



КЛИНИКА РОДОВ

ДОЦЕНТ КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ
МУСЛИМОВА С.Ю.



РОДОВАЯ ДОМИНАНТА

- это динамическая рефлекторная система, объединяющая и направляющая работу высших нервных центров и исполнительных органов в период беременности и родов.

Формирование доминанты связано с усилением реакций на интероцептивные раздражители, постоянной афферентной импульсацией от плодного яйца.



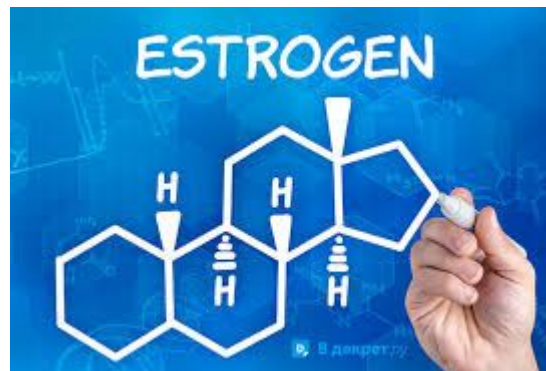
НАЧАЛУ РОДОВ ПРЕДШЕСТВУЮТ:

1. Повышение активности адренергической нервной системы и калликреин-кининовой системы.
2. Изменение электролитного состава крови (повышение уровня калия и кальция, снижение уровня магния).
3. Значительные эндокринные изменения. Огромную роль в развитии родовой деятельности играют материнские (окситоцин, простагландины), плацентарные (эстрогены, прогестерон) и плодовые гормоны коры надпочечников.

ГОРМОНЫ ПЛАЦЕНТЫ

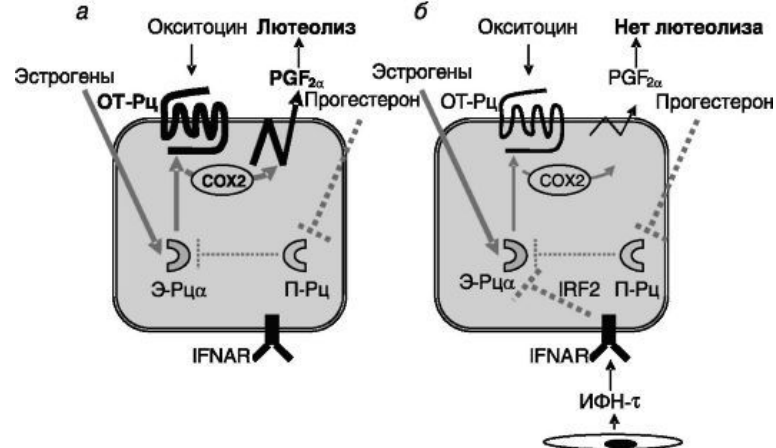
Стероидные	Пептидные	Нейропептиды
Эстриол	Гонадотропин	Тиреолиберин
Эстрон	Соматомаммотропин	Соматостатин
Эстрадиол	Тиреотропин	Кортиколиберин
Прогестерон	Кортикотропин	Гонадолиберин
	β-эндорфин	Соматолиберин
	α-меланотропин	
	β-липотропин	

ЭСТРОГЕНЫ



- **участвуют в подготовке нервно-мышечного аппарата матки к родам,**
- **влиют на синтез актомиозина, активность АТФ-азы и ацетилхолинэстеразы, а также на некоторые биоэнергетические (макроэргические компоненты и электролитный состав) и гистохимические показатели миометрия.**
- **повышают чувствительность рецепторов миометрия к окситоцину, стимулируют активность фосфолипазы А₂, что ведет к высвобождению арахидоновой кислоты, являющейся предшественником простагландинов.**

ТЕОРИЯ «ПРОГЕСТЕРОНОВОГО БЛОКА».



В 1956 г. в Американском журнале анатомии в статье «Progesterone block» Csapo опубликовал результаты своих наблюдений.

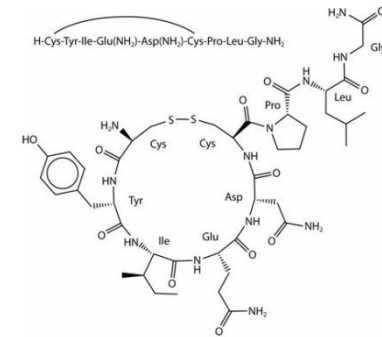
Данные о том, что клетки миометрия, расположенные над плацентой, обладают более высоким мембранным потенциалом, чем клетки вне плацентарных участков, позволили прийти к заключению: плацента оказывает местное действие на миометрий, называемое «прогестероновым блоком».

Однако дальнейшие исследования в различных клиниках мира показали: ни снижение уровня прогестерона в конце беременности в результате «старения» плаценты, ни введение больших доз прогестерона не влияют на сократительную деятельность матки.

В настоящее время предполагается: роль прогестерона сводится к ингибции синтеза децидуальной оболочкой простагландинов.

