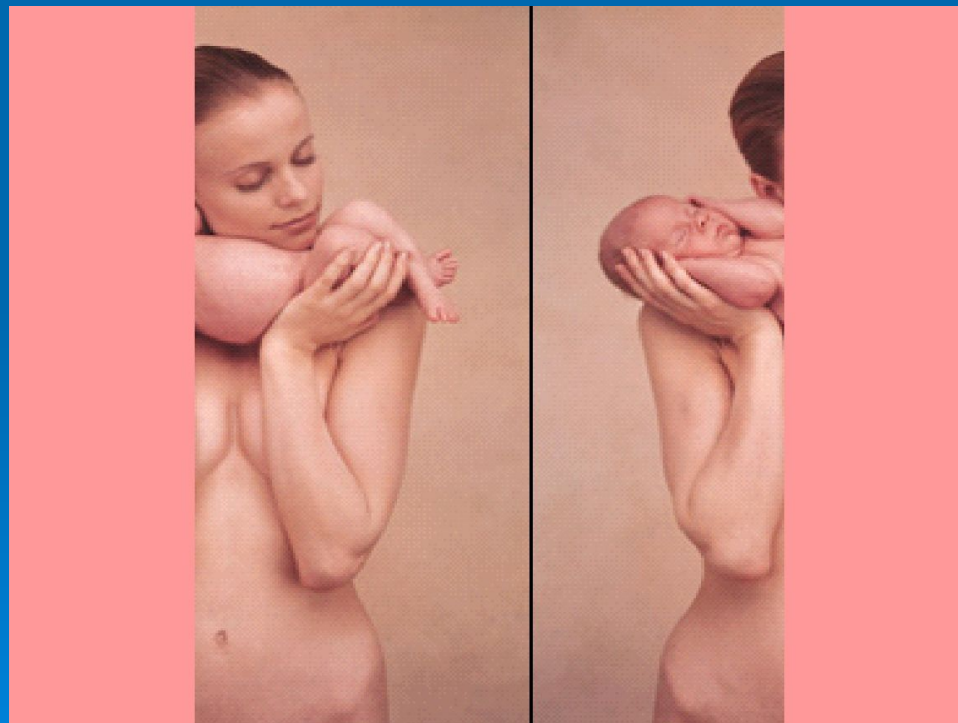


# Клиническое течение нормальных родов. Принципы управления родовым актом.





«Ребенка рожают не врачи, не  
сестры, не администраторы больницы,  
не изобретатели монитора и других  
механизмов или лекарств, а его рождает  
мать. Для этого женщина должна  
мобилизовать все свои силы, что требует  
от нее полной отдачи. Все службы должны  
помнить об этом и быть готовы помочь ей  
справиться с этим глубоко социальным,  
биологическим актом»

**Роды (partus) – физиологический процесс  
изгнания из матки плода со всеми  
его эмбриональными образованиями  
(плацента, оболочки, околоплодные воды)  
через естественные родовые пути  
после окончания цикла  
внутриутробного развития**

## Физиологические (срочные, своевременные)

роды – при сроке 266-294 дней (38-42 нед.)

В среднем – 280 дней (40 недель)

## Преждевременные

роды – при сроке  
154-265 дней  
(с 22 до 37 недель  
беременности)

## Запоздалые роды –

после 294 дней  
(42 нед.), при  
рождении ребенка  
с признаками  
перезрелости

## *Индукцированные роды*

— ЭТО ИСКУССТВЕННО  
ВЫЗВАННЫЕ РОДЫ ПО  
ПОКАЗАНИЯМ СО  
СТОРОНЫ МАТЕРИ ИЛИ  
ПЛОДА, А ТАКЖЕ ПО  
СОЧЕТАННЫМ  
ПОКАЗАНИЯМ ДО  
ПРЕДПОЛАГАЕМОГО  
СРОКА РОДОВ ИЛИ  
ПРИ ДОНОШЕННОЙ  
БЕРЕМЕННОСТИ

*Программированные  
роды* — ЭТО  
РОДОВОЗБУЖДЕНИЕ БЕЗ  
МЕДИЦИНСКИХ ПОКАЗАНИЙ,  
ПРИ ДОНОШЕННОЙ  
БЕРЕМЕННОСТИ, ЗРЕЛОМ  
ПЛОДЕ И ПОДГОТОВЛЕННОЙ К  
РОДАМ ШЕЙКЕ МАТКИ В  
ПРОИЗВОЛЬНО ВЫБРАННОЕ  
ВРЕМЯ, ОПТИМАЛЬНОЕ ДЛЯ  
МАТЕРИ, ПЛОДА, ПЕРСОНАЛА  
(ДНЕВНОЕ ВРЕМЯ)

# Факторы риска

- Возраст
- Рост
- Паритет
- Осложненный акушерский анамнез (мертворождения, кесарево сечение в анамнезе и др.)
- Осложнения при данной беременности (угроза прерывания, гестоз, неправильное положение плода, крупный плод, тяжелая анемия, экстрагенитальная патология и др.)

# Предвестники родов

- Появляется "горделивая походка" за счет перемещения центра тяжести тела кпереди
- Ввиду растяжения нижнего сегмента предлежащая часть опускается, прижимается ко входу в малый таз
- Дно матки опускается, прекращается сдавление диафрагмы и женщине становится легче дышать
- Повышение возбудимости ц.н.с. или состояние апатии
- Повышение двигательной активности плода
- Выпячивание пупка
- Понижение массы тела беременной на 1-2 кг
- Выделение из половых путей густой тягучей слизи
- В области поясницы, крестца, нижних отделах живота нерегулярные болезненные ощущения тянущего или схваткообразного характера
- Выраженность признаков зрелости шейки матки

# Шкала оценки степени «зрелости» шейки матки

| Признак                                    | Степень «зрелости», балл                      |  |  |
|--|---|--|--|
|  | 0   | 1  | 2  |
| Консистенция шейки матки                   | Плотная                                       | Размягчена, но в области внутреннего зева уплотнена                                      | Мягкая   |
| Длина шейки матки (см), сглаженность       | Больше 2 см                                   | 1-2 см   | Меньше 1 см или сглажена                         |
| Пройодимость канала, зева                  | Наружный зев закрыт, пропускает кончик пальца | Канал шейки проходим для 1 пальца, но определяется уплотнение в области внутреннего зева | Больше 1 пальца при сглаженной шейке более 2 см  |
| Положение шейки                            | Кзади   | Кпереди  | Срединное  |
| Место расположения предлежащей части плода | Высоко над входом в малый таз                 | Слегка прижата ко входу в малый таз  | Прижата ко входу в малый таз или малым сегментом |

Суммарная оценка: 0-3 балла - «незрелая» шейка матки

4-6 баллов - «недостаточно зрелая» шейка матки

7-10 баллов - «зрелая» шейка матки



# Физиологический прелиминарный период

- В 70% случаев клинически не проявляется
- Нерегулярные, болезненные схватки продолжающиеся не более 6-8 часов
- Общее состояние и сон женщины не нарушены
- Полная готовность организма беременной к родам по всем параметрам
- Постепенно нерегулярные схватки переходят в нормальную родовую деятельность

# Патологический прелиминарный период

- При функциональных сдвигах в цнс и внс, эндокринных нарушениях, патологической импульсации от плодного яйца
- У женщин с ВСД, НЖО, ОАА, страхе перед родами, нежелательной беременности
- Нерегулярные схватки по частоте, силе и продолжительности, длительностью более 6-8 часов до суток
- Утомляемость, беспокойство, нарушение сна
- Отсутствие готовности к родам (у 50% женщин)
- Нет динамики в раскрытии шейки матки

# Клиническое течение родов

- I – период раскрытия шейки матки
- II – период изгнания плода
- III – последовый период (отделение и изгнание последа из полости матки)

