

# ФИЗИОЛОГИЯ РОДОВ

Чеченский государственный  
университет  
Медицинский институт  
Кафедра «Акушерство и гинекология»  
Лектор: НУНАЕВА Э.С.  
доцент , к.м.н.

# РОДЫ

---

- физиологический процесс изгнания плода и последа из матки через естественные родовые пути

# РОДЫ

---

- Своевременные - при сроке беременности 37-40 недели
- Преждевременные - при сроке беременности 22-37 недель
- Запоздалые – при сроке беременности свыше 40-42 недель

# НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ (ВОЗ)

- роды, которые начинаются спонтанно у женщин группы низкого риска в начале родов и остаются таковыми в течении всех родов; ребенок рождается спонтанно в головном предлежании при сроке беременности от 37 до 42 полных недель, и после родов мать и ребенок находятся в хорошем состоянии

# нормальных родов

## включает следующие

### показатели:

- одноплодная беременность;
- • головное предлежание;
- • соразмерность головки плода и 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 ( при раскрытии шейки матки на 6–8 см — активная фаза I периода родов);
- • отсутствие акушерского травматизма (разрывы родовых путей) и оперативных вмешательств в родах;
- • продолжительность родов: у первородящих — от 7 до 14 часов, у повторнородящих — от 5 до 12 часов;
- • отсутствие у ребёнка гипоксических, травматических или инфекционных осложнений, аномалий развития или уродств;
- • физиологическая кровопотеря в последовом и раннем послеродовом периоде не выше 0,5% массы тела роженицы.

# Определение срока родов

Беременность протекает 280 дней (40 недель)

Предполагаемый срок родов устанавливают следующим образом:

1. по дате последней менструации: к первому дню последней менструации прибавляют 280 дней и получают дату предполагаемого срока родов; чтобы быстрее и проще установить этот срок, по предложению Негеле от первого дня последней менструации отсчитывают назад 3 мес. и прибавляют 7 дней;

## 2. По овуляции

- Отнять 3 месяца от даты зачатия и отнять 7 дней или прибавить 266 дней (38 недель)



## 2. По шевелению

### Первородящие

- 20 недель
- (к дате шевеления прибавляют
- 20 нед.)

### Повторнородящие

- 18 недель
- ( к дате шевеления прибавляют
- 22 нед.)

## 4. По первой явке в ЖК

- по сроку беременности, диагностированному при первой явке в женскую консультацию; ошибка будет минимальной, если женщина обратилась к врачу в первые 12 нед. беременности;



5.

- по данным ультразвукового исследования;
- 

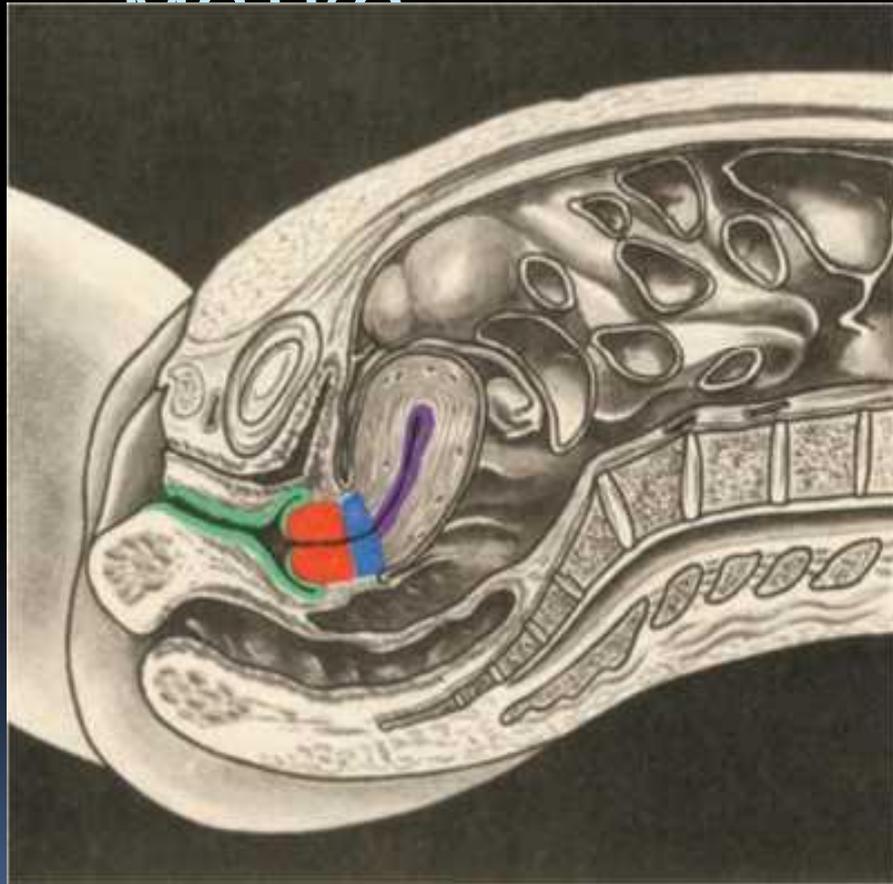
## б. по дате ухода в дородовый отпуск

- который начинается с 30-й нед. беременности.
- К этой дате прибавляют 10 нед.

Небеременная

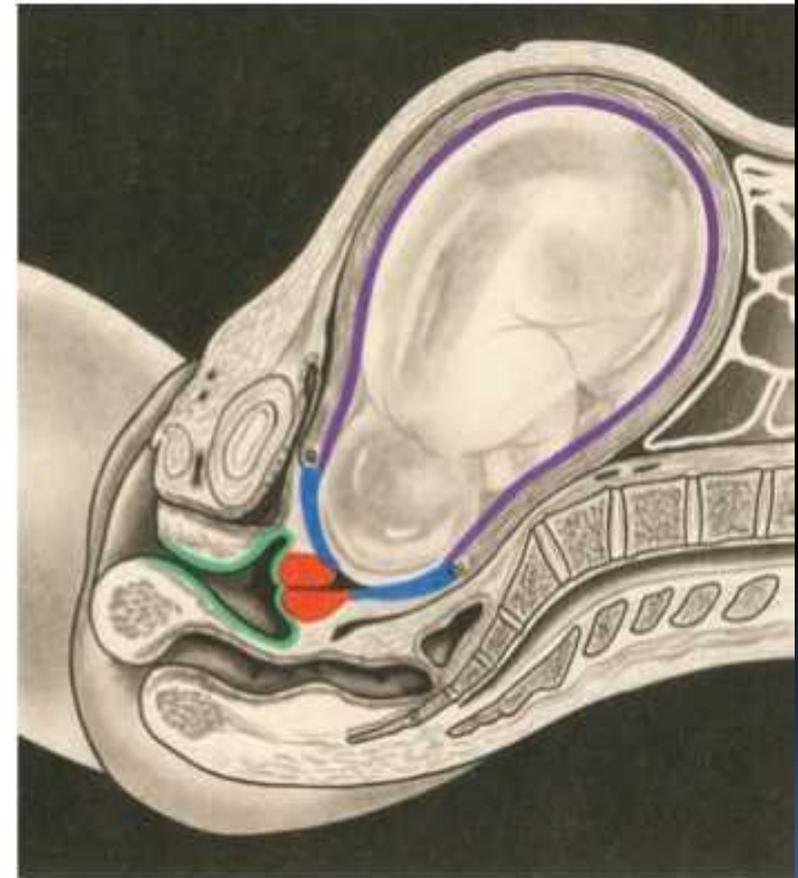
В

МЕТКА

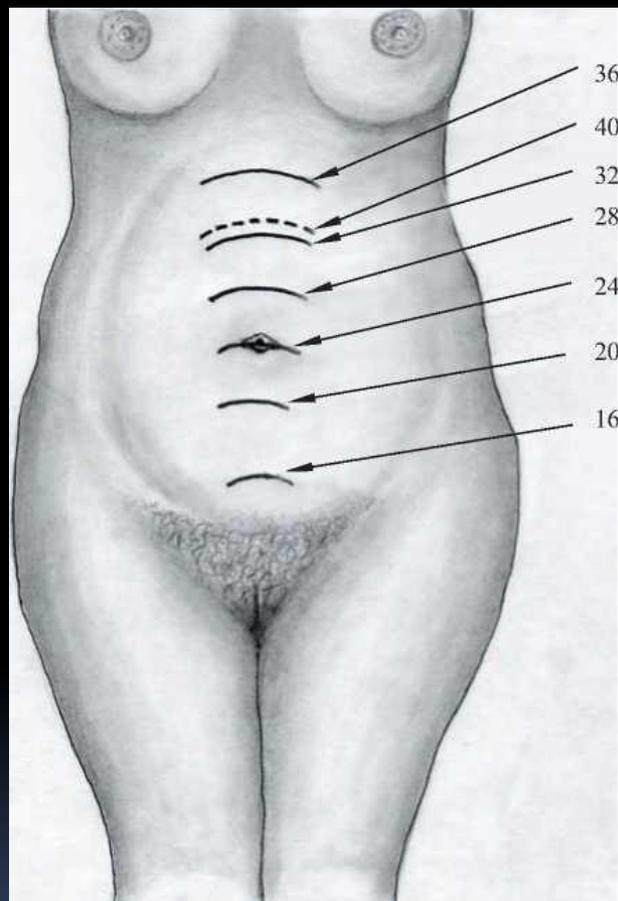


Беременная

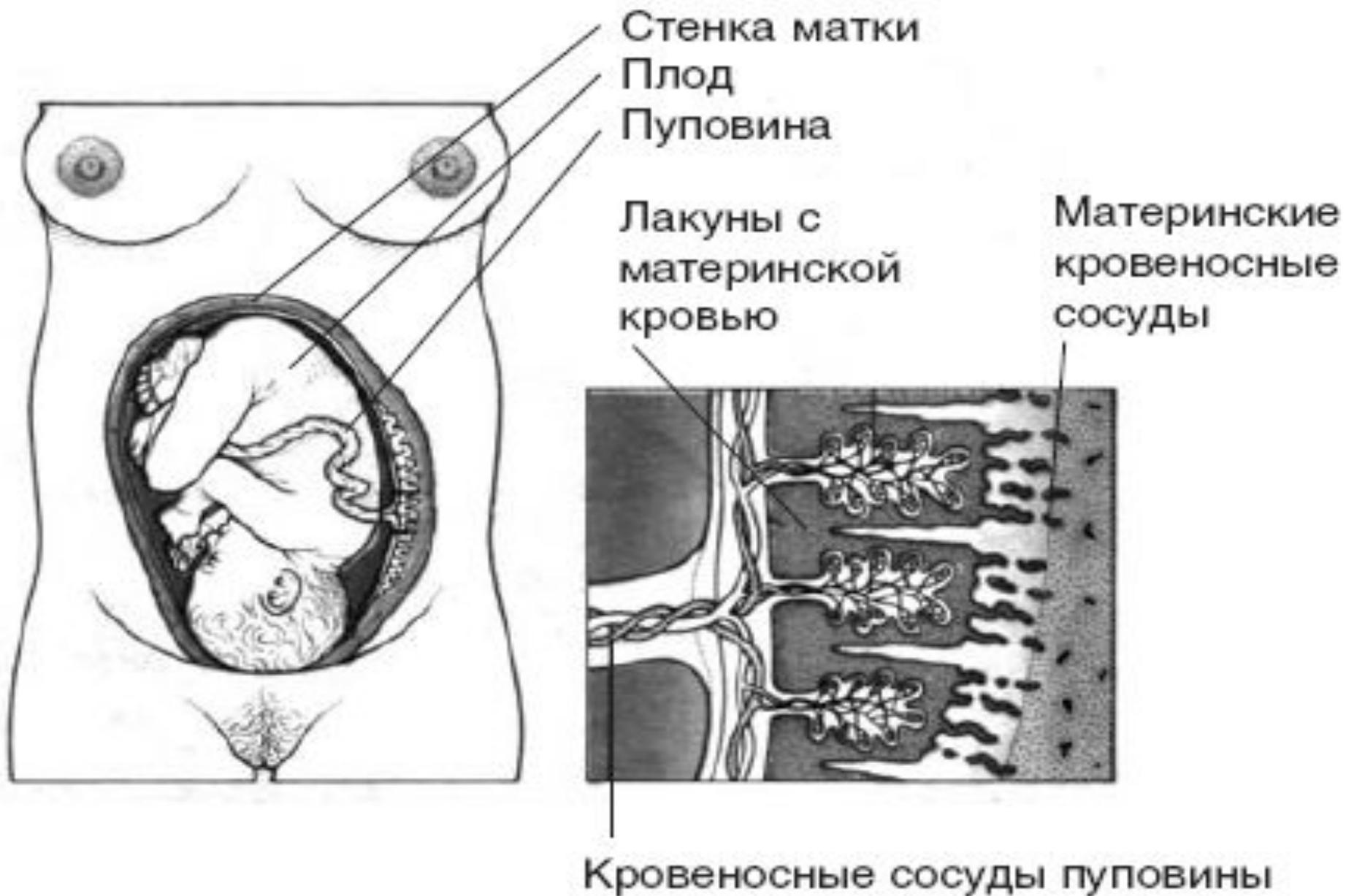
КОНЦЕ СРОКА



# Объективные данные



Высота стояния дна матки при различных сроках беременности



# Причины наступления родов

- К концу беременности и началу родов у женщины наблюдается преобладание *процессов торможения в коре большого мозга и повышение возбудимости подкорковых структур (гипоталамогипофизарной системы, структур лимбического комплекса, в первую очередь миндалевидных ядер, и спинного мозга).*
- Усиливаются спинномозговые рефлексy, повышается рефлекторная и мышечная возбудимость матки.

- К концу беременности у женщин отмечается усиление реакций на интероцептивные раздражители с шейки матки и ослабление (или даже отсутствие) реакций на экстероцептивные раздражители, что свидетельствует о формировании основы **родовой доминанты**,
- которая является необходимым условием для своевременного и правильного
- развертывания родовой деятельности.

- На фоне подобных изменений нервной
- системы женщины возрастает роль афферентной импульсации от плода, которая от рецепторов матки по подчревному и тазовым нервам поступает в спинной мозг и далее по спиноталамическому пути в таламус, гипоталамус и проекционные зоны коры большого мозга.

- В последние 2 нед. беременности, и особенно перед родами, происходит повышение уровня эстрогенов и снижение содержания прогестерона.
- На протяжении беременности прогестерон тормозит спонтанную активность матки.
- Снижение его продукции перед родами нарушает этот механизм и способствует активации сократительной деятельности миометрия.

● Эстрогены через систему нуклеиновых кислот активируют синтез сократительного белка матки (актомиозина), усиливают синтез катехоламинов, активируют холинергическую систему, угнетают активность окситоциназы и моноаминооксидазы, разрушающих серотонин и катехоламины. Изменяя проницаемость клеточной мембраны для ионов кальция, калия, натрия, они меняют электролитные соотношения в мышце матки.

- Под действием эстрогенов увеличивается количество ионов калия внутри клетки ( $K^+ : Na^+ = 5 : 3$ ), изменяется мембранный потенциал покоя и увеличивается чувствительность клеток миометрия к раздражению.
- Таким образом, не вызывая сокращений миометрия, эстрогены как бы сенсбилизируют матку к веществам тономоторного действия.

- Ключевую роль в развязывании родовой деятельности играют простагландины (ПГЕ<sub>2</sub>, ПГ<sub>2</sub>α, синтез которых в децидуальной и амниотической оболочках значительно повышается перед родами.

- Повышение уровня эстрогенов, продуцируемых системой мать—плацента—плод, ведет к увеличению содержания простагландинов в матке. В этом процессе не исключается и роль кортизола
- надпочечников плода. Предполагается влияние и других плодовых факторов, в том числе синтезируемых в почках плода и с мочой поступающих в околоплодные воды, что служит сигналом к высвобождению арахидоновой кислоты, являющейся предшественницей простагландинов.

- Простагландины индуцируют родовой акт, вызывая деполяризацию мембран клеток миометрия и способствуя высвобождению связанного кальция, вследствие чего происходит сокращение мышцы матки.
- Кроме того, простагландины стимулируют секрецию окситоцина в задней доле гипофиза у матери и плода и вызывают разрушение прогестерона.

