

Лекция № 23

Диагностика периода родов, послеродового периода



Кафедра внутренних болезней
Дисциплина пропедевтика клинических дисциплин





План лекции

1. ПРЕГРАВИДАРНАЯ ПОДГОТОВКА у здоровых и «отягощенных» женщин – залог успешного развития беременности
2. Планирование беременности
3. Обследование будущих родителей
4. Восполнение дефицитов
5. Фолиевая кислота
6. Йод
7. Витамин Д
8. Биоценоз





Типы родов

Различают преждевременные, срочные и запоздалые роды.

1. Роды, наступившие при сроке беременности от 22 до 37 недель беременности, в результате чего рождаются недоношенные дети, считаются преждевременными. Недоношенные дети независимо от массы тела обычно морфофункционально незрелы, масса их тела колеблется от 1500г. до 2500г., длина менее 46 см.
2. Роды, наступившие при сроке беременности 40 ± 2 недель и заканчивающиеся рождением живого доношенного плода с массой тела более 2500 г и длиной от 46 см, считаются срочными.
3. Роды, наступившие при сроке беременности свыше 42 недель заканчиваются рождением новорожденного с признаками переносности.

Периоды родов



В родах выделяют три периода:

- 1. первый - раскрытие шейки матки; первый период родов длится от первых схваток до полного раскрытия шейки матки и является наиболее продолжительным. У первородящих он составляет от 8 до 10 часов, а у повторнородящих 6-7 часов.**
- 2. второй - изгнание плода;**
- 3. третий - последовый.**



Первый период

- В этот период происходит постепенное раскрытие шейки матки в результате регулярных сокращений маточной мускулатуры. Схватки происходят с уменьшающимся интервалом, сами же они становятся всё продолжительнее и чаще.
- Период раскрытия — это время, прошедшее от появления регулярных схваток до полного раскрытия шейки матки. В течение этого периода родовые пути подготавливаются для прохождения через них плода со всеми плодными образованиями.
- Раскрытие шейки матки происходит постепенно: вначале шейка сглаживается, затем зев раскрывается до 3—4 см и в конце первого периода родов до 10 см. Это уже полное раскрытие шейки матки. При нем во время схваток плодный пузырь становится напряженным и на высоте одной из них разрывается, передняя порция околоплодных вод изливается.



Первый период родов – состоит из трех фаз:

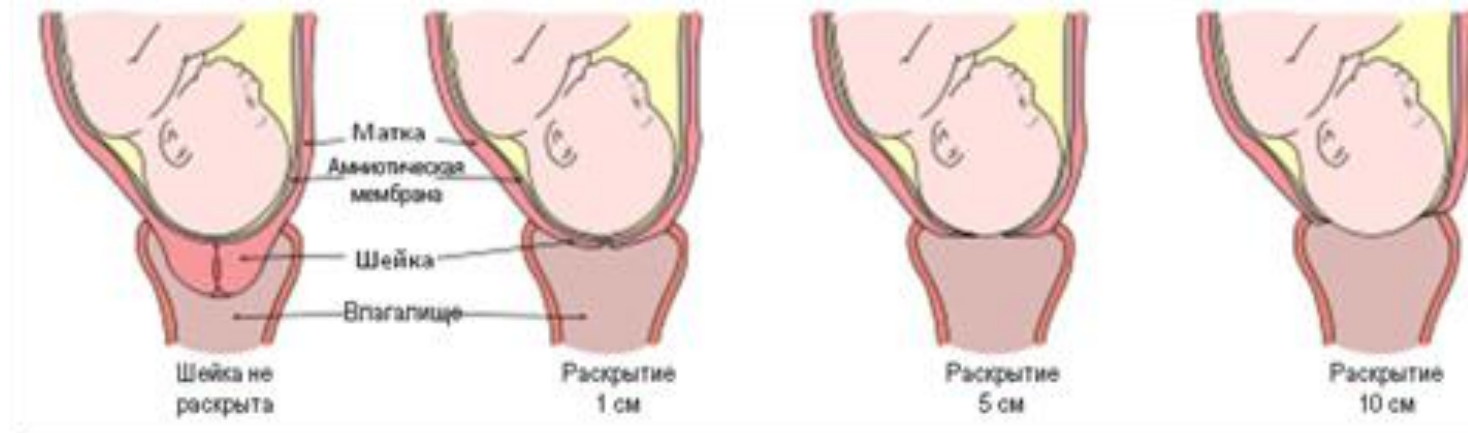
1. Латентная фаза (длится 5-6 часов). Характеризуется установлением регулярных схваток, с промежутком между ними 10-15 минут. Латентной, или скрытой, эта фаза называется, поскольку сокращения матки во время нее безболезненны или малоболезненны. К концу фазы шейка матки окончательно сглаживается и открывается примерно на 4 см.
2. Активная фаза (длится 3-4 часа). Схватки становятся более интенсивными, длятся не менее 20 секунд, а интервал между ними сокращается до 5-6 минут. В норме во время активной фазы происходит излитие околоплодных вод, что способствует более быстрому полному раскрытию маточного зева. К концу фазы матка раскрывается на 8 см.