**Средняя продолжительность родов:**

у первородящих – 11-12 часов

у повторнородящих – 7-8 часов

**Патологические роды** – более 18 часов

**Быстрые роды** – у первородящих от 6 до 4 ч,  
у повторнородящих от 4 до 2 ч

**Стремительные роды** – менее 4 (2) часов

# Основные компоненты родового акта

- Родовые изгоняющие силы (схватки, потуги)
- Родовой канал
- Плод как объект родов

Клиническое течение родового акта характеризуется нарастанием частоты, силы и продолжительности маточных сокращений, прогрессирующим сглаживанием и раскрытием шейки матки и продвижением плода по родовому каналу

# Первый период родов

(от начала родов, до полного открытия шейки матки)

Продолжительность: 10-11 ч у первородящих  
7-9 ч у повторнородящих

## ***Начало родов:***

- Наличие регулярных схваток через каждые 10-15 мин, нарастающие по силе, продолжительности и частоте
- Постепенное сглаживание и раскрытие шейки матки
- Выделение из половых путей слизи с примесью крови
- Образование плодного пузыря или, при его отсутствии – родовой опухоли на предлежащей части плода

***С момента возникновения родовой деятельности и до окончания родов женщина называется роженицей***

**Схватки** – это непроизвольные, периодически повторяющиеся сокращения гладкой мускулатуры матки (во все периоды родов и после родов)

Расположение мышечных волокон в теле матки (преимущественно продольное), в нижнем сегменте и шейке матки (преимущественно циркулярное)

**Раскрытие шейки матки** обусловлено сокращением матки, а также действием на шейку плодного пузыря или подлежащей части

**Во время схваток в мышце матки происходят одновременно три процесса:**

**контракция** – сокращение мышечных волокон

**ретракция** – смещение сократившихся мышечных волокон, изменение их взаимного расположения

**дистракция** – растяжение мышечных волокон

# Принцип тройного нисходящего градиента

- Волна сокращений матки – "пейсмекер", начинается в области одного из трубных углов (справа), затем импульсы со скоростью 2 см/сек распространяются к противоположному углу матки, далее на тело и нижний сегмент матки и через 15-20 сек захватывают весь орган
- Волна сокращений распространяется сверху вниз с убывающей силой и продолжительностью
- Сокращения в дне матке более сильные, чем в теле и нижнем сегменте (толщина миометрия, скопление сократительного белка актомиозина)
- Пики сокращений в различных отделах матки совпадают, их суммарное действие вызывает значительное повышение внутриматочного давления
- Промежутки между схватками называются паузой (полное расслабление матки, восстановление актомиозина и энергии)

# Характеристика схваток

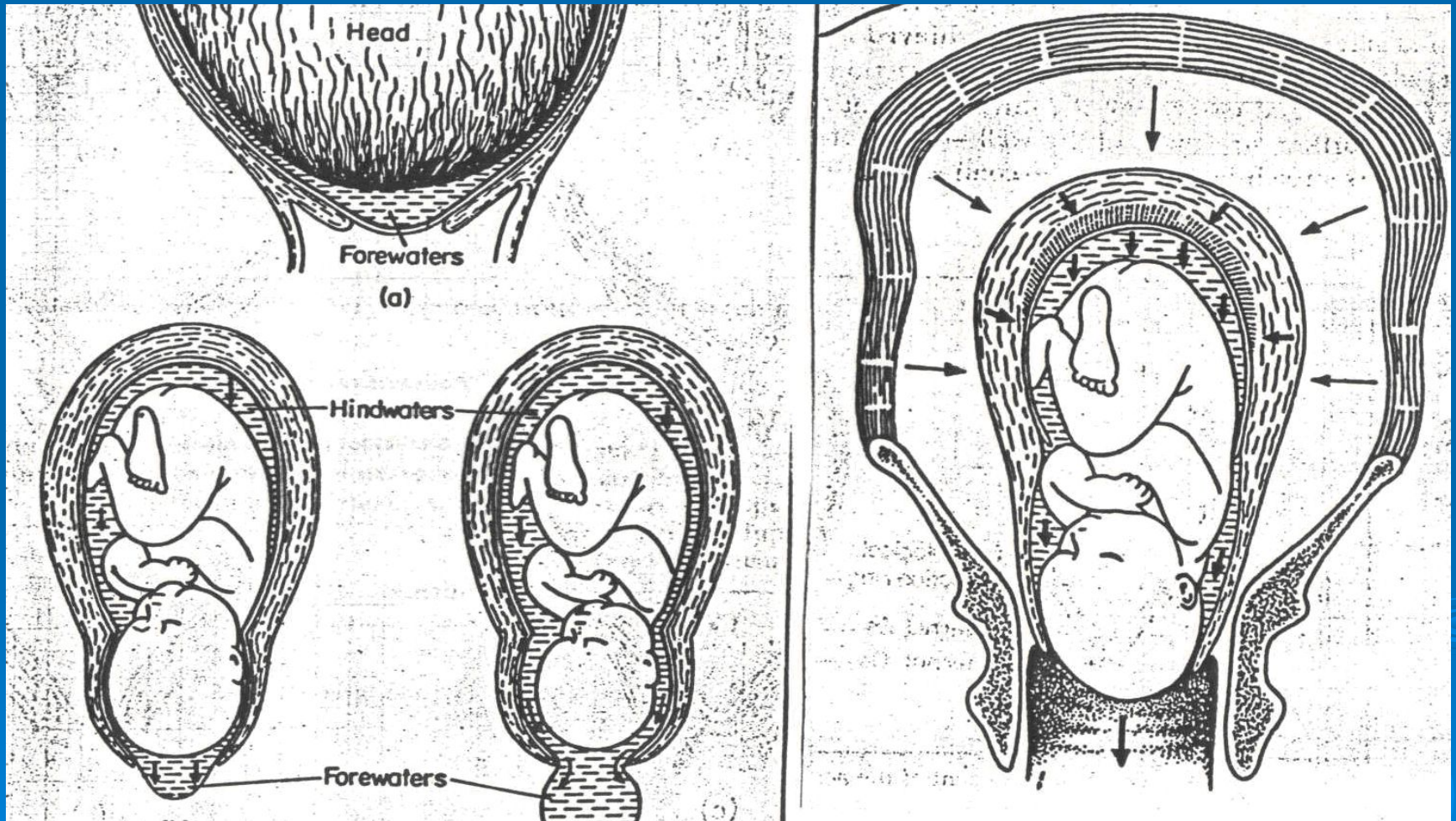
- ▣ **Интенсивность** схваток усиливается по мере развития родов, в норме в I периоде = от 30 до 50 мм рт. ст.
- ▣ **Продолжительность** схваток при прогрессировании родов увеличивается, в I периоде = от 80 до 90 сек
- ▣ **Интервал** между схватками уменьшается, составляя 40-60 сек. В норме происходит 4-4,5 схватки за 10 минут
- ▣ **Тонус** матки (при гистерографии) повышается по мере развития родов, в норме составляя 8-12 мм рт. ст.
- ▣ **Маточная активность** возрастает по мере прогрессирования родов, в норме составляя 150-300 ЕМ  
ЕМ = число схваток за 10 мин × интенсивность схватки  
< 150 ЕД – слабость родовой деятельности  
> 300 ЕМ – чрезмерно сильная родовая деятельность



# Потуги

- Сокращение поперечно-полосатых мышц брюшного пресса и диафрагмы
- Возникают рефлекторно вследствие раздражения предлежащей частью нервных элементов шейки матки, параметральной клетчатки и мышц тазового дна
- Наблюдаются только в периоде изгнания плода и при рождении последа
- Возникают непроизвольно, но роженица может регулировать потужную деятельность