- **Окситоцин возбуждает**
- **$\alpha$ -адренорецепторы, расположенные преимущественно в теле матки, и угнетает  $\beta$ -адренорецепторы; он повышает возбудимость клеточных мембран, подавляет активность холинэстеразы, способствует накоплению ацетилхолина (АХ). АХ и окситоцин, потенцируя действие друг друга, вызывают сокращение матки.**

- Наряду с окситоцином и ацетилхолином большое значение в инициации сократительной деятельности матки принадлежит серотонину, адреналину, норадреналину, гистамину (уровень которых повышается перед родами) и кининовой системе.

- *Серотонин* обеспечивает проницаемость мембран для ионов кальция, вызывает деполяризацию клеточных мембран.
- *Катехоламины*, являясь медиаторами нервной системы, повышают сократительную способность матки, воздействуя на нее через
- $\alpha$ -адренорецепторы (возбуждая их) и
- $\beta$ -адренорецепторы (тормозя их).

- Определенная роль в развязывании родовой деятельности принадлежит эпифизу, который продуцирует ***меланотонин***.
- ***Меланотонин*** образуется путем ацетилирования серотонина, выделяется в кровяное русло и обнаруживается в
- периферических сосудах, нервах, яичниках, гипоталамусе и гипофизе.

- Большая роль в развитии родовой деятельности принадлежит ***фетоплацентарному комплексу***.
- В развитии, а также в регуляции родовой деятельности существенная роль отводится ***гипофизарно-надпочечниковой системе плода***.
- *Под влиянием активации* гипоталамогипофизарной системы плода перед началом родов повышается выделение АКТГ передней долей гипофиза плода, который стимулирует синтез дегидроэпиандростерона (ДГЭА) в надпочечниках плода.

- ДГЭА поступает в печень плода, где происходит его гидроксилирование и образуется 16 -ДГЭА.
- Последний поступает по сосудам пуповины в плаценту и превращается там в эстриол.
- Эстрогены синтезируются также непосредственно в надпочечниках плода и в его печени, причем в надпочечниках их синтезируется в 1,5—2 раза больше, чем в плаценте.

- 
- Перед началом родов увеличивается также количество кортизола, синтезируемого надпочечниками плода.
  - Кортизол поступает оттуда в печень и превращается в ней в предшественники эстрогенов. С током крови последние поступают в плаценту, где превращаются в эстрогены.

- В мышце матки существуют несколько *групп рецепторов*:
- *в теле матки* —  $\alpha$  и  $\beta$  адренорецепторы;
- *в нижнем сегменте* — М-холино и D серотонинорецепторы;
- *в шейке матки* — хемо, механо и барорецепторы.

- Окситоцин, адреналин, норадреналин, простагландины и кинины стимулируют сокращение матки, возбуждая  $\alpha$ -адренорецепторы и угнетая  $\beta$ -адренорецепторы.
- Серотонин, АХ, гистамин усиливают сократительную деятельность
- матки, возбуждая серотонино-, м холино- и гистаминорецепторы.

- Перед началом родов под влиянием нейрогуморальных изменений в матке преобладает активность  $\alpha$ -адренорецепторов. В клетках миометрия снижается
- мембранный потенциал, увеличивается их возбудимость, усиливается спонтанная активность, повышается чувствительность к контрактильным веществам.
- Идет накопление энергетических веществ (гликоген, фосфокреатинин, актомиозин, глутатион) и электролитов (кальций, магний, натрий, калий), обеспечивающих сокращение миометрия.

- При снижении мембранного потенциала все клетки миометрия могут генерировать возбуждение, однако в матке существует группа клеток, где это возбуждение возникает в первую очередь и затем распространяется на всю матку.
- Это так называемый **водитель ритма (пейсмейкер)**, который располагается в дне матки, ближе к правому трубному углу.
- Весь комплекс нервных, нейрогуморальных и эндокринных изменений, происходящих в организме перед родами, **родовую доминанту**, оставляет так называемую
- определяющую наступление и правильное течение родов.

# ПОДГОТОВКА ОРГАНИЗМА БЕРЕМЕННОЙ К РОДАМ

---

- Завершение генетически запрограммированного внутриутробного развития плода человека происходит на 38–40 неделе беременности. Происходит интенсивная синхронная подготовка организмов матери и плода к процессу родов.

# В ПОДГОТОВКЕ ОРГАНИЗМА БЕРЕМЕННОЙ К РОДАМ ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ НЕРВНОЙ

- **СИСТЕМЫ.** Доминанты беременности в центральной нервной системе (ЦНС) сменяет очаг возбуждения, тормозящий по закону индукции менее нужные реакции (пищевые и оборонительные). На первый план выступают рефлексy, обеспечивающие протекание родового процесса. Реакции на стимулы внешней среды становятся более экономичными, неустойчивыми и нестабильным.
- **Клинически это проявляется в повышенной сонливости, снижении аппетита, потере массы тела до 1 кг в течение 7 дней до родов, неустойчивости настроения.**

- 
- В процессе беременности масса матки возрастает в среднем с 50–75 до 1000 г, также при этом увеличиваются размеры клеток миометрия.
  - Подготовительные координированные (предвестниковые) сокращения матки безболезненны и
  - разделены большими интервалами между отдельными сокращениями. Подготовительные схватки могут продолжаться несколько часов и даже дней. Тонус матки при этом остаётся нормальным. Поведение женщины не влияет на частоту и интенсивность предродовых схваток. Женщина переносит их легко.

# ПРЕДВЕСТНИКИ РОДОВ – ЭТО СИМПТОМЫ, НАСТУПАЮЩИЕ ЗА МЕСЯЦ ИЛИ ДВЕ НЕДЕЛИ ДО РОДОВ

- перемещение центра тяжести тела беременной кпереди, отклонение при ходьбе головы и плеч назад («гордая поступь»), прижатие предлежащей части плода к входу в малый таз, вследствие чего происходит опущение дна матки (у первородящих это происходит за месяц до родов) и уменьшение объёма околоплодных вод. Известно, что самое большое количество околоплодных вод (1200 мл) отмечено на 38-й неделе беременности. После этого срока количество вод уменьшается каждую неделю на 200 мл

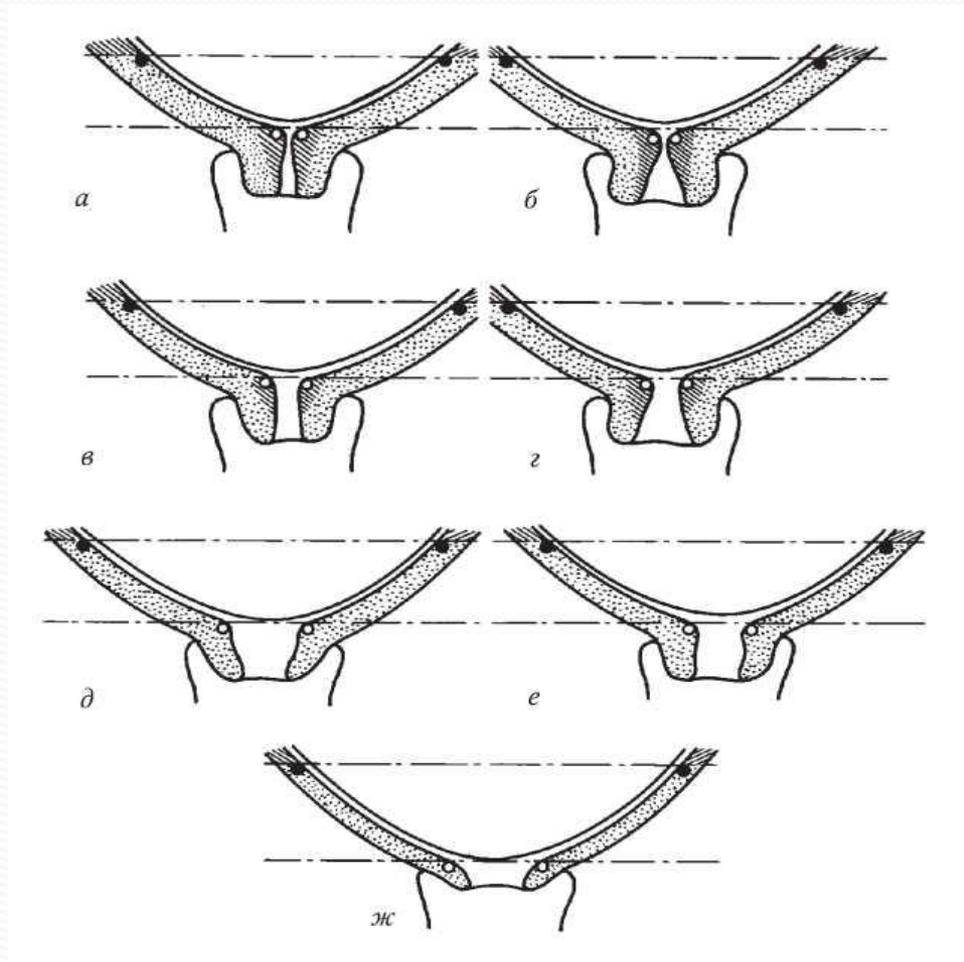
- Предлежащая часть плода плотно фиксируется во входе малого таза за счёт исчезновения
- надвлагалищной части шейки матки, вовлечённой в развёртывание нижнего сегмента матки. Шейка матки приобретает мягкость, эластичность и растяжимость, что отражает синхронную готовность системы «мать–плацента–плод» к процессу родов. Из влагалища выступают слизисто-сукровичные выделения (секрет желёз шейки матки).
- Стенки влагалища становятся набухшими, сочными, влажными, цианотичными, что свидетельствует о высокой эстрогенной насыщенности.

- Начинаются схватки-предвестники («ложные схватки») — отдельные координированные схватки, в результате которых происходит постепенное укорочение шейки матки. Внутренний зев шейки плавно переходит в
- нижний сегмент матки. Подготовительные схватки возникают чаще всего ночью, в состоянии покоя.

- В центральной нервной системе (ЦНС) возникает «родовая доминанта» — застойный
- очаг возбуждения, регулирующий процесс родов и подготовку к нему.

- Протекание родовой деятельности в значительной степени зависит от готовности организма к родам. Формирование готовности происходит за 10–15 дней до родов.
- Готовность организма определяют степенью «зрелости» шейки матки
- и чувствительности миометрия к утеротоническим средствам.
- **«Зрелость» шейки матки — главный критерий готовности к родам.**

# Изменение состояния и консистенции шейки и нижнего сегмента матки при поздних сроках беременности:



## ***Таблица 1. Шкала оценки степени зрелости шейки матки (Bishop, 1964)***

| <b>Признаки</b>                          | <b>Баллы</b>                                     |                                              |                                           |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|
|                                          | <b>0</b>                                         | <b>1</b>                                     | <b>2</b>                                  |
| <b>Положение</b>                         | Кзади                                            | Кпереди                                      | По проводной оси                          |
| <b>Длина</b>                             | Более 2 см                                       | 1-2 см                                       | Менее 1 см                                |
| <b>Консистенция</b>                      | Плотная                                          | Размягчена, область внутреннего зева плотная | Мягкая                                    |
| <b>Проходимость цервикального канала</b> | Наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца | Канал проходим до внутреннего зева           | Канал проходим для одного и более пальцев |

# СТЕПЕНЬ ЗРЕЛОСТИ Ш/М

| 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 шейечного канала                                                                                                                                                                  | Размягчена почти полностью, за исключением области внутреннего зева                                                  | Размягчена полностью                                                                                                                                              |
| Длина влагалищной части шейки матки и шейечного 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), шейечный канал длиннее влагалищной части более чем на 1 см                                                                                                                | Влагалищная часть шейки матки укорочена (ее длина от 3 до 2 см); шейечный канал на 1 см длиннее влагалищной части    | Влагалищная часть шейки матки резко укорочена (2 см и менее), шейечный канал соответствует по длине влагалищной части шейки или длиннее ее не более чем на 0,5 см |
| Степень проходимости шейечного 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. Шейечный канал изогнут, имеется резкий переход его в нижний сегмент | Шейечный канал проходим для одного пальца за внутренний зев, нет плавного перехода шейечного канала в нижний сегмент | Шейечный канал свободно проходим для одного пальца за внутренний зев, не изогнут, плавно переходит в нижний сегмент                                               |
| Толщина стенок влагалищной части                       | 2 см                                                                                  | 1,5 см                                                                                                                                                                                                                                            | 1 см                                                                                                                 | 0,5 см                                                                                                                                                            |

# Продолжительность физиологических родов

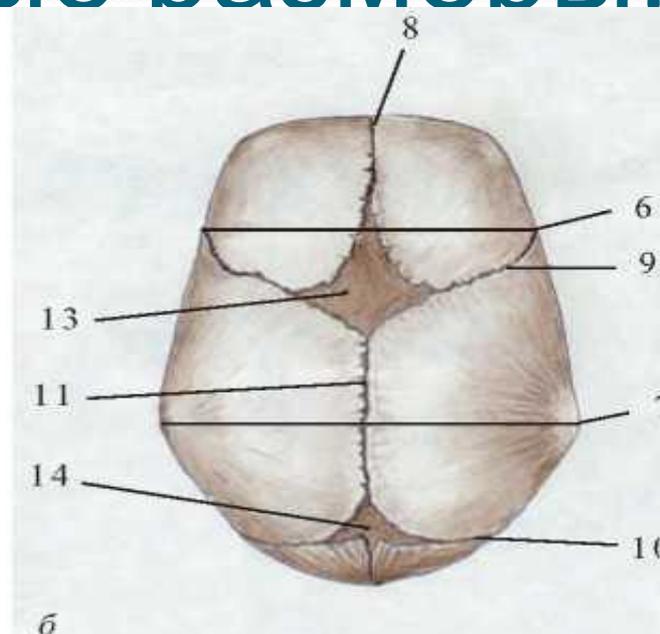
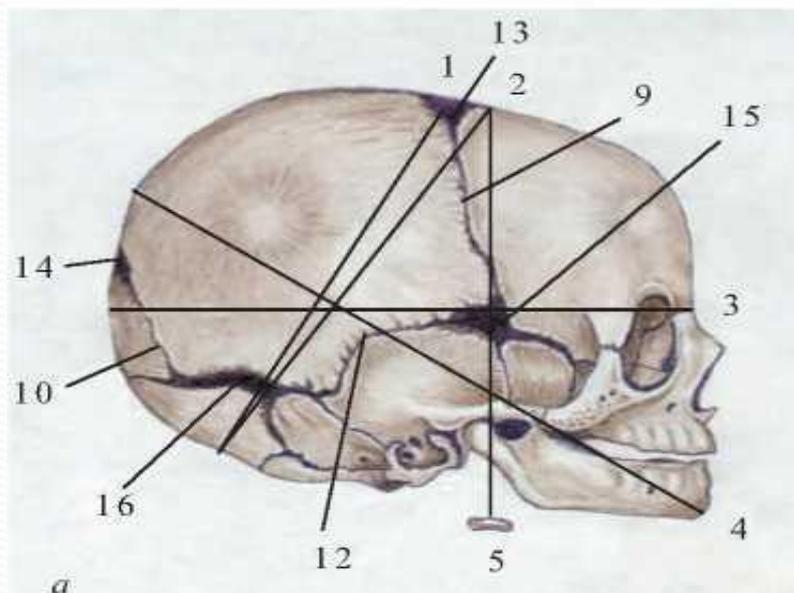
Первородящая

Повторнородящая

● 7-14 час.

● 5-12 час.

