени от рождения плода до рождения последа(пуповина, плацента, плодные оболочки)

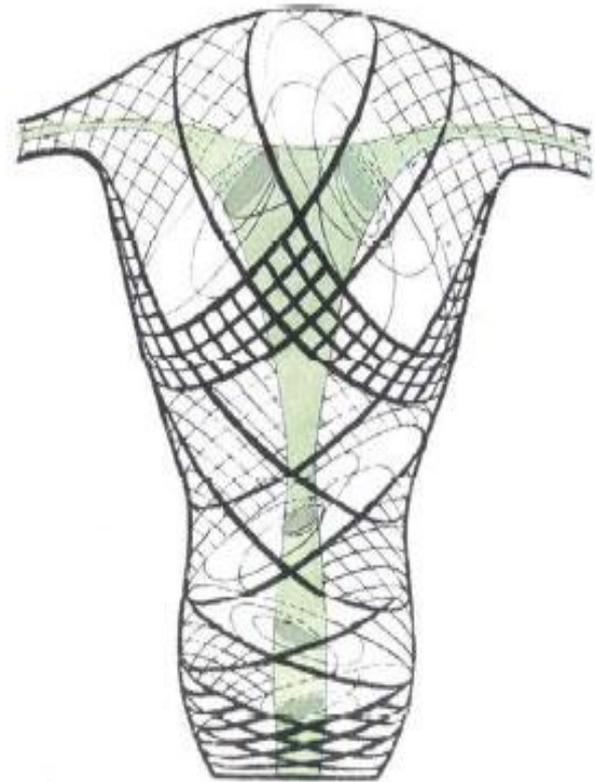
Период родов	Вид родовой деятельности	Продолжительность	
		1-е роды	2-е роды
I - период раскрытия	Схватки	10-12(11) ч	6-9(7)ч
II - период изгнания	Потуги	1-2 ч	15-60 мин
III - последовый период	Схватки (отделение) и потуги (выделение)		10-30 мин

І ПЕРИОД

Схватки - непроизвольные периодические сокращения матки.
(Координированные сокращения наружного и внутреннего слоев миометрия)

- Контракция (сокращение) мышечного волокна – в паузах устраняется полностью.
- Ретракция (смещение) мышечных пластов - в паузах сохраняется.
- Дистракция (растяжение) нижнего сегмента матки и шейки матки, что приводит к формированию (раскрытию) маточного зева

Расположение мышечных слоев в матке (схема)

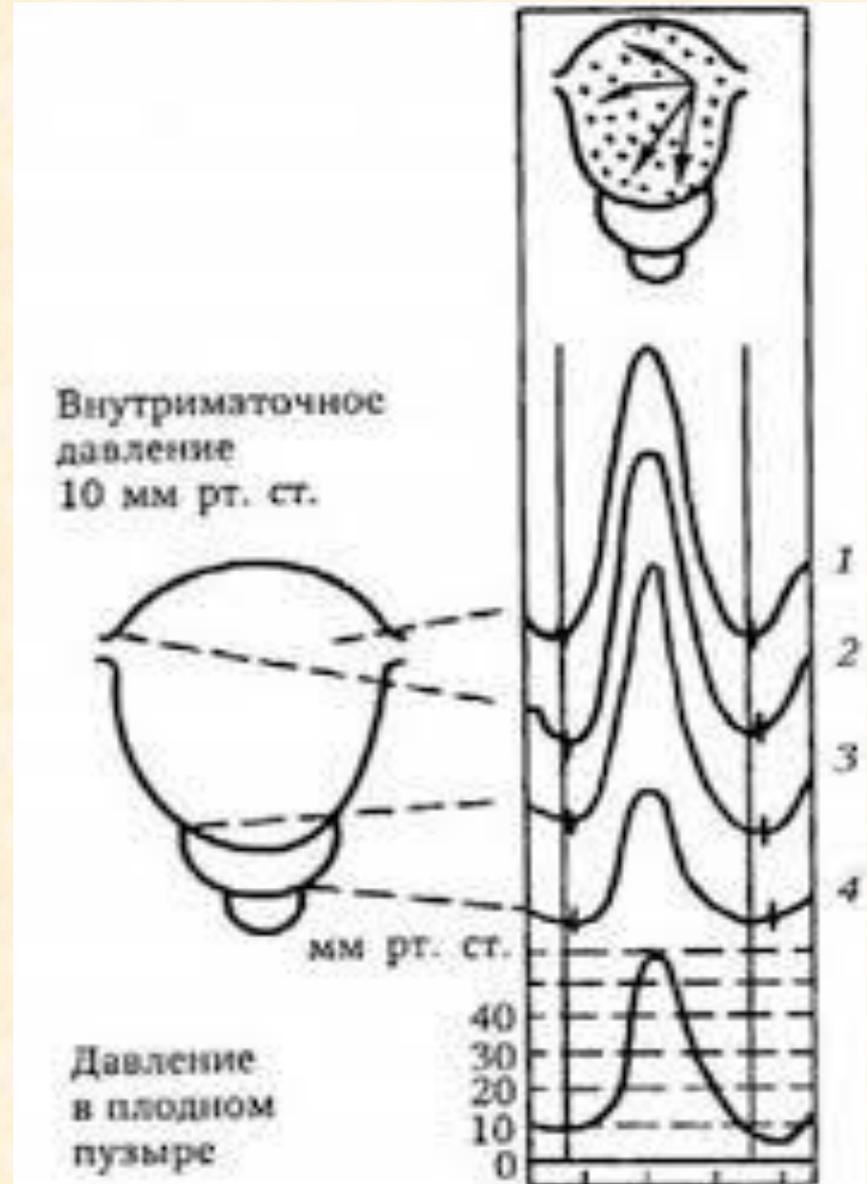


Тройной нисходящий градиент

- Водитель ритма(пейсмейкер) – группа клеток в трубных углах матки.

1. доминанта дна
2. тело матки
3. нижний сегмент матки

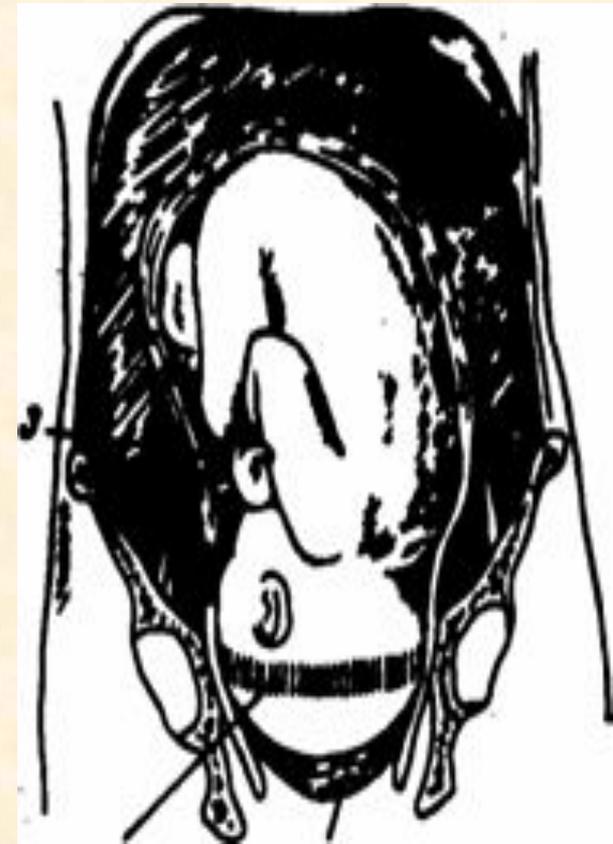
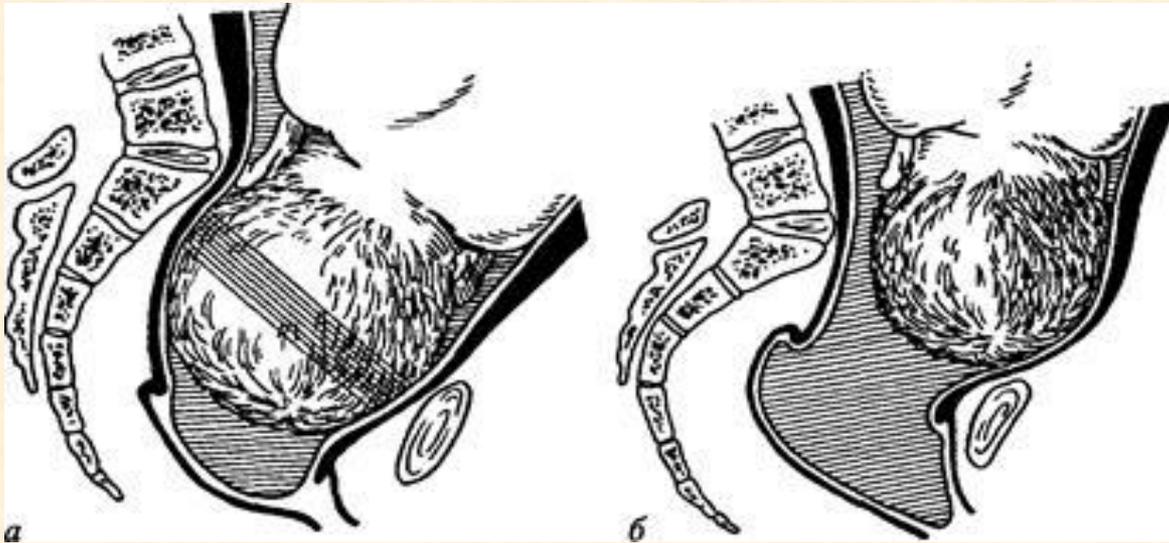
- Реципрокность
(взаимосвязанность сократительной деятельности тела, нижнего сегмента и шейки матки)
- Координированность
(согласованность) сокращений матки по вертикали и горизонтали