ОКСИТОЦИНОВАЯ ТЕОРИЯ

Окситоцин



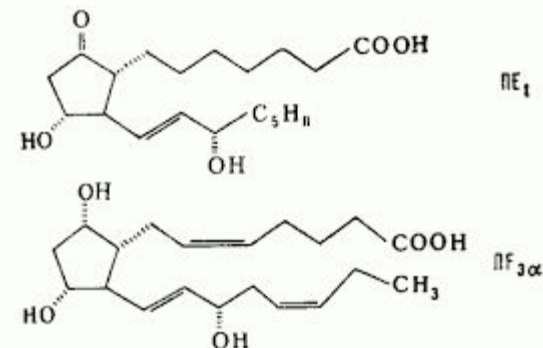
была разработана группой уругвайских специалистов под руководством Caldeyro-Barcia еще в 1957 г.

Однако и она оказалась несостоятельной, несмотря на синхронность увеличения во время родов содержания не только материнского, но и плодового окситоцина.

После разработки точных методов определения окситоцина в крови выяснилось: у человека и многих животных уровень окситоцина в крови матери нарастает не перед родами и даже не в начале родов, а лишь в период изгнания.

Однако окситоцин играет определенную роль в родовом процессе, поскольку к концу беременности происходит значительное увеличение числа рецепторов окситоцина в тканях миометрия. Связываясь с ними, окситоцин стимулирует выброс простагландинов децидуальной тканью и увеличивает проницаемость для ионов кальция, которые в свою очередь активизируют актин и миозин. Фермент окситоциназа (разрушающий окситоцин), вырабатываемый плацентой, поддерживает динамическое равновесие окситоцина в плазме крови.

ПРОСТАГЛАНДИНОВАЯ ТЕОРИЯ.



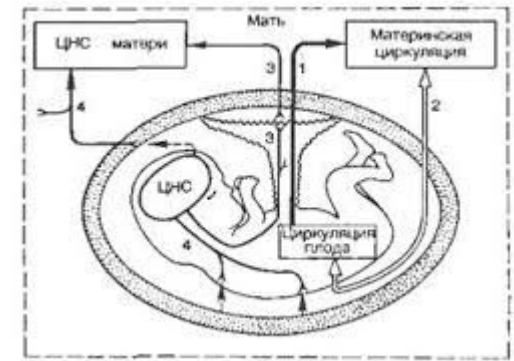
Внимание акушеров-гинекологов к простагландинам впервые было привлечено после успешного применения простагладина Е для подготовки шейки матки. Дальнейшие исследования выявили значительное возрастание синтеза простагландинов непосредственно перед родами, а также во время родов, что свидетельствовало о важной роли их в инициации и развитии родовой деятельности.

Основными причинами увеличения синтеза ПГ являются гормональные факторы (изменение соотношения эстрогена и прогестерона, окситоцин, гормоны коры надпочечников плода), обуславливающие перераспределение маточного кровотока и ишемию децидуальной и плодных оболочек.

В участках дегенерации эпителия decidua и амниона из лизосом высвобождаются фосфолипазы, увеличиваются уровень арахидоновой кислоты и экскреция простагландинов, что обеспечивает возбуждение миометрия, раскрытие кальциевых каналов и инициацию родовой деятельности.

В свою очередь усиленное функционирование почек плода, продуцирование ими мочи в околоплодные воды приводит к изменению состава последних, а затем - к деструкции амниона.

ТЕОРИЯ КОММУНИКАЦИОННЫХ СВЯЗЕЙ МАТЕРИ И ПЛОДА.



Ряд исследователей возвращаются к мысли Гиппократата, что в норме начало родового акта определяется плодом через коммуникационные связи с матерью путем подачи сигнала к рождению.

Наиболее интересна гипотеза Лиггинса: согласно ей, сигналом к началу родов служит выброс кортизола плодом. Исследования проводились на овцах. Гипофиз- или адrenaлэктомия удлиняли срок беременности, а введение кортизола и АКТГ плоду вызывало преждевременные роды.

В 1933 г. Мальпас описал задержку родов у беременных анэнцефалами и предположил: причина этого - дефект системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники. Начало подготовительного периода к родам совпадает с началом созревания эпифизарно-гипоталамо-гипофизарной системы плода. Выброс гормонов надпочечников плода в фетоплацентарное и материнское кровообращение изменяет метаболизм стероидов (происходит снижение уровня прогестерона за счет действия кортизола плода на 17- α гидроксиллазу и 17-20-лиазу плаценты) в пользу увеличения выработки эстрогенов.

Выброс кортизола вызывает экскрецию с мочой термостойкого протеина - вещества, активирующего фосфолипазу, что приводит к освобождению арахидоновой кислоты и резкому повышению выработки простагландинов. Возможно, кортизол играет роль в процессе дегенерации эпителия децидуальной оболочки и амниона за счет гемоконстриктивной ишемии оболочек, что приводит к выбросу ферментов лизосом, стимулирующих выработку простагландинов, и ограничивает длительность гестации.

ВЛИЯНИЕ РОДОВ НА ОРГАНИЗМ МАТЕРИ



Роды - это период значительного расхода энергии, главным образом за счет сокращений матки. В основном энергия обеспечивается метаболизмом гликогена. В настоящее время в акушерской практике принято следующее: женщина не получает питания при наступлении родов и запасы гликогена в ее организме быстро исчерпываются, а энергия образуется за счет окисления жира. Это может привести к накоплению кетонов в крови, образованию D-3 гидроксibuтeрoвoй кислоты и (в меньшей степени) молочной кислоты.