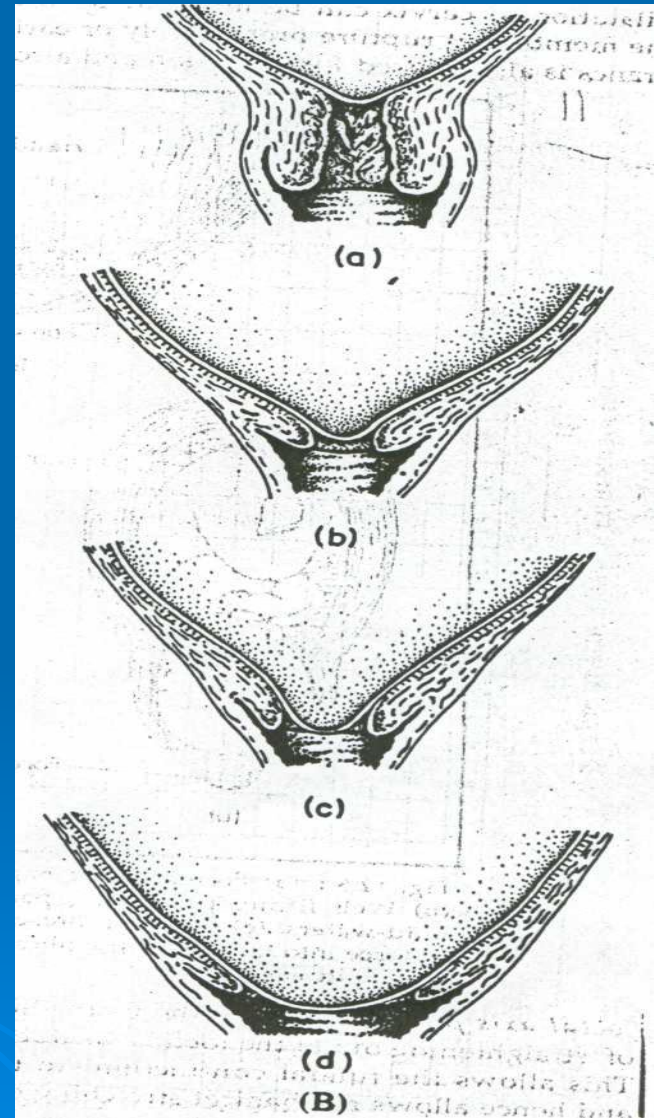
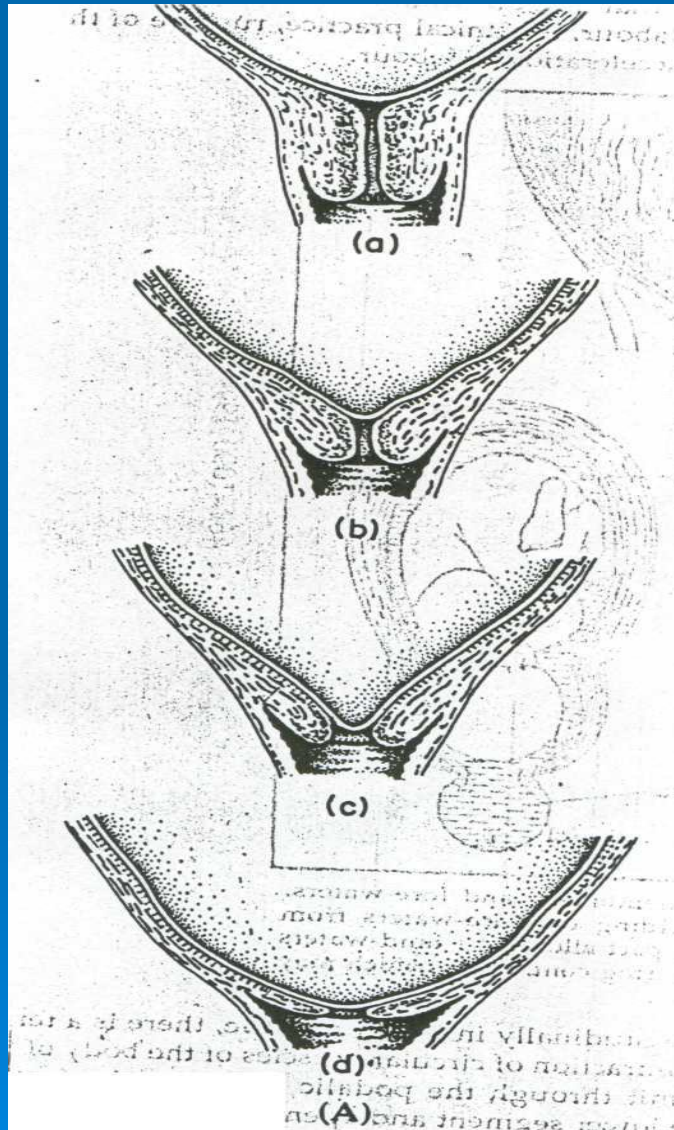
# Функционирующий плодный пузырь, гидравлическое давление способствует изменению шейки матки



# Варианты отхождения околоплодных вод

- **Преждевременное (15%)** – до начала родовой деятельности
- **Раннее (20%)** – родовая деятельность есть, но нет полного раскрытия шейки матки
- **Своевременное (60%)** – полное раскрытие шейки матки (10-12 см), плодный пузырь разрывается во время схватки
- **Запоздалое (5-10%)** – полное раскрытие, плодный пузырь цел ввиду плотности оболочек (если плодный пузырь не вскрыть, то плод рождается «в сорочке»)

# Раскрытие шейки матки происходит неодинаково у первородящих и повторнородящих



## ***Контракционное кольцо***

- Граница между нижним сегментом и телом матки имеет вид поперечно идущей борозды (контракционное кольцо)
- Свидетельствует о сократительной деятельности матки
- Чем больше раскрывается шейка матки, тем выше располагается контракционное кольцо над лоном (признак Шатца – Унтерберга)

# Ведение I периода родов

- Наблюдение за общим состоянием роженицы (АД, пульс,  $t^{\circ}\text{C}$ )
- Наблюдение за сократительной активностью матки (характеристика схваток, КТГ)
- Контроль за сердцебиением плода и продвижением предлежащей части
- Ведение партограммы
- Обезболивание (но-шпа 2 мл, бускопан 2мл, баралгин 5 мл, электроаналгезия, иглорефлексотерапия) при раскрытии шейки матки на 4-5 см

# Наружное акушерское исследование (проводят многократно)

- Оценка формы матки и ее тонуса во время схватки
- Высота стояния дна матки
- Состояние нижнего маточного сегмента
- Контрационное кольцо (2 пальца над лоном – 4 см; 3 пальца – 6 см; 4 – почти полное раскрытие шейки матки)
- Положение предлежащей части относительно входа в малый таз

# Влагалищное исследование (по строгим показаниям)

- при поступлении роженицы в стационар
- после излития околоплодных вод
- каждые 4-6 часов с целью оценки динамики раскрытия шейки матки:
  - оценка состояния шейки матки
    - целостность и состояние плодного пузыря (плоский, напряжен)
    - предлежащая часть и ее расположение относительно плоскостей малого таза
    - состояние костей малого таза роженицы
    - оценка динамики родов



# Партограмма (графический метод изображения раскрытия шейки матки)

**I. Латентная фаза** – от начала регулярных схваток до раскрытия шейки матки на 4 см

**Длительность латентной фазы** у первородящих – 6-7 час  
у повторнородящих – 4-5 час

**Скорость раскрытия шейки матки** – 0,35 см/час

**II. Активная фаза родов** характеризуется быстрым раскрытием шейки матки с 4 до 10 см

**а) фаза ускорения**

**б) фаза максимального подъема** (чем круче подъем, тем активнее роды)

**в) фаза замедления** (в конце I периода родов, когда шейка матки заходит за головку, головка начинает быстро опускаться)

