

Применение различных методов обследования рожениц и родильниц

Е.В.Дума

Начало родов:

- Комплекс нервных, нейрогуморальных и эндокринных изменений, происходящих в организме перед родами, составляют родовую доминанту, определяющую наступление и правильное течение родов.

Причины наступления родов.

- Развитие родовой доминанты в коре головного мозга. Импульсы от ФПК поступают по подчревному и тазовым нервам в спинной мозг, оттуда импульс идет в гипоталамо-гипофизарную систему и в кору головного мозга.
- Гормональные факторы. Перед родами повышается уровень эстрогенов и снижается уровень прогестерона, что способствует активации сократительной деятельности матки.
- Перед родами повышается уровень простагландинов.

Простагландины:

E2, F2 вырабатываются в децидуальной и амниотической оболочках.

Способствуют:

- выработке окситоцина в задней доле гипофиза;
- участвуют в выбросе арахидоновой кислоты, которая запускает метаболические процессы, ведущие к сократительной деятельности мышц матки;
- вызывают разрушение прогестерона.

Специальное акушерское обследование включает три основных раздела: *наружное акушерское исследование, внутреннее акушерское исследование и дополнительные методы исследования .*

НАРУЖНОЕ АКУШЕРСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Наружное акушерское исследование производят путем осмотра, измерения, пальпации и аускультации.

Санитарная обработка рожениц

(направлена на профилактику гнойно-септических процессов):

Методы оценки готовности к родам:

Внутреннее акушерское исследование

«Зрелость» шейки матки. Клинически это проявляется разрыхлением и укорочением шейки матки, расширением просвета цервикального канала.

Пальпаторно определяют расположение шейки матки по отношению к оси таза, консистенцию шейки матки, соотношение длины влагалищной части шейки матки и цервикального канала, проходимость цервикального канала.

1. Определение зрелости шейки матки – определяется при влагалищном исследовании. Процесс «созревания» обусловлен сложными механизмами морфологической перестройки ткани шейки матки во время беременности. Клинически это проявляется разрыхлением и укорочением шейки матки, расширением просвета цервикального канала. Процесс перестройки начинается с области наружного зева и постепенно распространяется к внутреннему зеву, поэтому размягчение внутреннего зева в процессе "созревания" шейки матки происходит в последнюю очередь. Ускорение процессов "созревания" шейки матки отмечено у беременных женщин после введения эстрогенных гормонов и простагландинов. При пальпаторной оценке состояния шейки матки определяют ее консистенцию, степень ее укорочения, степень проходимости цервикального канала, расположение шейки матки в полости малого таза, состояние нижнего сегмента матки при пальпации через влагалищные своды, изменение формы цервикального канала и соотношение длины влагалищной части шейки матки и длины цервикального канала. По совокупности этих признаков различают 4 разновидности состояния шейки матки: "незрелая", "созревающая", "не полностью созревшая" и "зрелая".

Шкала оценки степени зрелости:

- «Незрелая» шейка матки. Шейка расположена сакрально, длина её 3см и более, ткани плотные, цервикальный канал закрыт.
- «Дозревающая» шейка матки. Шейка расположена ближе к проводной оси таза, ткани её частично размягчены, длина цервикального канала 2,5-3см. Цервикальный канал проходим для 1п/п.
- «Зрелая» шейка матки. Расположена по проводной оси таза, укорочена менее 1,5см или сглажена, ткани мягкие, цервикальный канал свободно проходим для 2п/п.

Предвестники родов

Предвестники родов- ряд клинических симптомов, предшествующих родам и появляющиеся за несколько дней до родов.

О готовности к родам свидетельствуют следующие признаки:

- за 2-3 недели дно матки опускается на 4-5 см ниже мечевидного отростка, вследствие чего беременная отмечает облегчение акта дыхания, центр тяжести тела смещается кпереди, в связи с чем плечи и голова отводятся назад ("гордая поступь");
- опущение живота" беременной за счет растяжения нижнего сегмента и вставления головки во входе малого таза, отклонения дна матки кпереди в результате некоторого снижения тонуса брюшного пресса (наблюдается за 2—3 нед до родов);
- выпячивание пупка;
- необычные для последних месяцев беременности ощущения женщины - повышенная возбудимость или, наоборот, состояние апатии, "приливы" к голове, что объясняется изменениями в центральной и вегетативной нервной системе перед родами (наблюдается за несколько дней до родов);
- снижение массы тела беременной на 1-2 кг (за 2-3 дня до родов);
- понижение двигательной активности плода;
- появление в области крестца и нижней части живота нерегулярных ощущений, сначала тянущего, затем схваткообразного характера;