Контракционное кольцо- граница между сокращающейся в родах верхней частью матки (дно, тело) и активно расслабляющимся нижним сегментом

Внутренний пояс соприкосновения- плотно прилегающий к предлежащей части плода, охватывающий её кольцом, нижний сегмент матки.

Наружный пояс соприкосновения- граница между нижним сегментом матки и костным кольцом (головка фиксирована малым сегментом во входе в таз)



Механизм раскрытия шейки матки.

Первородящая.

Начинается со стороны внутреннего зева.

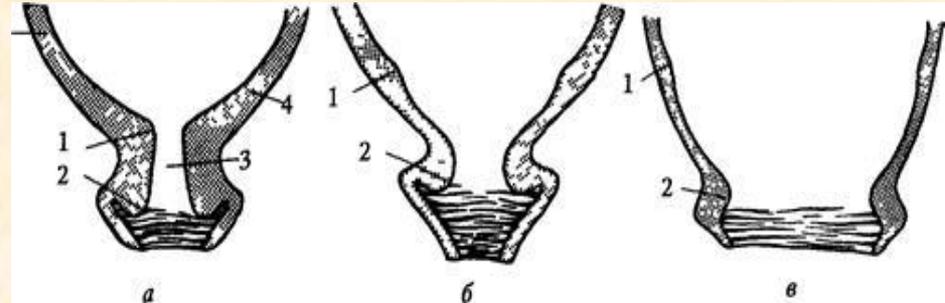
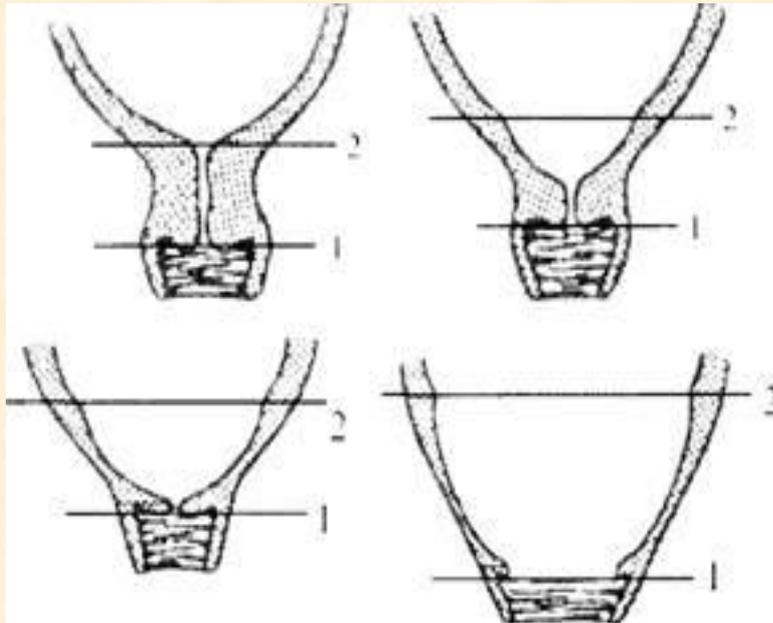
Наружный зев раскрывается при полном раскрытии внутреннего зева.

(когда ш/м сглаживается, отсутствует цервикальный канал)

матки.

Повторнородящая.

Одновременное раскрытие внутреннего и наружного зева



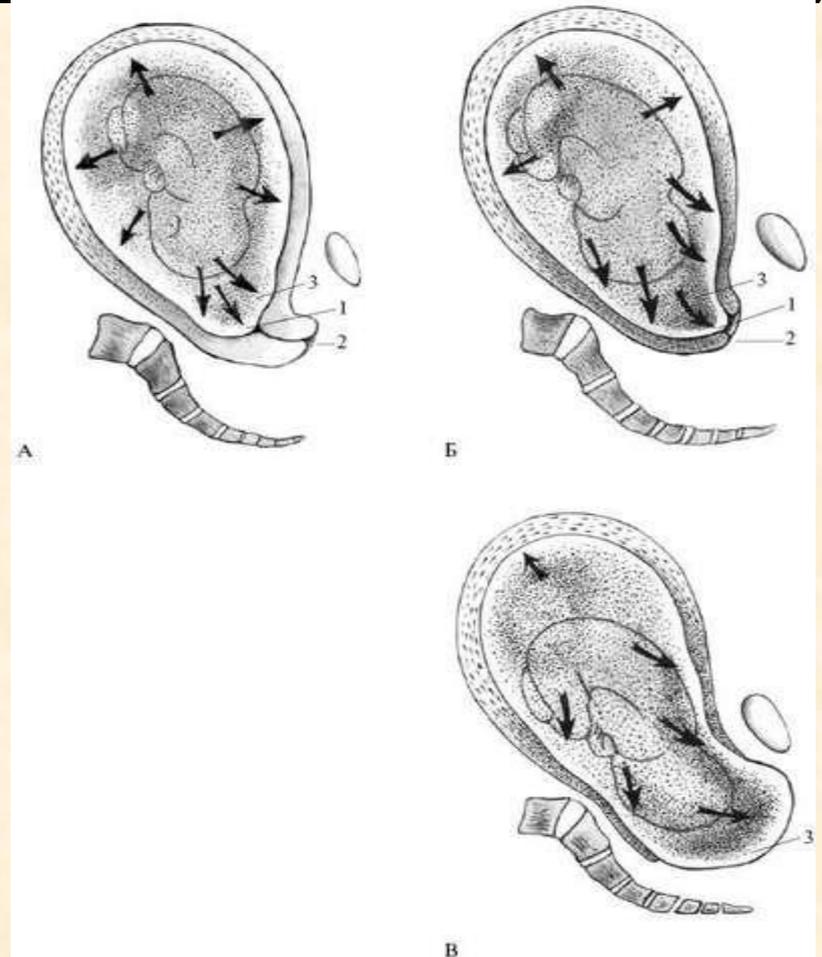
При полном или почти полном открытии маточного зева разрывается плодный пузырь