# Головка новорожденного. Швы, роднички. основные размеры:



**а** — вид сбоку; **б** — вид сверху;

1 — малый косо́й размер головки; 2 — средний косо́й размер головки; 3 — прямой размер головки; 4 — большой косо́й размер головки; 5 — вертикальный шов; 9 — венечный шов; 10 — затылочный шов; 11 — сагиттальный шов; 12 — височный шов; 13 — большой (передний) родничок; 14 — малый (задний) родничок; 15 — клиновидный родничок; 16 — сосцевидный родничок

# Для уточнения расположения

плода в акушерстве предложены следующие понятия:

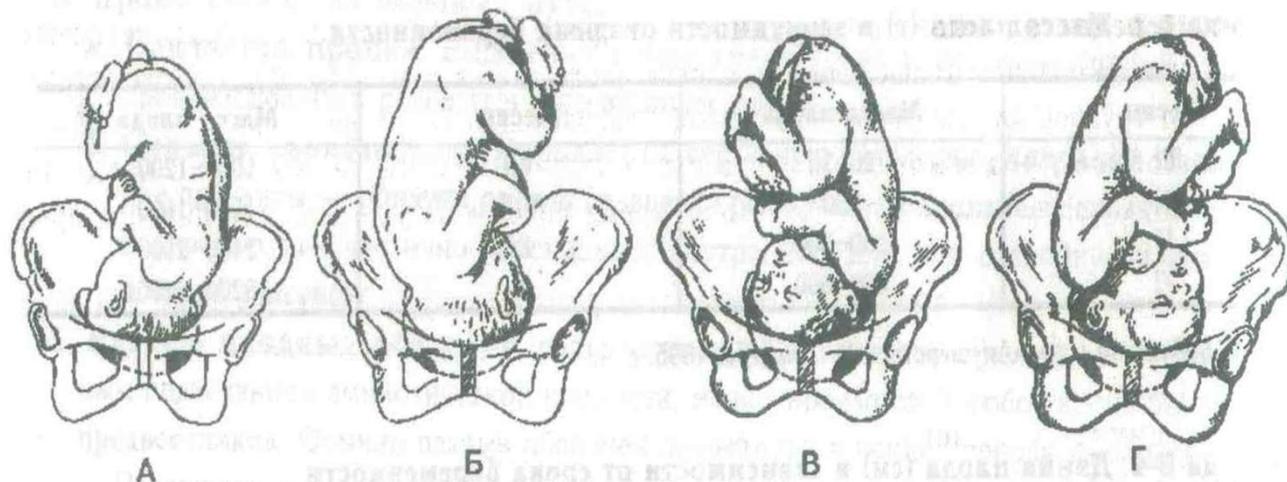
- положение,
- позиция,
- вид,
- членорасположение
- предлежание.

# ПОЛОЖЕНИЕ ПЛОДА

- отношение продольной оси плода к продольной оси матки
- ◆ **Продольное**
- ◆ **Косое**
- ◆ **Поперечное**

# ПРОДОЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

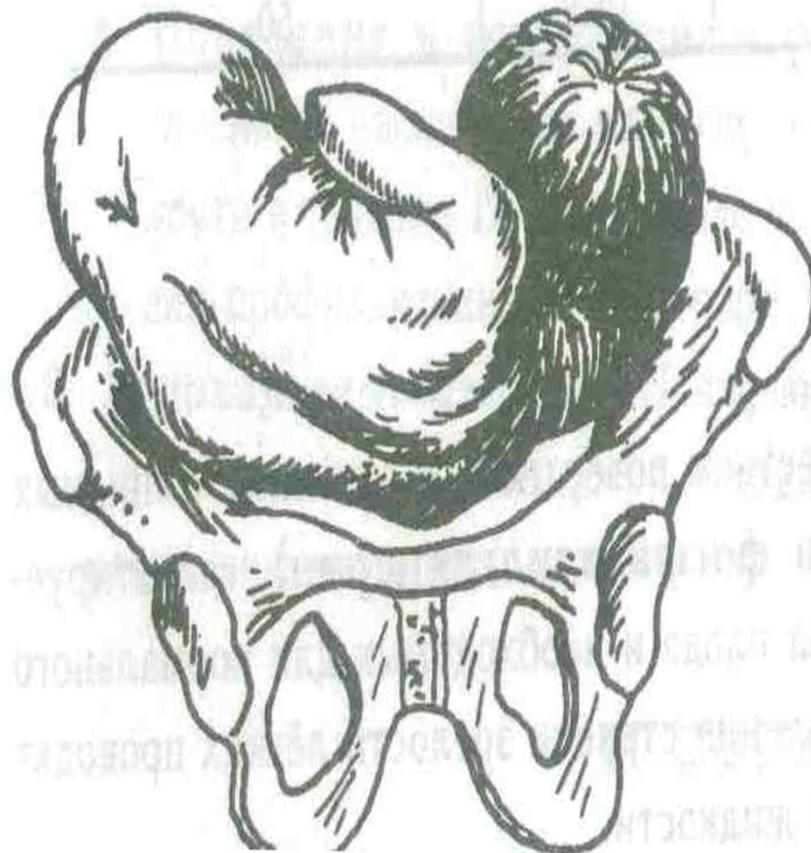
Продольная  
часть плода  
и  
продольная  
ось матки  
совпадают



**Положение плода в матке** А — продольное положение, затылочное предлежание, первая позиция, передний вид; Б — продольное положение, затылочное предлежание, вторая позиция, передний вид; В — продольное положение, затылочное предлежание, первая позиция, задний вид; Г — продольное положение, затылочное предлежание, вторая позиция, задний вид

# ПОПЕРЕЧНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

продольная  
часть плода  
пересекает  
продольную  
ось матки под  
прямым углом



# КОСОЕ ПОЛОЖЕНИЕ

- продольная часть плода образует с продольной осью матки острый угол



# ПОЗИЦИЯ ПЛОДА

- Отношение спинки плода к боковым стенкам матки:
  - *Спинка вправо – 1 позиция*
  - *Спинка влево - 2 позиция*

# ВИД ПОЗИЦИИ

- ОТНОШЕНИЕ СПИНКИ ПЛОДА У ПЕРЕДНЕЙ ИЛИ ЗАДНЕЙ СТЕНКА МАТКИ
  - ПЕРЕДНИЙ ВИД – спинка обращена кпереди
  - ЗАДНИЙ ВИД – спинка обращена кзади

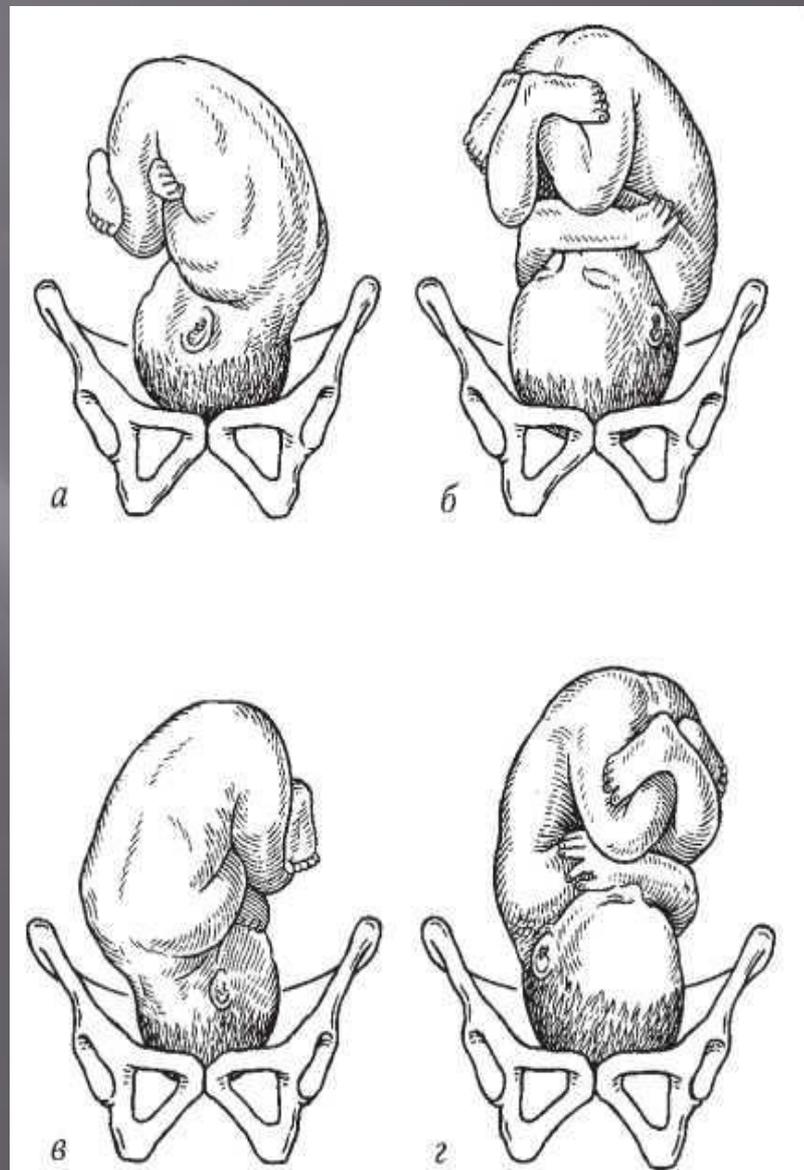
# Варианты позиции и вида при затылочном предлежании плода:

*a*- позиция, передний вид;

*б* — первая позиция, задний вид;

*в* — вторая позиция, передний вид;

*г* — вторая позиция, задний вид



# ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА

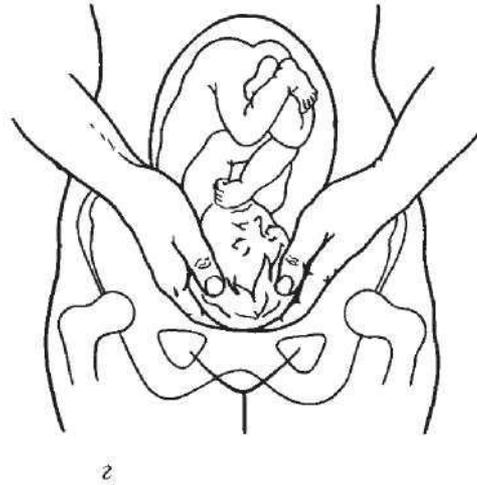
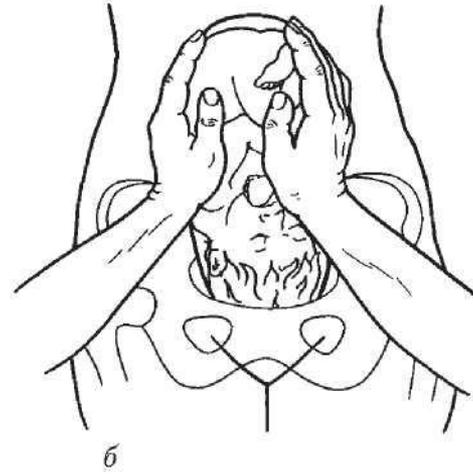
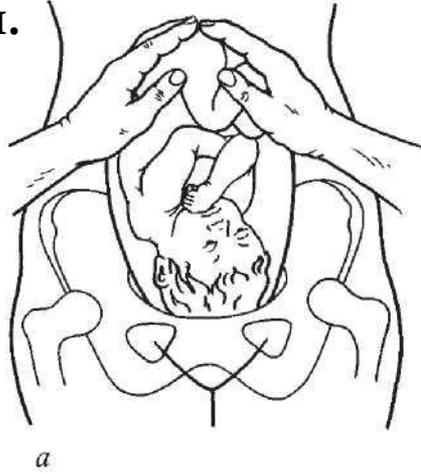
- ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПРЕДЛЕЖАЩЕЙ ЧАСТЬЮ - первая проходит через родовые пути и пальпируется через шейку матки

- ГОЛОВНОЕ

- ТАЗОВОЕ

***Членорасположением*** (*habitus*) называется отношение конечностей и головки плода к его туловищу. Нормальным членорасположением является такое, при котором головка согнута и прижата к туловищу, ручки согнуты в локтевых суставах, перекрещены между собой и прижаты к грудке, ножки согнуты в коленных и тазобедренных суставах, перекрещены между собой и прижаты к животу плода.

Для определения расположения плода в матке используют четыре приема наружного акушерского исследования по Леопольду-Левицкому. Врач стоит справа от беременной или роженицы лицом к лицу женщины.



# Родовая деятельность

процесс, сопровождающийся схватками, происходящими с нарастающей частотой, интенсивностью и приводящими к раскрытию шейки матки , рождению плода и последа

# С клинической точки зрения роды делят на три периода:

- 1. раскрытие маточного зева,
- 2. изгнание плода
- 3. последовый период.
  
- Наряду с раскрытием маточного зева и рождением последа имеет большое значение механизм родов —
  
- комплекс движений, совершаемых плодом во время родов под действием разнонаправленных сил.

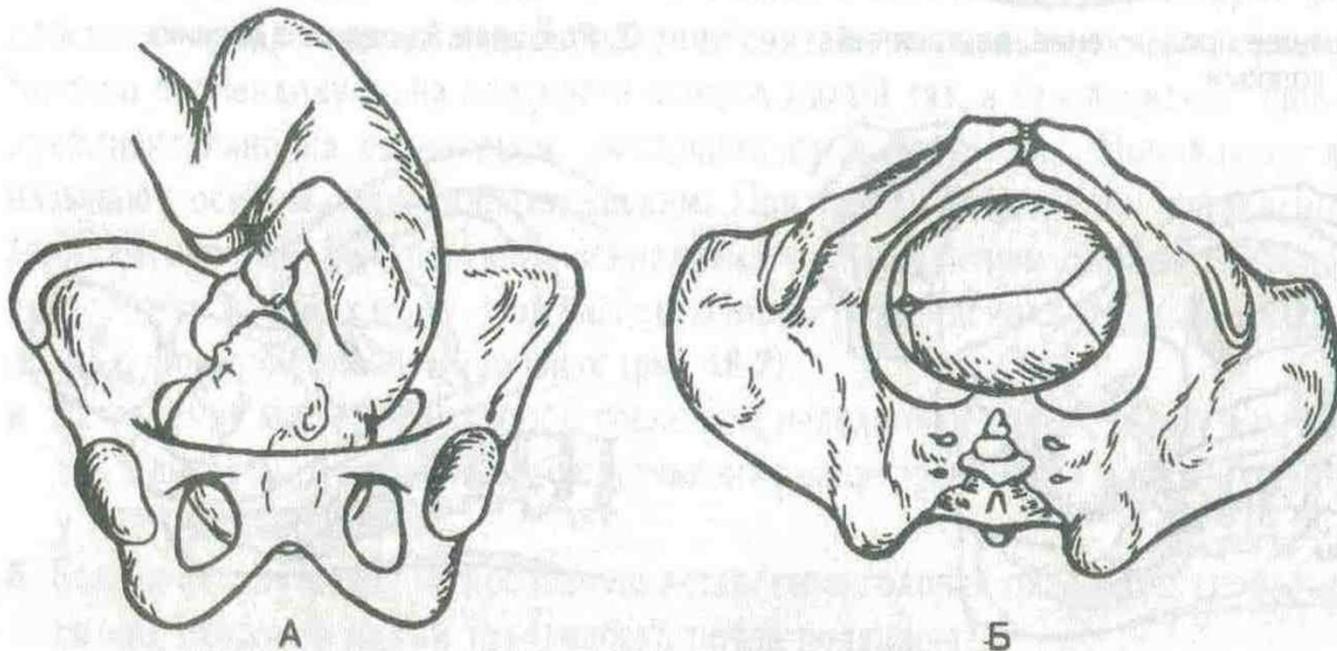
# РОДЫ в переднем виде затылочного предлежании

- вариант родов, когда головка плода проходит через родовой канал в согнутом состоянии (наименьшим размером), затылком, обращенным кпереди и эти роды считают физиологическим (нормальными)