Предвестники родов

- усиление секреции слизистой оболочки канала шейки матки, выделение из половых путей густой тягучей слизи (так называемой слизистой пробки). Часто выделение слизистой пробки сопровождается незначительными кровянистыми выделениями из-за неглубоких надрывов краев зева;
 - шейка матки перед родами становится "зрелой". "Зрелость" шейки матки обусловлена в основном морфологическими изменениями коллагена и эластина, размягчением соединительной ткани, повышением ее гидрофильности, "разволокнением" мышечных пучков. За счет этих изменений шейка становится мягкой и растяжимой, т.е. размягчается на всем протяжении, включая область внутреннего зева (размягчающегося обычно последним), влагалищная ее часть укорачивается (до 1,5—2 см и менее). Канал шейки матки выпрямляется, плавно переходя в область внутреннего зева, через своды иногда удается пальпировать швы, роднички или другие опознавательные признаки подлежащей части плода. Шейка после созревания располагается строго по продольной оси таза, наружный зев располагается на уровне седалищных костей.
- "Зрелость" шейки матки определяется в баллах при влагалищном исследовании: определяют консистенцию шейки матки, ее длину, проходимость цервикального канала и расположение шейки матки по отношению к проводной оси таза. Каждый признак оценивают в баллах — от 0 до 2. Суммарная оценка отражает степень "зрелости" шейки матки. При оценке 0—2 балла шейку матки следует считать "незрелой", 3—4 балла — "недостаточно зрелой", 5—8 баллов — "зрелой".

Строение головки плода:

- Кости лицевого черепа соединены плотно, кости черепной коробки соединены фиброзными перепонками (швы), что придает костям черепа подвижность и смещаемость по отношению друг к другу.
- Пространства в месте пересечения швов называют родничками.

Кости черепа плода:

- 2 лобные.
- 2 теменные.
- 2 височные.
- 1 затылочная.

Швы:

- Стреловидный шов. Проходит между теменными костями. Спереди шов переходит в большой родничок, сзади в малый.
- Лобный шов проходит между лобными костями, имеет тоже направление что и стреловидный.
- Венечный шов. Соединяет лобные и теменные кости. Проходит перпендикулярно стреловидному и лобному швам.
- Ламбдовидный шов. Соединяет затылочную кость с теменными. Проходит перпендикулярно стреловидному шву.

Течение родов:

В течении родового акта выделяют 3 периода.

- 1 период родов. Период раскрытия шейки матки. В этом периоде за счет регулярных схваток идет открытие шейки матки. Схватки –это непроизвольное сокращение матки.

Характерно для 1 периода:

- Начинается с регулярных схваток с периодичностью 2 за 10 мин. И заканчивается полным открытием маточного зева.
- Продолжительность 1 периода родов:
- -первородящие 10-12 часов;
- -повторнородящие 6-8 часов.

1 период имеет 3 фазы:

1 фаза – латентная.

- Сглаживание и раскрытие шейки матки до 4см.
- Продолжительность фазы 5-6 часов.
- Скорость открытия шейки матки 0,5см в час.
- Схватки обычно мало болезненные.

2 фаза - активная :

- Начинается с 4см открытия, продолжается до 8см открытия шейки матки.
- Продолжительность 3-4 часа.
- Скорость открытия шейки матки у первородящих 1,5см в час, у повторнородящих 1,5-2см в час.
- Родовая деятельность активная. Схватки болезненные.

3 фаза - замедления:

- Начинается с открытия маточного зева 8 см и до полного открытия 10см.
- Снижается скорость открытия маточного зева до 1см в час.
- Продолжительность у первородящих 1-2 часа, у повторнородящих 1 час.

2 период родов – период изгнания:

- Начинается с полного открытия маточного зева и заканчивается рождением ребенка.
- Продолжительность у первородящих 1 час, допустимо до 2-х часов, у повторнородящих 40 мин - 1 час.

