

Лекции №24.

Клиническое течение и ведение родов по периодам



Кафедра внутренних болезней
Дисциплина пропедевтика клинических
дисциплин

Цель и задачи дисциплины

Цель изучения дисциплины «Пропедевтика клинических дисциплин» - формирование важных профессиональных навыков обследования больного с применением клинических и наиболее распространенных инструментально-лабораторных методов исследования; выявление симптомов и синдромов как основ клинического мышления, характеризующих морфологические изменения органов и функциональные нарушения отдельных систем в целом.

Задачи дисциплины:

- приобретение студентами знаний основных клинических симптомов и синдромов заболеваний внутренних органов и механизмов их возникновения;

обучение студентов методам непосредственного исследования больного (расспроса, осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации), обеспечивающими формирование профессиональных навыков обследования больного;

- обучение студентов важнейшим методам лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний внутренних органов;

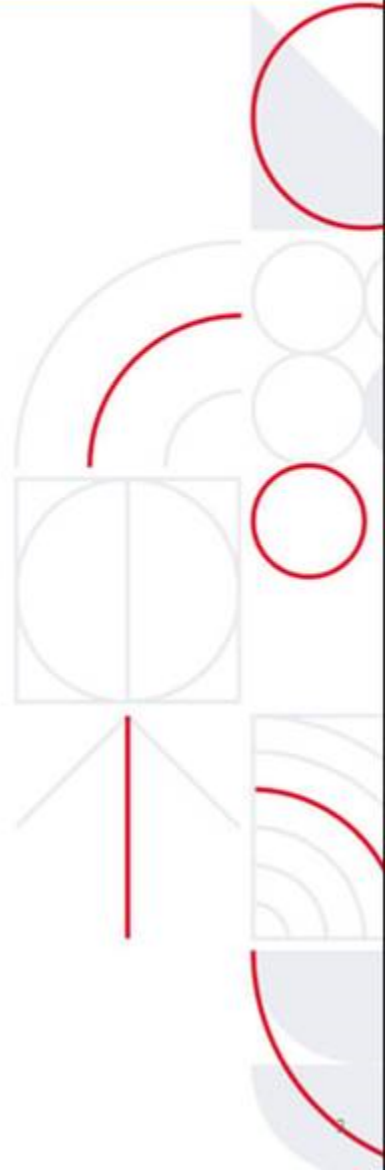
- формирование представлений об основных принципах диагностического процесса

- обучение студентов оформлению медицинской документации (истории болезни)



План лекции

1. Что такое роды?
2. Классификация родов
3. Периоды родов
4. Моменты поворотов во время родов
5. Домашние задание
6. Список литературы



Определение



Роды – сложный многозвеньевой безусловный рефлекторный акт, направленный на изгнание плода с последом (плацента, плодовые оболочки, пуповина) из полости матки после достижения плодом жизнеспособности. *(Плод жизнеспособен при массе тела 500 г и выше, длине тела 25 см и более и при сроке гестации более 22 нед. при соблюдении определенных условий)*

Физиологические роды – роды одним плодом, начавшиеся спонтанно, протекающие без осложнений, без применения пособий и медикаментов, при которых родился зрелый доношенный ребенок в затылочном вставлении. *Ребенок считается доношенным при массе 2500 г. и более, длине тела 45 см и более и родившийся на сроке 37 нед.*

Нормальные роды – роды одним плодом в сроке 37-41 нед. беременности, начавшиеся спонтанно, имевшие низкий риск к началу, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился в затылочном предлежании. В таких родах возможно применение амниотомии, использование спазмолитиков, проведение аналгезии

Классификация родов



- Очень ранние преждевременные – от 22 до 24 нед.
- Ранние – от 24 до 28 нед.
- Преждевременные - от 22 до 37 нед.
- Своевременные(срочные) - от 37 до 42 нед.
- Запоздалые - 42 нед. и более



Характеристика нормальных (физиологических) родов

- Одноплодная беременность
- Доношенная беременность (37-42 нед.)
- Головное предлежание плода
- Соразмерность головки плода и размеров таза матери
- Нормальный механизм родов, соответствующий костному тазу
- Координированная родовая деятельность, не требующая коррекции
- Здоровье плода при нормальном функционировании плаценты
- Своевременное излитие околоплодных вод
- 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 периоде не превышает 0,5% массы тела роженицы

Предвестники родов (2-4 нед. до родов)

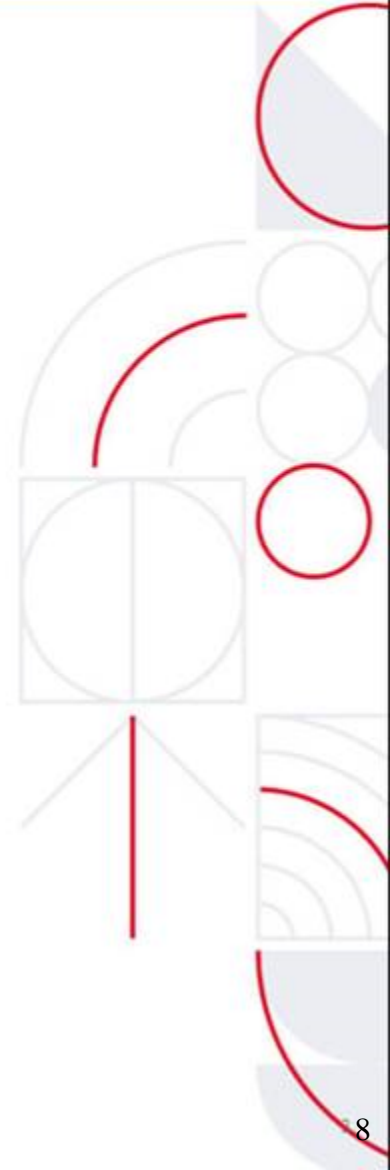


- 1) Перемещение центра тяжести кпереди, отклонение при ходьбе головы и плеч назад («гордая поступь»)
- 2) Прижатие предлежащей части плода к входу в малый таз за счет укорочения надвлагалищной части шейки матки, опускание дна матки
- 3) Уменьшение околоплодных вод (max в 38 нед-1200 мл, затем 200/нед)
- 3) Слизисто-сукровичные выделения из влагалища (секрет желез шейки матки): стенки влагалища набухшие, сочные, влажные, цианотичные (высокая эстрогенная насыщенность)
- 4) Усиление возбудимости матки (при пальпации уплотнение миометрия)
- 5) Схватки-предвестники («ложные схватки») – отдельные координированные схватки, в результате которых происходит постепенное укорочение шейки матки, внутренний зев матки переходит в нижний сегмент матки.
- 6) Интенсивный синтез простагландинов за счет отслойки оболочек нижнего полюса плодного пузыря.
- 7) «Зрелость» шейки матки

Определение степени готовности к родам



1. «Зрелость» шейки матки
2. Окситоциновый тест
3. Нестрессовый тест
4. Маммарный тест
5. Кольпоцитологический тест



Окситоциновый тест



Проба для определения реактивности миометрия на в/в введение пороговой дозы окситоцина, способной вызвать сокращение матки. Мах. реактивность – накануне родов.

Раствор (0,01 ЕД окситоцина на 1 мл изотонического раствора) вводят по 1 мл с интервалом в 1 мин.

Тест «+», если сокращение матки появилось в течение первых 3 минут.

В ответ на введение 1 мл – возможность наступления родов через 1 сутки.

На 2 мл - через 2 суток

На 3 мл – через 3 суток

NB! Опасен развитием гипертонуса матки, гипертензии у беременной, гипоксии плода. НЕ используется!