**Скорость раскрытия шейки матки** – у первородящих – 1,5 – 2 см/час, у повторнородящих – 2 - 2,5 см/час

**Скорость опускания головки** при раскрытии шейки матки на 8-9 см у первородящих – 1 см/час, у повторнородящих – 2 см/ч

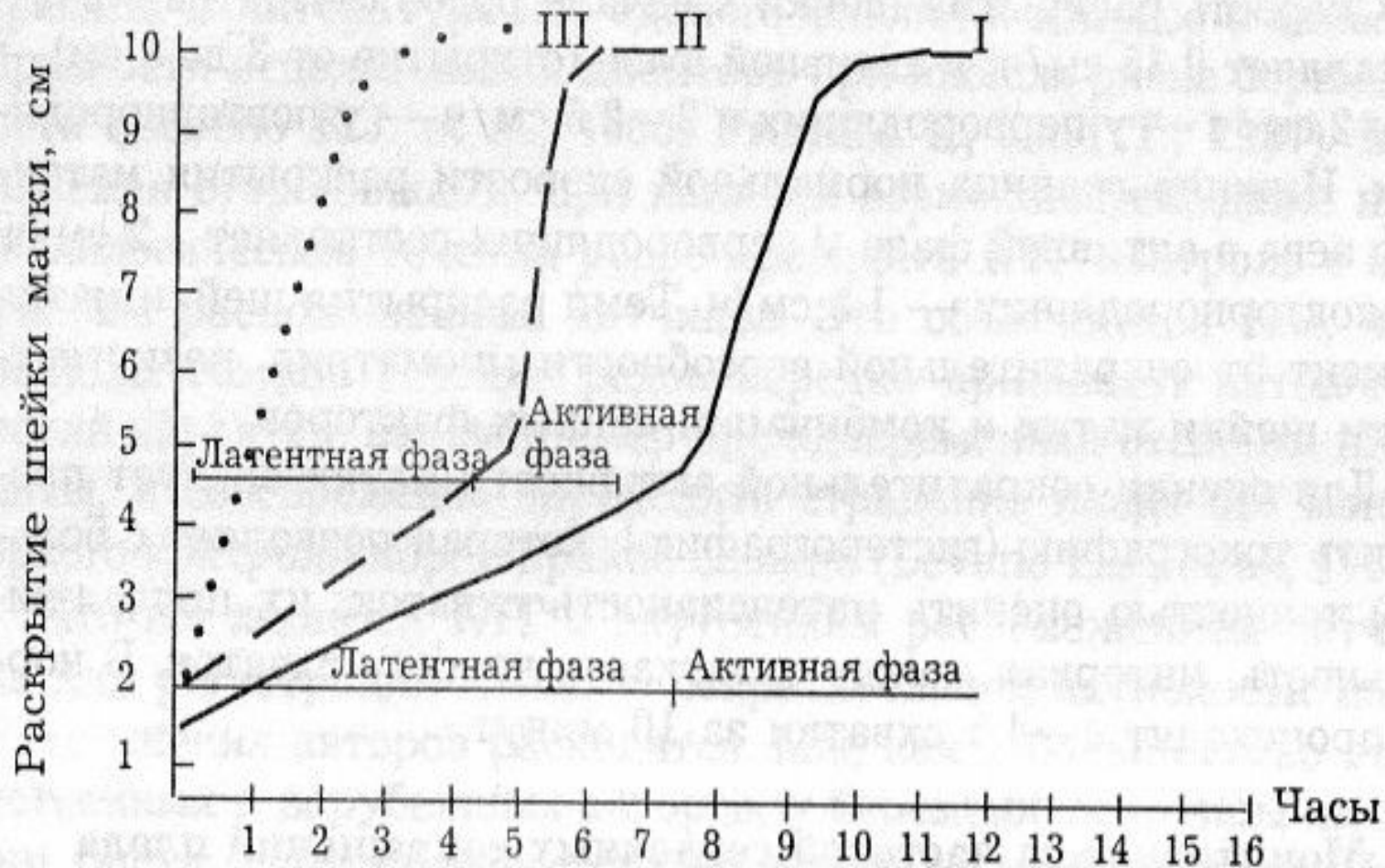


Рис. 17. Партограмма

I — первые роды;

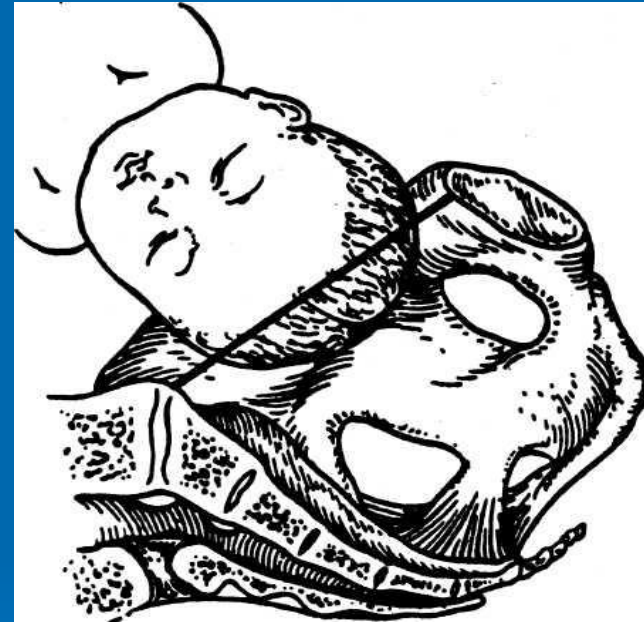
II — вторые роды;