2 фазы 2 периода:

- 1 фаза. Начинается с полного открытия маточного зева, до того момента как головка плода опустится на тазовое дно.
- 2 фаза. Сам процесс изгнания плода. Головка врезывается, прорезывается, рождается плод.

Ведение 1 периода родов:

- Наблюдение за общим состоянием роженицы(измерение АД, пульс, ч.д.д., по показаниям температуру, измерение диуреза).
- Контроль за родовой деятельностью(сила, периодичность, продолжительность схваток). Контроль за подкладной (время отхождения околоплодных вод, появление кровянистых выделений).
- Контроль за состоянием плода.
- (выслушивать сердцебиение, запись КТГ).
- Обращать внимание на форму матки.
- Ведение листа наблюдения за роженицей.
- Ведение партограммы Фридмана.

В 1 периоде родов:

- Роженица ведет себя активно.
- Проводится обезболивание родов.

Определение положения головки плода во время родов

При первой степени разгибания головки (передне-головное вставление) окружность, которой головка будет проходить через полость малого таза, соответствует прямому ее размеру. Эта окружность является большим сегментом при переднеголовном вставлении.

При второй степени разгибания (лобное вставление) наибольшей окружности головки соответствует большой кривой размер. Эта окружность является большим сегментом головки при лобном ее вставлении.

При третьей степени разгибания головки (лицевое вставление) наибольшей является окружность, соответствующая "вертикальному" размеру. Эта окружность соответствует большому сегменту головки при лицевом ее вставлении.

Определение степени вставления головки плода во время родов

В основе определения высоты стояния головки при влагалищном исследовании лежит возможность определения отношения нижнего полюса головки к linea interspinalis.

Головка над входом в малый таз: при осторожном надавливании пальцем вверх головка отодвигается и вновь возвращается в первоначальное положение. Пальпации доступна вся передняя поверхность крестца и задняя поверхность лобкового симфиза.

Головка малым сегментом во входе в малый таз: нижний полюс головки определяется на 3-4 см выше linea interspinalis или на ее уровне, крестцовая впадина свободна на 2/3. Задняя поверхность лобкового симфиза пальпируется в нижнем и среднем отделах.

Головка в полости малого таза: нижний полюс головки на 4-6 см ниже linea interspinalis, седалищные ости не определяются, почти вся крестцовая впадина выполнена головкой. Задняя поверхность лобкового симфиза пальпации не доступна.

Головка на тазовом дне: головка выполняет всю крестцовую впадину, включая и область копчика, прощупываются лишь мягкие ткани; внутренние поверхности костных опознавательных пунктов труднодоступны для исследования.

Гипоксия плода, способы исправления ситуации

- Чрезмерная активность матки – перевернуть женщину на бок, уменьшить инфузию окситоцина
- Толкающие движения во II периоде родов – перестать тужиться
- Пережатие пуповины – изменить положение тела
- Внезапная артериальная гипотензия после эпидуральной анестезии – в/в инфузия физ. раствора