Первый период родов – состоит из трех фаз:

3. Переходная (транзиторная) фаза, или фаза замедления (длится от 40 минут до 2 часов, у повторнородящих может отсутствовать). Эта фаза не всегда четко проявляется, но ее все-таки выделяют в связи с обычным ослаблением схваток во время раскрытия от 8 до 10 см. Головка ребенка опускается и встает в узкую часть малого таза, что вызывает необходимость более медленного и плавного прохождения процесса. Уже в переходной фазе роженица ощущает желание потужиться, вытолкнуть ребенка. Но для того чтобы головка прошла по родовым путям без риска травматизации, необходимо достичь раскрытия шейки матки до 10 см.





Второй период родов (период изгнания)

Период изгнания — это время от момента полного открытия зева до рождения плода.

Именно второй период родов является их кульминацией, поскольку за непродолжительное (по сравнению со схватками) время происходит долгожданное появление малыша на свет.

После излития околоплодной жидкости схватки временно прекращаются. Объем полости матки уменьшается, полость матки и влагалище представляются в виде единого родового канала.

Схватки вновь появляются и становятся более интенсивными. К ним присоединяются потуги — сокращения мышечного пресса (брюшной стенки, диафрагмы и тазового дна). Частота и интенсивность схваток и потуг постоянно нарастают. Головка опускается и сдавливает нервы крестцового сплетения. У женщины появляется сильное желание выдавить из родовых путей головку, она ищет опоры для рук и ног для усиления потуг.





Второй период родов (период изгнания)

Потуги – большая физическая работа. Во время потуг женщина испытывает максимальное физическое напряжение (повышается АД, учащаются пульс, дыхание). Во время потуг женщина задерживает дыхание, а в промежутках между ними отдыхает и «собирается с силами для новой потуги».

В процессе одной из потуг происходит рождение головки. Далее рождаются плечики (вначале переднее, затем заднее) и туловище.

Вслед за плодом изливаются задние околоплодные воды с примесью сыровидной смазки.

Роженица, испытав сильное утомление, отдыхает после напряженной работы (частота пульса и дыхания уменьшаются).



Доула

Доула - профессиональный партнёр в родах, который поддерживает морально, физически и информационно.

Доула проходит специальное обучение, хорошо знает потребности роженицы, обладает большим опытом сопровождений, имеет дополнительные навыки.

Безоценочно поддержать может не каждый партнёр.



Третий период родов (последовый период).



- Последовый период — это время от рождения плода до рождения последа. В течение этого периода происходит отделение плаценты от стенок матки и рождение последа (плаценты с оболочками и пуповиной).
- В процессе отделения плаценты от стенок матки повреждаются маточно-плацентарные сосуды, что сопровождается в норме кровопотерей в объеме 100—200 мл, не оказывая отрицательного влияния на состояние женщины. После рождения последа матка резко сокращается, становится плотной, что необходимо для остановки кровотечения в области плацентарной площадки; дно ее находится на середине между лоном и пупком.

— 80 с.

Третий период родов (последовый период).



- В этот период происходит нормализация пульса и дыхания женщины. Поведение ее спокойное. Иногда может наблюдаться озноб (как реакция на перенесенное сильное физическое напряжение).
- Третий период уже не так волнителен и напряжен, как предыдущие два. Ребенок родился и дело остается за малым – отделением последа, или плаценты. Природой предусмотрено возобновление схваток через несколько минут после рождения малыша, необходимых для эффективного отслаивания от матки тканей, питавших плод во время беременности (плацента, плодные оболочки, пуповина).

— 80 с.

Типы предлежания плода

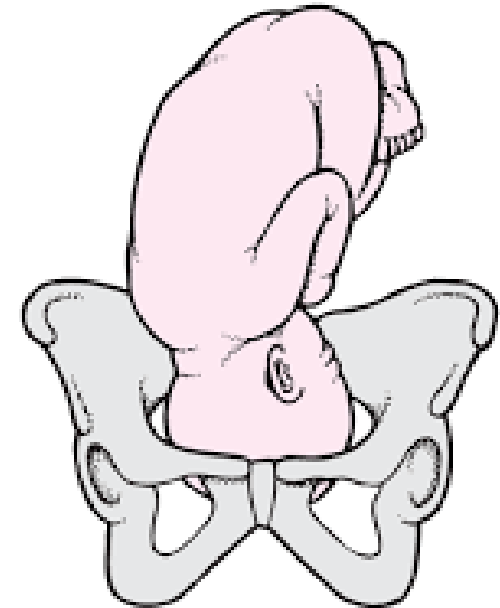


Если над входом определяется округлая, плотная часть, то ставится диагноз – головное предлежание.