Впоследствии развивается умеренный метаболический ацидоз, в основном во II периоде родов, хотя pH крови остается в нормальном диапазоне - от 7,3 до 7,4 - за счет компенсации умеренным дыхательным алкалозом, возникающим из-за гипервентиляции, которая в данном случае - обычное явление.

Дополнительный расход энергии приводит к умеренному повышению температуры тела, сопровождающемуся потоотделением и потерей жидкости организмом. При дегидратации отмечается повышение концентрации глюкозы в крови, что сопровождается гиперинсулинемией.

Возрастает уровень глюкозы в крови плода, и в результате снижается pH в артериальной крови пуповины. Гиперинсулизм плода, как правило, возникает при внутривенном введении беременной не менее 25г глюкозы. Это может привести к неонатальной гипогликемии. Температура тела в течение родов при отсутствии кетоацидоза составляет не более 37,8 °С. Лейкоцитоз может превышать 20x10⁹/л.

ИЗМЕНЕНИЕ ССС ЖЕНЩИНЫ В РОДАХ



Наибольшую нагрузку в процессе родового акта испытывает сердечно-сосудистая система.

Функциональная работа сердца (ударный объем и ЧСС) возрастает на 12% в периоде раскрытия и на 30% в периоде изгнания.

В среднем артериальное давление повышается примерно на 10%, а в момент схватки может быть значительно большим. Эти изменения в работе сердца прогрессивно увеличиваются в соответствии с силой маточных сокращений.

В конце родов происходит повышение давления на 20-30 мм рт.ст. и увеличение кровотока по большому кругу.

После родов происходит дальнейшее изменение в работе сердца. Обычно в течение 3-4 дней наблюдается умеренная брадикардия и повышение ударного объема.

Эти изменения могут оказаться опасными у женщин с декомпенсированной сердечной патологией или выраженной анемией.

ПРЕЛИМИНАРНЫЙ ПЕРИОД

(С 38 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ ДО НАСТУПЛЕНИЯ РОДОВ)

- формированием родовой доминанты ЦНС на стороне расположения плаценты (клиника: сонливость, снижение массы тела на 1-2 кг);
- преобладанием активности адренергической нервной системы и повышением активности ацетилхолина;
- увеличением секреции эстриола с изменением соотношения эстрогены/прогестерон, повышением секреции кортизола плодом;
- изменением электролитного состава крови (повышение уровня калия и кальция, снижение уровня магния);
- формированием нижнего сегмента матки;
- фиксацией предлежащей части плода;
- структурными изменениями шейки матки («зрелая» шейка матки);
- появлением «предвестников» родов.



«ПРЕДВЕСТИНИКИ» РОДОВ.

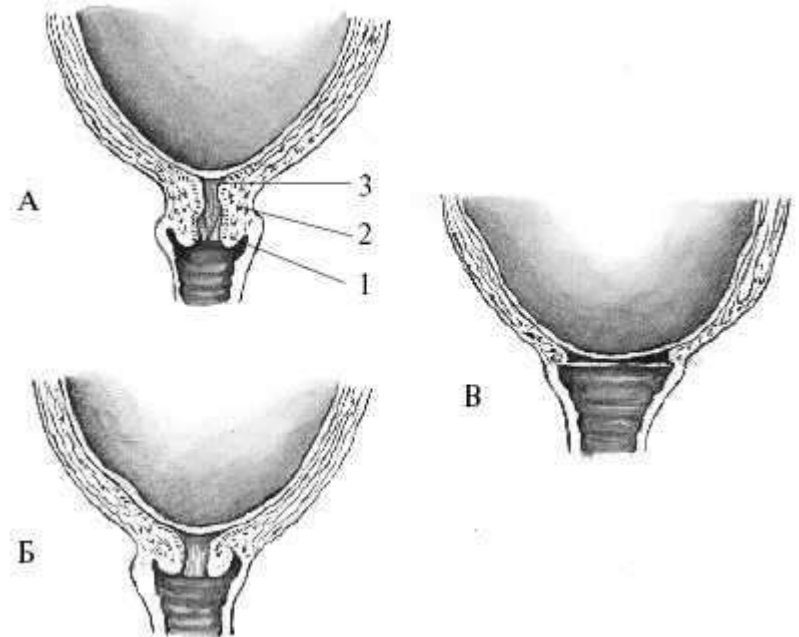


- 1.** перемещение центра тяжести тела беременной кпереди («гордая поступь»),
- 2.** опущение дна матки вследствие формирования нижнего сегмента и прижатия предлежащей части плода ко входу в малый таз,
- 3.** выделение «слизистой пробки» из цервикального канала,
- 4.** повышение тонуса матки и появление кратковременных, нерегулярных схваткообразных болей внизу живота и пояснице, продолжающихся не более 6 ч («ложные» или подготовительные схватки).