Факторы: 1. возрастающее внутриматочное давление

2. нарастание перерастяжения оболочек плодного пузыря

3. отсутствие опоры для нижнего полюса плодного пузыря со стороны шейки матки

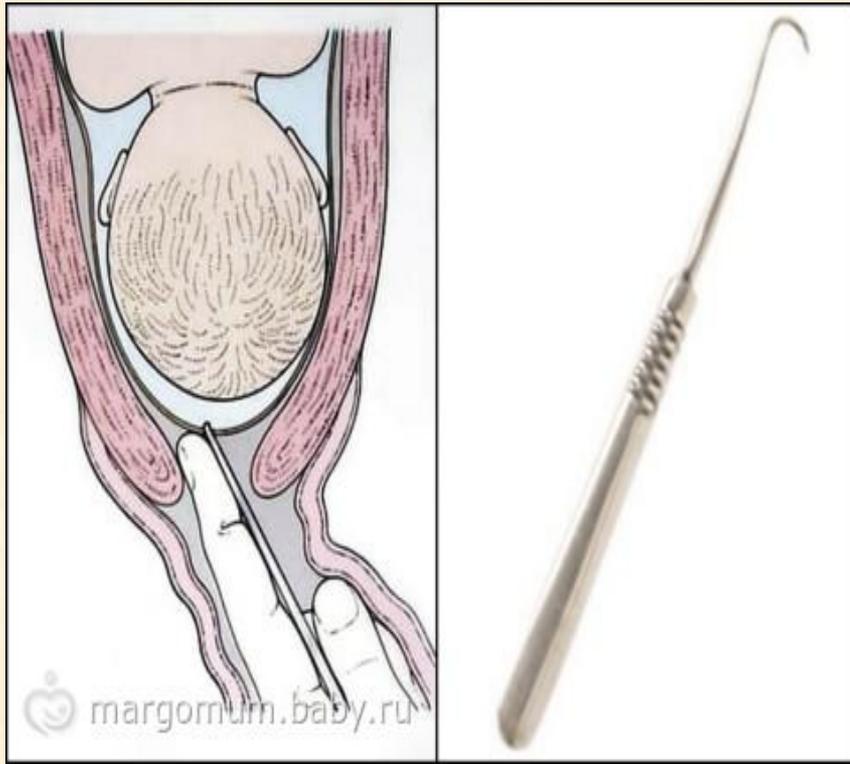
Раскрытие шейки матки



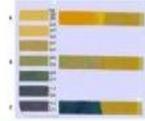
Подтекание околоплодных вод

Несвоевременное излитие околоплодных вод.

- Преждевременное излитие околоплодных вод (до появления регулярных схваток)
- Раннее излитие околоплодных вод (в I периоде до полного или почти полного (до 7см) раскрытия)
- Запоздалое излитие околоплодных вод (после окончания I периода, уже при полном раскрытии)



exchange using nitrazin...



Nitrazin

100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0%

100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0%

100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0%

Fern

Amnisure

100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0%

100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0%

100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10% 0%

II период

Предлежащая часть приближается к тазовому дну и оказывает на него возрастающее давление, в ответ на которое возникают потуги.

Потуги- рефлекторное непроизвольное сокращение гладких мышц матки + рефлекторное сокращение поперечнополосатой скелетной мускулатуры брюшного пресса, диафрагмы и мышц тазового дна.

Сила потуги регулируется женщиной.

Предлежащая часть растягивает родовую щель и рождается.

Рождается все туловище плода.

Изливаются задние околоплодные воды.

III Период – отслойка плаценты (отделение) - и (выделение) рождение последа

Центральный путь.

Ретроплацентарная гематома.

Рождение по Шульцу



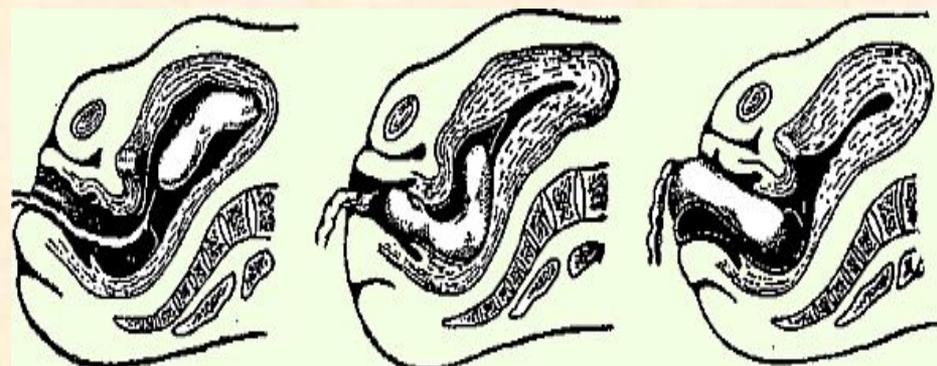
Последовательные этапы отделения и изгнания последа по Шульцу.

Если плацента начинает отделяться с центра по механизму, описанному Шульцем (Schulz), то одновременно с родившимся последом отделяется и излившаяся из вскрытых сосудов кровь

Периферический путь.

Боковое стекание крови

Рождение по Дункану.



Последовательные этапы отделения и изгнание последа по Дункану.

Если плацента начинает отслаиваться с наружного своего края по механизму, описанному Дунканом (Duncan), то кровь из вскрывшихся лакун может вытекать и раньше рождения последа

Клиническое течение родов

ТЕЧЕНИЕ I ПЕРИОДА РОДОВ

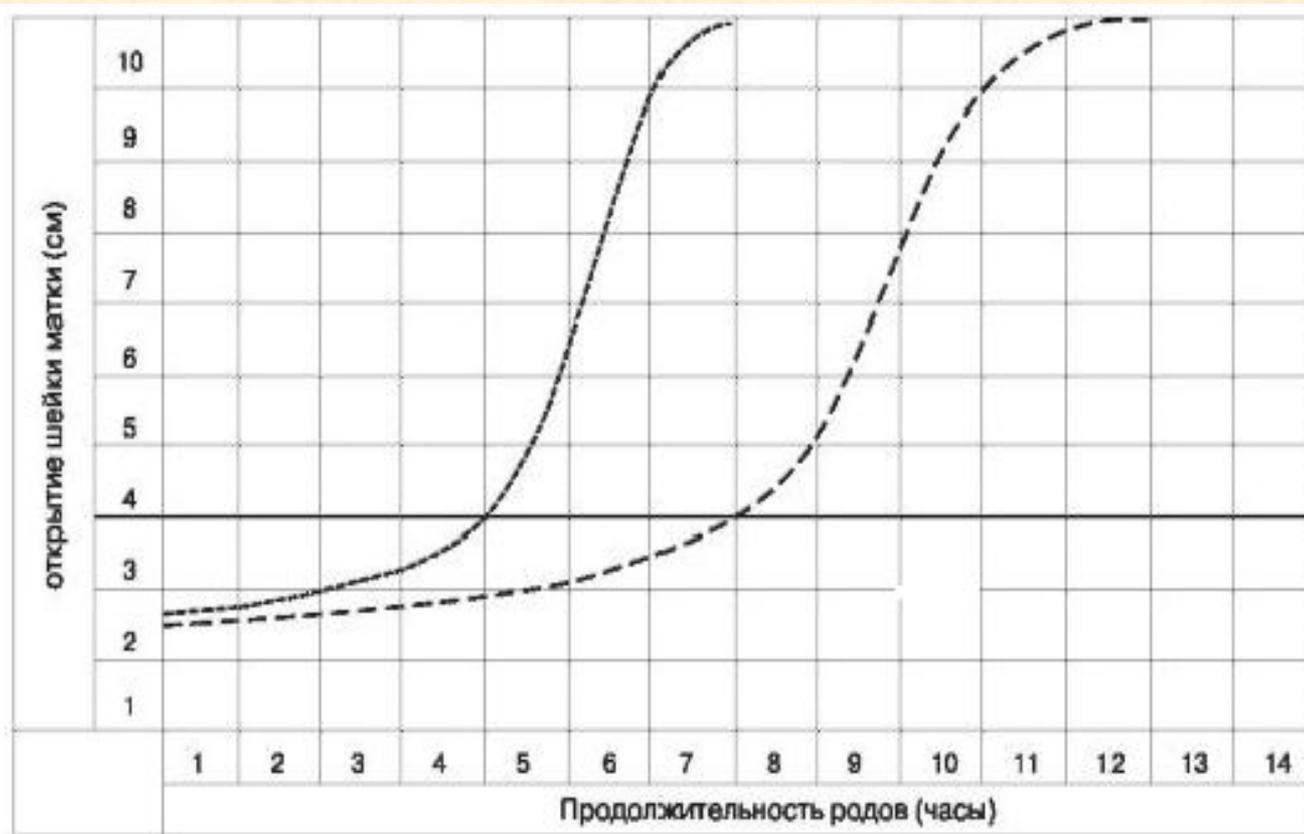
На основании оценки длительности, частоты, интенсивности схваток, маточной активности, темпа раскрытия шейки и продвижения головки выделяют три фазы.