# Механизм родов

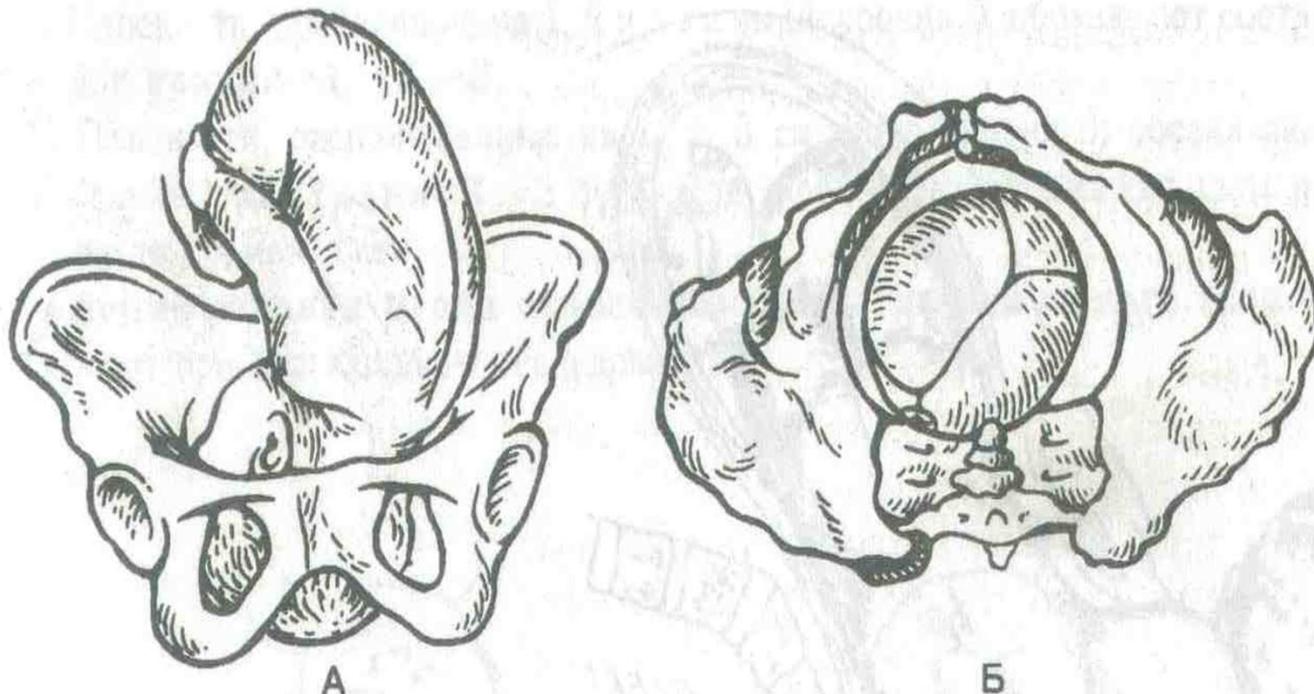
- Сгибание головки
- Внутренний поворот головки затылком кпереди
- Разгибание головки
- Внутренний поворот туловища и наружный поворот головки

# СГИБАНИЕ ГОЛОВКИ



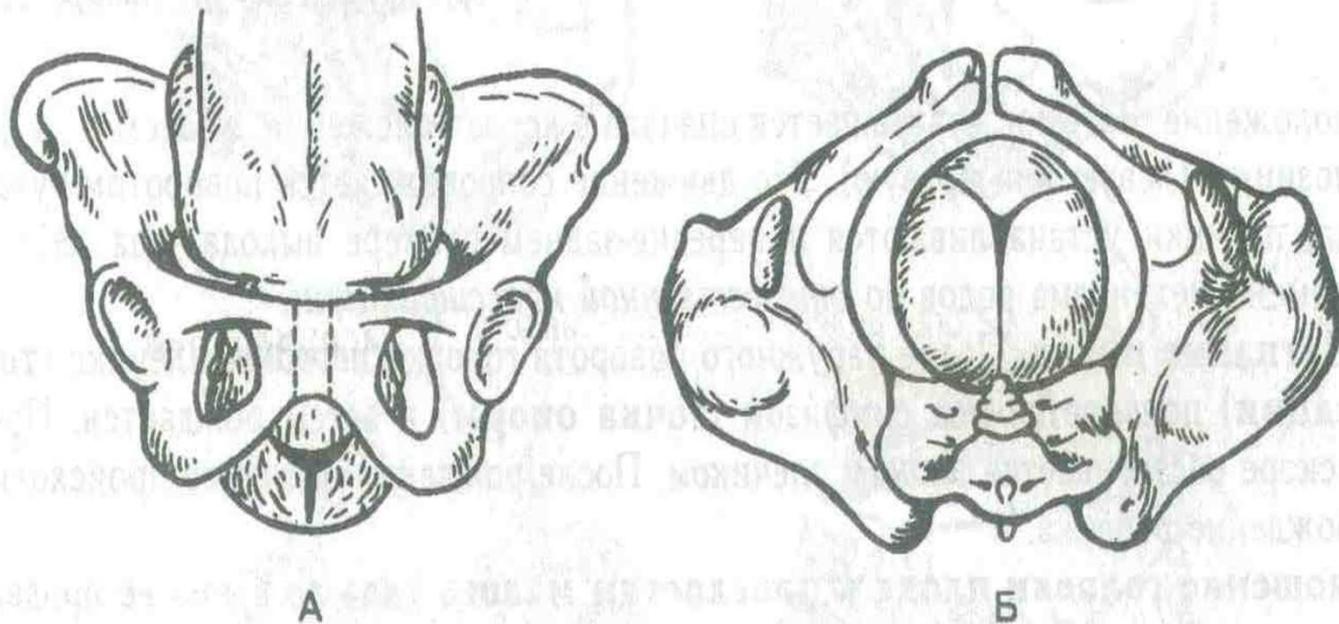
**Первый момент механизма родов.** А — сгибание головки, Б — вид со стороны выхода таза; сагиттальный шов в поперечном размере таза

# Внутренний поворот головки затылком кпереди



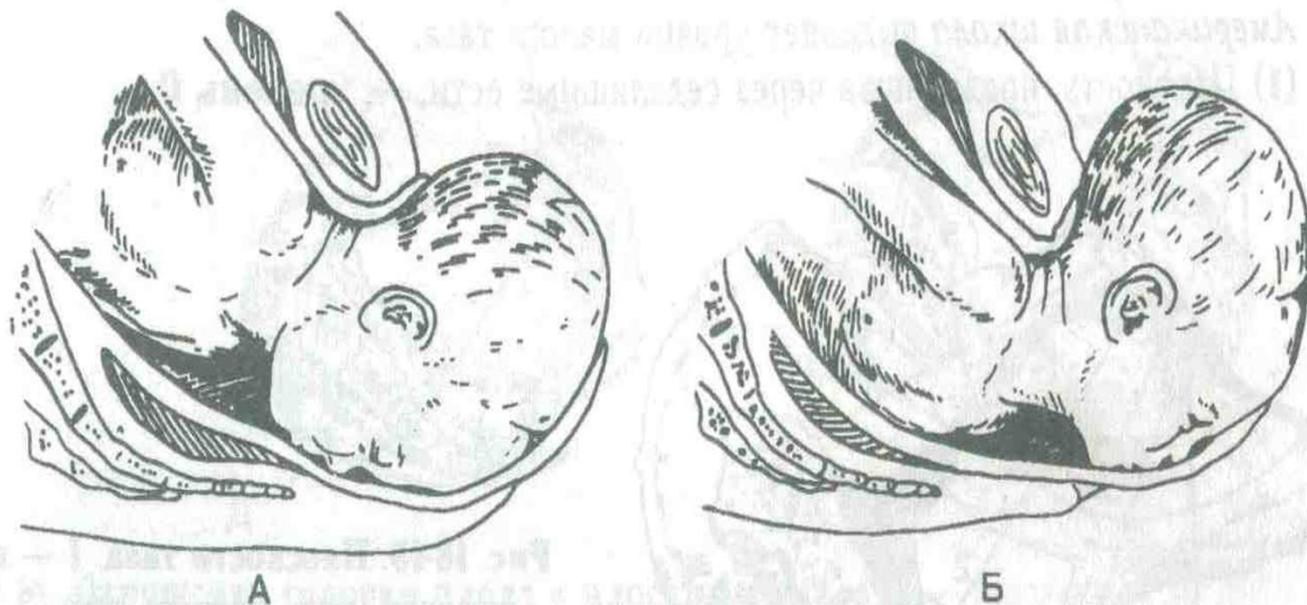
Второй момент механизма родов. А — внутренний поворот головки, Б — вид со стороны выхода таза; сагиттальный шов в правом косом размере таза

# Внутренний поворот головки затылком кпереди



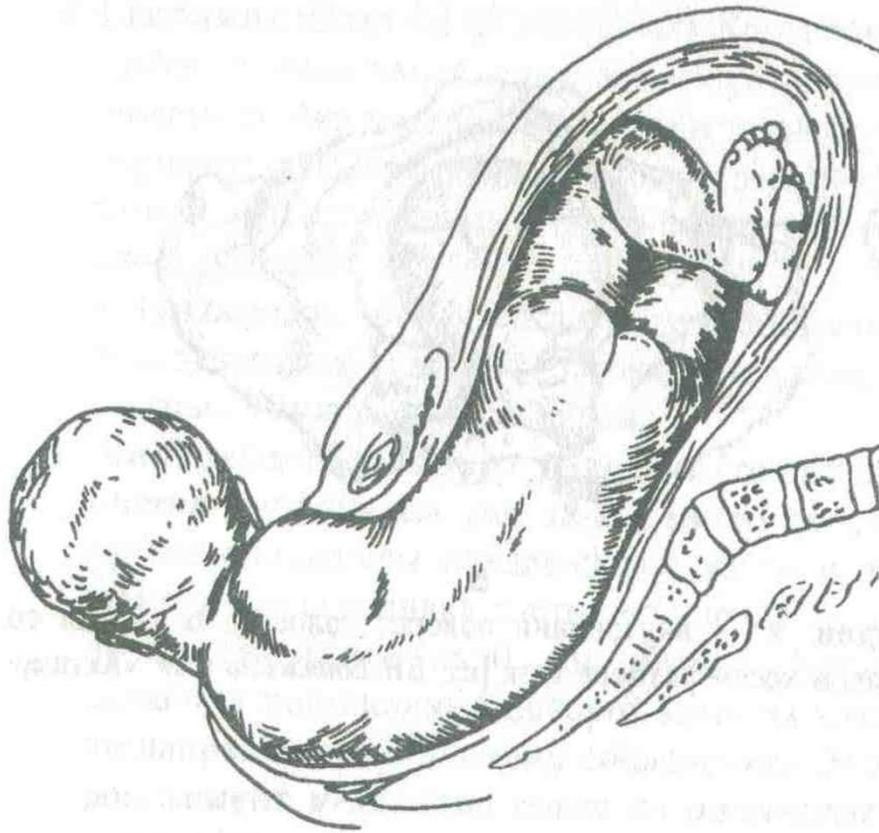
**Второй момент механизма родов.** А — внутренний поворот головки закончен; Б — вид со стороны выхода таза, сагиттальный шов в прямом размере таза

# Разгибание головки



Третий момент механизма родов. А — начало разгибания, Б — разгибание головки

# ВНУТРЕННИЙ ПОВОРОТ ТУЛОВИЩА и НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТ ГОЛОВКИ



**Четвёртый момент механизма родов.** Наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков закончен, прорезывание плечиков

## ПЕРИОДЫ РОДОВ:

- I - период раскрытия – от начала регулярной родовой деятельности до полного раскрытия шейки матки,
- II - период изгнания – от полного раскрытия шейки матки до рождения плода,
- III – последовый период – от рождения плода до рождения последа.

## ПОКАЗАНИЯ К ВЛАГАЛИЩНОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ:

- Начало родовой деятельности
- Каждые 6 часов для оценки акушерской ситуации
- Излитие околоплодных вод
- Дистресс плода
- Для проведения амниотомии
- Перед введением наркотических анальгетиков
- Перед предстоящей операцией
- При многоплодной беременности после рождения первого плода
- Кровотечение в родах (при развернутой операционной)
- Подозрение на слабость и дискоординацию родовой деятельности
- Подозрение на неправильное вставление предлежащей части

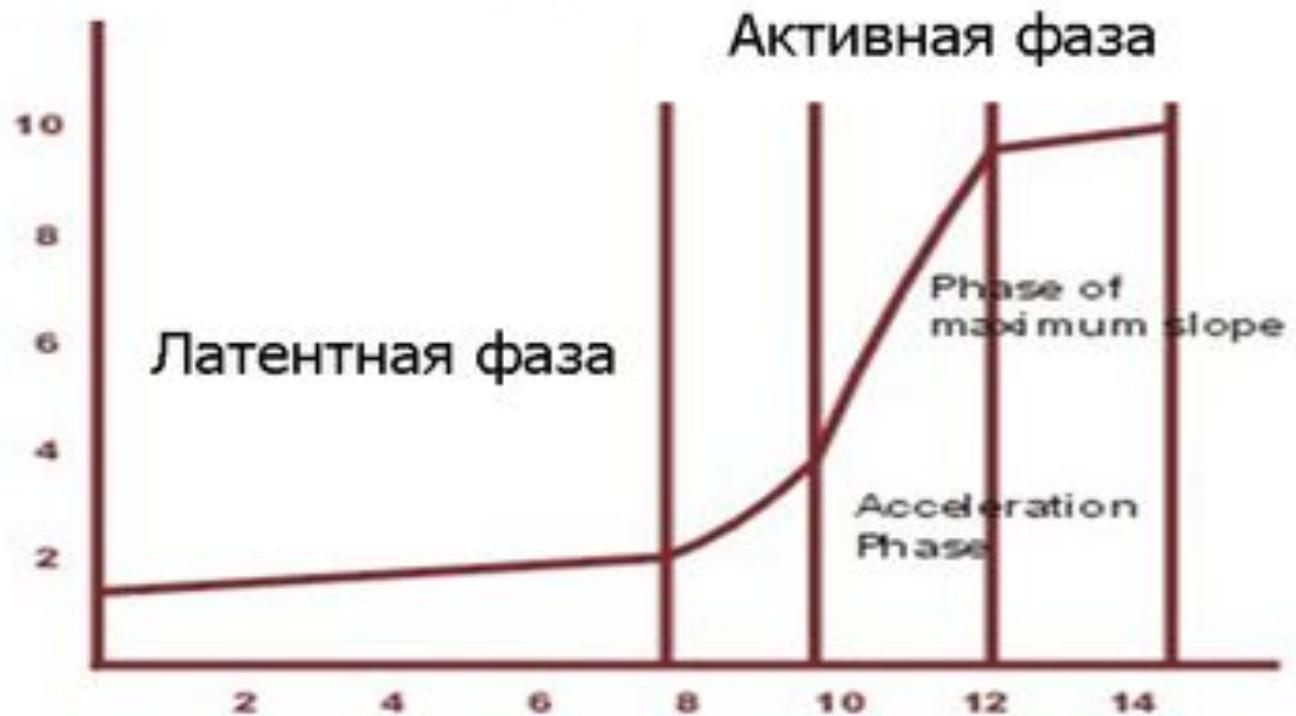
# I период родов

## ● Раскрытие ш/м:

- ◆ Латентная фаза (от начала регулярных схваток до открытия ш/м на 3-4 см)
- ◆ Активная фаза (от 4 см до полного открытия ш/м - 10см)

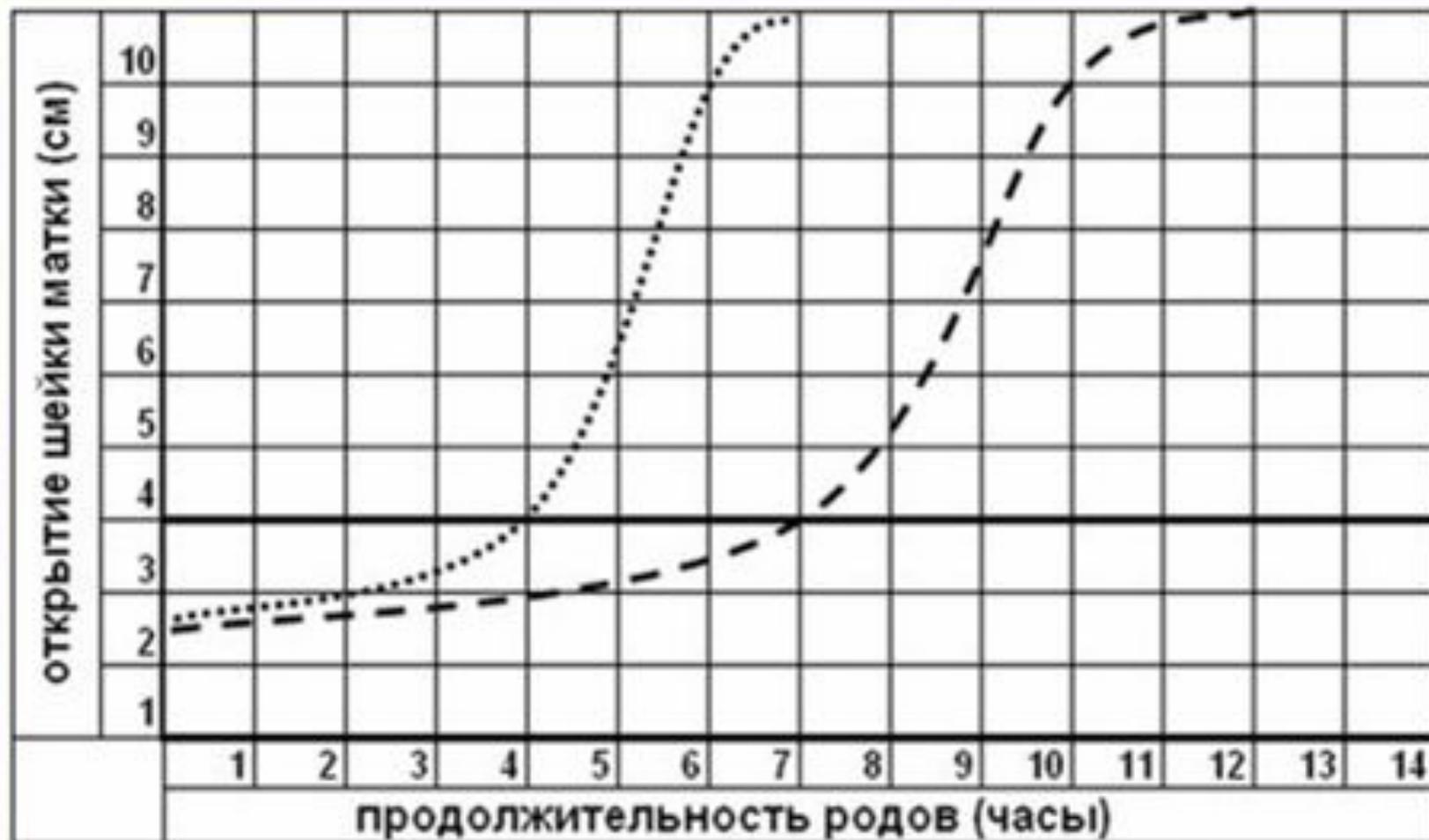
# Партограмма

Раскрытие шейки матки (см)