ЗРЕЛОСТЬ ШЕЙКИ МАТКИ

Процесс «созревания» обусловлен изменениями в соединительной ткани шейки, а именно образованием гидрофильных «молодых» коллагеновых волокон, их частичным рассасыванием и замещением основным веществом, главным компонентом которого является кислый мукополисахарид хондроитинсульфат. Вследствие полимеризации

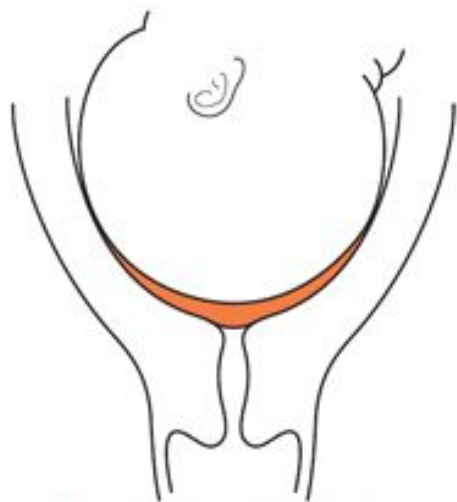
хондроитинсульфата повышается гидрофильность тканей, и коллаген расщепляется на тонкие фибриллы, что клинически проявляется разрыхлением шейки матки и расширением цервикального канала.



ШКАЛА ОЦЕНКИ СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ ШЕЙКИ МАТКИ (BISHOP, 1964)

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

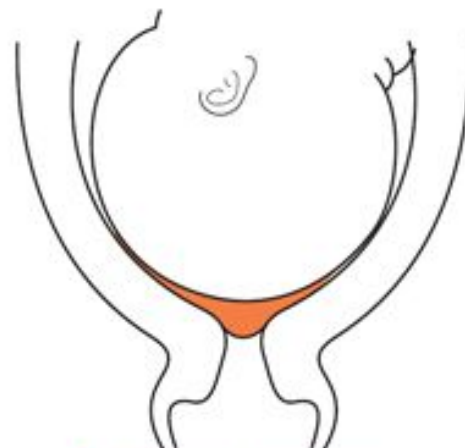
Степень зрелости оценивается по сумме баллов: 0-2 балла - «незрелая» шейка, 3-4 балла - «недостаточно зрелая», 5-8 баллов - «зрелая» шейка матки.



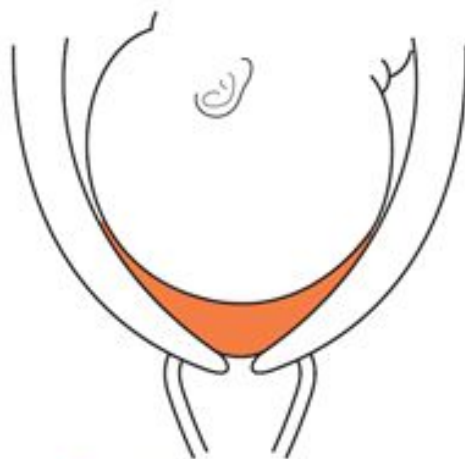
1. Канал шейки матки до сглаживания (до начала родов)



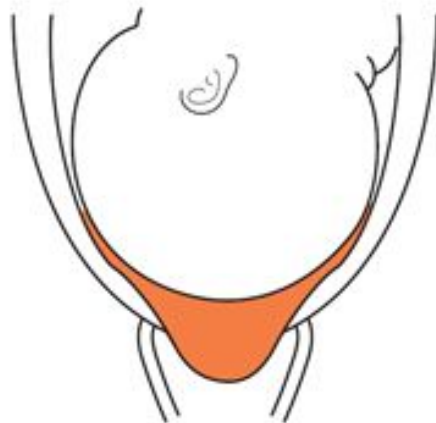
2. Частичное сглаживание канала шейки матки



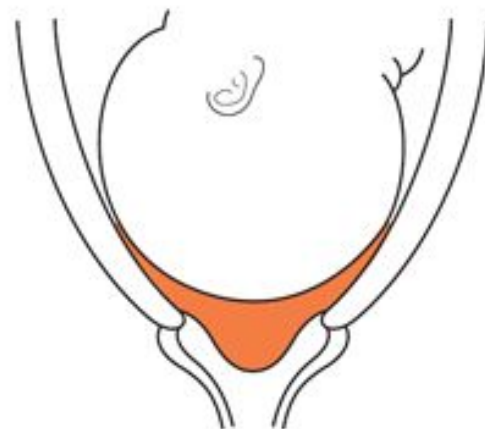
5. Наружный зев матки пропускает один или несколько кончиков пальцев



3. Шейка матки сглажена и расслабляется



4. Шейка матки почти полностью расслаблена



6. Шейка матки почти полностью расслаблена

А Рожаящие в первый раз

Б Рожаящие повторно

НАЧАЛО РОДОВ



Критериями начавшихся родов являются

регулярные схватки, сопровождающиеся структурными изменениями (укорочение и раскрытие) шейки матки.

От начала родов и до их окончания беременная называется роженицей.

После рождения последа наступает послеродовый период, и роженица называется родильницей.

Первые 2 ч после родов определяют как ранний послеродовый период.