Если над входом в малый таз определяется мягкая часть плода, то диагностируется тазовое предлежание. В родах при тазовом предлежании роженице должно быть оказано ручное пособие, что способны выполнить только врач-акушер или опытная акушерка.

Если же над входом в малый таз предлежащая часть не определяется, а контуры матки приближаются к поперечному овалу, то это характерно для поперечного или косого положения плода. В таких ситуациях роды через естественные родовые пути бывают невозможны, опасность разрыва матки очень велика.

**Обращен кзади,
головное предлежание**



**Нормальное положение и
предлежание**



Виды головного предлежания

Затылочное



Переднеголовное



Лобное



Лицевое





Виды тазового предлежания плода



Чисто ягодичное
предлежание
плода



Смешанное
ягодичное
предлежание
плода



Ножное
предлежание
плода



Неполное
ножное
предлежание
плода



Типы предлежания плаценты



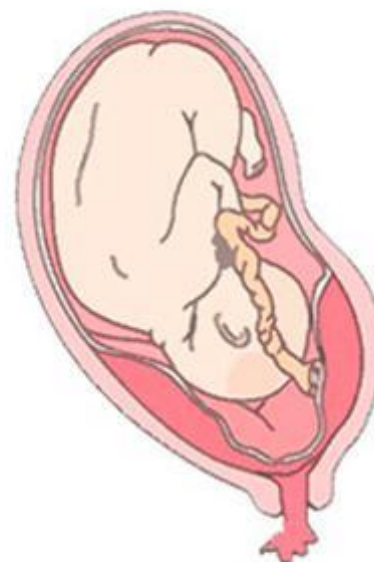
НОРМАЛЬНОЕ
РАСПОЛОЖЕНИЕ



НИЗКАЯ
ПЛАЦЕНТА



ЧАСТИЧНОЕ
ПРЕДЛЕЖАНИЕ



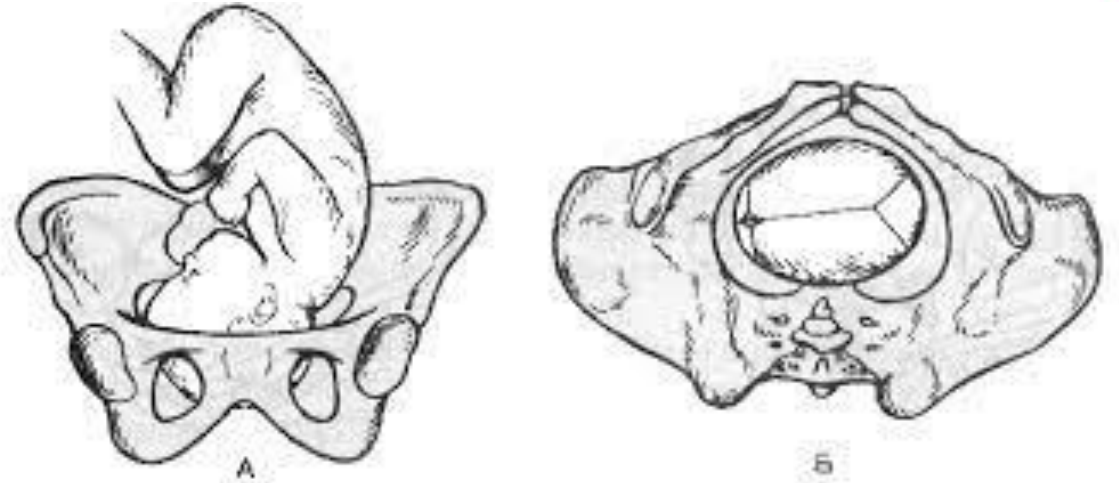
ПОЛНОЕ
ПРЕДЛЕЖАНИЕ



Биомеханизм родов — это совокупность поступательных и вращательных движений, которые производит плод, проходя по родовому каналу.