III — чрезмерная родовая деятельность

# Отношение головки плода к плоскостям таза



Головка плода над входом малого таза



Головка плода малым сегментом во входе в малый таз

# Отношение головки плода к плоскостям таза

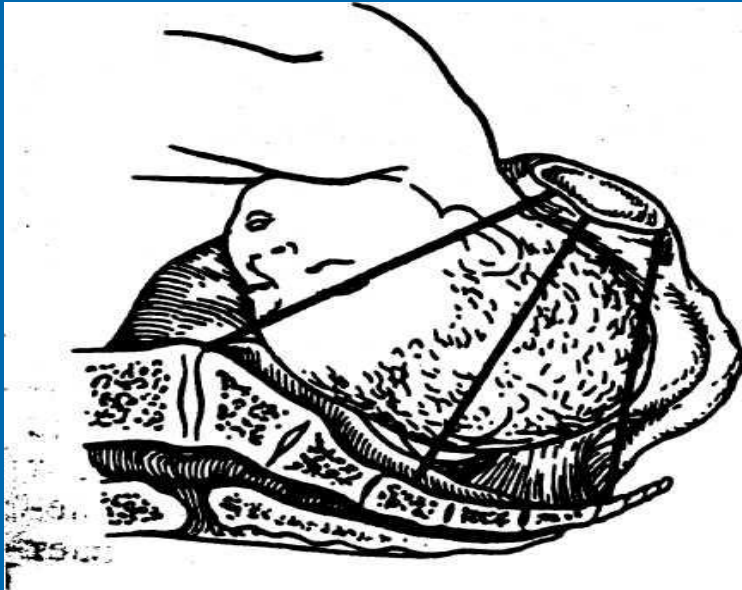


Головка плода большим сегментом во входе в малый таз



Головка плода в широкой части полости малого таза

# Отношение головки плода к плоскостям таза



Головка плода в узкой части  
полости малого таза



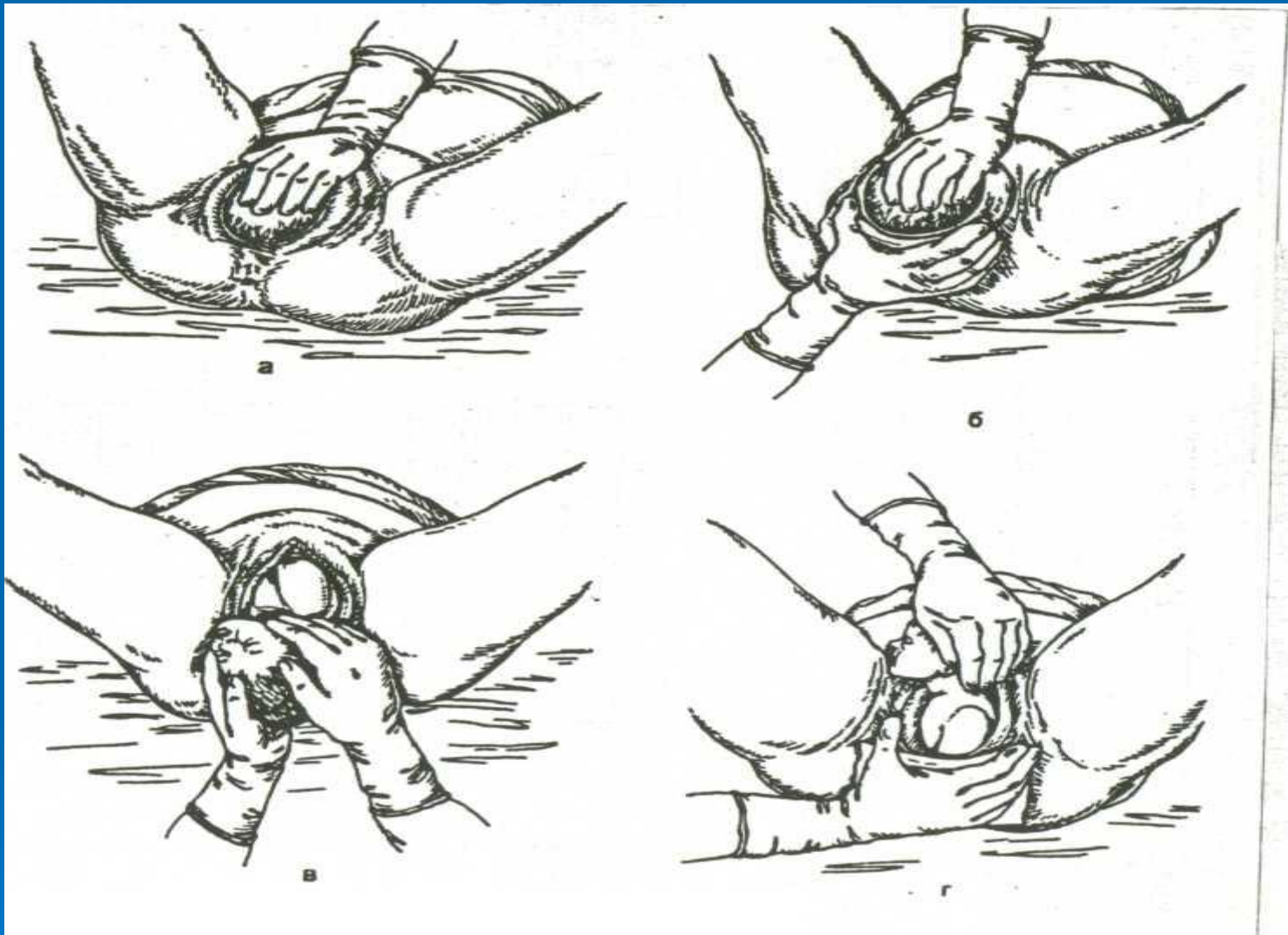
Головка плода в выходе  
малого таза

## Ведение второго периода родов

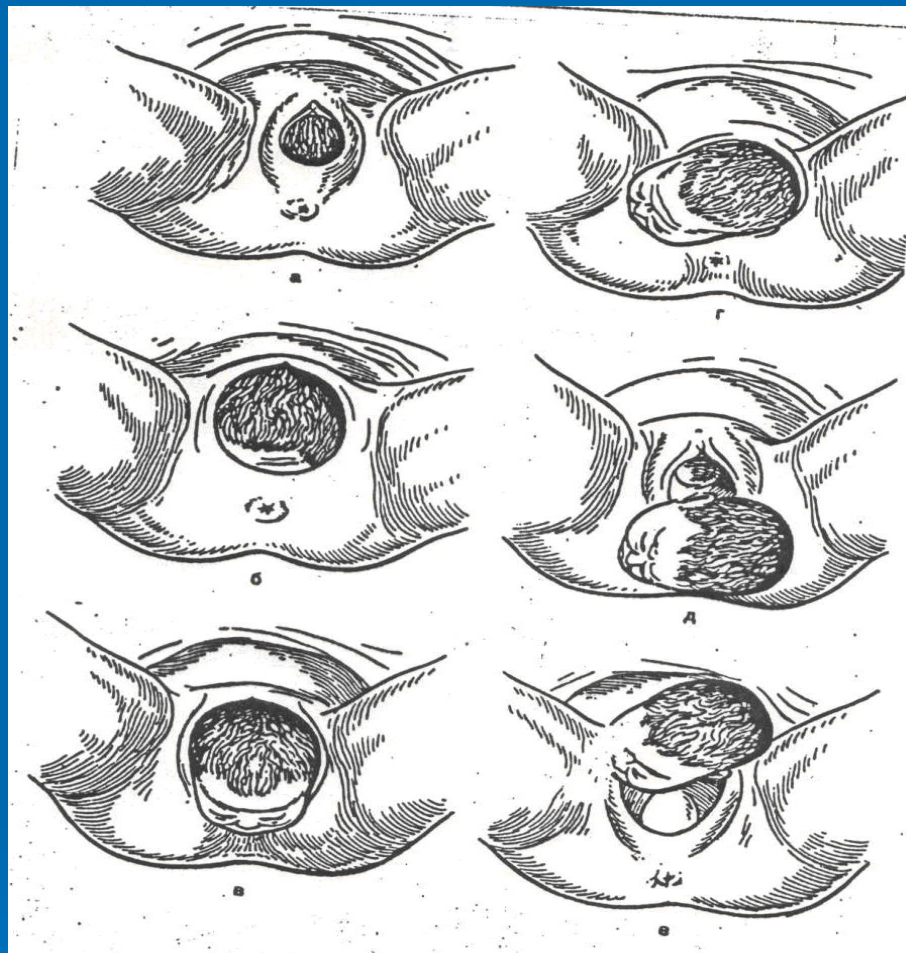
(от полного раскрытия шейки матки до рождения плода)

Продолжительность: у первородящих - 1 ч,  
у повторнородящих – 30 мин

- Контроль сердцебиения плода после каждой потуги
- Следить за родовой деятельностью, управляя силой и частотой потуг (разрешается тужиться когда головка в узкой части полости таза или в плоскости выхода)
- Следить за состоянием роженицы (АД, пульс,  $t^{\circ}\text{C}$ , поведение)
- **Оказание ручного акушерского пособия при головном предлежании, суть которого не только в сохранении целостности промежности, но и предупреждении внутричерепной и спинальной травмы плода:**
  - Предупреждение преждевременного разгибания головки
  - Смещение тканей вульварного кольца в направлении сверху вниз
  - Выведение головки плода наименьшим размером вне потуги
  - Бережное рождение плечевого пояса



**Ручное пособие при головном предлежании**



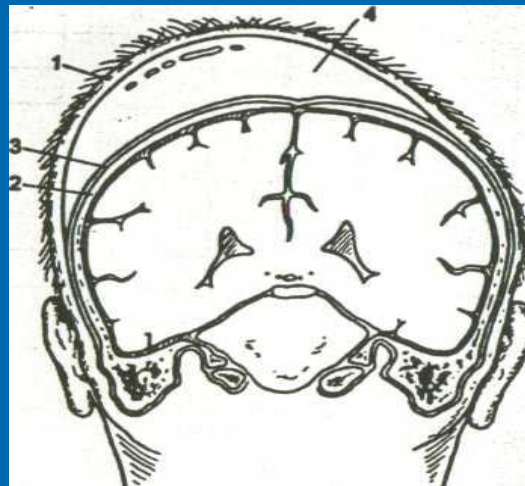
## Период изгнания

а – врезывание головки, б – прорезывание головки, в – прорезывание головки закончилось, ее рождение, г – наружный поворот головки при первой позиции, д – образование точки фиксации на переднем плечике, е – рождение заднего плечика