ПЕРИОДЫ РОДОВ

Роды разделяют на три периода: I - период раскрытия, II - период изгнания, III – последовый.

Периодом раскрытия называют время от начала регулярных схваток до полного открытия шейки матки.

Периодом изгнания называют время от момента полного открытия шейки матки до рождения плода.

Последовым периодом называют время от рождения плода до рождения последа (плацента, плодные оболочки, пуповина).

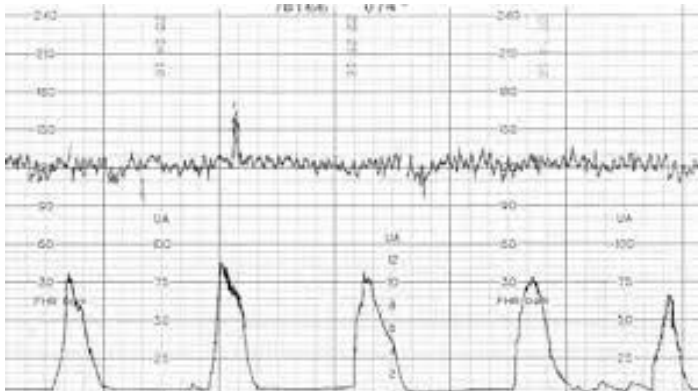
ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРИОДОВ РОДОВ

Период родов	Вид родовой деятельности	Продолжительность	
		1-е роды	2-е роды
I - период раскрытия	Схватки	10-12 ч	6-9
II - период изгнания	Потуги	1-2 ч	15-60 мин
III - последовый период	Схватки	15-30 мин	

РОДОВЫЕ ИЗГОНЯЮЩИЕ СИЛЫ

**1. Схватки - периодические, повторяющиеся
непроизвольные сокращения матки.**

**2. Потуги - одновременные со схватками сокращения
мышц передней брюшной стенки, и тазового дна,
возникающие рефлекторно при давлении головкой на
мышцы тазового дна.**



ТЕЧЕНИЕ I ПЕРИОДА РОДОВ (ПЕРИОД РАСКРЫТИЯ)



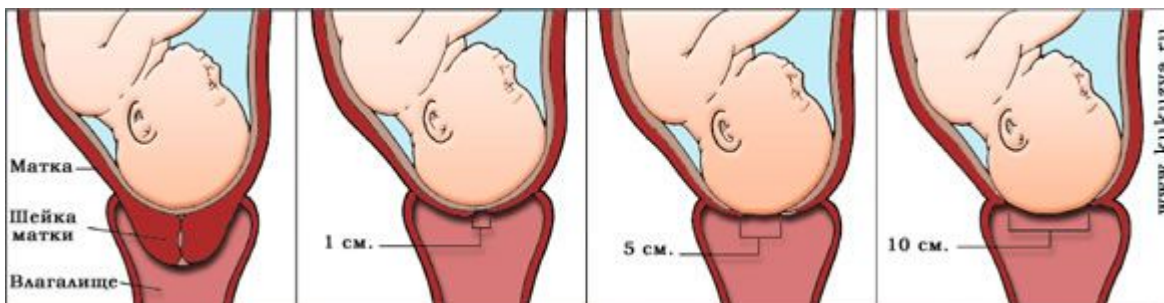
Раскрытие шейки матки и сглаживание у перво- и повторнородящих женщин происходит по-разному: родами у первородящих наружный и внутренний зев закрыты. Раскрытие начинается с внутреннего зева. Цервикальный канал и шейка матки укорачиваются и постепенно сглаживаются. Затем начинает раскрываться наружный («акушерский» или «маточный») зев.

У повторнородящих в конце беременности канал шейки матки проходим для одного-двух пальцев. Сглаживание шейки матки и раскрытие наружного зева происходят одновременно.



ТЕЧЕНИЕ I ПЕРИОДА РОДОВ

- под действием регулярных схваток происходит сглаживание и раскрытие шейки матки.
- Головка плода прижимается к плоскости входа в малый таз, и образуется внутренний пояс соприкосновения - место охвата головки стенками таза с разделением околоплодных вод на передние и задние.
- Формируется плодный пузырь - нижний полюс плодного яйца, внедряющийся с околоплодными водами в цервикальный канал и способствующий сглаживанию шейки матки и раскрытию зева.
- При этом гидравлическое действие плодного пузыря возникает только при достаточном количестве околоплодных вод и хорошей родовой деятельности.
- Плодный пузырь при физиологических родах разрывается при полном или почти полном раскрытии маточного зева (своевременное излитие околоплодных вод)1. Разрыв плодного пузыря в I периоде родов при раскрытии шейки матки до 6 см называют ранним излитием вод, а до начала родовой деятельности - дородовым. Иногда вследствие плотности плодных оболочек плодный пузырь вскрывается при полном раскрытии шейки матки во II периоде родов (запоздалое излитие вод).