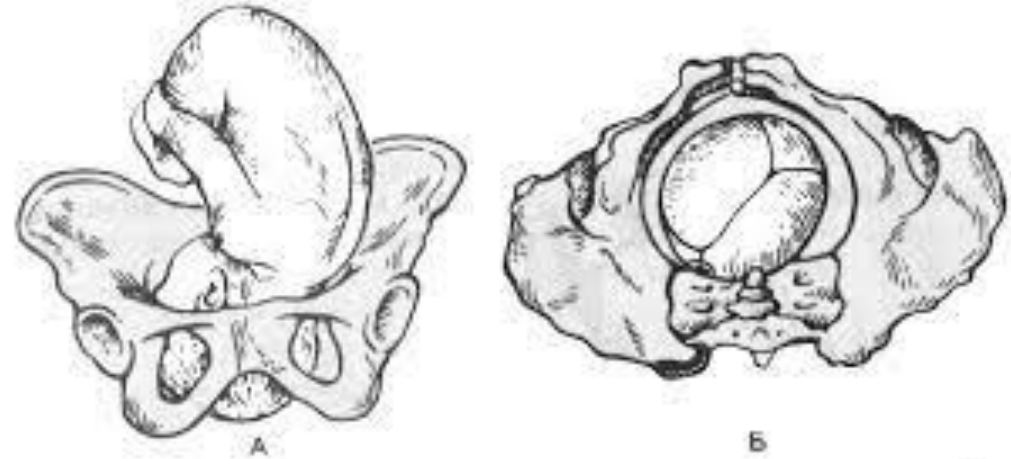
Первый момент — при развивающейся родовой деятельности головка вставляется одним из косых размеров входа в малый таз: при первой позиции — в правом косом, при второй — в левом косом размере.

Стреловидный шов располагается в одном из косых размеров, ведущей точкой является малый родничок. Головка находится в состоянии умеренного сгибания.



Биомеханизм родов — это совокупность поступательных и вращательных движений, которые производит плод, проходя по родовому каналу.

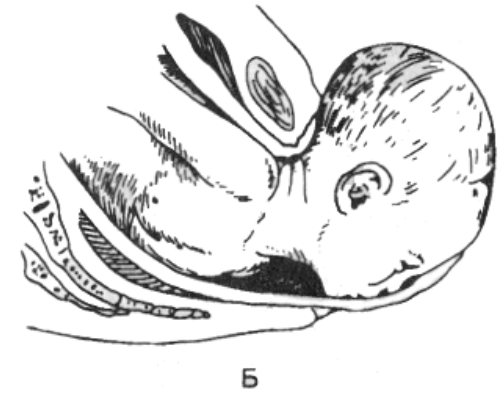
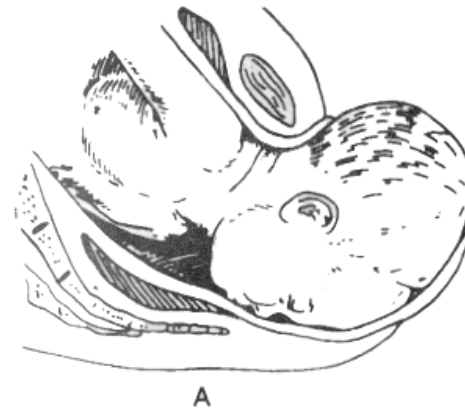
Второй момент — внутренний поворот головки (ротация). В состоянии умеренного сгибания в одном из косых размеров головка проходит широкую часть полости малого таза, начиная внутренний поворот, который заканчивается в узкой части малого таза. В результате головка плода из косого размера переходит в прямой. Поворот головки завершается, когда она достигает полости выхода из малого таза. Головка плода устанавливается стреловидным швом в прямом размере: начинается третий момент биомеханизма родов.





Биомеханизм родов — это совокупность поступательных и вращательных движений, которые производит плод, проходя по родовому каналу.

Третий момент — разгибание головки. Между лонным сочленением и подзатылочной ямкой головки плода образуется точка фиксации, вокруг которой происходит разгибание головки. В результате разгибания последовательно рождаются темя, лоб, лицо и подбородок. Головка рождается малым косым размером, равным 9,5 см, и окружностью 32 см, ему соответствующим.



Биомеханизм родов — это совокупность поступательных и вращательных движений, которые производит плод, проходя по родовому каналу.

Четвертый момент — внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. После рождения головки происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Плечики плода производят внутренний поворот, в результате которого они устанавливаются в прямом размере выхода малого таза таким образом, что одно плечико (переднее) располагается под лоном, а другое (заднее) обращено к копчику.