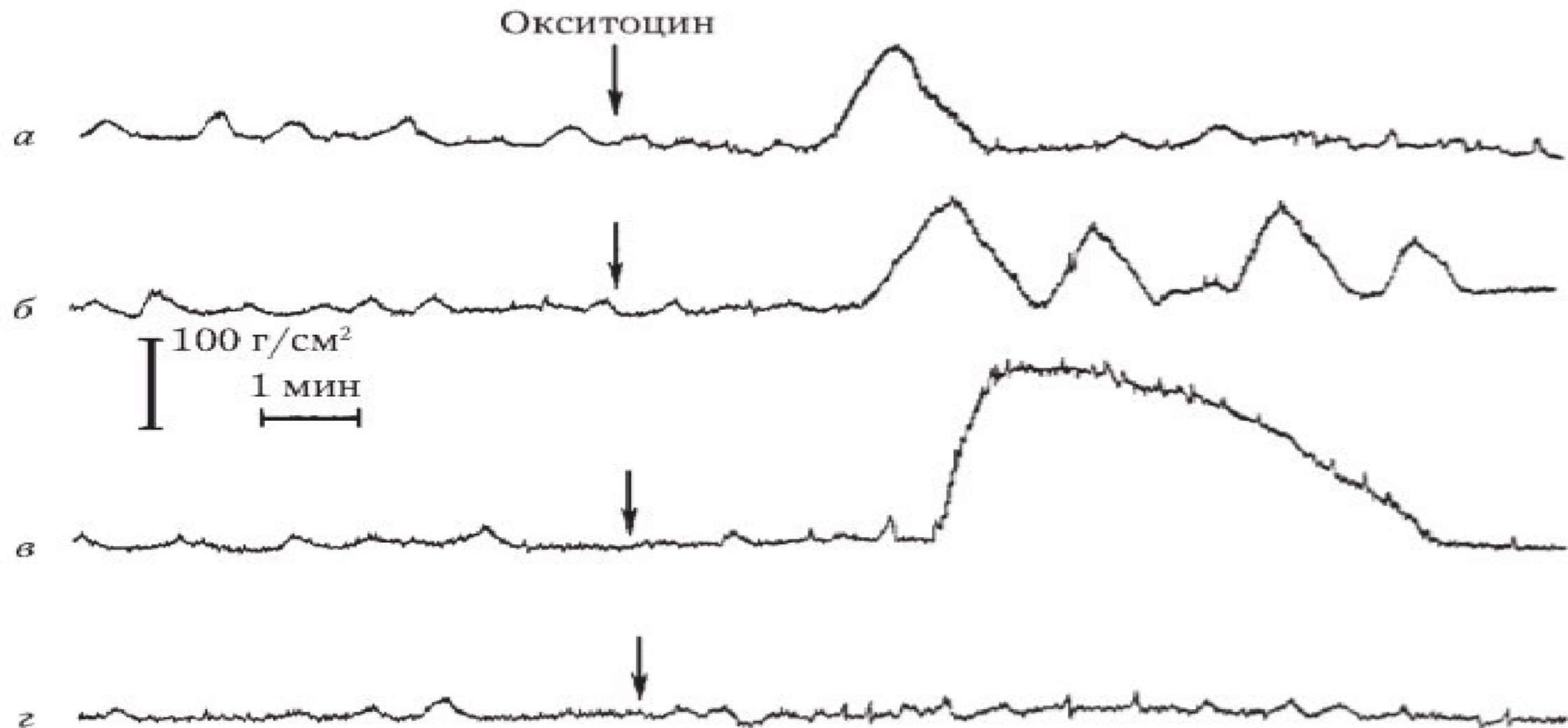


Рис. 38. Гистерография:

a — одиночное сокращение матки; *б* — комплекс сокращений; *в* — длительное сокращение типа контрактуры; *г* — отрицательный окситоциновый тест



Нестрессовый тест

На КТГ на протяжении 40-60 мин. При готовности к родам наблюдаются ритмичные сокращения матки + оценивается состояние плода с учетом реакции на схватку

Маммарный тест

Основан на появлении эндогенного окситоцина при раздражении сосков и ареол у беременной. Схватки регистрируются в первые 3 мин. НЕ используется!

Кольпоцитологический тест

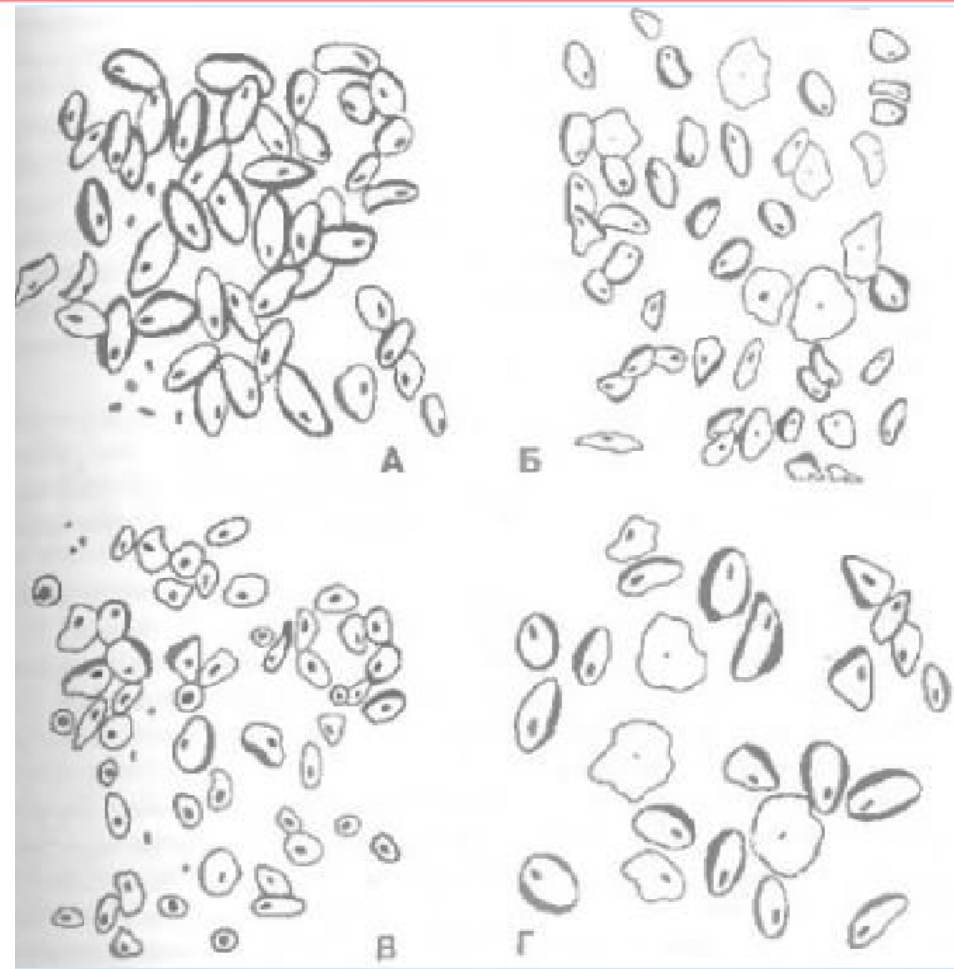


I цитотип – ладьевидные:промежуточные клетки = 3:1, резко базофильна ЦП, ЛЦ, слизи-нет. Роды не ранее, чем через 10 дней

II цитотип – ладьевидные:промежуточные клетки = 1:1, клетки поверхностных слоев влагалищного 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 ядра 15-20%. ЛЦ, сдизь – есть. Роды через 1-5 дней.

IV цитотип – преобладают клетки поверхностных слоев, промежуточные и ладьевидные почти отсутствуют. ЦП плохо окрашивается («стертый» мазок). Пикноз ядра 40%. Роды в ближайшие 3 дня.