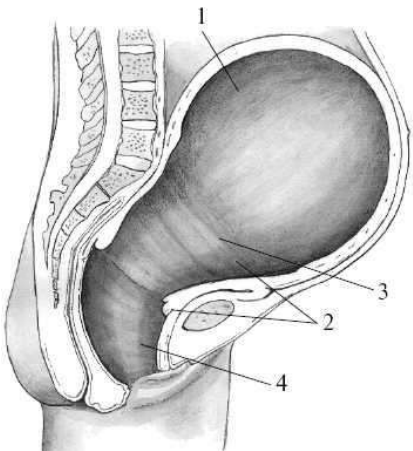


ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ | ПЕРИОДА РОДОВ

образование вследствие ретракции миометрия контракционного кольца - границы между утолщенным телом матки и растягивающимся нижним сегментом.

Контракционное кольцо пальпируется только после излития околоплодных вод.

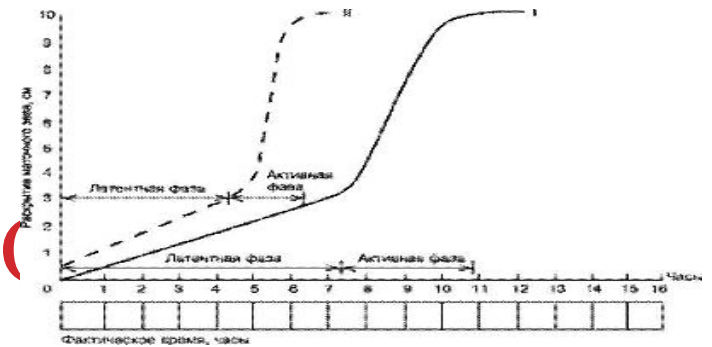
Высота контракционного кольца над лоном косвенно свидетельствует о степени открытия маточного зева: 1 палец выше лона - 4 см, 2 пальца - 6 см, 3 пальца - 8 см, 4 пальца выше лона - 10-12 см (полное открытие маточного зева).



Вставление головки малым сегментом во входе в малый таз у первородящих происходит при открытии маточного зева более чем на 8 см.

Головка плода считается вставившейся при излитии околоплодных вод и открытии акушерского зева не менее чем на 4 см.

ФАЗЫ I ПЕРИОДА РОДА



1. Латентная фаза - от начала родовой деятельности до открытия акушерского зева на 4 см. Средняя продолжительность 5-6 ч. Максимальная продолжительность - 8 ч.

1 Для диагностики подтекания вод используются: мазок выделений (симптом папоротника), диагностический «амниотест», интраамниальное введение индигокармина (контрольный стерильный тампон вводится во влагалище), наблюдение со стерильной подкладной пеленкой под контролем температуры тела.

2 Малый сегмент - часть головки плода ниже наибольшей окружности, соответствующей данному типу вставления.

2. Активная фаза - с открытия акушерского зева на 4 см до полного его открытия. Средняя продолжительность - 2-4 ч. Средняя скорость открытия акушерского зева у первородящих - 1,0-1,2 см/ч, у повторнородящих - 1,5-2,0 см/ч.

Активная фаза в свою очередь подразделяется на:

а) фазу ускорения;

б) фазу максимального подъема;

в) фазу замедления - с открытия на 8 см до полного открытия; продолжительность у первородящих - не более 3 ч, у повторнородящих не более 1 ч.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (СХВАТОК)

1. **БАЗАЛЬНЫЙ ТОНУС** - наиболее низкий тонус миометрия вне схватки. Нормальный тонус матки в I периоде родов сравнивается с тонусом четырехглавой мышцы бедра, равным 10-12 мм рт.ст.

Фаза замедления в настоящее время не всегда рассматривается как вариант нормы.

2. **ЧАСТОТА СХВАТОК** (увеличивается в положении на спине): в норме составляет от 2 до 5 за 10 мин. Тахисистолия - более 5 схваток за 10 мин, брадисистолия - менее 2 за 10 мин.

3. **РЕГУЛЯРНОСТЬ.**

4. **ИНТЕНСИВНОСТЬ (СИЛА) СХВАТОК** (в первых родах больше, чем в последующих) определяется внутриматочным давлением во время схватки. В I периоде нормальная сила схваток равна 40-60 мм рт.ст., а во II периоде - 80-100 мм рт.ст.

5. **ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ СХВАТКИ** - от начала сокращения до полного расслабления миометрия: в I периоде равна (по данным токографии) - 80-90 с, во II периоде - 90-120 с.

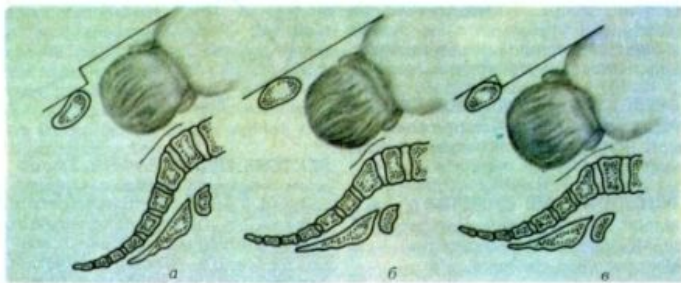
6. **ЭФФЕКТИВНОСТЬ.** Определяется степенью раскрытия маточного зева.