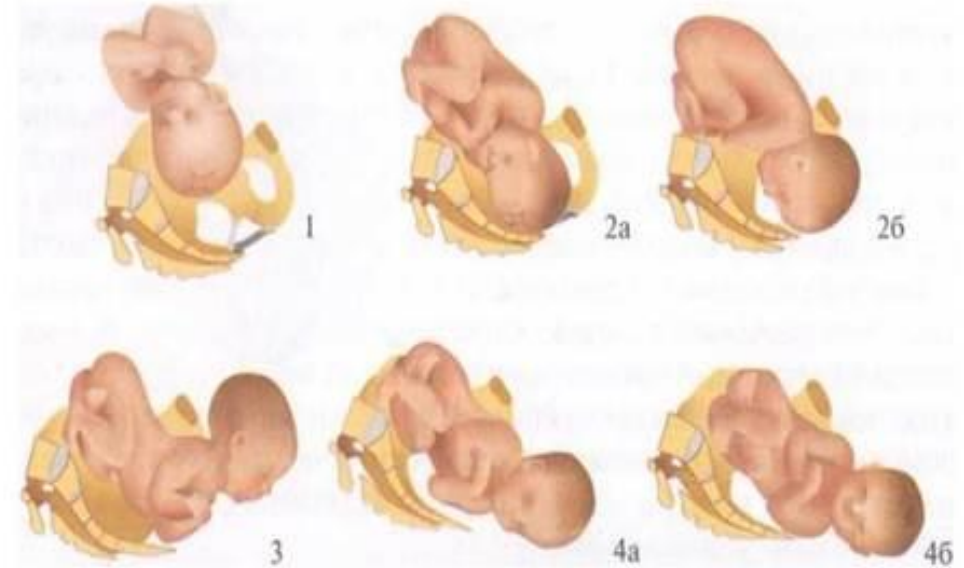


Биомеханизм родов — это совокупность поступательных и вращательных движений, которые производит плод, проходя по родовому каналу.

Родившаяся головка плода поворачивается затылком к бедру матери (в зависимости от позиции).

Между передним плечиком (в месте прикрепления дельтовидной мышцы к плечевой кости) и нижним краем лона образуется точка фиксации.

Происходит сгибание туловища плода в грудном отделе и рождение заднего плечика и ручки, после чего легко рождается остальная часть туловища (нельзя форсировать рождение туловища и ножек плода).





Биомеханизм родов — это совокупность поступательных и вращательных движений, которые производит плод, проходя по родовому каналу.

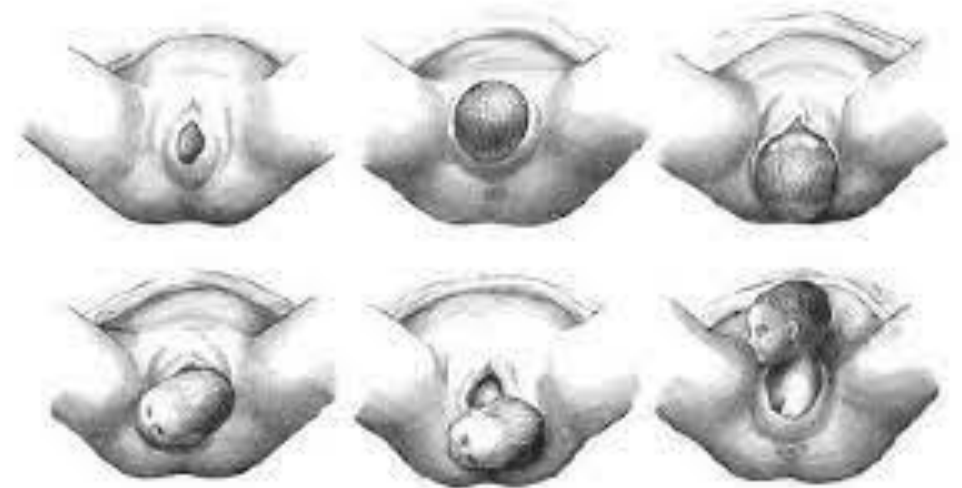
Поступательное движение головки плода в конце второго периода родов становится заметным на глаз: обнаруживается выпячивание промежности, увеличивающееся с каждой потугой, вследствие чего промежность становится более обширной и несколько цианотичной. Задний проход также начинает выпячиваться и зиять, половая щель раскрывается и на высоте одной из потуг из нее показывается самый нижний отрезок головки, в центре которого находится ведущая точка. С окончанием потуги головка скрывается за половой щелью, а при новой потуге вновь появляется: начинается **врезывание головки**, указывающее на то, что внутренний поворот головки заканчивается и начинается ее разгибание.

Биомеханизм родов — это совокупность поступательных и вращательных движений, которые производит плод, проходя по родовому каналу.

Вскоре после окончания потуги головка не скрывается за половой щелью - такое состояние называется

прорезыванием головки.

Прорезывание головки совпадает с третьим моментом биомеханизма родов - разгибанием. К концу разгибания головки значительная ее часть уже рождается из-под лонной дуги. Подзатылочная ямка находится под лонным сочленением, а теменные бугры плотно охвачены сильно растянутыми тканями, образующими половую щель.