Параметры оценки «зрелости» шейки матки



- 1) Консистенция шейки матки
- 2) Длина влагалищной части и шейечного канала матки
- 3) Степень проходимости шейечного канала
- 4) Расположение и направление оси шейки матки в полости малого таза



Схема оценки зрелости шейки матки по Bishop

	Баллы			
	0	1	2	3
Открытие, см	<1 Зев закрыт, кончик пальца	1-2 1 палец	2-4 2 пальца	>4 Больше 2 пальцев
Длина шейки, см	>4	2-4	1-2	<1
Положение головки	-3 Над входом	-2 Прижата ко входу	-1/0 Малый/большой сегмент	+1/+2 Широкая/узкая часть полости таза
Консистенция	Плотная	Умеренно размягчена	Мягкая	
Положение	Кзади	Кпереди/ Центрирована		

0-5 баллов – незрелая шейка

6-7 баллов – недостаточно зрелая шейка

8 баллов и более – зрелая шейка

Зрелость шейки матки (по Г. Г. Хегинашвили)

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



Периоды родов

1 период – период раскрытия: от начала регулярной родовой деятельности до полного раскрытия маточного зева

2 период – период изгнания: от полного раскрытия маточного зева до рождения плода

3 период – последовый период: от рождения плода до рождения последа

I период. Регуляция сократительной деятельности матки

- **Эндокринная регуляция**
- **Нейрогенная**
- **Миогенная**

Функциональные слои миометрия:

- 1) Наружный – активный, мощный в области дна матки, постепенно утончающийся в дистальном отделе шейки матки (активно сокращается и перемещается кверху)
- 2) Внутренний – выраженный в шейке и в области перешейка, более тонкий в дне и теле матки (расслабляется, обеспечивая раскрытие шейки матки)

I период родов



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

Родовая схватка характеризуется частотой не менее 12 схваток за 10 минут и высокой амплитудой.

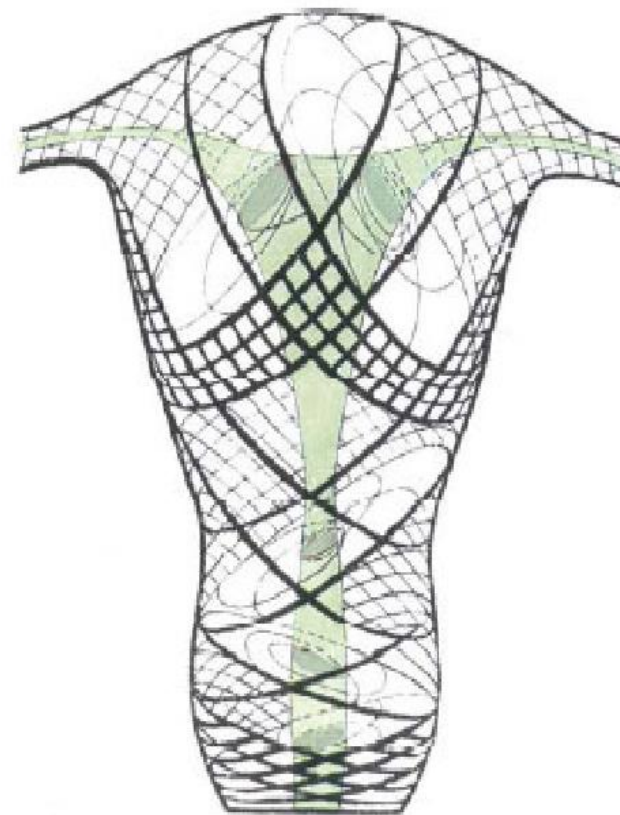
Во время каждой схватки происходит:

Контракция – сокращение всех мышечных волокон и пластов мышечной стенки матки. (отсутствует в паузах)

Ретракция- смещение мышечных волокон и пластов матки по отношению друг к другу. (в паузах частично сохраняется)

Дистракция – растяжение круговой мускулатуры шейки матки, что приводит к сглаживанию и раскрытию маточного зева.

Расположение мышечных слоев в матке (схема)



Тройной нисходящий градиент

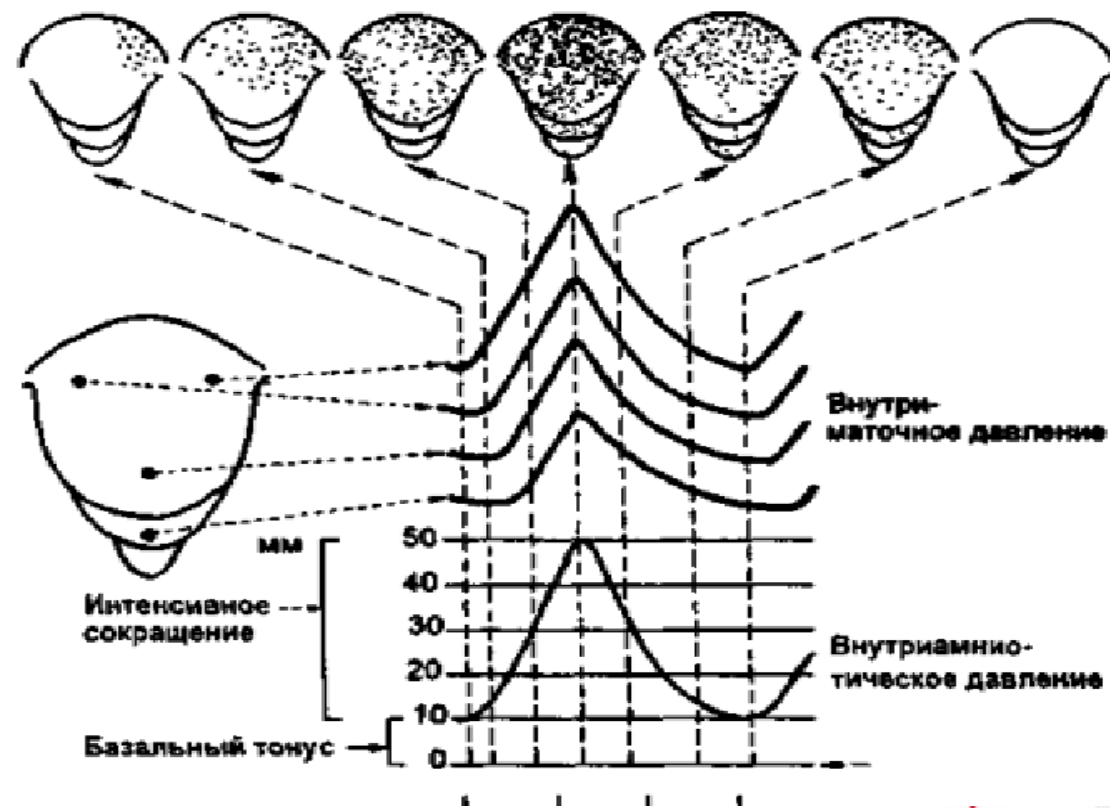


Водитель ритма – предположительная группа клеток в трубных углах матки

1. Доминанта дна (самые сильные и продолжительные сокращения)
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



Механизм раскрытия шейки матки

1) Первородящая

Начинается со стороны внутреннего зева. Наружный зев раскрывается при полном раскрытии внутреннего зева

2) Повторнородящая

Одновременное раскрытие внутреннего и наружного зева

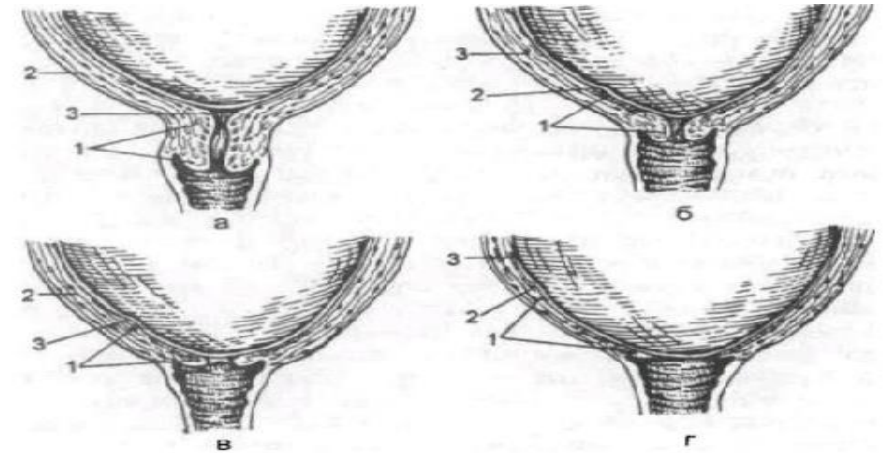


Рис. 5.5. Изменения в шейке матки при первых родах (схема).
а — шейка сохранена; б — начало сглаживания шейки; в — шейка сглажена; г — полное открытие шейки матки: 1 — шейка матки, 2 — перешеек, 3 — внутренний зев.