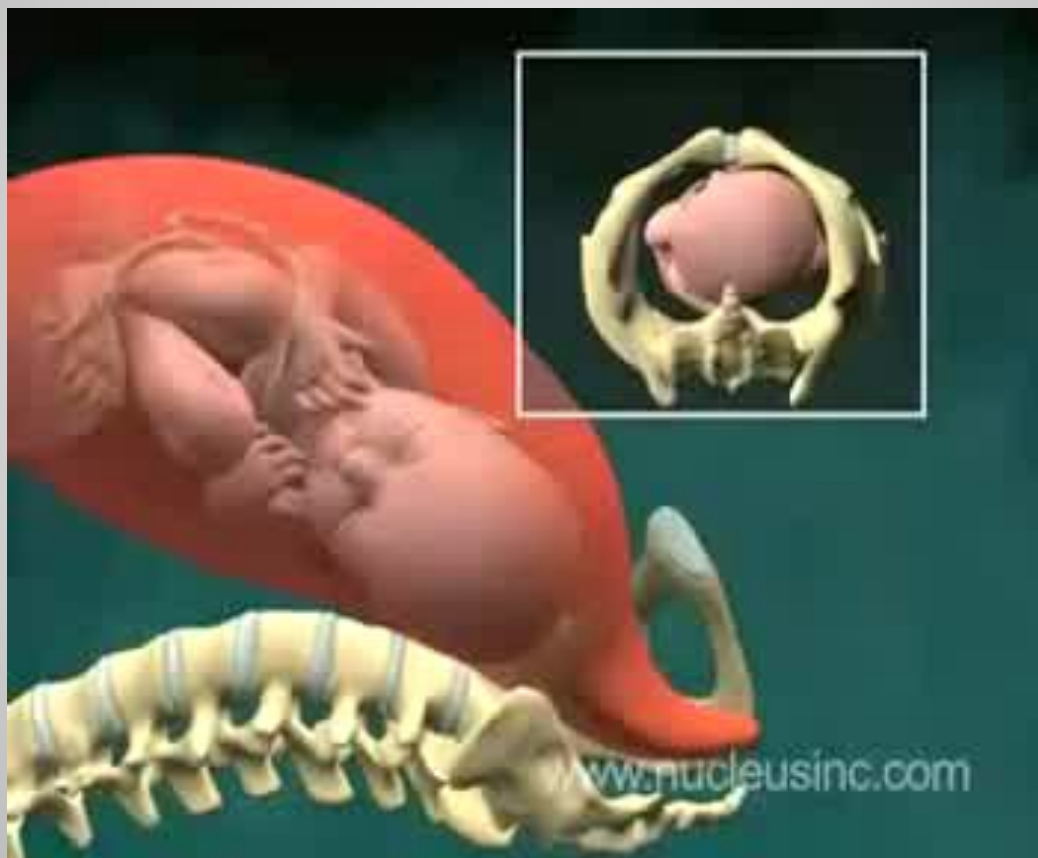
Ведение 2 периода родов:

- Наблюдение за общим состоянием роженицы.
- За родовой деятельностью.
- За состоянием плода.
- Наблюдают за состоянием нижнего сегмента, нет ли его перерастяжения и болезненности.
- Оценивают характер околоплодных вод.
- Состояние наружных половых органов.

Пособие в родах:

- Либо кровать Рахманова, либо кровать трансформер.
- Дезинфекция наружных половых органов.
- При врезывании головки плода акушерка наблюдает за родовой деятельностью, состоянием плода, состоянием роженицы.
- Оказание пособия начинается при прорезывании головки плода.
- 1 момент. Воспрепятствие преждевременному разгибанию головки.
- 2 момент. Чем больше согнута головка плода, тем меньшим размером она будет рождаться.
- 3 момент. Уменьшение напряжения промежности, путем заимствования тканей из соседних областей.
- 4 момент регулирование потуг.
- 5 момент. Освобождение плечевого пояса и рождение туловища.

Биомеханизм родов (фильм)



Первый туалет новорожденного:

- Санация верхних дыхательных путей.
- Профилактика офтальмобленнореи тетрациклиновой мазью.
- У девочек закладывают мазь в вульву.
- Пересечение пуповины после окончания в ней пульсации.
- Обработка пупочного остатка.
- Удаление смазки.
- Взвешивание, измерение роста.

Состояние новорожденного оценивают:

Шкала Апгар (от 0-2 баллов).

- ☐ Частота сердцебиения.
- ☐ Дыхание.
- ☐ Кожные покровы.
- ☐ Мышечный тонус.
- ☐ Рефлексы.

3 период родов:

- Последовый период начинается сразу после рождения плода.
- Ведется активно-выжидательно до 30 минут.
- Наблюдение за роженицей.
- Опорожнение мочевого пузыря.

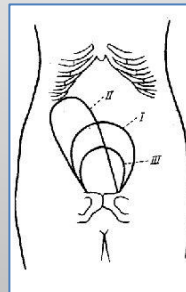
Признаки отделения плаценты:

Визуальные:

- Признак Альфельда. Зажим наложенный на пуповину около половой щели при отделении последа опускается на 8-10см.