- I фаза (*латентная*) - от начала регулярных схваток до 4 см раскрытия маточного зева. Средняя продолжительность 5-6,5 ч. Скорость раскрытия шейки матки – 0,35 см/ч
- II фаза (*активная*) - усиление родовой деятельности. Раскрытие маточного зева 4-8 см. Средняя продолжительность – 1,5-3 ч. Средняя скорость раскрытия маточного зева у первородящих – 1,5-2 см/ч, у повторнородящих – 2-2,5см/ч.
- III фаза – замедление , заканчивается полным раскрытием. Продолжается 1-2 часа.

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.

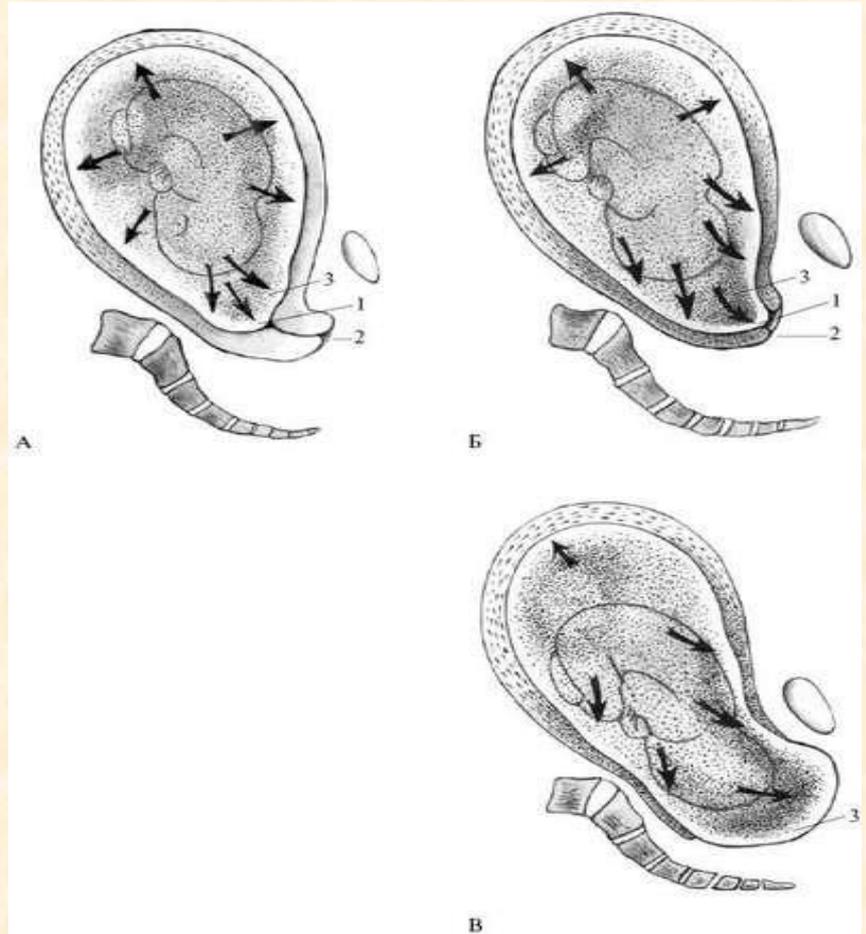
Графическая регистрация родов с оценкой степени открытия шейки матки, продвижения предлежащей части плода по родовому каналу, АД и температуры тела матери, ЧСС плода называется партограммой, или кривой Фридмана.



-формирование взаимоотношения между осью родового канала и осью плода

-излитие передних околоплодных вод (100-200мл)

-возрастающее давление на позвоночник плода - продвижение предлежащей части со скоростью **1см/ч при раскрытии 8-9 см**



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:

1. до излития околоплодных вод **при прижатой или фиксированной головке** и отсутствии необходимости аппаратного мониторинга - произвольное положение

2. при подвижной головке - постельный режим.

На боку (на стороне затылка плода)

Рекомендуется положение на левом боку (при первой позиции плода) или на правом (при второй позиции плода)

После вставления головки-положение произвольное

3. В конце I периода – физиологическим является положение на спине, с приподнятыми ногами, с приподнятой верхней частью туловища (semi-Fowler). При этом оси плода и матки совпадают и стоят перпендикулярно плоскости входа в таз, что способствует продвижению плода по родовому каналу.

ТЕЧЕНИЕ II ПЕРИОДА РОДОВ

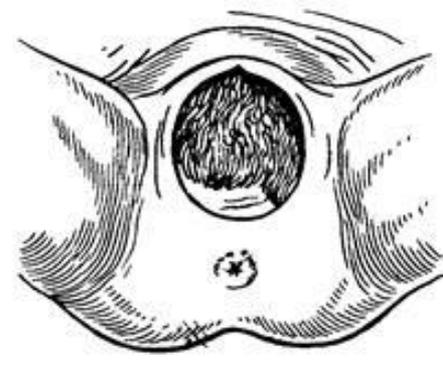
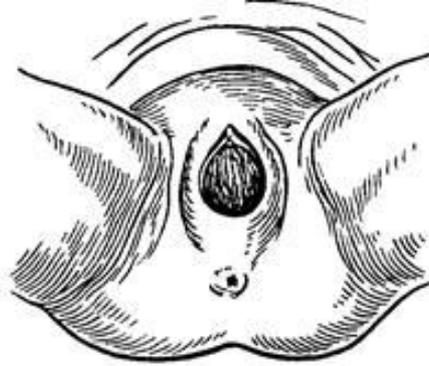
- В процессе II периода родов происходит
- полное открытие маточного зева
 - продвижение плода по родовому каналу
 - рождение плода.

Вступление головки в плоскость входа малого таза совершается таким образом, что стреловидный шов располагается по срединной линии (по оси таза) - на одинаковом расстоянии от лонного сочленения и мыса.

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

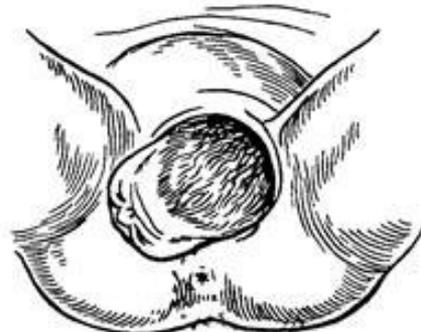
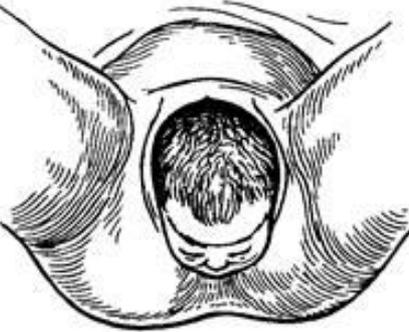
а-врезывание головки

(появление головки из половой щели только во время потуг)



б-прорезывание головки

(есть точка фиксации подзатылочная ямка при переднем виде затылочного вставления)



в-рождение головки

(затылок, теменные бугры!, лоб, личико)



г-наружный поворот головки

при I позиции

(к правому бедру)

д-образование точки фиксации на переднем плечике

ТЕЧЕНИЕ III ПЕРИОДА РОДОВ

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.

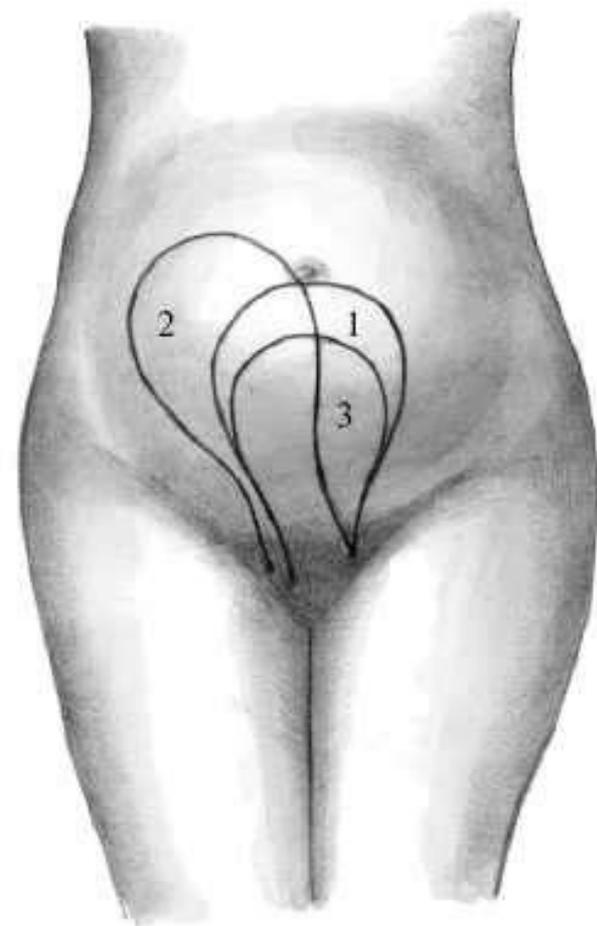
После рождения последа матка становится плотной, округлой, располагается посередине, дно ее находится между пупком и лоном.