Биомеханизм родов — это совокупность поступательных и вращательных движений, которые производит плод, проходя по родовому каналу.

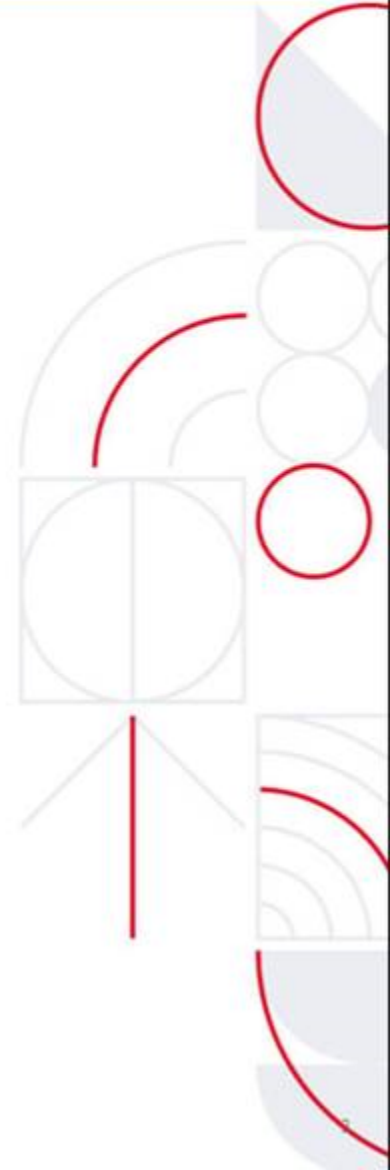
Наступает самый болезненный, хотя и кратковременный, момент родов: при очередной потуге через половую щель рождаются лоб и лицо, с которых соскальзывает промежность. Этим заканчивается рождение головки. Последняя совершает свой наружный поворот, за головкой следуют плечики и туловище. Новорожденный делает свой первый вдох, издает крик, двигает конечностями и начинает быстро розоветь.







Биомеханизм родов — это совокупность поступательных и вращательных движений, которые производит плод, проходя по родовому каналу.

Во II периоде родов ведется наблюдение за состоянием роженицы, за характером родовой деятельности, сердцебиением плода. Сердцебиение необходимо выслушивать после каждой потуги; следует обращать внимание на ритм и звучность тонов сердца плода. Необходимо следить за продвижением предлежащей части — при физиологическом течении родов головка не должна стоять в одной плоскости малого таза более 2 ч, а также за характером выделений из половых путей (в период раскрытия и изгнания кровянистых выделений из половых путей не должно быть).



При головном предлежании акушерским пособием в родах называется совокупность  последовательных манипуляций, направленных как на содействие физиологическому механизму родов, так и на предупреждение травматизма матери и плода..

Как только головка врежется в половую щель и будет сохранять такое положение и вне схватки, начинается прорезывание головки. С этого момента врач или акушерка, стоящая справа от роженицы, боком к ее голове, ладонью правой руки с широко отведенным большим пальцем обхватывает промежность, покрытую стерильной салфеткой, через которую старается при схватке задержать преждевременное разгибание головки, способствуя этим рождению затылка из-под симфиза. Левая рука остается «наготове» на случай, если поступательное движение головки окажется чрезмерно активным и сильным и одна правая рука не сможет удержать ее. Как только подзатылочная ямка продвинется под лонную дугу (принимаящий роды ощущает затылок в ладони), а с боков прощупываются теменные бугры, приступают к выведению головки.

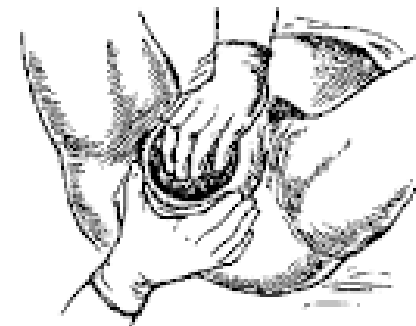
При головном предлежании акушерским пособием в родах называется совокупность  последовательных манипуляций, направленных как на содействие физиологическому механизму родов, так и на предупреждение травматизма матери и плода..


Роженицу просят не тужиться; ладонью левой руки обхватывают родившуюся часть головки, а ладонью правой руки с отведенным большим пальцем обхватывают промежность и медленно, как бы снимая ее с головки (с лица), одновременно другой рукой бережно приподнимают головку кверху — при этом над промежностью сначала показывается лоб, затем нос, рот и, наконец, подбородок. Непременно нужно выводить головку до тех пор, пока промежность «не сойдет» с подбородка, т. е. пока подбородок не выйдет наружу. Все это проделывается обязательно вне схватки, так как при схватке медленно вывести головку очень трудно, а при быстром выведении есть опасность разрыва промежности.