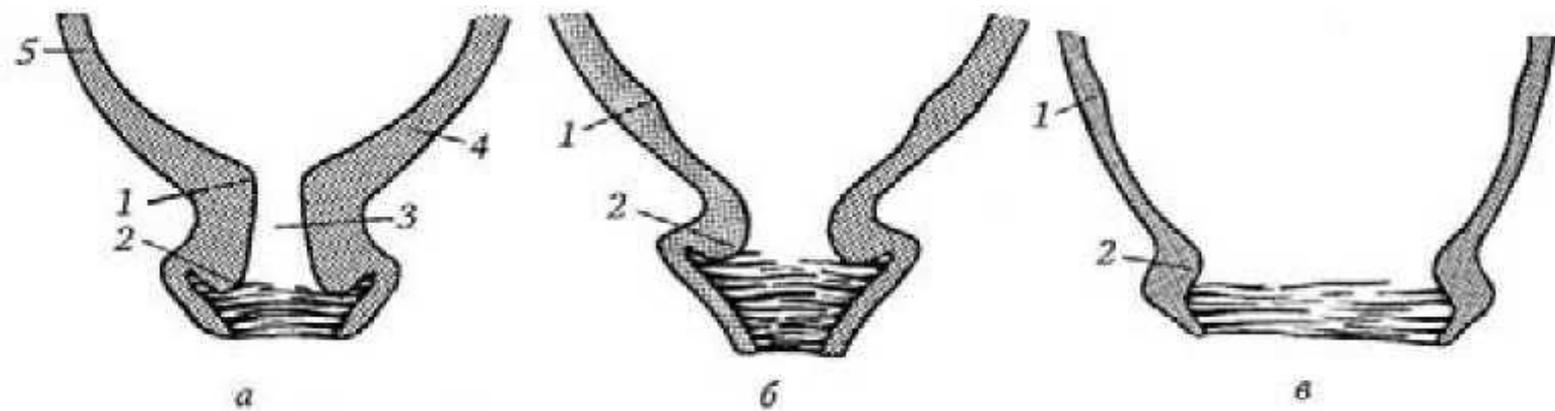


Время с начала родовой деятельности

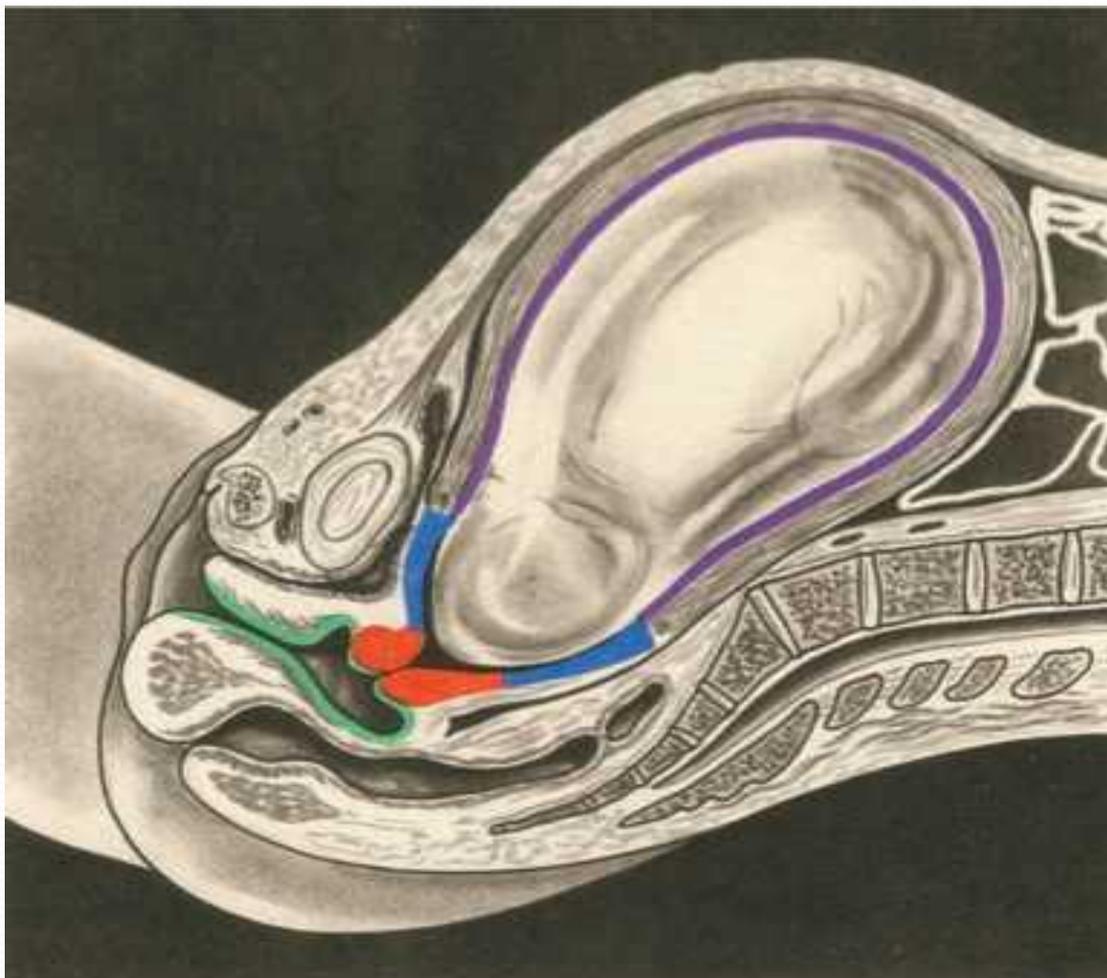
# Партограмма



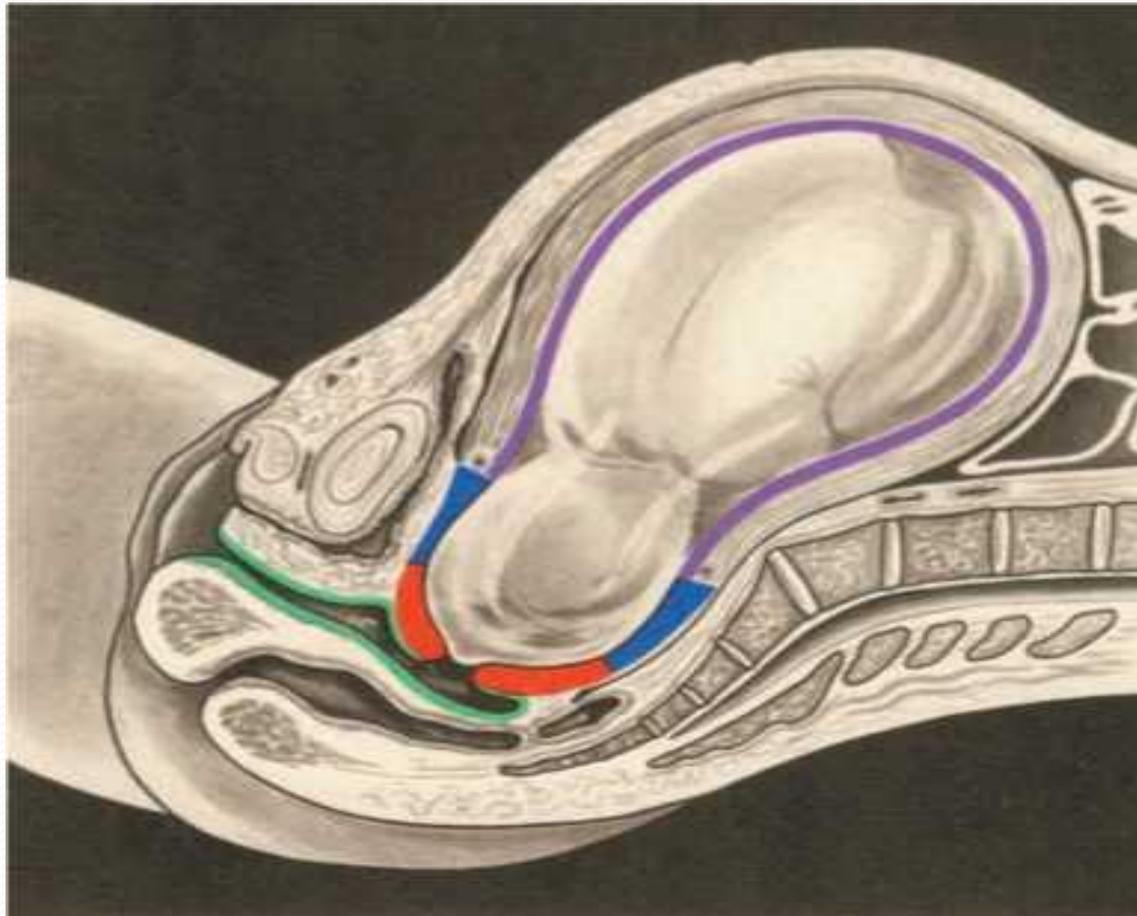
# Раскрытие ш/м у повторнородящей



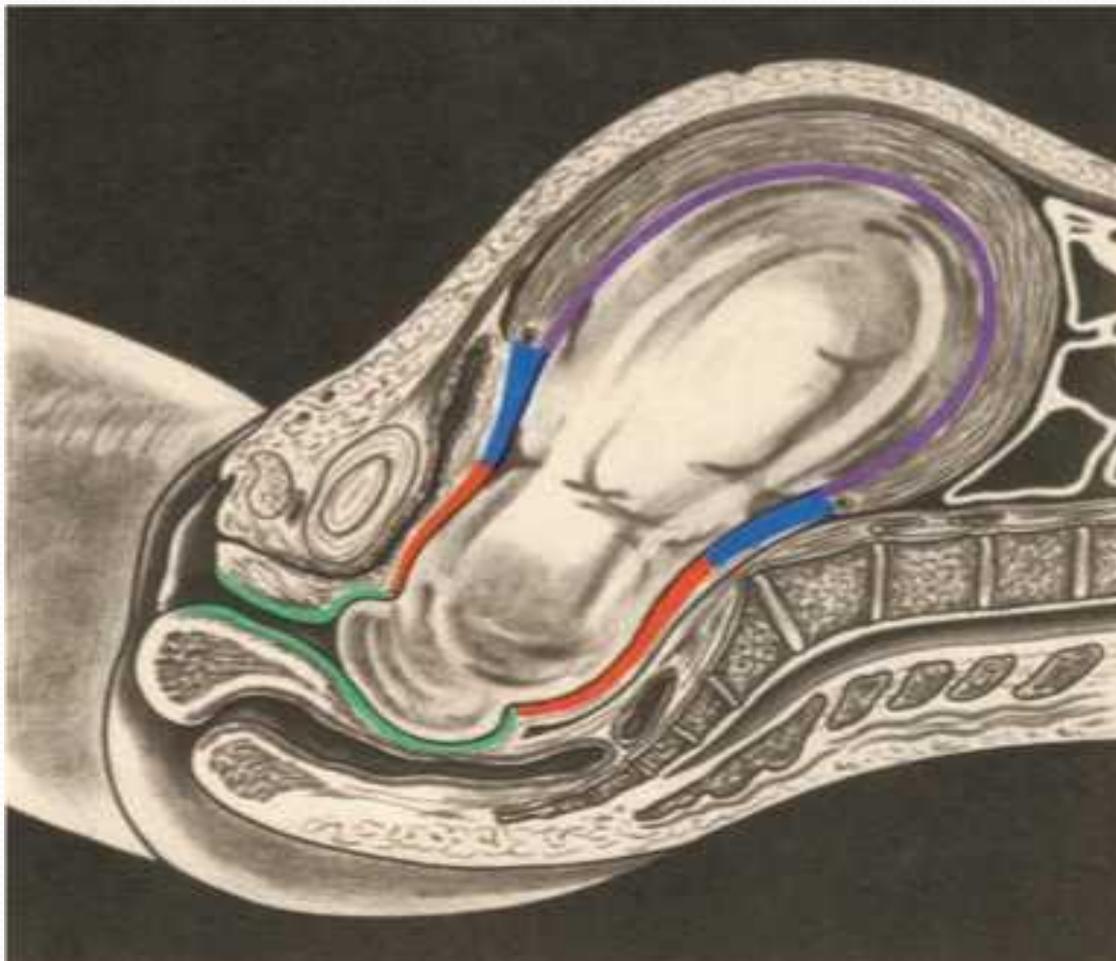
# Начало периода раскрытия



# Период раскрытия



# Конец периода раскрытия



# ТАКТИКА

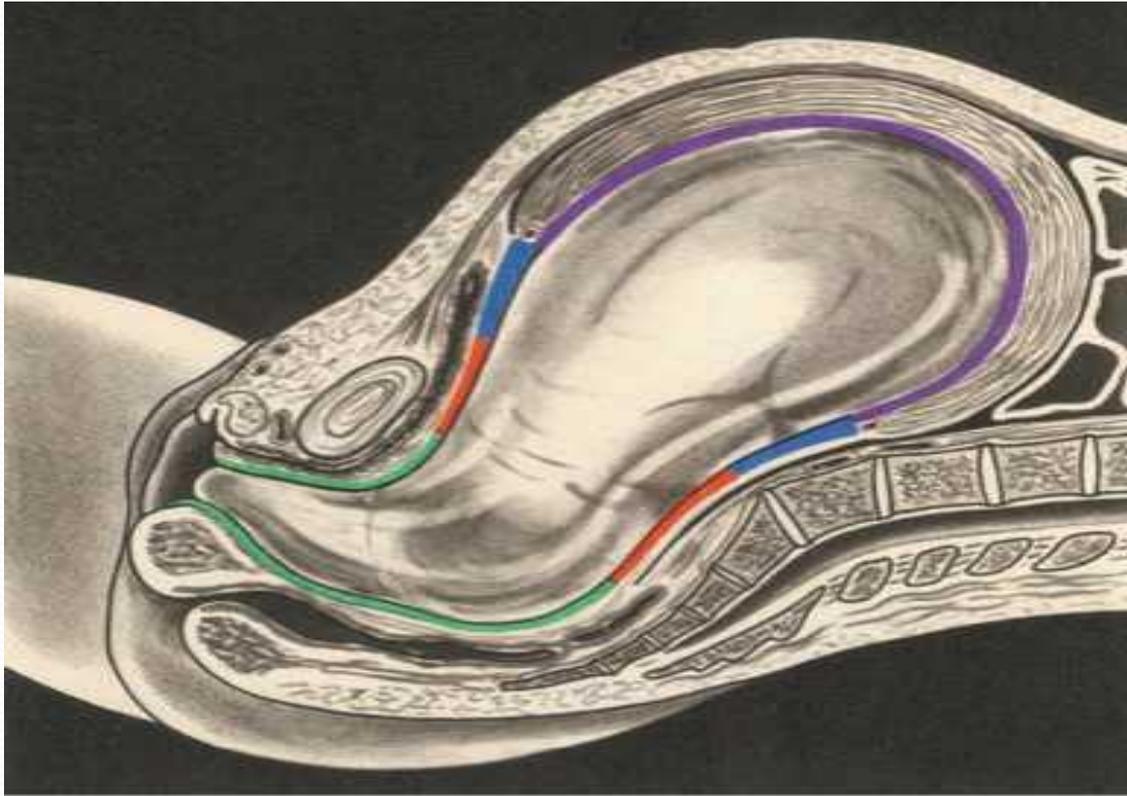
- Контроль общего состояния
- Контроль сократительной деятельности матки
- Контроль раскрытия шейки матки
- Контроль характера вставления головки и ее продвижения
- Контроль состояния плода