Рисунок:

1-тотчас после рождения плода

2-после отделения плаценты

3-после выделения последа



Варианты отделения плаценты

- Центральное (по Шультцу).
- Краевое , с периферии (по Дункану).
- Одновременное смещение по всей поверхности прикрепления (по Францу).

ВЕДЕНИЕ РОДОВ

ВЕДЕНИЕ I ПЕРИОДА РОДОВ

Полное акушерское обследование (приемный покой)

Принципы ведения I периода родов: (родильное отделение)

- контроль за динамикой и характером 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

- При поступлении
- Каждые 6 ч для оценки акушерской ситуации
- Излитие околоплодных вод

При развитии экстренной ситуации:

- Дистресс плода (гипоксия на КТГ, меконий в водах, аускультация плода)
- ПОНРП (боль, тахикардия, кровянистые выделения)
 - Для проведения амниотомии.
 - Перед введением наркотических анальгетиков.
 - Перед предстоящей операцией (щипцы, вакуум, кесарево сечение).
- При многоплодной беременности после рождения первого плода.
- Кровотечение в родах (в условиях 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 раскрытие маточного зева (см)
3. Консистенция (степень размягчения, ригидность) шейки матки или краев маточного зева.
4. Состояние плодного пузыря (цел/отсутствует). Форма: куполообразный, плоский.
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 путей.

Способы косвенного определения степени раскрытия маточного зева

1. Признак Шатца- Унтербергера-Занченко

(контрационное кольцо стоит выше лобкового сочленения на столько поперечных пальцев, на сколько раскрыт маточный зев).

Оценивать во время схватки

2. Способ Роговина

(расстояние от мечевидного отростка до дна матки. Во время контракции и дистракции дно приподнимается наверх. По формуле: 10-данное расстояние)

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

Клинически диагноз и план ведения родов.

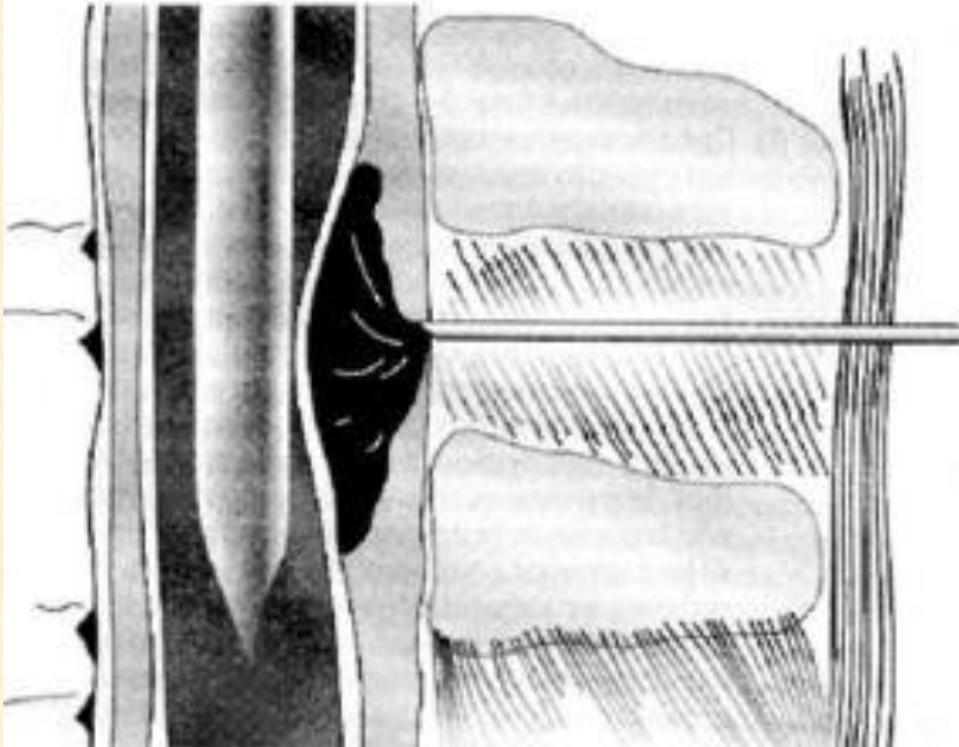
- Паритет (роды какие по счету)
- Срок родов (преждевременные, срочные, запоздалые)
- Период родов, предлежание, позиция, вид плода
- Осложнения текущей беременности и родов
- Экстрагенитальные заболевания
- Осложнения со стороны плода

Показания к амниотомии

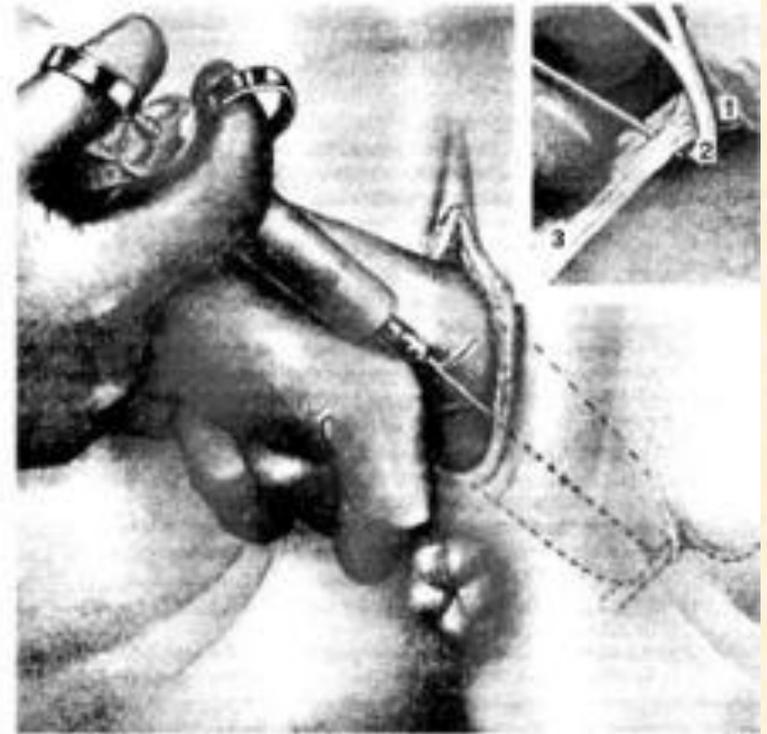
- В конце I периода при открытии акушерского зева на 7 см и более.
- Плоский плодный пузырь (вследствие маловодия, неполного предлежания плаценты).
- Многоводие.
- Неполное предлежание плаценты (только при развитии регулярной родовой деятельности!).
- Гипертензионный синдром, нефропатия или патология сердечно-сосудистой системы.
- Плановая амниотомия при тенденции к перенашиванию и других показаниях для «программированных» родов.

Обезболивание в родах

Эпидуральная анестезия



Пудендальная анестезия



1. Эпидуральная анестезия в родах

Местные анестетики Ропивакаин 2мг/мл -4,0мл + физ.р-р 6,0 мл вводятся в эпидуральное пространство в болюсном или режиме PSA (24+36) до достижения эффекта обезболивания. Продолжительность действия анестетиков при болюсном введении 1,5-2 ч.

2. Наркотические анальгетики: Promedolum - дает более выраженный спазмолитический эффект; Phentanylum - дает наиболее выраженный анальгетический эффект. Сонотдых.