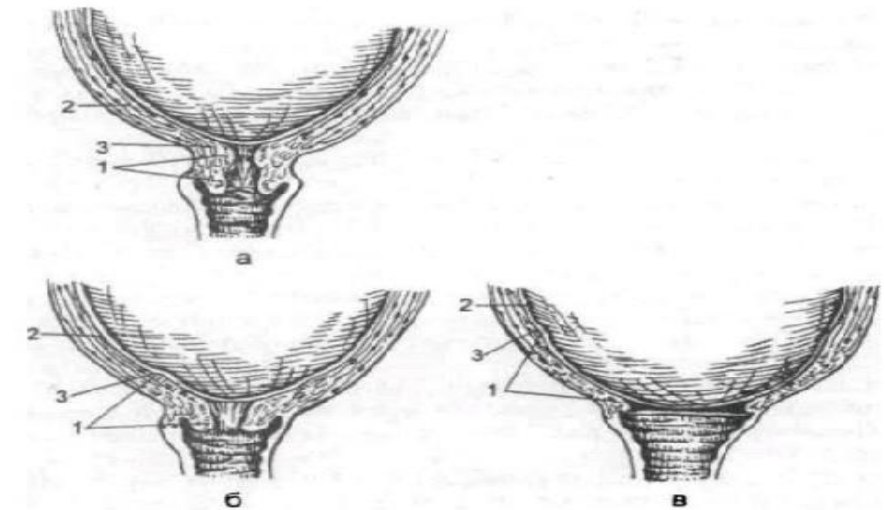


Рис. 5.6. Изменения в шейке матки при повторных родах (схема).
а, б — одновременное сглаживание и раскрытие шейки; в — полное раскрытие шейки матки: 1 — шейка матки, 2 — перешеек, 3 — внутренний зев.



Разрыв плодного пузыря

Своевременный – при полном или почти полном раскрытии маточного зева

Преждевременный – разрыв плодного пузыря до родов

Ранний – при неполном раскрытии шейки матки (до 6 см)

Запоздалое вскрытие – разрыва плодного пузыря не происходит и при полном раскрытии шейки матки



Фазы I периода

I фаза (латентная) – от начала регулярных схваток до 4 см раскрытия маточного зева. Средняя продолжительность – 4-8 часов. У первородящих всегда длиннее, чем у повторнородящих. Скорость раскрытия шейки матки – 0,35 см/ч. Схватки малоболезненные

II фаза (активная) – интенсивная родовая деятельность и быстрое раскрытие маточного зева от 4 до 8 см. Средняя продолжительность – 3-4 ч. Средняя скорость раскрытия маточного зева у первородящих -1,5-2 см/ч, у повторнородящих – 2-2,5 см/ч. Схватки болезненные

III фаза (замедления) – начинается при 8 см и продолжается до полного раскрытия шейки матки. У первородящей длится до 2 ч., у повторнородящих может отсутствовать



II период родов

Начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается рождением ребенка.

Длительность:

У первородящих – не более 2 ч.

У повторнородящих – 15 мин. - 1ч. (более 1 ч.- слабость потуг)

Схватки становятся чаще (каждые 2 мин.), продолжительнее.

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

II период родов



а – врезывающаяся головка
(появление головки из половой щели только во время потуг)

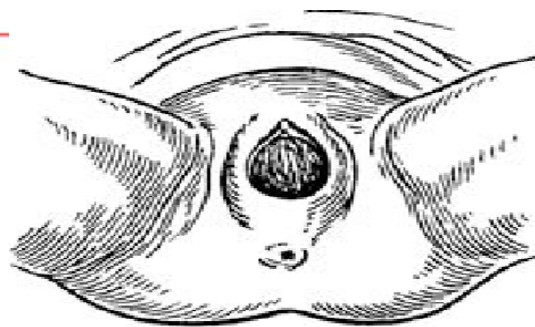
б – прорезавшаяся головка (есть точка фиксации – подзатылочная ямка - при переднем виде затылочного вставления)

в – рождение головки (затылок, теменные бугры, лоб, личико)

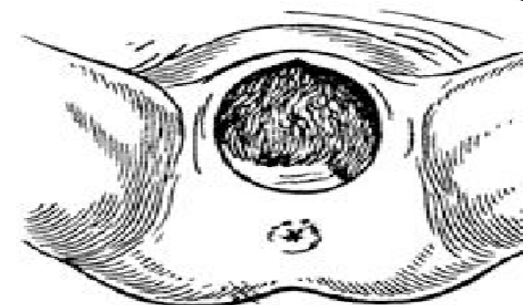
г – наружный поворот головки при I позиции (к правому бедру)

д – образование точки фиксации на переднем плечике

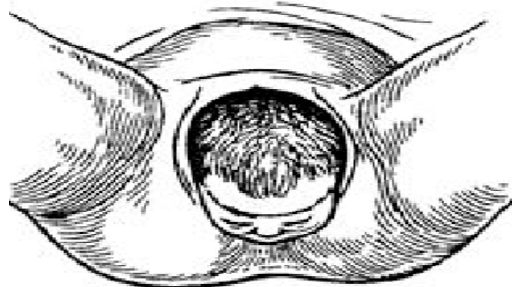
е – рождение заднего плечика



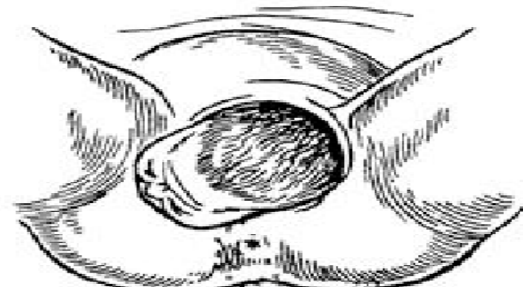
а



б



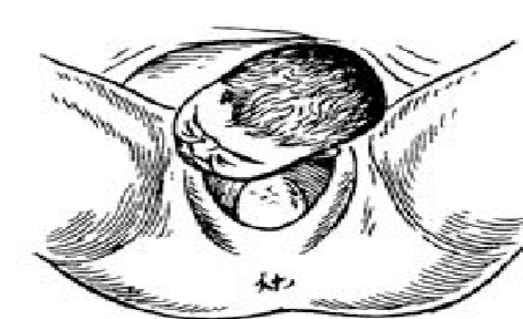
в



г



д



е

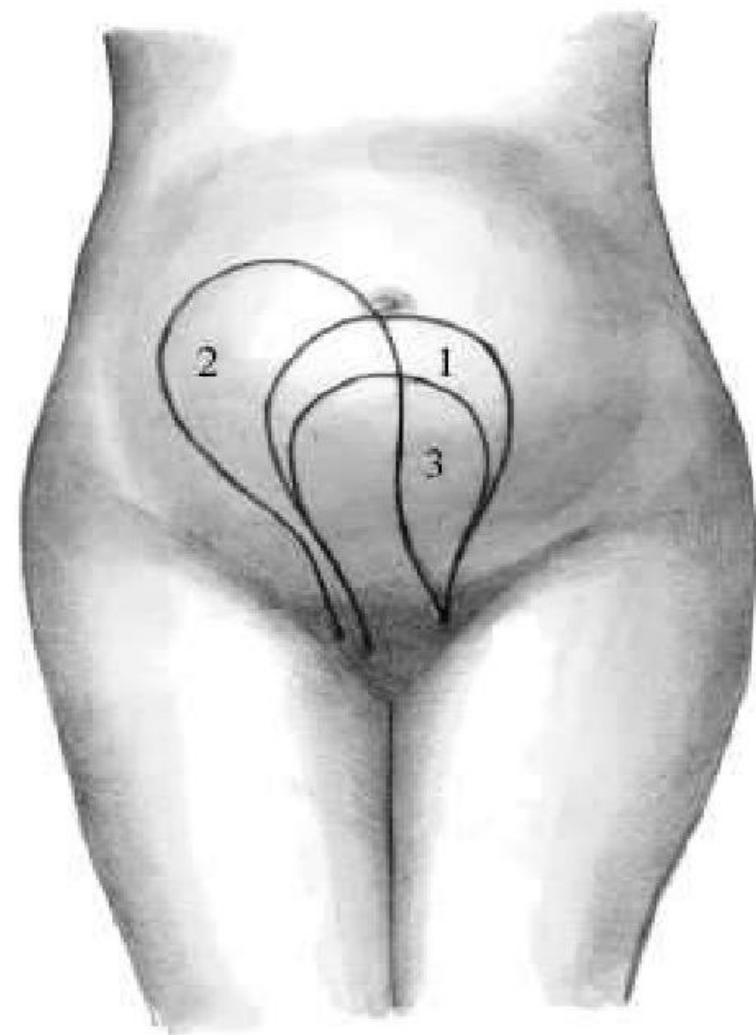
III период родов



С момента рождения ребенка до отделения плаценты и выделения последа

Длительность – 5-30 мин

1. Дно матки после родов на уровне пупка
2. Во время последовой схватки поднимается выше пупка, отклоняется вправо.
3. Матка возвращается в срединное положение, становится плотной, округлой, дно ее находится между пупком и лоном