7. **СТЕПЕНЬ БОЛЕЗНЕННОСТИ.** Физиологические источники боли: нервные сплетения цервикального канала, параметрий, крестцовые и круглые связки, сосуды матки. Клинические причины сильной боли: чрезмерная ригидность шейки матки, плотные плодные оболочки, ущемление передней губы шейки матки, перерастяжение нижнего сегмента.

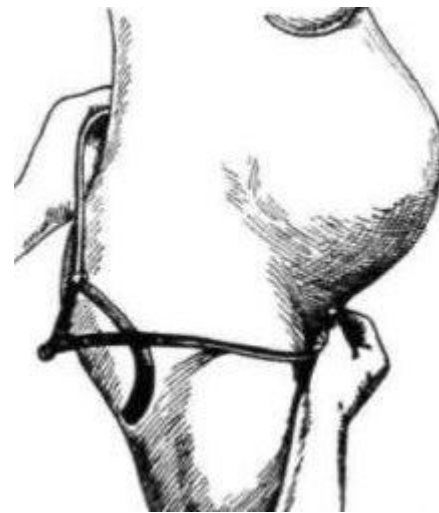
8. **АКТИВНОСТЬ МАТКИ (А)** - произведение интенсивности схватки (i) и частоты за 10 мин (u). $A = i \times u$. Нормальная активность матки в I периоде родов - 150-240 ЕД Монтевидео.

ВЕДЕНИЕ I ПЕРИОДА РОДОВ

- контроль за динамикой родовой деятельности,
- профилактика аномалий родовых сил,
- функциональная оценка таза: признаки Вастена, Цангемейстера, Gilles-Muller.



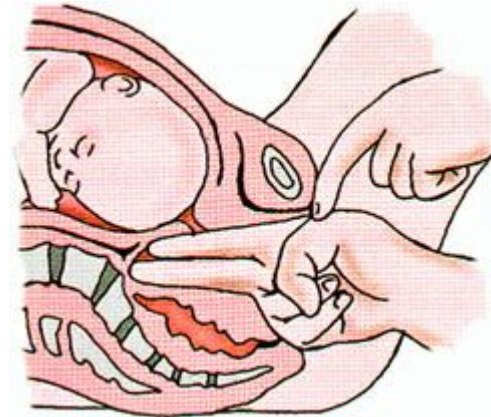
ВАСТЕНА ПРИЗНАК: а – положительный; б – уровень; в – отрицательный.



- Профилактика гипоксии плода: внутривенное капельное введение 500-1000 мл 5% раствора глюкозы, ингаляция кислорода, кардиомониторное наблюдение.

ПОКАЗАНИЯ К ВЛАГАЛИЩНОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ

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



ОПРЕДЕЛЯЕМЫЕ ПАРАМЕТРЫ ПРИ ВЛАГАЛИЩНОМ ИССЛЕДОВАНИИ

1. Состояние наружных половых органов и влагалища (перегородки, рубцы, стенозы, варикозное расширение вен).
2. Степень укорочения шейки матки или открытия маточного зева.
3. Консистенция (степень размягчения, ригидность) шейки матки или краев маточного зева.
4. Состояние плодного пузыря.
5. Предлежащая часть и ее отношение к плоскостям малого таза.
6. Опознавательные точки предлежащей части плода.
7. Размер диагональной конъюгаты.
8. Особенности таза (экзостозы, опухоли, деформации).
9. Характер и количество выделений из половых путей.

ПОКАЗАНИЯ К АМНИОТОМИИ

- В конце I периода при открытии акушерского зева на 7 см и более.
- Плоский плодный пузырь (вследствие маловодия, неполного предлежания плаценты).
- Многоводие.
- Неполное предлежание плаценты (только при развитии регулярной родовой деятельности!).
- Гипертензионный синдром, нефропатия или патология сердечнососудистой системы.
- Плановая амниотомия при тенденции к перенашиванию и других показаниях для «программированных» родов.

1 Проведение влагалищного исследования может вызвать гипертонус матки вследствие эффекта Фергюсона - повышения выработки окситоцина гипофизом в ответ на растяжение шейки матки и верхней трети влагалища

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ В РОДАХ

1. Эпидуральная анестезия в родах (LII-LIV). Местные анестетики S. Marcaini 30 mg или S. Lidocaini 60 mg вводятся в эпидуральное пространство в болюсном или перманентном режиме до достижения эффекта обезболивания. Продолжительность действия анестетиков при болюсном введении 1,5-2 ч.

2. Наркотические анальгетики: Meperidine (Demerol) - в ряде случаев усиливает родовую деятельность;

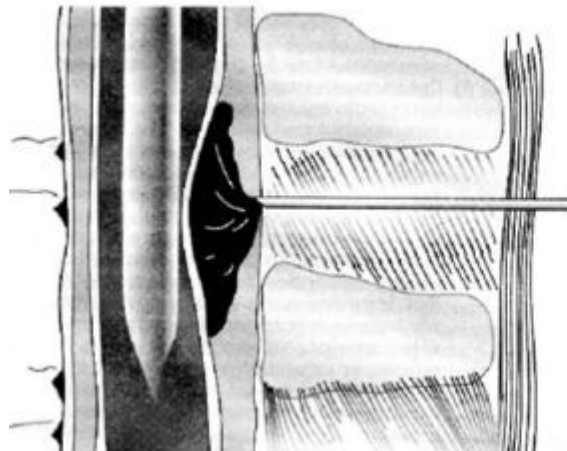
Promedolum - дает более выраженный спазмолитический эффект;
Phentanylum - дает наиболее выраженный анальгетический эффект.