Препятствие
преждевременному
разгибанию головки



Уменьшение
напряжения промежности




При головном предлежании акушерским пособием в родах называется совокупность  последовательных манипуляций, направленных как на содействие физиологическому механизму родов, так и на предупреждение травматизма матери и плода..


После рождения головки пальцем проводят по шее плода до плеча: проверяя наличие или отсутствие обвития пуповина вокруг шеи. При наличии обвития пуповины, петлю последней осторожно снимают через головку.

Родившаяся головка обычно поворачивается затылком в сторону бедра матери; иногда наружный поворот головки задерживается.

Если показаний к немедленному окончанию родов не имеется (внутриутробная асфиксия плода, кровотечение), не следует торопиться: надо дождаться самостоятельного наружного поворота головки — в таких случаях женщину просят потужиться, при этом головка поворачивается затылком в сторону бедра матери и переднее плечико появляется под нижним краем лона.



 MyShared

При головном предлежании акушерским пособием в родах называется совокупность  последовательных манипуляций, направленных как на содействие физиологическому механизму родов, так и на предупреждение травматизма матери и плода..

Если переднее плечико не появилось под лоно, оказывают помощь: повернувшуюся головку захватывают между обеими ладонями на височно-шейных поверхностях головки и осторожно легко вращают головку затылком в сторону позиции, одновременно бережно направляя ее книзу, подводят переднее плечико под лонное сочленение. Далее обхватывают головку левой рукой так, что ладонь ее ложится на нижнюю щечку и приподнимают головку, а правой рукой, подобно тому, как это делали при выведении головки, осторожно сдвигают промежность с заднего плечика. Когда оба плечика родились, осторожно обхватывают младенца за туловище в области подмышечных впадин и, приподнимая кверху, извлекают полностью из родовых путей.





Принцип «защиты промежности»

При переднем виде затылочного предлежания заключается в том, чтобы не допустить преждевременного разгибания головки; только после того, когда покажется затылок и подзатылочная ямка упрется в лонную дугу, медленно выпускают головку над промежностью — это важное условие для сохранения целостности промежности и рождения головки наименьшим размером — окружностью малому косому размеру. Если головка будет прорезываться в половой щели не малым косым размером (при затылочном предлежании), легко может произойти ее разрыв.



Сразу же после рождения головки из верхних частей глотки и ноздрей необходимо отсосать слизь и околоплодные воды с помощью заранее прокипяченной резиновой груши. Для избежания аспирации содержимым желудка у новорожденного сначала очищают ротовую полость, а затем — носовые ходы.

Производится осмотр и оценка ребенка по методу Апгар сразу при рождении и через 5 мин.

После появления первого крика и дыхательных движений, отступив 8–10 см от пупочного кольца, пуповину обрабатывают спиртом и между двумя стерильными зажимами рассекают и перевязывают толстым хирургическим шелком или тонкой стерильной марлевой тесемкой. Культия пуповины смазывается 5%-ным раствором йода, а затем на нее накладывают стерильную повязку. Нельзя пользоваться для перевязки пуповины тонкой ниткой — она может прорезать пуповину вместе с ее сосудами.



Ведение последового периода

Последовый период - время от рождения ребенка до рождения последа.

В течение этого периода происходит отслойка плаценты вместе с ее оболочками от стенки матки и рождение плаценты с оболочками - последа. При физиологическом течении родов в первые два их периода (раскрытия и изгнания) отслойки плаценты не должно быть. Последовый период продолжается в норме от 5 до 30 мин и сопровождается кровотечением из матки. Через несколько минут после рождения ребенка возникают схватки и, как правило, кровянистые выделения из половых путей, указывающие на отслойку плаценты от стенки матки.



Последовательные этапы отделения и изгнания последа по Шульцу.
Если плацента начинает отделяться с центра по механизму, описанному Шульцен (Schulz), то одновременно с родившимся последом отделяется и излившаяся из вскрытых сосудов кровь



Ведение последового периода

Дно матки находится выше пупка, а сама матка вследствие тяжести отклоняется вправо или влево; одновременно отмечается удлинение видимой части пуповины, что заметно по перемещению зажима, наложенного на пуповину около наружных половых органов. После рождения последа матка приходит в состояние резкого сокращения. Дно ее находится посередине между лоном и пупком и пальпируется как плотное, округлое образование. Количество теряемой крови в последовом периоде обычно составляет 100–200 мл., но не более 0,5% от массы тела женщины.