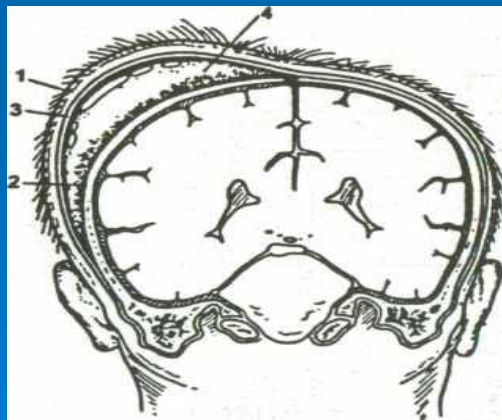




Умеренная конфигурация головки при затылочном предлежании



**Родовая опухоль** на головке новорожденного: 1-кожа, 2-кость, 3-надкостница, 4-отек клетчатки



а



б

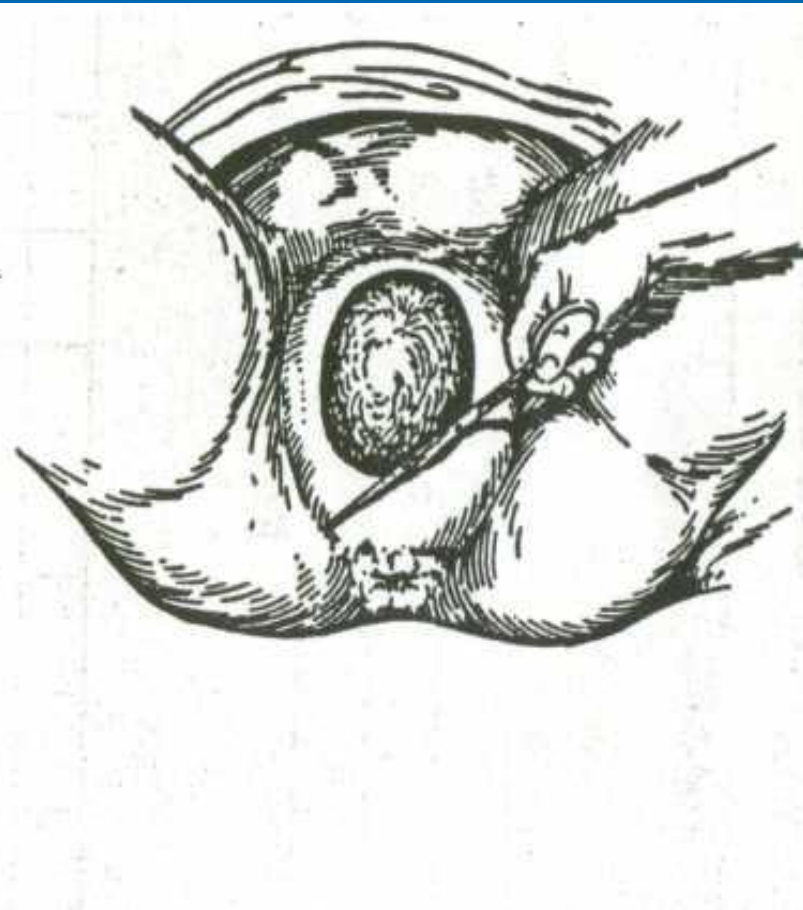
**Кефалогематома новорожденного**

а – схема: 1-кожа, 2-кость, 3-надкостница, 4 гематома; б – общий вид

**Оценка признаков угрожающего разрыва промежности  
(цианоз, отек, бледность кожи промежности)  
для своевременного проведения эпизио- или перинеотомии**



**Перинеотомия**



**Эпизитомия**

# Ведение третьего периода родов (от рождения плода до рождения последа)

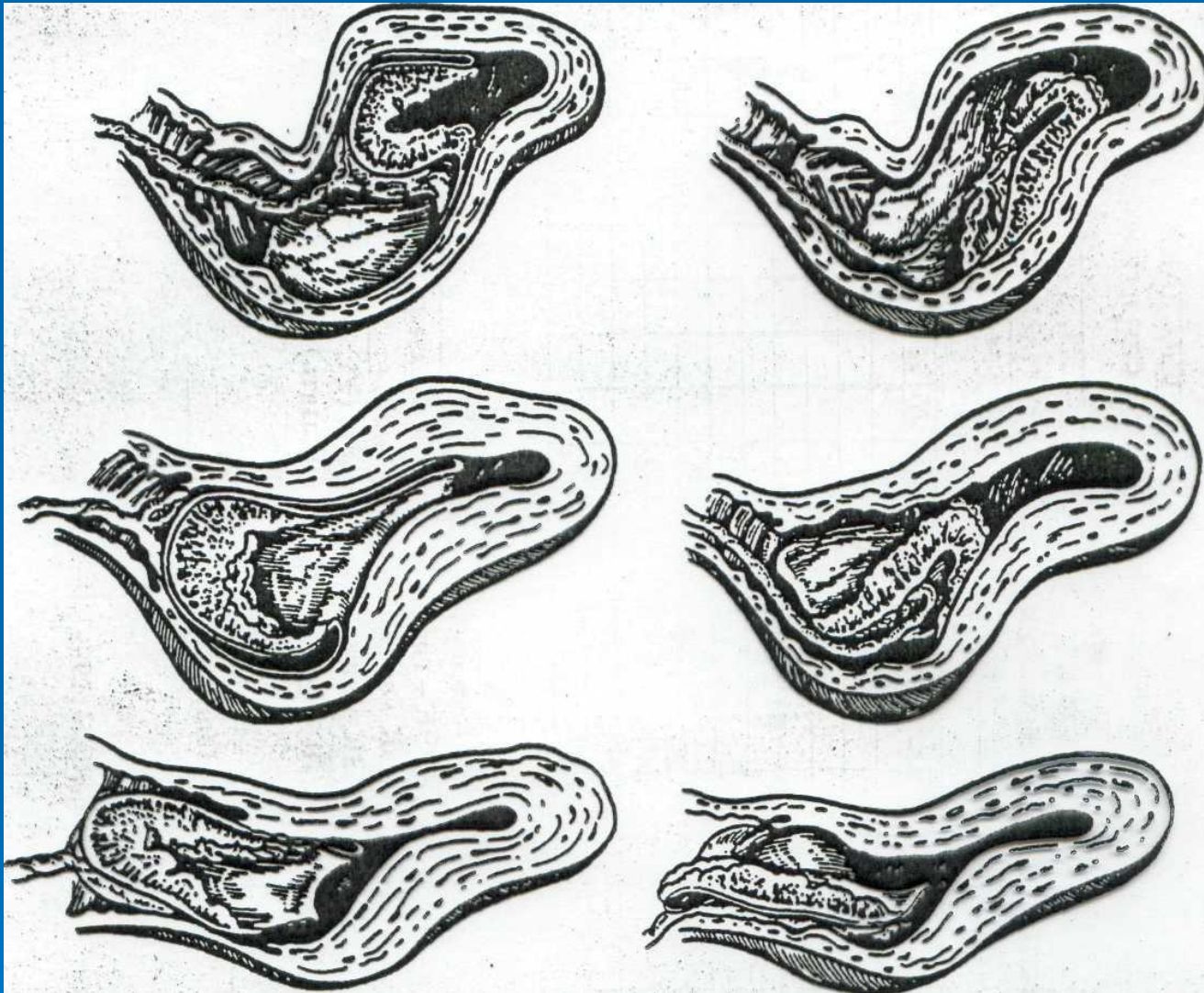
Средняя продолжительность 10-15 мин (до 1 часа)

Оценить объем кровопотери:

- физиологическая - до 250 мл или 0,5% от массы тела роженицы
- пограничная - от 250 до 400 мл
- патологическая - свыше 400 мл или более 0,5% от массы тела