Обследование роженицы при обращении в приемное отделение

- Регистрация роженицы в родильном отделении
- Жалобы и сбор анамнеза
- Общий осмотр
- Наружный акушерский осмотр
- Влагалищное исследование
- УЗИ плода
- Определение предполагаемой массы плода
- Взятие крови на анализы
- Определение белка в моче тест системой
- Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов на аэробные и факультативно-анаэробные м/о (если ранее не обследовалась)
- Установление предварительного диагноза, выработка плана ведения родов
- Санитарная обработка роженицы
- Одевание профилактического компрессионного белья

Ведение I периода родов



Постоянное наблюдение за состоянием матери и ее плода
Записи в истории родов производят не реже, чем раз в 2 ч.

- 1) АД, пульс на обеих руках
- 2) Частота, сила, продолжительность схваток
- 3) Многократное наружное акушерское исследование
- 4) Определение степени раскрытия маточного зева

Положение роженицы – любое удобное для нее. При положении стоя продолжительность I периода короче в среднем на 1 час 22 мин.

Прием воды и пищи в родах – во время физиологических/нормальных родов женщинам из группы риска низких осложнений следует разрешить пить воду небольшими порциями.

Кратность проведения лечебно-диагностических мероприятий в I периоде родов

	Кратность	Примечание
Жалобы, общее состояние	15-30 мин	
Пульс, АД	1 ч	
Температура тела	4 ч	
Оценка мочевыделения	4 ч	При отсутствии - катетеризация
Родовая деятельность	2 ч	
Расположение головки	2 ч	Наружными приемами
Регистрация ЧСС плода	15-30 мин	В течение 30-60 с после схватки
Кардиотокография*		
Дневник в историю	2-3 ч	
Влагалищное исследование	4 ч	Излитие вод, обезболивание, изменение акушерской ситуации
Амниотомия		Открытие более 6 см, плоский пузырь
Установка внутривенного катетера		При поступлении в отделение
Осмотр анестезиологом		Перед и в процессе обезболивания

Влагалищное исследование



1. Состояние наружных половых органов и влагалища (ёмкое, узкое влагалище, 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. Размер диагональной конъюгаты. Если мыс достижим, измеряют величину истинной конъюгаты.
7. Особенности таза (экзостозы, опухоли, деформации).
8. Характер и количество выделений из половых путей.
9. Состояние мышц тазового дна, особенно мышцы, поднимающей задний проход.

Показания к владалищному исследованию



- При поступлении
- Каждые 6 часов для оценки акушерской ситуации
- После излития околоплодных вод
- Для выяснения акушерской ситуации перед проведением медикаментозного обезболивания

При развитии экстренной ситуации:

- Дистресс плода (гипоксия на КТГ, меконий в водах, аускультации плода)
- ПОНРП (боль, тахикардия, кровянистые выделения)
- Для проведения амниотомии
- 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

Способы косвенного определения степени раскрытия маточного зева



1. Признак Шатца- Унтербергера-Занченко

(контракционное 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 вверх. По формуле: $10 - \text{данное расстояние}$)

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.



Показания к амниотомии

- В конце I периода при открытии акушерского зева на 7 см и более.
- Плоский плодный пузырь
- 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.
- Многоплодная беременность (через 10-15 минут после рождения первого плода)

Медикаментозная терапия в родах



- Спазмолитики
- Обезболивающие препараты
- Утеротонические препараты



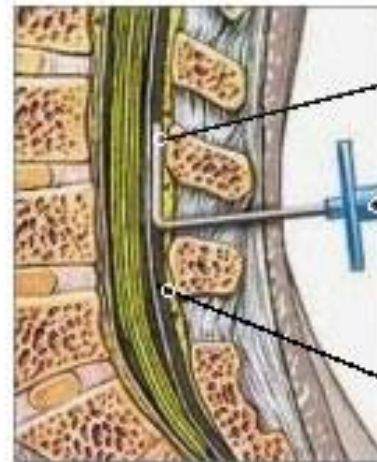
Обезболивание в родах



Проводится при регулярной родовой деятельности и раскрытии маточного зева 3-4 см.

1. Эпидуральная анестезия

- Используются местные анестетики (Лидокаин, Ропивакаин, Бупивакаин, Тримекаин)
- Эпидуральный катетер вводят на уровне L 3-4, на небольшое расстояние (3 см) и женщина сохраняет полусидячее положение в течение 15 минут. Продолжительность действия анестетиков при болюсном введении 1,5-2 ч.
- Блокирует рефлексы со всех групп мышц, приводит к релаксации мышц промежности, поэтому необходимо прекратить введение в конце I периода родов.



гибкий
катетер

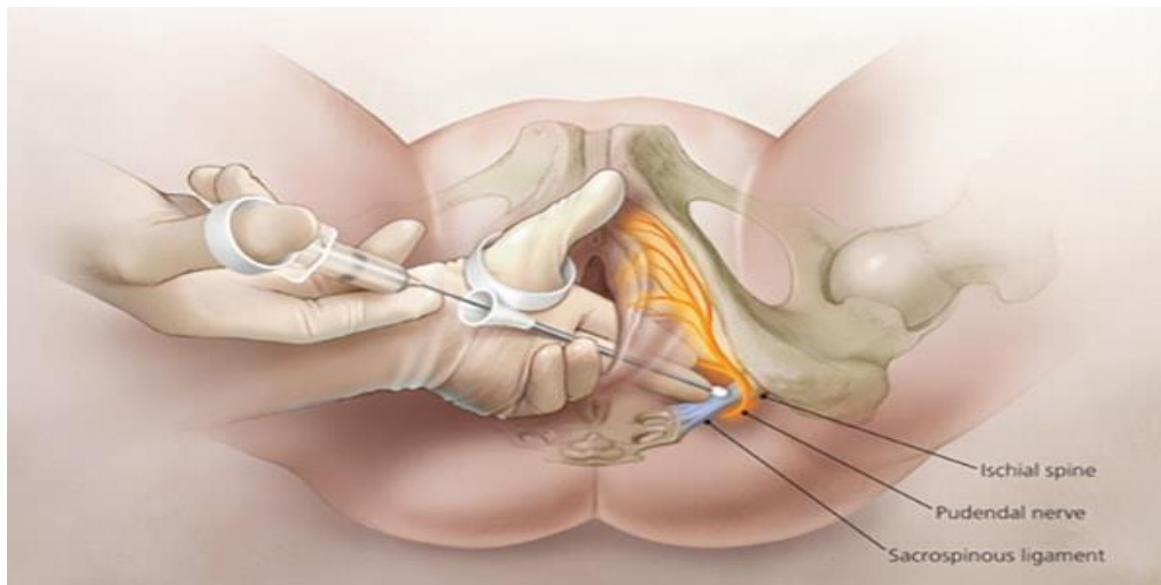
эпидуральная
игла

эпидуральное
пространство

Обезболивание в родах



2. Пудендальная анестезия В проекцию обоих седалищных бугров вводится по 10 мл 1% раствора лидокаина (или 0,5% раствора новокаина). Не используется – нет таких длинных игл.