Ведение последового периода родов консервативное. В это время нельзя ни на минуту отлучаться от роженицы. Нужно следить, за тонусом матки, кровянистыми выделениями из половых путей, а также возможным внутреннем кровотечении. Необходим контроль за характером пульса, АД, общим состоянием роженицы; следует вывести мочу, поскольку переполненный мочевой пузырь препятствует нормальному течению последового периода.



Ведение последового периода

Родившееся из влагалища детское место (плацента с оболочками и пуповиной) тщательно осматривается: оно раскладывается плашмя материнской поверхностью кверху. Обращается внимание, на целостность плаценты, наличие всех долек, в том числе добавочных долек плаценты, полностью ли выделились оболочки. Задержка в матке частей плаценты или ее дольки и оболочек не дает возможности матке хорошо сократиться и может стать причиной кровотечения.

NB! не допускается производить наружный массаж матки, потягивать за пуповину, что может привести к нарушениям физиологического процесса отделения плаценты и возникновению сильного кровотечения.



Ведение последового периода

Родившееся из влагалища детское место (плацента с оболочками и пуповиной) тщательно осматривается: оно раскладывается плашмя материнской поверхностью кверху. Обращается внимание, на целостность плаценты, наличие всех долек, в том числе добавочных долек плаценты, полностью ли выделились оболочки. Задержка в матке частей плаценты или ее дольки и оболочек не дает возможности матке хорошо сократиться и может стать причиной кровотечения.

Если не хватает плацентарной дольки или ее части и имеется кровотечение из полости матки, следует тотчас же произвести ручное обследование стенок полости матки и удалить рукой задержавшуюся дольку. Недостающие оболочки, если нет кровотечения, можно не удалять: обычно они в первые 3–4 дня послеродового периода выходят самостоятельно.

NB! не допускается производить наружный массаж матки, потягивать за пуповину, что может привести к нарушениям физиологического процесса отделения плаценты и возникновению сильного кровотечения.



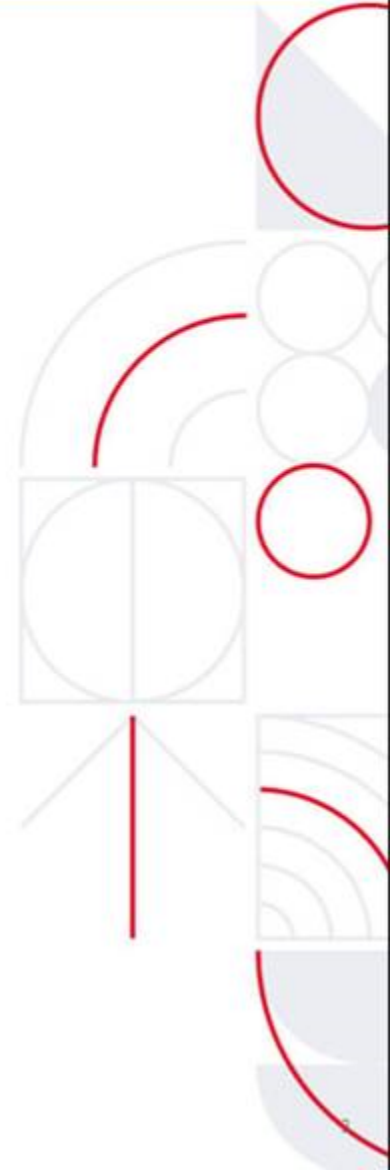
Ведение последового периода

После родов производят туалет наружных половых органов, их дезинфекцию. Осматриваются наружные половые органы, вход во влагалище и промежность. Имеющиеся ссадины и трещины обрабатываются йодом; разрывы должны быть зашиты в условиях стационара. Если имеется кровотечение из мягких тканей, необходимо наложение швов до транспортировки в акушерский стационар или наложение давящей повязки (кровотечение из разрыва промежности, области клитора), возможна тампонада влагалища стерильными марлевыми салфетками.



Домашнее задание

- Изучить литературу по данной теме
- Повторить конспект лекции





Список литературы

Основная литература:

1. Пропедевтика внутренних болезней. Гребенев А. Л., 6-е изд. М., 2015.

Дополнительная литература:

1. Л. И. Кох, И. А. Степанов. Острый живот в акушерстве: Методическое пособие. – Томск, 2002. – 39с.
2. Практические навыки по приему родов вне стационара: учеб. пособие для студентов медицинских вузов, клинических интернов и ординаторов, врачей акушеров-гинекологов; с элементами симуляционного обучения / Л.И. Трубникова [и др.]; под ред. проф. Л. И. Трубниковой. – Ульяновск: УлГУ, 2016. –104с.

Спасибо за внимание!