Наблюдение за признаками отделения последа

Шредера, Микулича, Альфельда, Кюстнера-  
Чукалова



## Различные виды и этапы отделения плаценты и изгнания последа

1— отделение плаценты начинается с ее центра (по Шульце)

2 — отделение плаценты начинается с ее края (по Дункану)

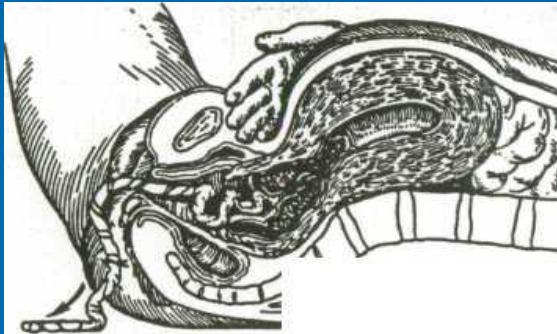


а

## **Признак отделения плаценты (Кюстнера-Чукалова)**

**а – плацента еще не отделилась:**

при надавливании ребром кисти на надлобковую область пуповина втягивается во влагалище



б

**б – плацента отделилась:**

при надавливании ребром кисти на надлобковую область пуповина не втягивается во влагалище



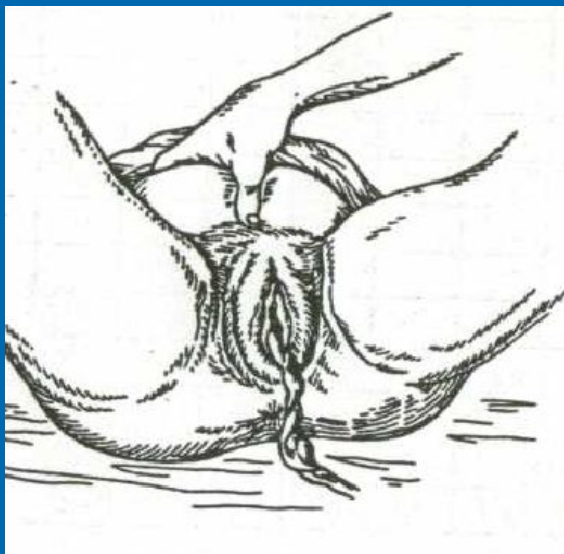
**Удаление отделившегося  
последа по Абуладзе**

В норме ворсины хориона находятся на уровне спонгиозного слоя децидуальной оболочки

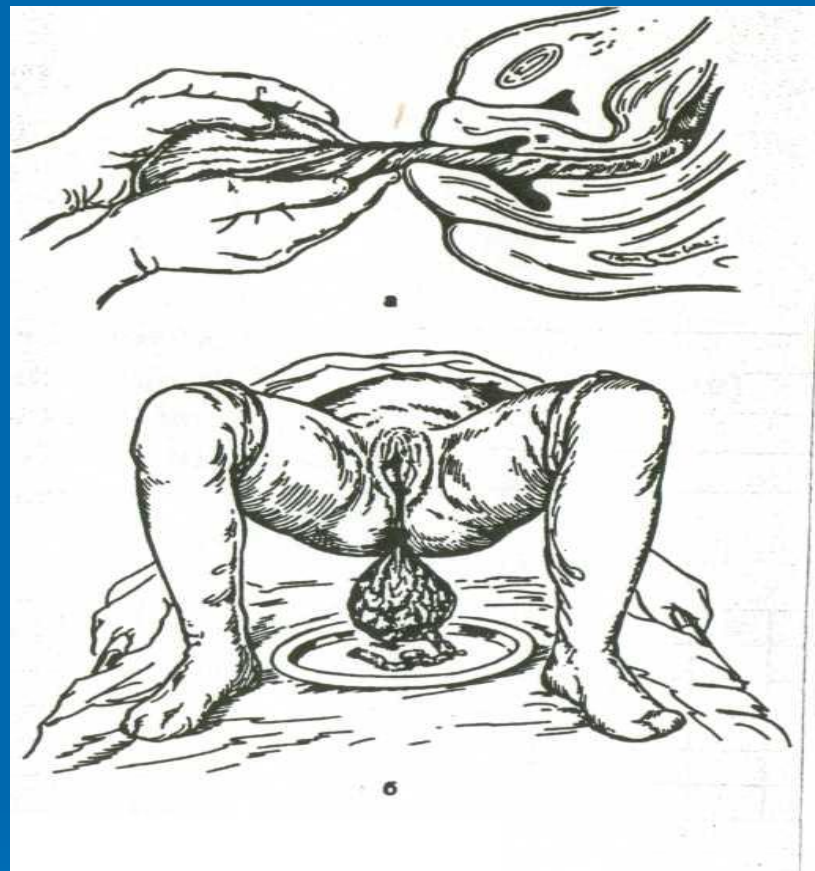
В случае анатомо-функциональной недостаточности спонгиозного слоя возникает плотное прикрепление плаценты (полное или частичное)

**Тактика активно-выжидательная:**

- а) **есть признаки отделения** плаценты, но послед не выделился - удаляем послед, применяя **наружные приемы выделения последа** (Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича)
- б) **нет признаков отделения** плаценты и началось кровотечение - **ручное отделение**



**Способ выделения  
последа по Креде-  
Лазаревичу**



**Выделение оболочек**

**а – скручивание в канатик**

**а – способ Гентера**

После рождения послед тщательно осматривается

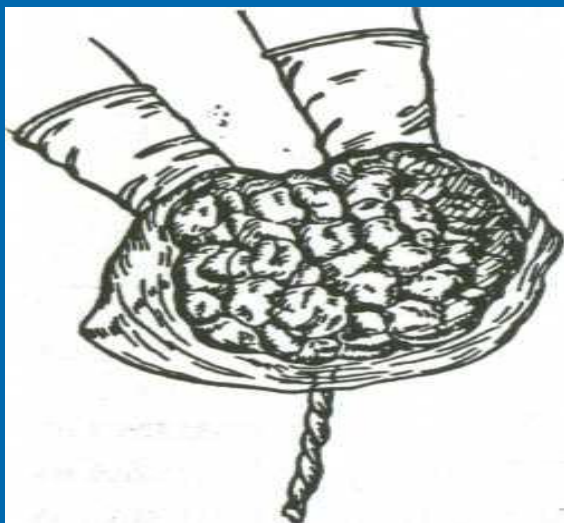
(материнская и плодовая поверхность):

гладкая, дольки выражены отчетливо, нет оборванных сосудов, прикрепление пуповины

В случае дефекта плаценты показано его ручное отделение (есть кровотечение), либо кюретаж матки (нет кровотечения)

После рождения последа проводится осмотр родовых путей в зеркалах





**Осмотр материнской  
поверхности плаценты**



**Осмотр плодных оболочек**

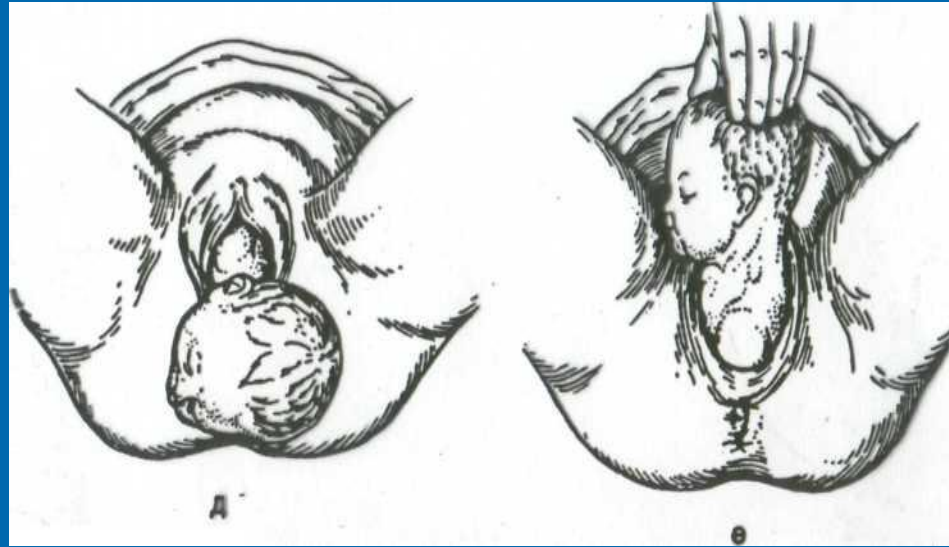


**Добавочная долька плаценты,  
к которой идут сосуды**

**«... Чем лучше все существа  
на планете,  
тем лучше качество  
нашей жизни.  
Мы все должны  
вдохновлять  
друг друга делать  
лучшее...  
...Один из путей создать  
лучшие существа -  
дать им лучшее рождение.  
Мы все должны быть  
ответственными за это как  
нация!...»**