3. Пудендальная анестезия В проекцию обоих седалищных бугров вводится по 10 мл 1% раствора лидокаина (или 0,5% раствора

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.
- Наблюдение за характером родовой деятельности. (в каждой плоскости- не более 2-х часов!!!)

Наружные методы определения расположения головки в полости таза.

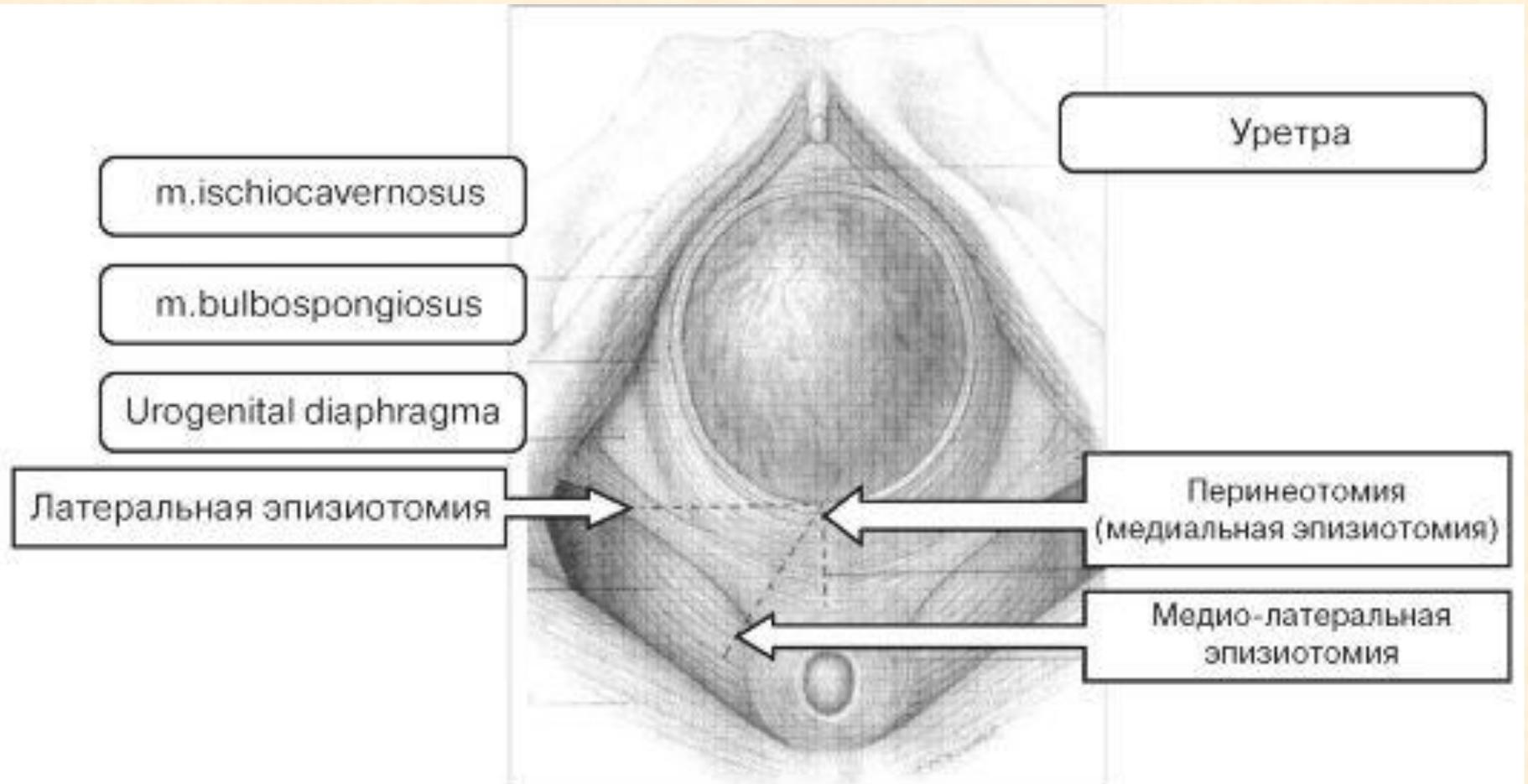
- 1. Прием Пискачека** - давление II и III пальцами по краю большой половой губы, параллельно стенкам влагалища (если головка достижима на плоскости узкой части полости малого таза).
- 2. Прием Гентера** - давление вне схватки пальцами, расположенными вокруг ануса.
- 3. Четвертый прием Леопольда-Левицкого**

Принципы ведения II периода родов:

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

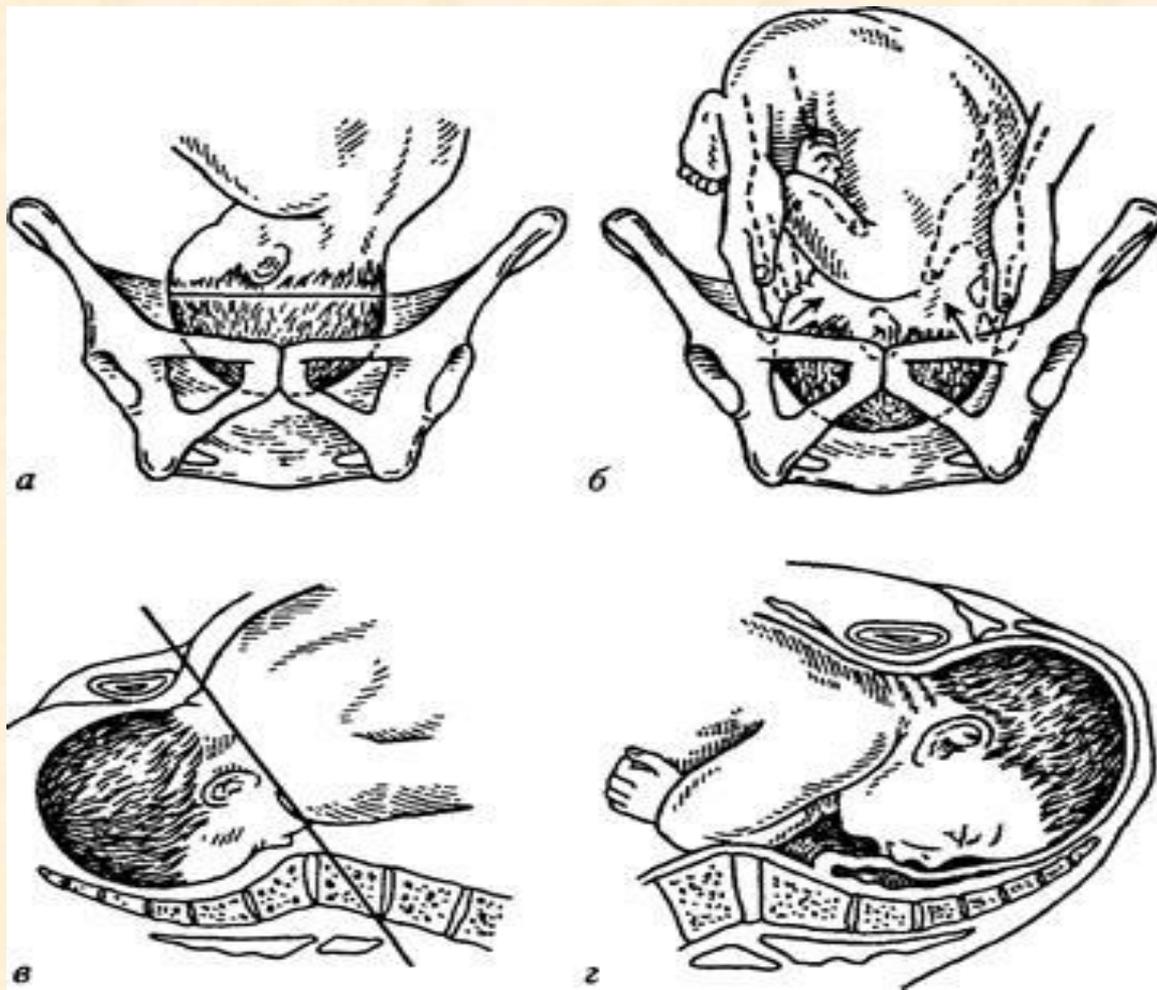
- **Показания к эпизиотомии и перинеотомии**
- Со стороны плода:
 - острая гипоксия или обострение хронической гипоксии;
 - дистоция плечиков;
 - тазовые предлежания;
 - недоношенность.