# II период родов - изгнания

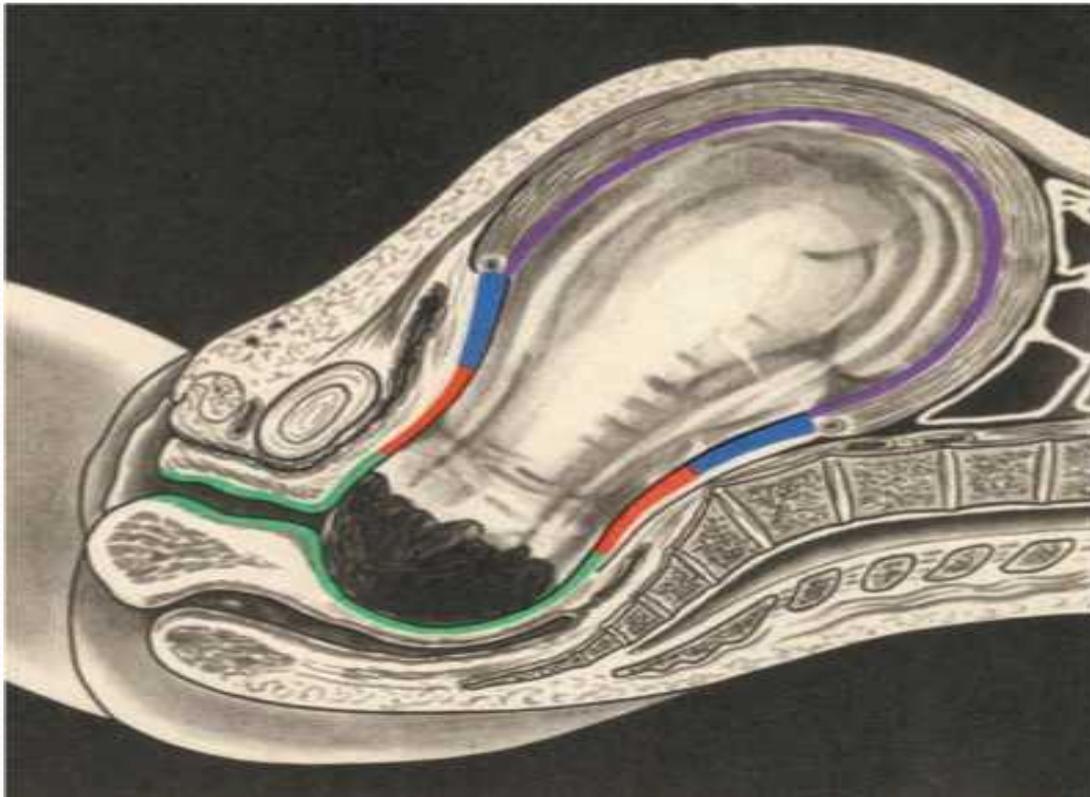
## тактика:

- Контроль общего состояния роженицы
- Контроль сократительной деятельности матки
- Контроль состояния плода
- **Акушерское пособие при головном предлежании** (бережное выведение головки и туловища плода и защиту промежности от разрывов)

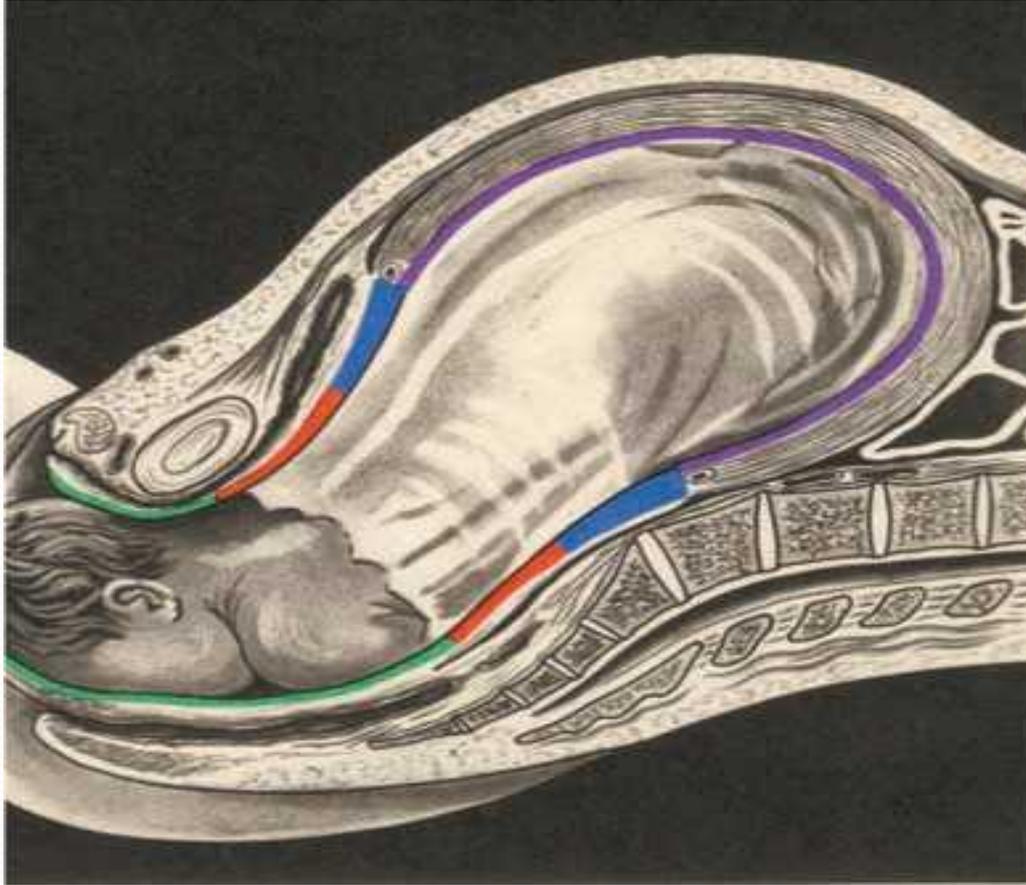
# Период изгнания (полное раскрытие шейки матки)



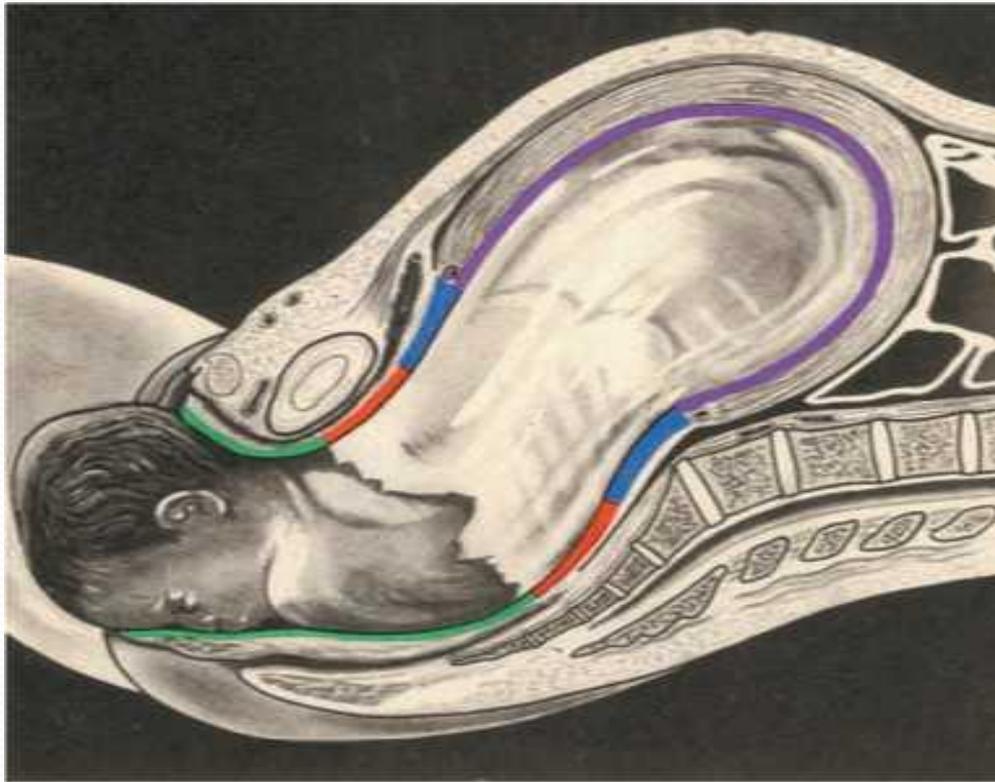
# Период изгнания (вскрылся плодный пузырь)



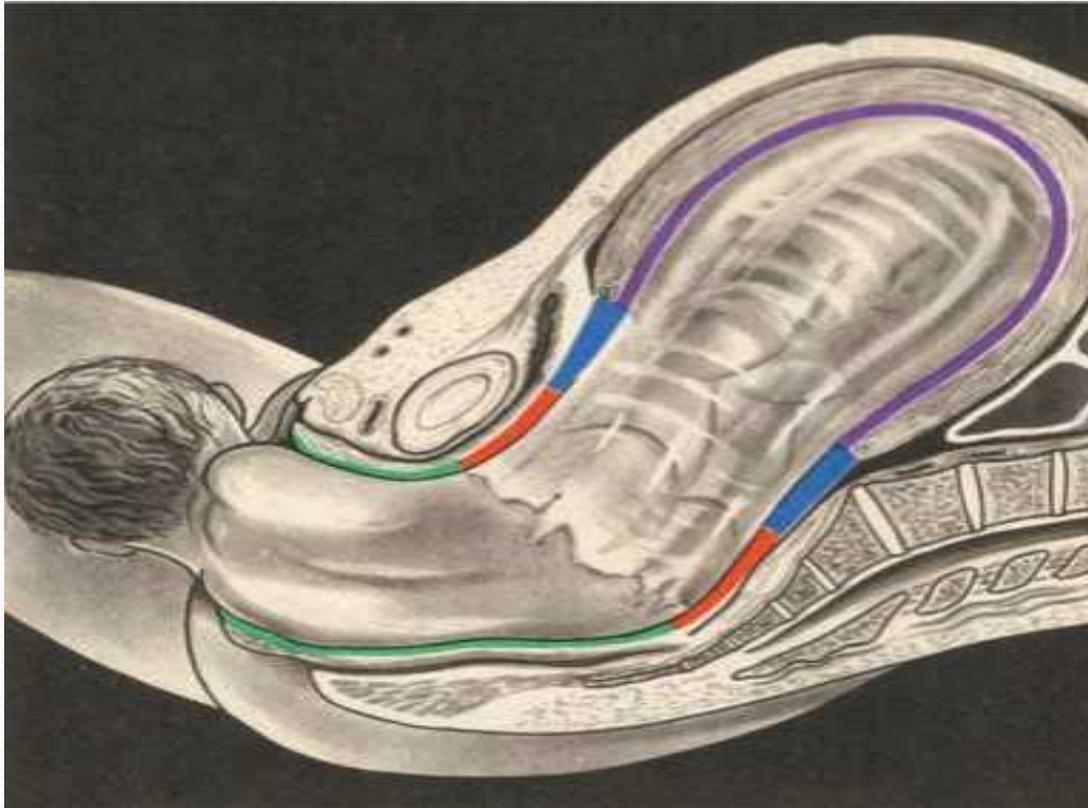
# Образование точки фиксации



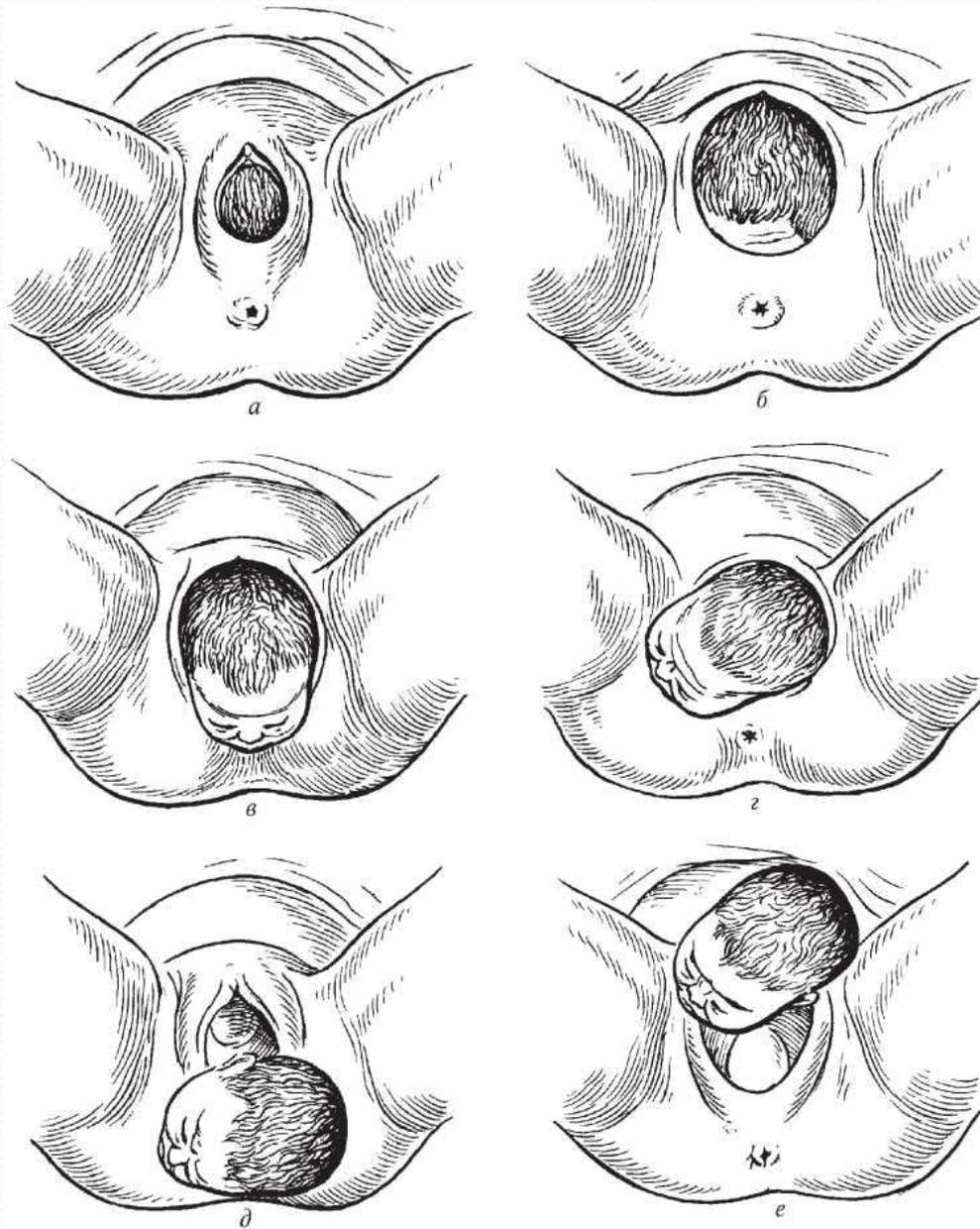
# Начало разгибания головки плода (прорезывание)