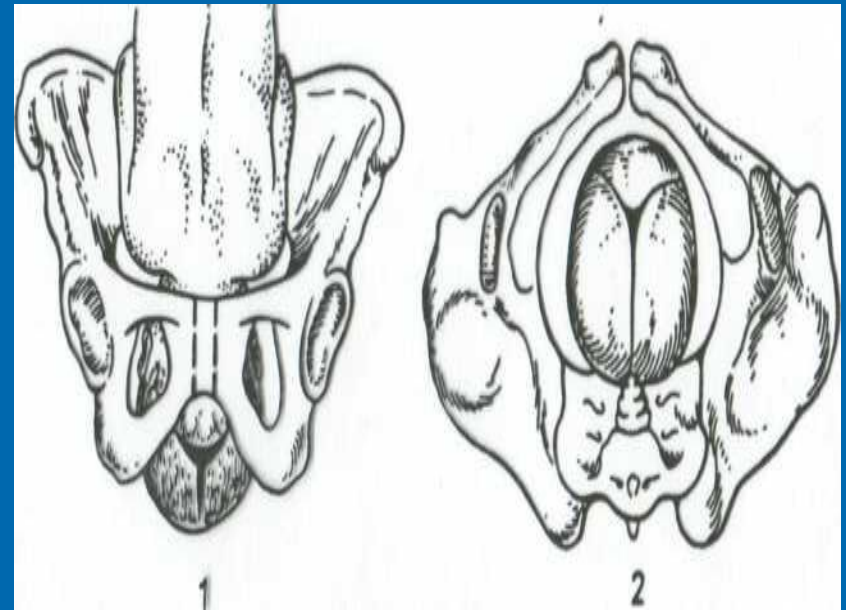
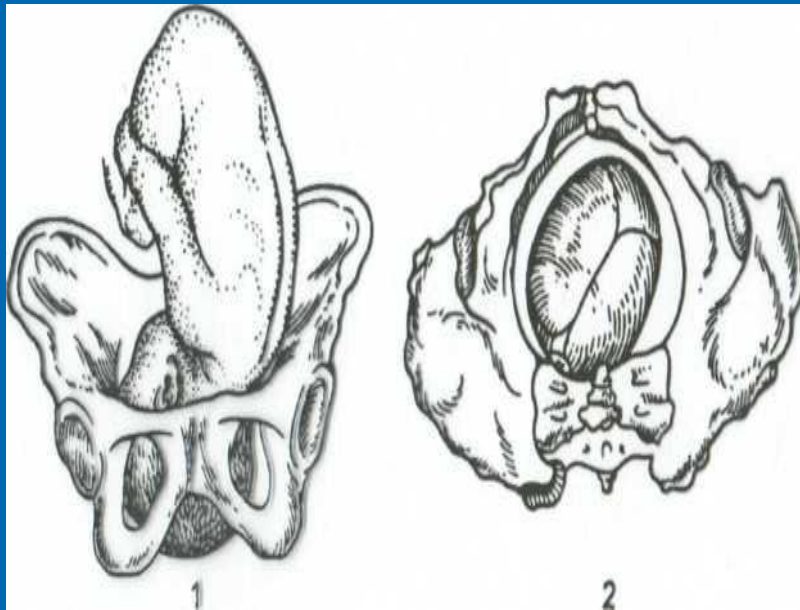
**Сондра Рей**





**Продолжение.**

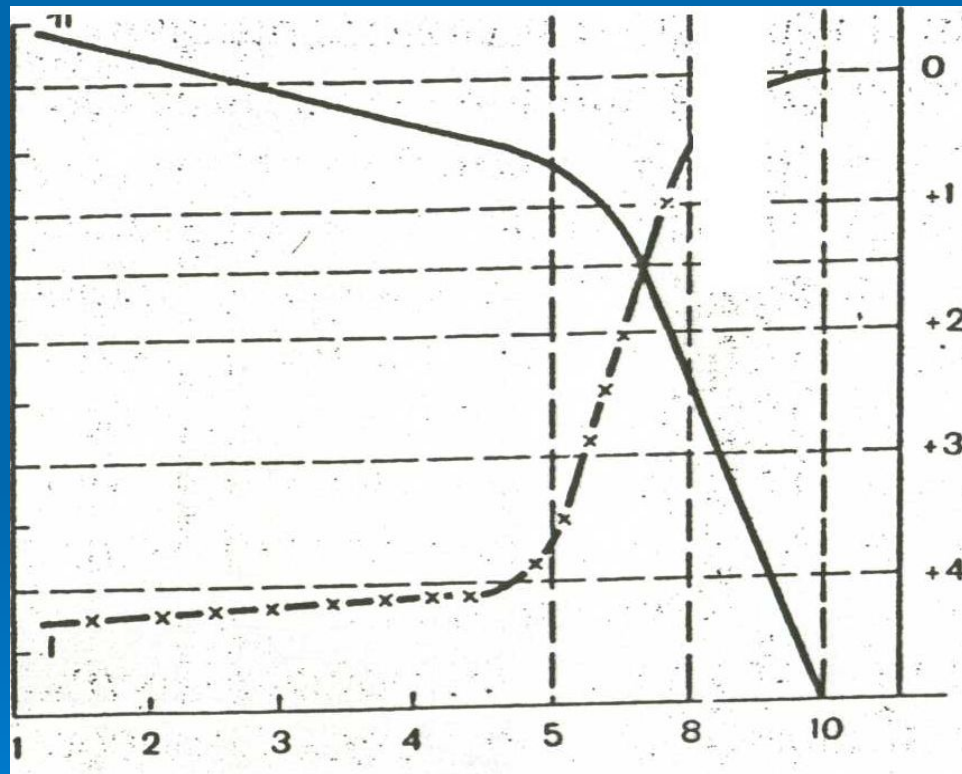
**Третий момент: разгибание головки после образования точки фиксации (головка частью подзатылочной ямки подошла под лонную дугу); д – четвертый момент наружный поворот головки, рождение плечиков (переднее плечико задерживается под симфизом); е – рождение плечиков, над промежностью выкатывается заднее плечико.**



Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания: а — первый момент: 1 — сгибание головки, 2 — вид со стороны выхода таза (сагиттальный шов в поперечном размере таза); б — второй момент: 1 — внутренний поворот головки, 2 — вид со стороны выхода таза (сагиттальный шов в правом косом размере таза); в — завершение второго момента: 1 — внутренний поворот головки закончен, 2 — вид со стороны таза (сагиттальный шов стоит в прямом размере таза).

# Динамика раскрытия шейки матки и продвижения плода при нормальных родах.

Раскрытие  
шейки матки и  
высота  
проводной  
точки по  
отношению к  
плоскость  
входа в  
малый таз



Высота  
расположения  
предлежащей  
части плода над  
плоскостью  
выхода из  
малого таза, см

Продолжительность родов, ч

I – раскрытие шейки; II – высота предлежащей части