Варианты эпизиотомии



Продвижение головки по родовому каналу:

- а-головка фиксирована малым сегментом во входе в таз
- б-головка фиксирована большим сегментом во входе в таз
- в-головка в узкой части полости малого таза
- г-головка в плоскости выхода из малого таза



Прием родов.

- Ручное пособие при головном предлежании, которое называется **«защита промежности»** или «поддерживание промежности»
- Цель:
 - рождение головки наименьшим размером
 - не допустить нарушения внутричерепного кровообращения плода
 - травмы мягких родовых путей (промежности) матери

Моменты акушерского пособия при головном предлежании

1 момент. *Восрепятствие преждевременному разгибанию головки .*

Максимально согнутая головка прорезывается наименьшим размером (малый косой), меньше растягивая промежность. Головку удерживают ладонной поверхностью четырех согнутых, плотно прижатых пальцев (но не кончиками пальцев!). Насильственное чрезмерное сгибание головки может привести к травме шейного отдела позвоночника.

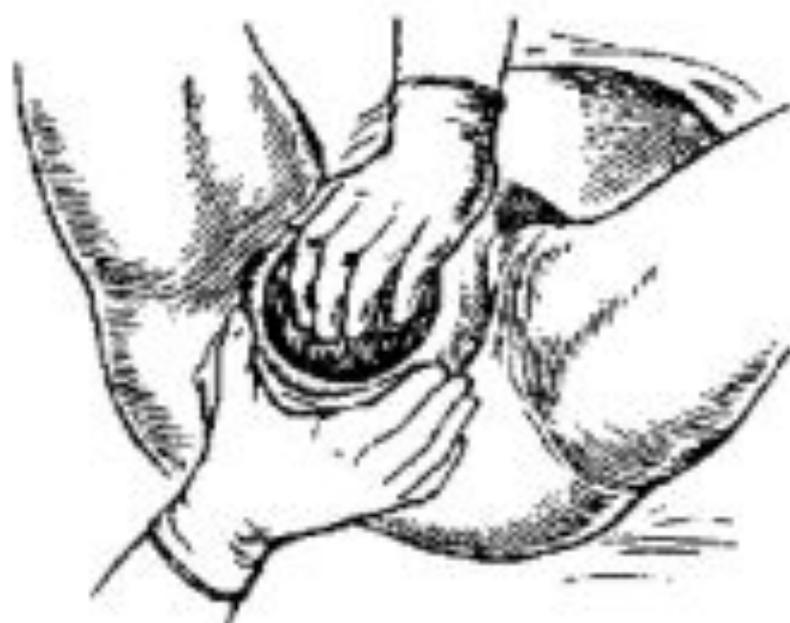
2 момент. *Выведение головки из половой щели вне потуг.*

Над прорезывающейся головкой бережно растягивают вульварное кольцо большим и указательным пальцами правой руки.

**Препятствие
преждевременному
разгибанию головки**



**Уменьшение
напряжения промежности**



- **3 момент.** *Уменьшение напряжения промежности*

Достигается заимствованием тканей из соседних областей (область больших половых губ) большим и указательным пальцами, расположенными на промежности.

Повышается сопротивляемость тканей на растяжение и разрыв, вследствие нормализации кровообращения.

- **4 момент .** *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.

При вставлении головки теменными буграми максимально выражена угроза разрыва промежности и чрезмерного сдавления головки. Необходимо ослаблять потуги, когда они нежелательны.

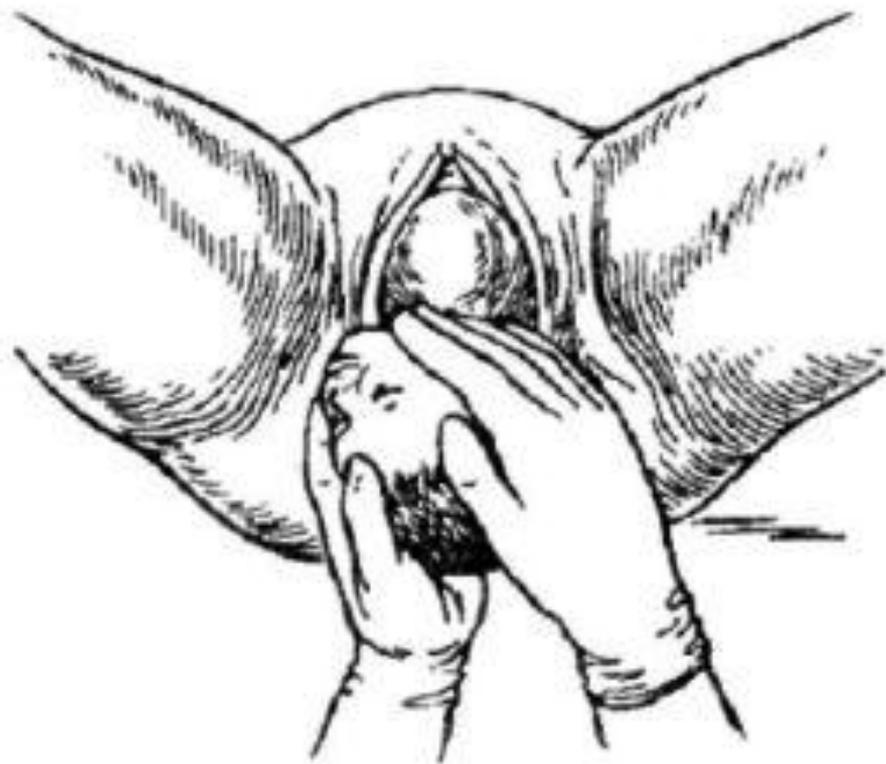
Глубоко дышать!

Бережное выведение теменных бугров

- **5 момент.** *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

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 матки»).
- **Активно-выжидательная тактика.**
- В этот период уделяют внимание новорожденному, общему состоянию роженицы и признакам отделения плаценты
- Опорожнить мочевой пузырь

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 .
- 6. **Штрассмана** - отсутствие кровенаполнения пережатого конца пуповины при натуживании.
- 7. **Довженко** - пуповина при глубоком вдохе не втягивается во влагалище

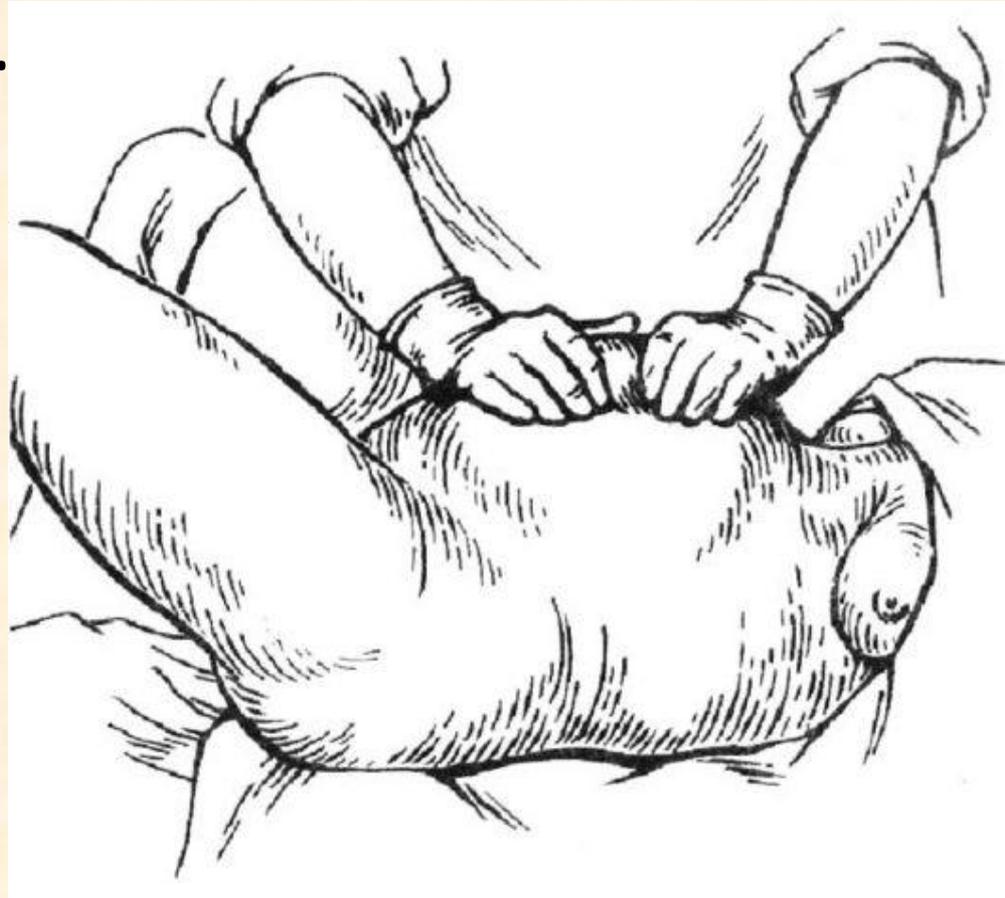
Принципы ведения последового периода:

Принципы ведения последового периода:

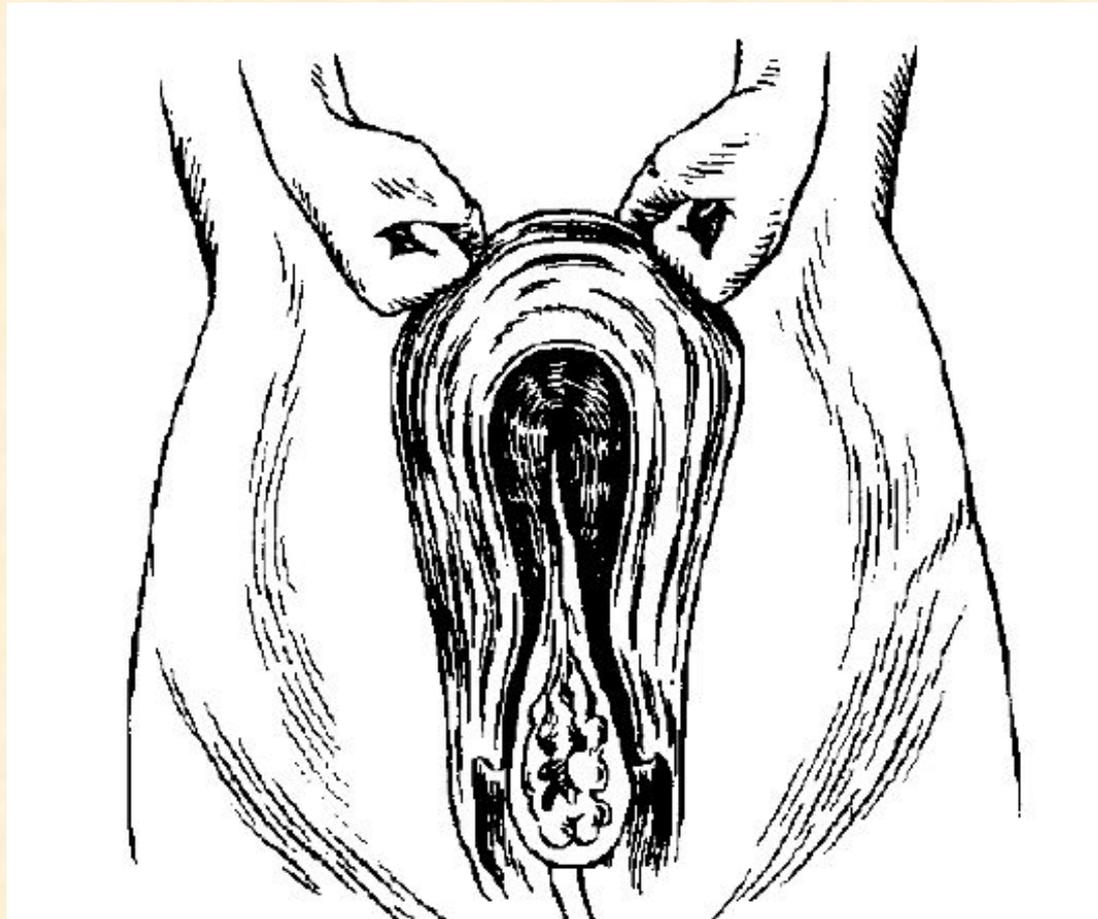
- опорожнение мочевого пузыря сразу после рождения плода;
- контроль гемодинамических параметров матери;
- контроль кровопотери;
- при нормальном течении родов после рождения плода любое механическое воздействие на матку (пальпация, давление) до появления признаков отделения плаценты запрещается.

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).**

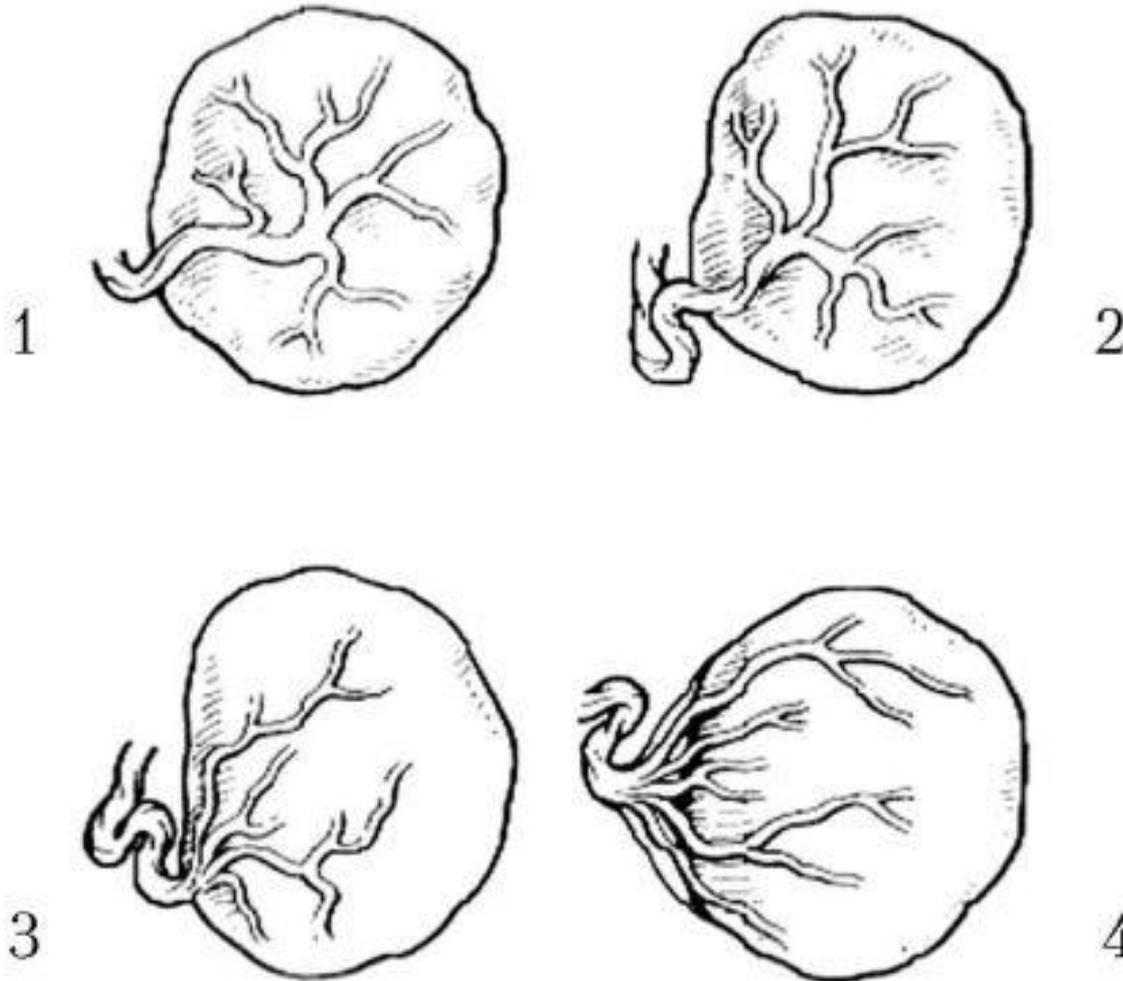
Осмотр последа и мягких родовых путей

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

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!