# Рождение плечевого пояса



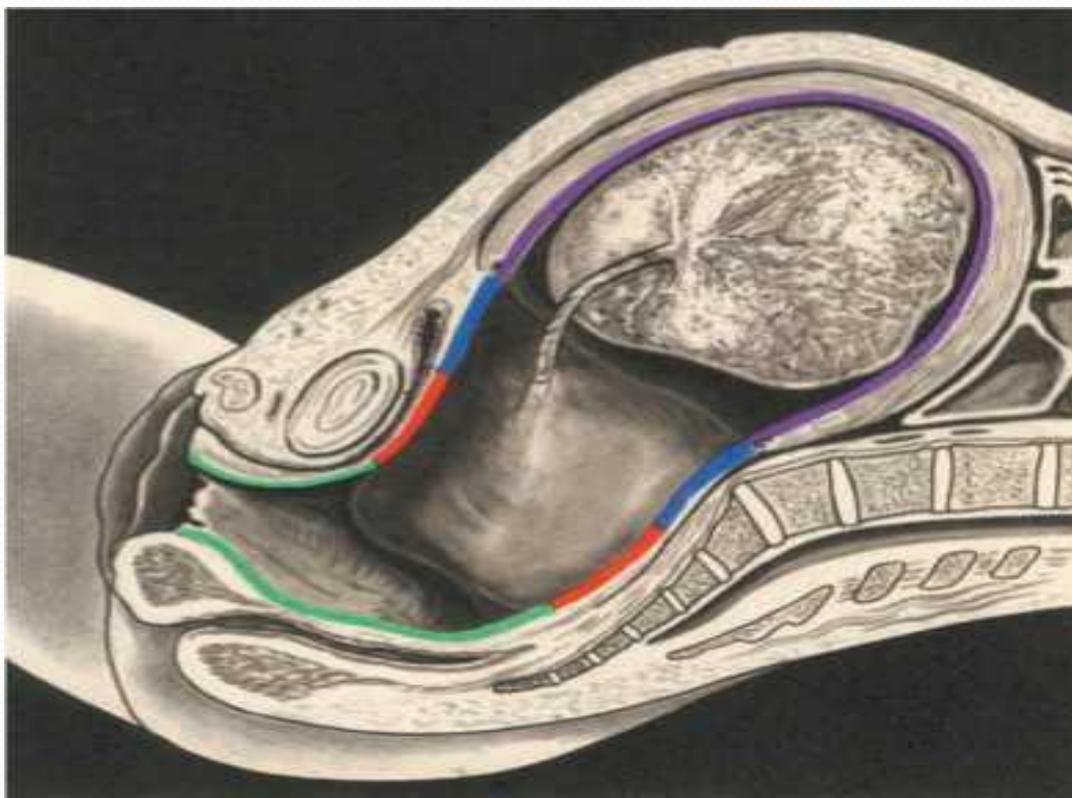
# ПЕРИОД ИЗГНАНИЯ



# III период - последовый

- Выжидательная тактика (при физ.кровопотере – 0,5% от массы тела) – **30 МИНУТ**
- **Контроль общего состояния**
- **Состояния мочевого пузыря**
- **Характер и кол-во кров.выделений из матки**
- **Признаков отделения последа**

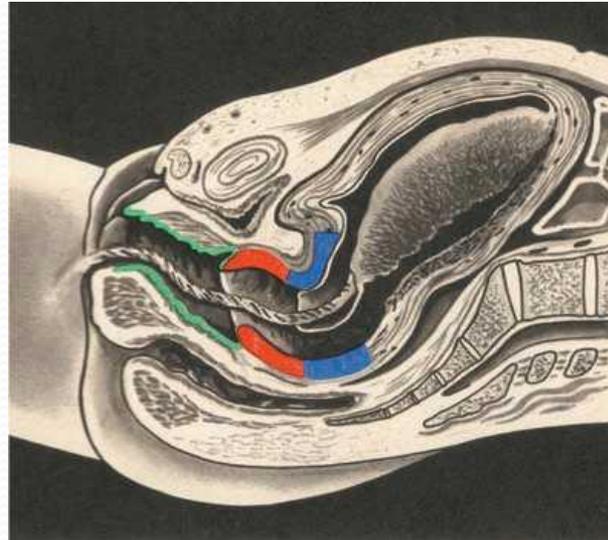
# Вид матки в последовом периоде сразу после рождения плода



# Варианты отделения плаценты

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

# Рождение последа



# ДИАГНОЗ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

- ставят по совокупности перечисленных признаков.
- Для того, чтобы произошло рождение
- последа, роженице дают указание потужиться. Если рождения последа не происходит, то применяют наружные
- способы извлечения последа из матки. Запрещены попытки выделить послед до отделения плаценты.

# Признак Шредера:.

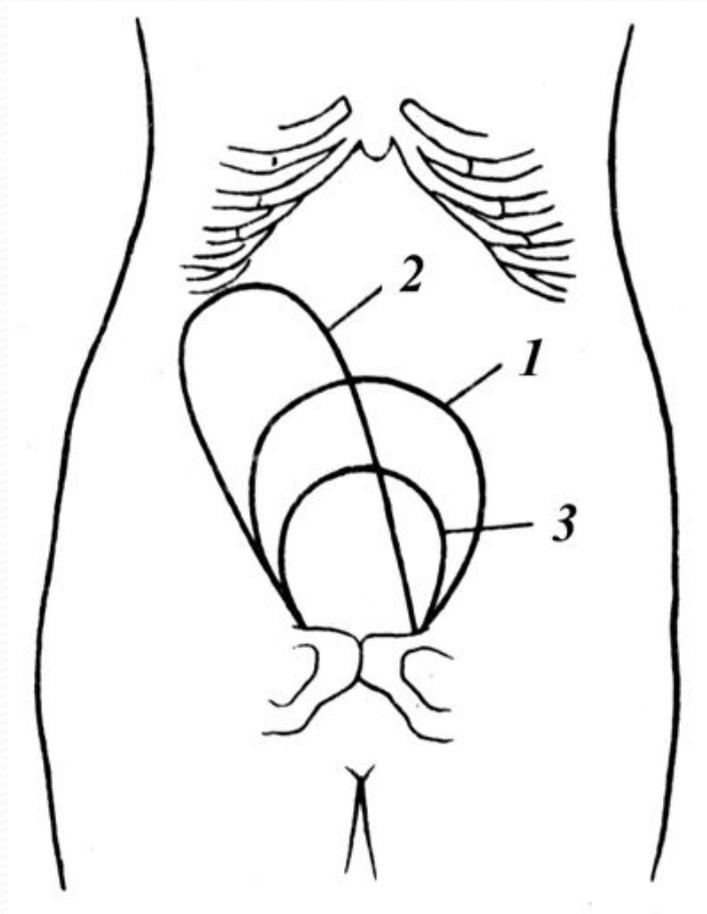
- при отделении плаценты и её опускании в нижний отдел матки происходит поднятие дна матки выше пупка и отклонение вправо, что заметно при пальпации

## Расположение матки в последовом периоде.

1 — до отделения плаценты;

2 — после отделения плаценты

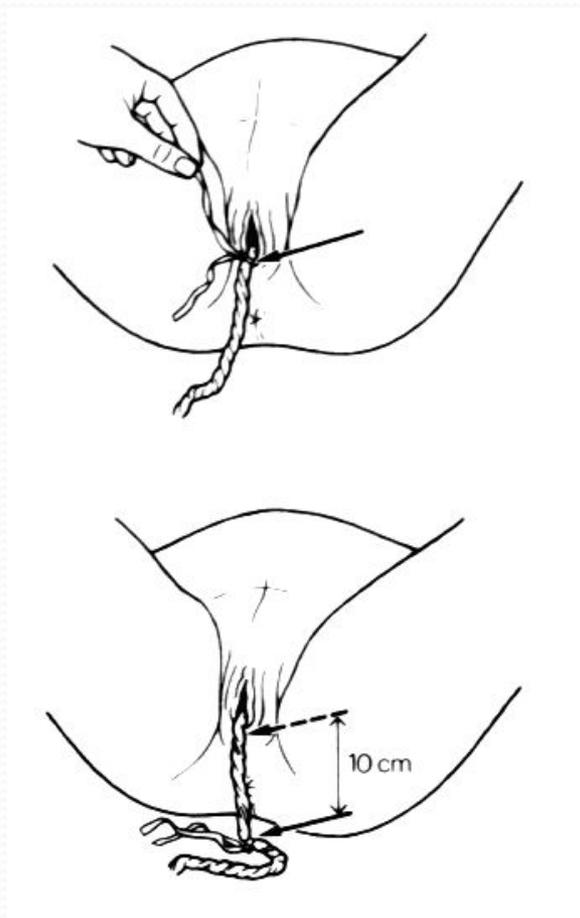
(признак Шредера); 3 — после рождения последа.



# Признак Альфельда:

- если отделение плаценты произошло, то зажим, наложенный на культю пуповины у половой
- щели опустится на 10 см и более

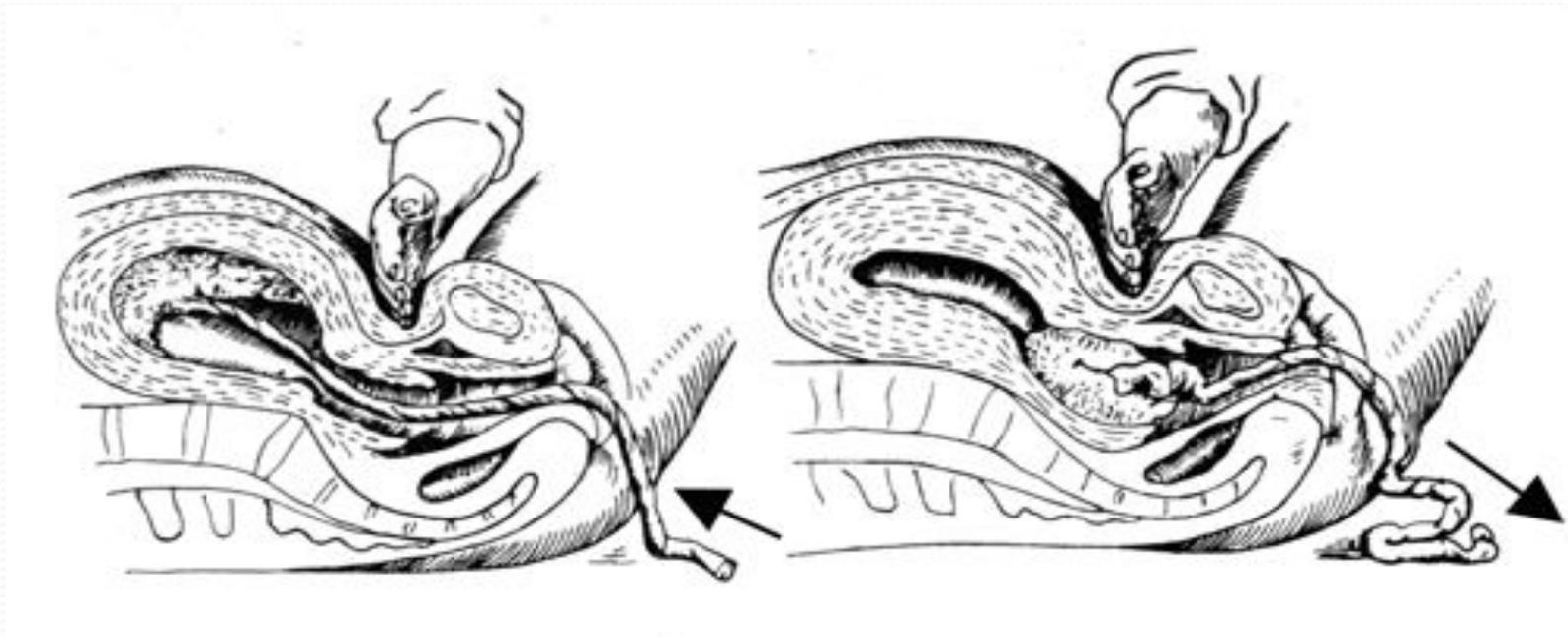
# Признак Альфельда:



# Признак Кюстнера– Чукалова:

- происходит втяжение пуповины во влагалище при надавливании ребром кисти над лоном, если плацента не отделилась. Если отделение плаценты произошло, пуповина не втягивается

# Признак Кюстнера– Чукалова:



# Признак Довженко

- роженице предлагают сделать глубокий вдох и выдох. Если отделение плаценты произошло, при вдохе пуповина не втягивается во влагалище.

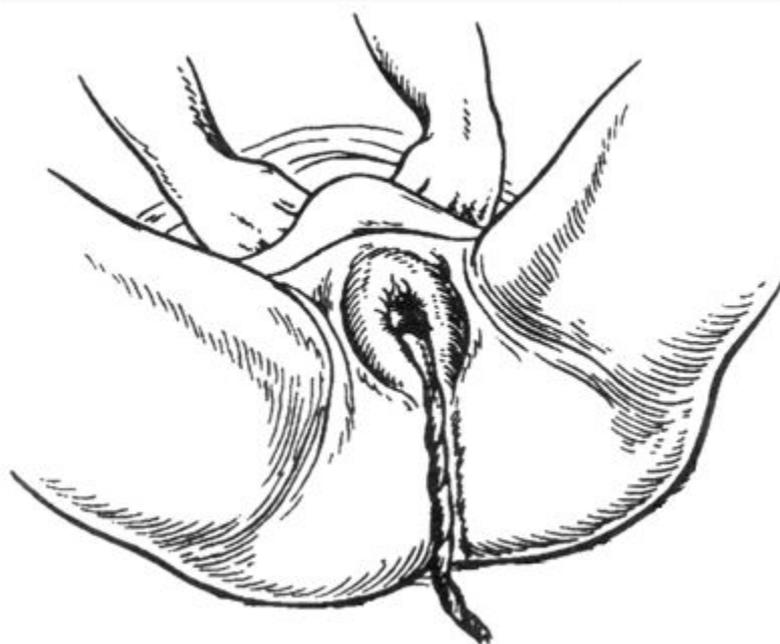
# Признак Клейна:

- роженице предлагают потужиться. Если отслойка плаценты произошла, пуповина остаётся на месте;
- а если плацента не отделилась, пуповина после потуг втягивается во влагалище.