3. Промедол (в/м 20 мг.) + спазмолитики (Но-шпа)

Нейролептаналгезия:

Промедол + транквилизатор (Диазепам) (вызывает легкий сон)

Наркотический анальгетик (Фентанил) + нейролептик (Дроперидол)

Введение прекращают за 2 часа до рождения плода (Промедол опасен угнетением дыхательного центра плода)

Ведение II периода родов



- Пристальный контроль за состоянием матери и плода
- В начале II периода проводят выслушивание сердцебиения плода стетоскопом каждые 15 мин., далее после каждой потуги
- Головка плода не задерживается ни в одной плоскости малого таза свыше 30-40 мин. у первородящих и 20-30 мин. у повторнородящих

Позиция роженицы – положение на левом боку, сидя на корточках, что с использованием опоры. С момента опускания головки на тазовое дно роженица переводится на спец кровать – трансформер- полусидя с ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах и разведенными в стороны.

Кратность проведения лечебно-диагностических мероприятий в II периоде родов

	Кратность в начале II периода	Кратность во время потуг
Общее состояние, жалобы	15 мин	Постоянно
Пульс, АД	30 мин	с началом потуг далее через каждые 15 мин
Оценка мочеиспускания	Однократно	Однократно
Родовая деятельность	30 мин	15 мин
Расположение головки (наружными приемами или влагалищным исследованием)	в начале II периода, через 1 ч	С началом потуг, далее через каждые 15 мин
Аускультация плода	15 мин	После потуги

Регулирование потуг



Целесообразно при отсутствии эффективной потужной деятельности

- В начале потуги роженице следует сделать максимально глубокий вдох, затем задержать дыхание. Весь объем воздуха должен давить на диафрагму, а через нее на дно матки, как бы выталкивая плод наружу
- Когда возникает чувство нехватки воздуха, роженице необходимо плавно выдохнуть воздух и сразу же сделать максимально глубокий вдох
- За одну потугу цикл «вдох-выдох» повторить 3 раза. Между потугами переходят на медленное плавное дыхание

NB! Искусственная стимуляция потуг в начале 2 го периода при высоко стоящей головке является ошибкой ведения родов.

Продвижение головки по родовому каналу



Рис. 5.22. Головка плода над входом малого таза.

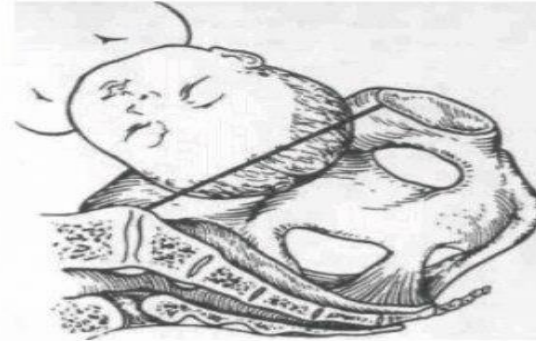


Рис. 5.23. Головка плода малым сегментом во входе в малый таз.



Рис. 5.24. Головка плода большим сегментом во входе в малый таз.



Рис. 5.25. Головка плода в широкой части полости малого таза.



Рис. 5.26. Головка плода в узкой части полости малого таза.

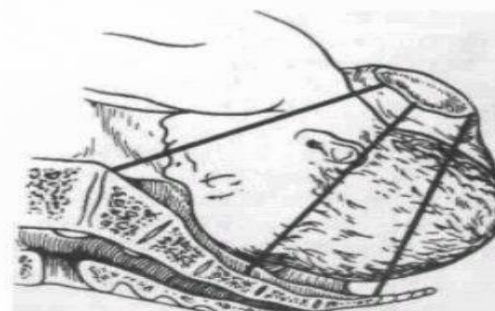
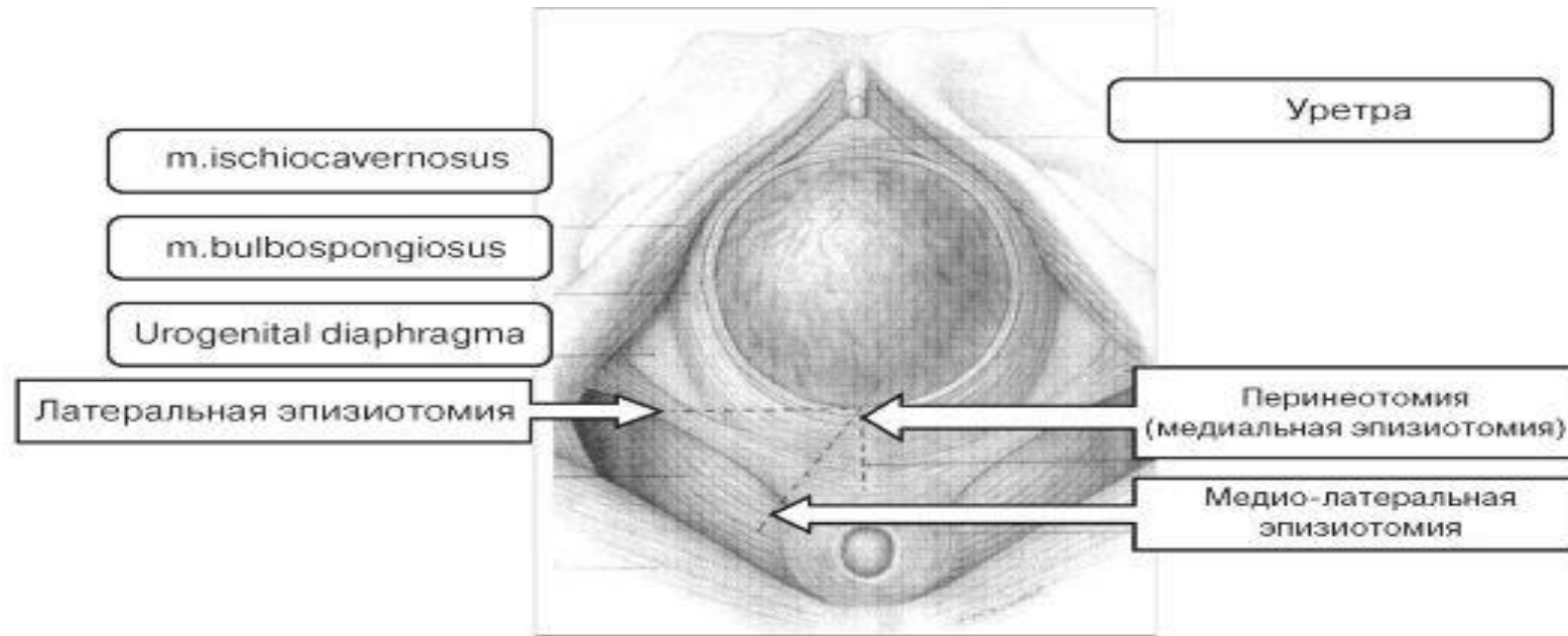


Рис. 5.27. Головка плода в выходе малого таза.

Профилактика травматизма матери и плода (рассечение промежности)



Эпизиотомия проводится в момент прорезывания головки на высоте одной из потуг, когда проходят теменные бугры — максимальное растяжение тканей.



Показание к эпизиотомии

- 1) Угроза разрыва промежности при крупном плоде, неправильных вставлениях головки плода, высокой ригидности, рубцово-измененной промежности, родоразрушающих влагалищных операциях и др.
- 2) Необходимость укорочения II периода родов при кровотечении, вторичной слабости родовой деятельности, заболеваниях ССС, почек, органов дыхания.
- 3) Гипоксия плода
- 4) Преждевременные роды (рассечение промежности уменьшает силу давления на головку недоношенного плода мышцами тазового дна и ускоряет рождение плода)



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
- снизить травматизацию мягких родовых путей (промежности) матери

Моменты акушерского пособия при головном предлежании



1 момент. Воспрепятствие преждевременному разгибанию головки

Мах 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.