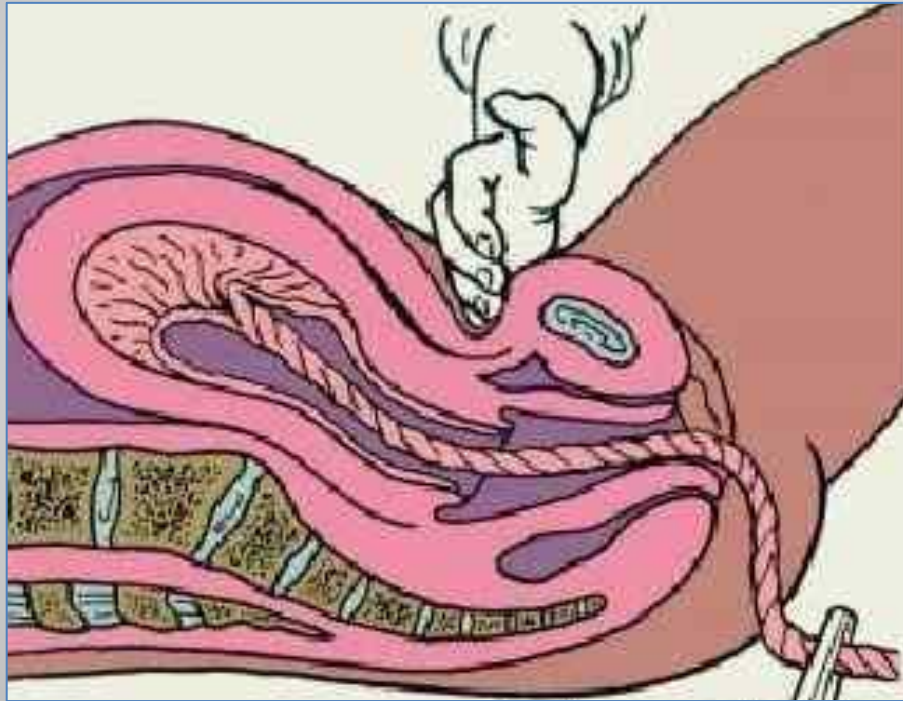
- Признак Довженко. Втягивание и опускание пуповины при глубоком дыхании указывает на то, что плацента не отделилась, и наоборот – отсутствие втягивания пуповины при вдохе указывает на отслойку плаценты;
- Признак Клейна - при натуживании роженицы конец пуповины удлиняется и после окончания потуги пуповина не втягивается;
- Признак Микулича- Радецкого: при опускании последа во влагалище, появляется желание потужиться.
- Признак Шредера. Матка уплощается, дно поднимается выше пупка и отклоняется вправо.



Признаки отделения плаценты:

Мануальные:

- Признак Кюстнера-Чукалова. При надавливании ладонью над лобком при отделившейся плаценте пуповина не втягивается.

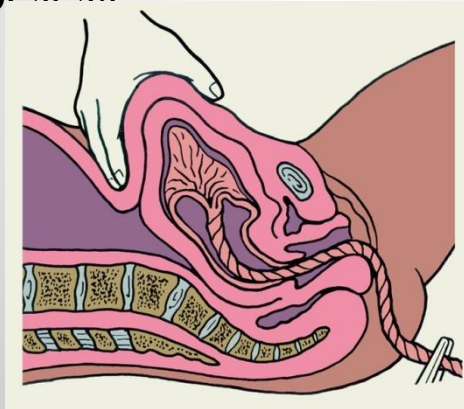


Методы выделения последа:

- Способ Абуладзе. Брюшную стенку собирают в складку и предлагают потужиться.



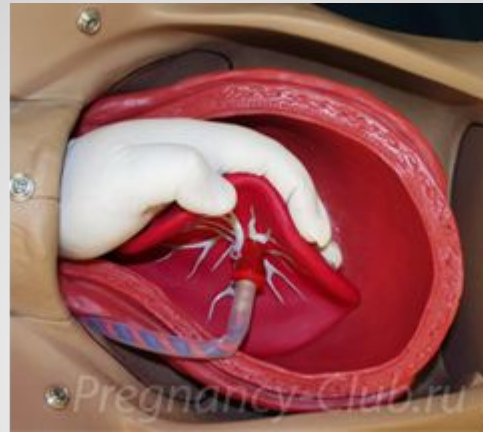
- Способ Креде-Лазаревича. Ладонью обхватывают матку и надавливают на нее с целью выделения последа



- Способ Гентера. Выдавливание последа тыльной стороной кулаков. Давление производят на дно матки (не используют).

Если послед не выделен:

- Ожидают рождение последа 30 минут, затем проводят ручное отделение плаценты и выделение последа.



Профилактика кровотечения:

- Введение окситоцина в/в (1-го порядка).
- Введение метилэргобревина в/в (2-го порядка)