# Прием Гентера



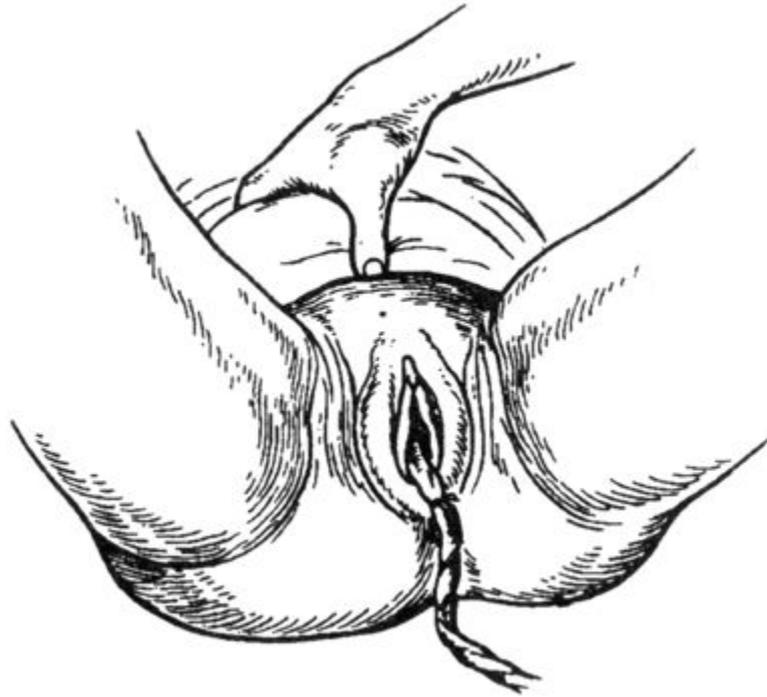
**Кисти обеих рук, сжатые в кулаки, кладут тыльными сторонами на дно матки. При плавном давлении книзу происходит постепенное рождение последа**



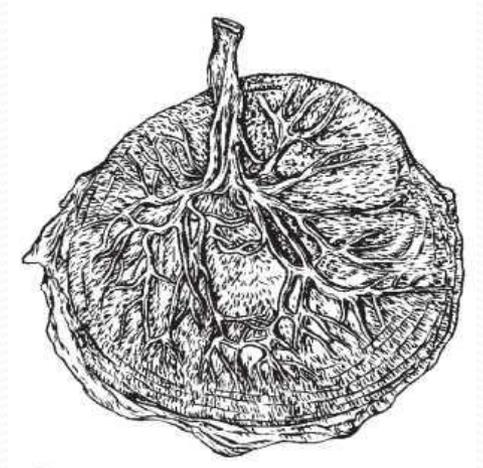
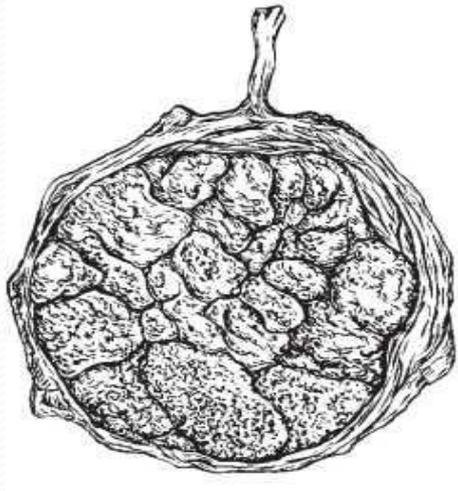
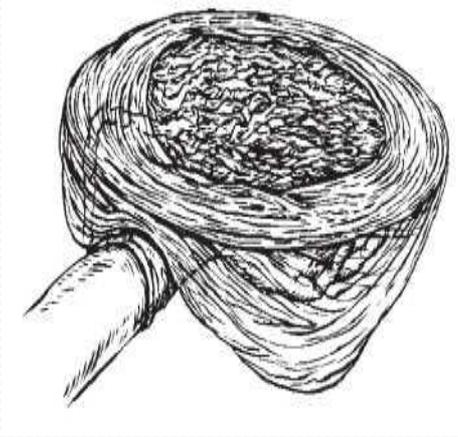
# Прием Креде-Лазаревича



**Одновременно всей кистью  
надавливают на матку в сторону лонного сочленения  
до тех пор, пока не произойдёт рождение последа**



# Осмотр последа



## **ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ОСТАНОВКУ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕ РОДОВ**

- **Сокращение миометрия,**
- **спиральный ход концевых терминальных сосудов плацентарной площадки,**
- **размер и локализация плацентарной площадки,**
- **состояние системы гемостаза.**

# После рождения последа

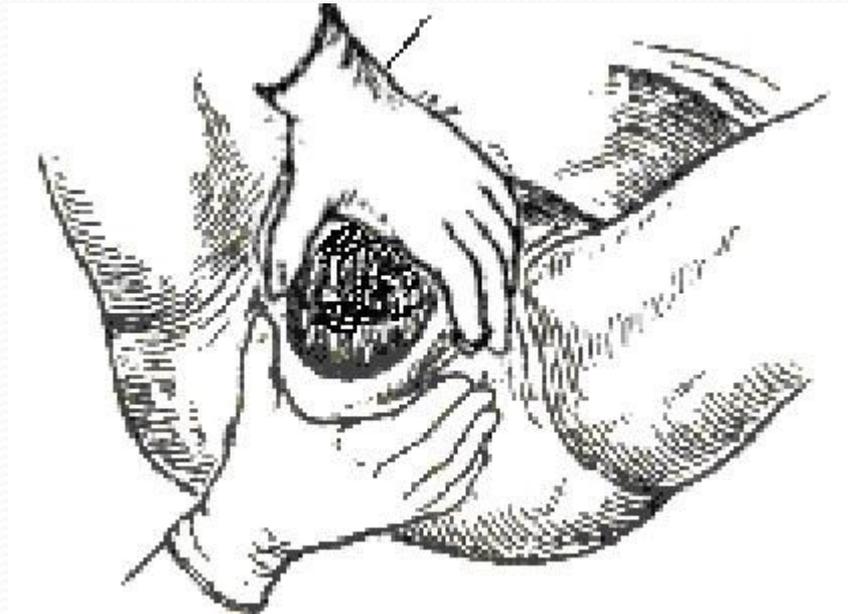
- Контроль целостности последа
- Осмотр мягких тканей родовых путей
- НАБЛЮДЕНИЕ В РОДИЛЬНОМ ЗАЛЕ – 2час.
- при патологии – 4 час.

# Акушерское пособие при

головном предлежании направлено на предотвращение разрывов промежности.

- Первый момент — **воспрепятствование преждевременному разгибанию головки.**
- Необходимо, чтобы в ходе прорезывания головка прошла через половую щель наименьшей своей окружностью (32 см), соответствующего малому косому размеру (9,5 см) в состоянии сгибания.
- Акушер, стоя справа от роженицы, кладёт ладонь левой руки на лоно, располагая четыре пальца на головке плода таким образом, чтобы закрыть всю её поверхность, выступающую
- из половой щели. Лёгким давлением задерживает разгибание головки и предупреждает её быстрое продвижение по родовому каналу.

# Второй момент — *уменьшение напряжения промежности*



*Препятствие  
преждевременному  
разгибанию головки*



*Уменьшение  
напряжения промежности*

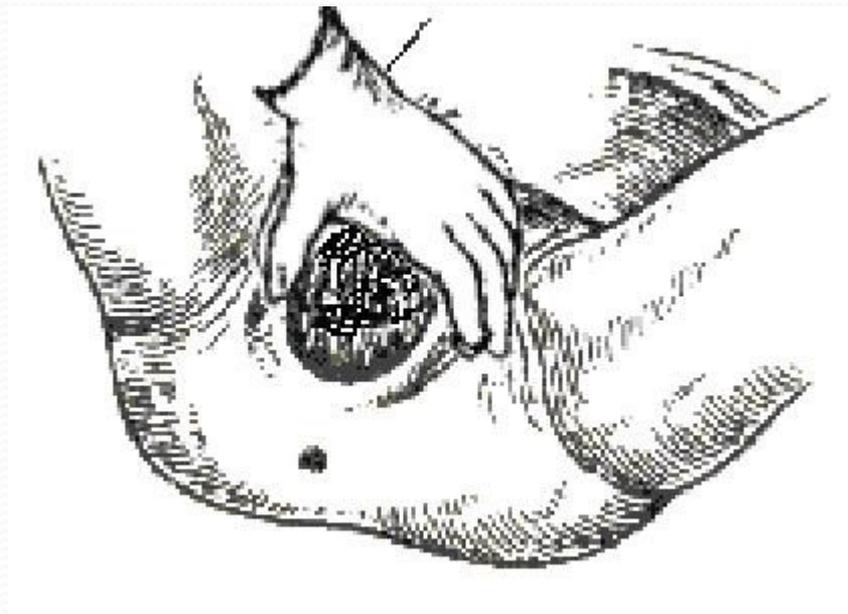


# Третий момент —

*выведение головки из половой щели вне потуг, регулирование потуг*

- По окончании потуги большим и указательным пальцами правой руки акушер бережно растягивает вульварное кольцо над прорезывающейся головкой. Головка постепенно выходит из половой щели. При наступлении следующей потуги акушер прекращает
- растягивание вульварного кольца и вновь препятствует разгибанию головки. Действия повторяют до тех пор, пока теменные бугры головки не приблизятся к половой щели. В этот период происходит резкое растяжение промежности и возникает риск разрывов.

# Третий момент



# Четвёртый момент —

## *освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода*

После рождения головки роженице дают указание тужиться. При этом происходит наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков (из первой позиции головка лицом поворачивается к правому бедру матери, из второй позиции — к левому бедру). Обычно рождение плечиков протекает самопроизвольно. Если самопроизвольного рождения плечиков плода не произошло, то акушер захватывает обеими ладонями головку в области височных костей и щёчек. Легко и осторожно оттягивает головку книзу и кзади до тех пор, пока переднее плечико не подойдёт под лонное сочленение.

Затем акушер левой рукой, ладонь которой находится на нижней щеке плода, захватывает головку и приподнимает её верх, а правой рукой бережно выводит заднее плечико, сдвигая с него ткани промежности. Таким образом происходит рождение плечевого пояса. Акушер вводит указательные пальцы рук со стороны спинки плода в подмышечные впадины, и приподнимает туловище кпереди (на живот матери).

*Высвобождение  
переднего плечика*



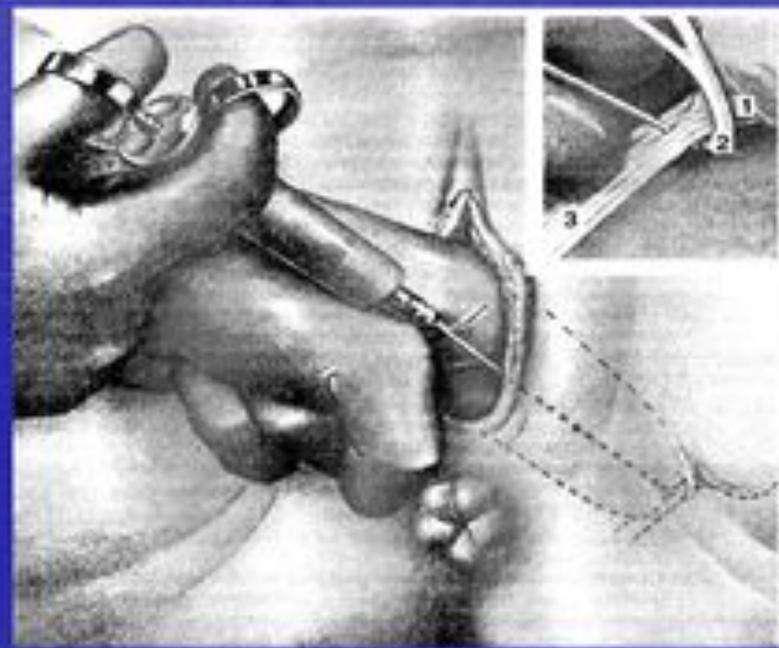
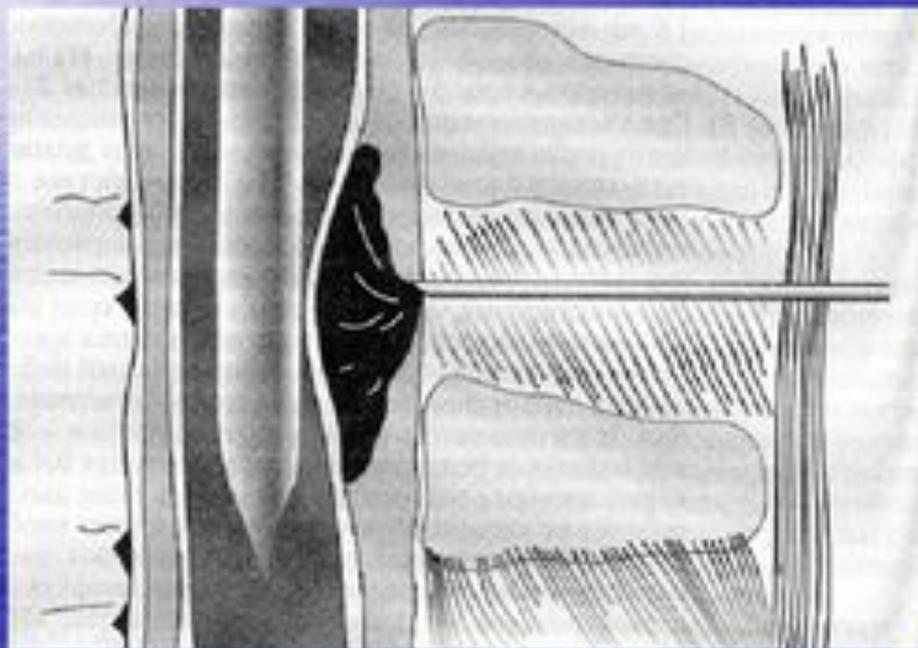
*Высвобождение  
заднего плечика*



# Обезболивание в родах

Эпидуральная анестезия

Пудендальная анестезия



# Показания к амниотомии

- В конце I-го 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

# Показания к эпизиотомии и перинеотомии

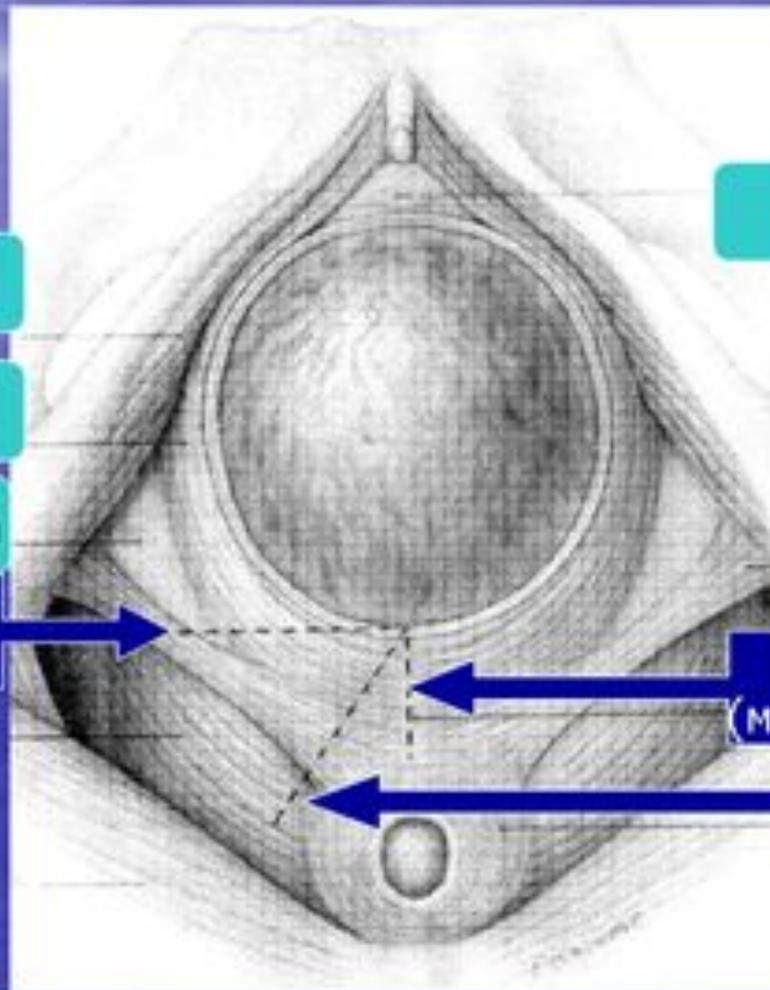
Со стороны плода:

- острая гипоксия или обострение хронической гипоксии
- дистоция плечиков
- тазовые предлежания
- недоношенность

Со стороны матери:

- угроза разрыва промежности (высокая промежность, крупный плод и др.)
- гипертензионный синдром
- миопия высокой степени
- заболевания сердечно-сосудистой системы
- акушерские щипцы

# Варианты эпизиотомии



Уретра

m.ischiocavernosus

m.bulbospongiosus

Urogenital diaphragm

Латеральная  
эпизиотомия

Перинеотомия  
(медialная эпизиотомия)

Медио-латеральная  
эпизиотомия

# Состояние плода

- ШКАЛА АПГАР (при рождении и через 5 мин.)
- 8-10 баллов – ХОРОШЕЕ
- 6-7 баллов - ЛЕГКАЯ АСФИКСИЯ

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО НА 1-й И 5-й МИНУТЕ ЖИЗНИ ПО ШКАЛЕ АПГАР

| ПРИЗНАКИ                      | БАЛЛЫ                                    |                                            |                    |
|-------------------------------|------------------------------------------|--------------------------------------------|--------------------|
|                               | 0                                        | 1                                          | 2                  |
| ДЫХАНИЕ                       | Отсутствует                              | Слабый крик,<br>писк                       | Громкий крик       |
| СЕРДЦЕБИЕНИЕ                  | Отсутствует                              | Менее 100 в<br>мин                         | 100 – 140 в мин    |
| ТОНУС                         | Отсутствует                              | Снижен                                     | Флексорная<br>поза |
| РЕФЛЕКСЫ                      | Нет реакции на<br>раздражение<br>подожвы | Гримаса или<br>движение при<br>раздражении | Активные           |
| ОКРАСКА<br>КОЖНЫХ<br>ПОКРОВОВ | Белая или<br>резко<br>цианотичная        | Акроцианоз                                 | Розовая            |

**СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ!**