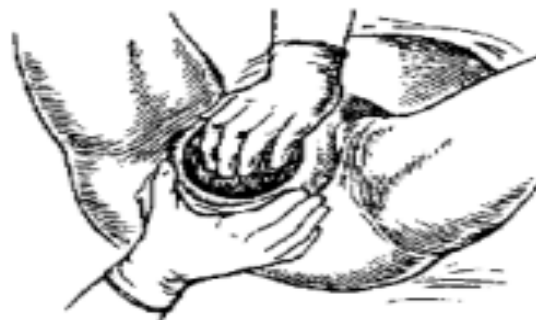
2 момент. Выведение головки из половой щели вне потуг (отсутствует в учебнике Г.М.Савельевой)

Над прорезывае
большим и указ

Препятствие
преждевременному
разгибанию головки



Уменьшение
напряжения промежности



зульварное кольцо

Моменты акушерского пособия при головном предлежании



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.

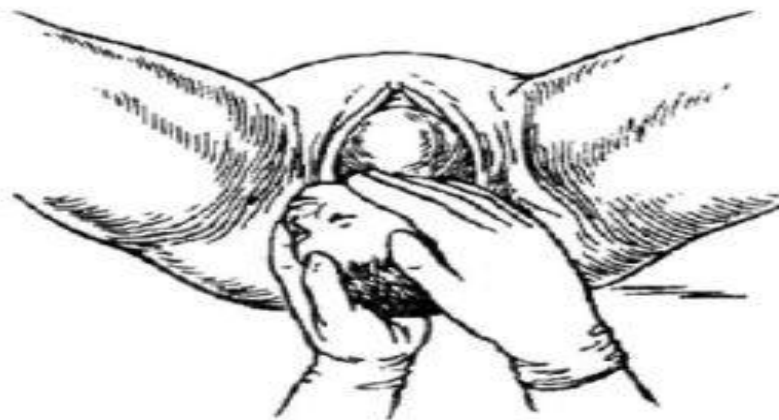
Моменты акушерского пособия при головном предлежании



5 момент. Освобождение плечевого пояса и рождение туловища

После рождения головки роженица должна потужиться. Происходит наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков. Если не произошло самопроизвольного рождения плечиков, то головку, захваченную ладонями за височно-щечные области, отклоняют книзу, рождается переднее плечико. Затем левую руку кладут на нижнюю щечку и приподнимают, рождается заднее плечико. Правой рукой сдвигают с него промежность. В подмышечные и вверх, рождает

Высвобождение
переднего плечика



Высвобождение
заднего плечика



ают кпереди

Ведение III периода родов



Нельзя пальпировать матку!

- 1) Выжидательная тактика** (самостоятельное отделение плаценты и рождение последа за счет естественной сократительной активности матки)
- 2) Активная тактика** (используют утеротонический препарат, чтобы ускорить и усилить сокращение матки, пересекают пуповину до прекращения пульсации, способствуют рождению последа наружными приемами)

Варианты отделения плаценты



1) Центральный путь (по Шульце), образование ретроплацентарной гематомы

1) Периферический путь (по Дункану), боковое стекание крови

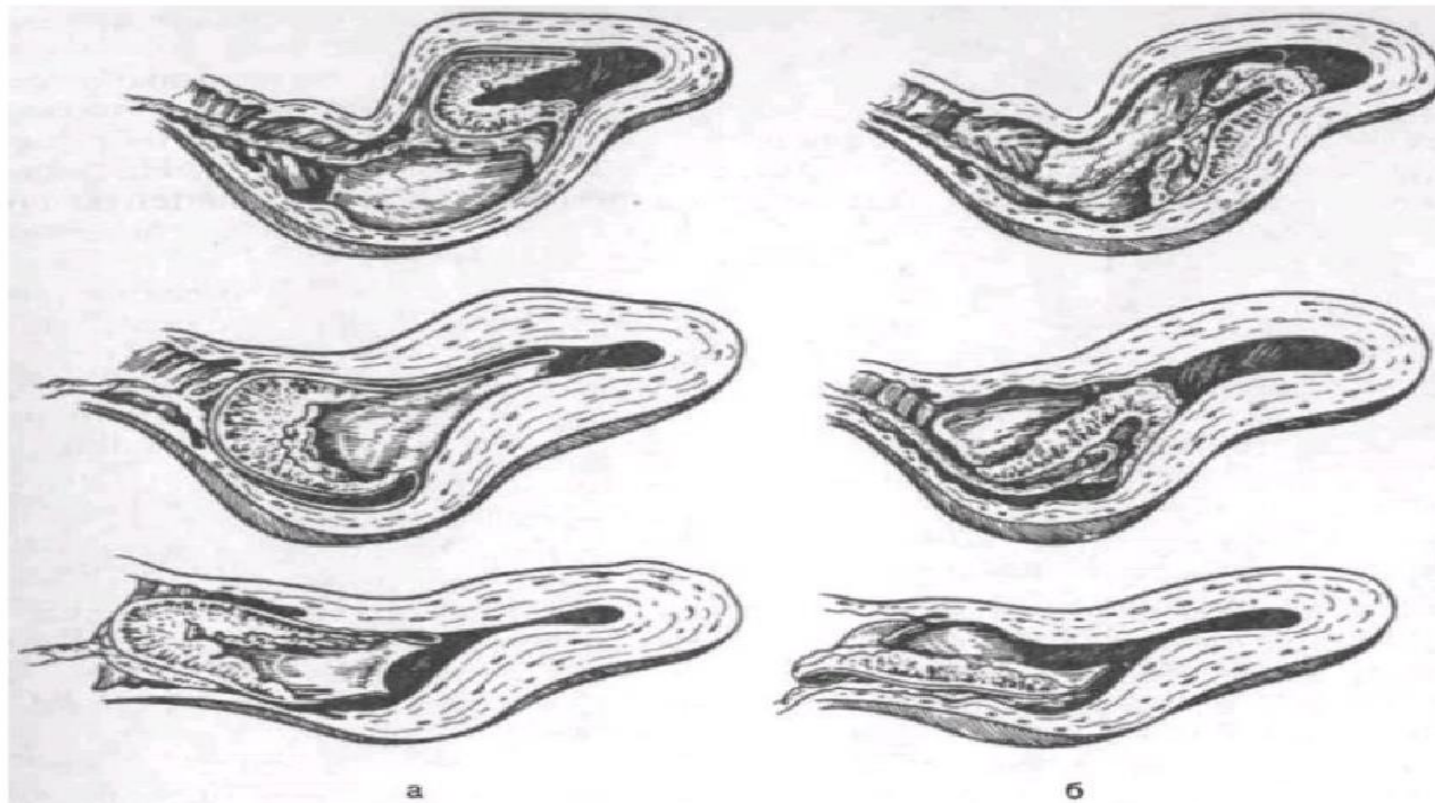


Рис. 5.8. Различные виды и этапы отделения плаценты и изгнания последа.

а — отделение плаценты начинается с ее центра (вариант выделения последа по Шульце); б — отделение плаценты начинается с ее края (вариант выделения последа по Дункану).

Признаки отделения плаценты



Шредера - изменение формы матки в виде песочных часов, увеличение высоты дна матки и смещение вправо (за счет брыжейки тонкой и толстой кишки)

Альфельда - лигатура, наложенная на пуповину, от половой щели опускается на 10 см

Кюстнера-Чукалова (Винкеля) - отсутствие втяжения пуповины при давлении пальцами (или ребром ладони) на надлобковую область

Микулича-Радецкого - позыв на потугу (послед опустился во влагалище)

Клейна – удлинение и отсутствие обратного втяжения пуповины после натуживания

Довженко - пуповина при глубоком вдохе не втягивается во влагалище

Если плацента не отделилась:

Штрассмана - при поколачивании по дну матки волна крови передается к пупочной вене (ощущается пальцами выше лигатуры)

Гогенбихлера - во время схватки пуповина вращается вокруг своей оси

Приемы выделения отделившейся плаценты



1. Прием Абуладзе – переднюю брюшную стенку захватывают обеими руками в продольную складку (устранение расхождения прямых мышц), женщина натуживается и послед выходит



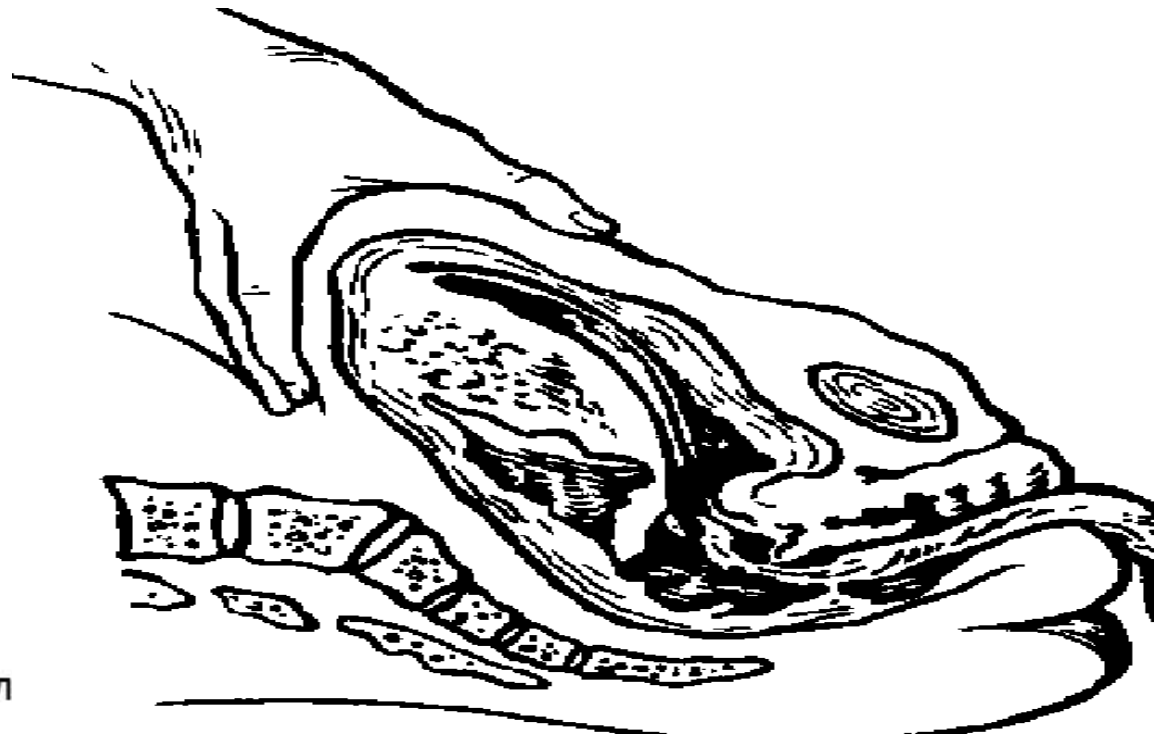
Приемы выделения отделившейся плаценты



1. Прием Креде-Лазаревича – матку обхватывают рукой (большой палец на передней поверхности, ладонь на дне).

Надавливают в двух направлениях(пальцами спереди назад, ладонью сверху вниз)

Рождается послед, а за ним оболочки. Вращают плаценту по часовой стрелке, чтобы оболочки свернулись в канатик и вышли.



Приемы выделения отделившейся плаценты



1. Прием Гентера – руки, сжатые в кулаки, кладут перед маткой и «выжимают» послед (в настоящее время не применяется)

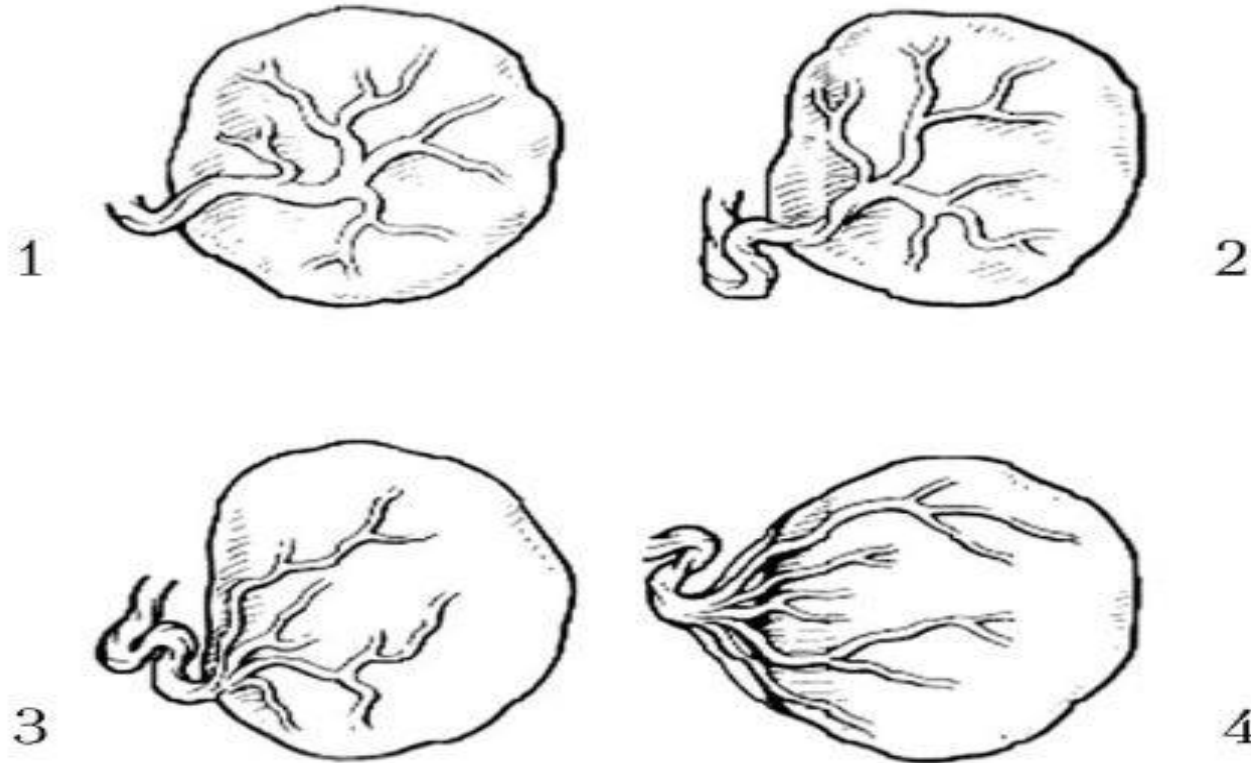


Показания к ручному обследованию матки



- Ухудшение состояния роженицы
- Отсутствие признаков отделения плаценты и наличие кровотечения из половых путей
- Кровотечение в последовом периоде (объем кровопотери превышает 500 мл или 0,5 от массы тела)
- Сомнение в целостности и дефект плаценты
- При продолжении последового периода свыше 20 мин. даже при удовлетворительном состоянии роженицы и отсутствии кровотечения

Варианты прикрепления пуповины

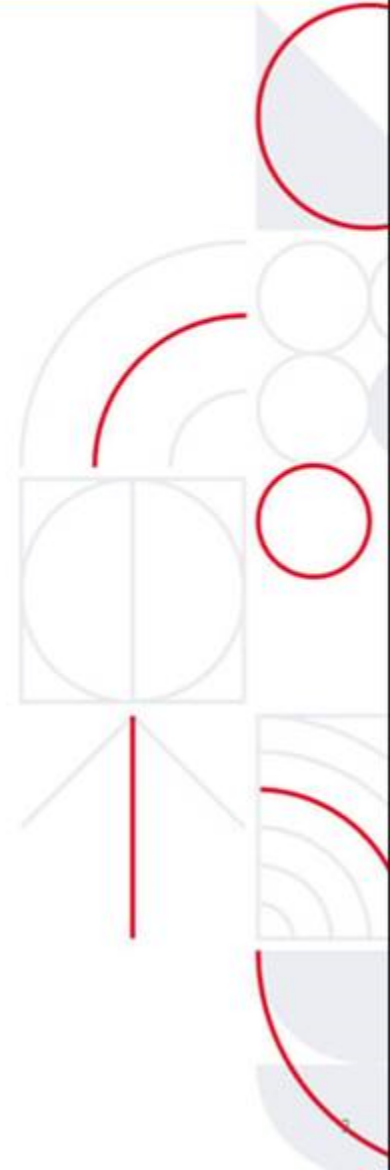


1 – центральное; 2 - боковое; 3 – краевое; 4 - оболочечное.



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!