3. Ингаляционная аналгезия (закаись азота и кислород в соотношении 1:1).

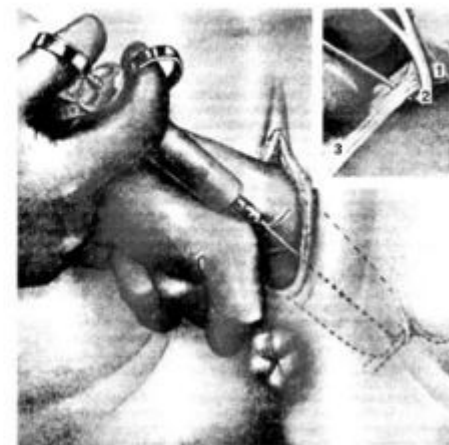
4. Пудендальная анестезия

В проекцию обоих седалищных бугров вводится по 10 мл 1% раствора лидокаина (или 0,5% раствора новокаина).

Эпидуральная анестезия

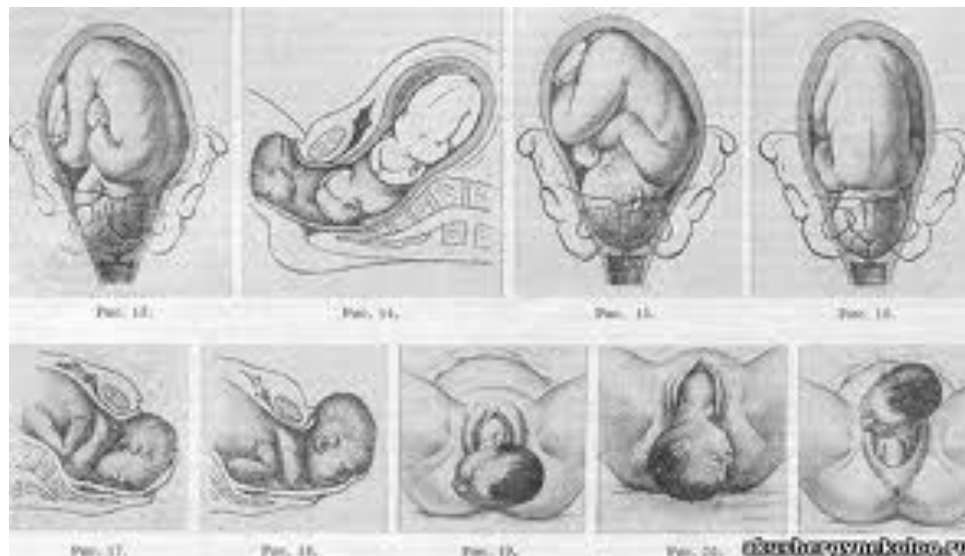


Пудендальная анестезия



ТЕЧЕНИЕ II ПЕРИОДА РОДОВ (ПЕРИОД ИЗГНАНИЯ)

В процессе II периода родов происходит полное открытие маточного зева, продвижение плода по родовому каналу и его рождение. Вступление головки в плоскость входа в малый таз совершается таким образом, что стреловидный шов располагается по срединной линии (по оси таза) - на одинаковом расстоянии от лонного сочленения и мыса. Такое пальпаторное определение схватки возможно при давлении не менее 15 мм рт.ст



ТЕЧЕНИЕ II ПЕРИОДА РОДОВ

Продвижение головки плода в периоде изгнания должно проходить постепенно. Средняя продолжительность II периода составляет 1-2 ч; более 3 ч - отмечается у 10-15% рожениц, а более 5 ч - у 2-3%. Неизбежно возникающая физиологическая гипоксия во время родового акта, особенно во II периоде родов, в норме не достигает уровня, повреждающего основные системы жизнеобеспечения плода и, как правило, не только не вредит плоду, но способствует его последующей адаптации к внеутробной жизни.



ВЕДЕНИЕ II ПЕРИОДА РОДОВ

В периоде изгнания проводят постоянное наблюдение за общим состоянием роженицы, плода и родовыми путями. После каждой потуги обязательно выслушивают сердцебиение плода, так как в этот период чаще возникает острая гипоксия и может наступить внутриутробная гибель плода.



НАРУЖНЫЕ МЕТОДЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАСПОЛОЖЕНИЯ ГОЛОВКИ В ПОЛОСТИ ТАЗА.

1. Прием Пискачека - давление II и III пальцами по краю большой половой губы, параллельно стенкам влагалища.
2. Прием Гентера - давление вне схватки пальцами, расположенными вокруг ануса.

Интерпретация: пальцы достигают головки, если она находится в узкой части малого таза или на тазовом дне.



ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ II ПЕРИОДА РОДОВ

- контроль динамики продвижения головки в полости малого таза;
- профилактика гипоксии плода;
- профилактика кровотечения, возможного в III и раннем послеродовом периоде;
- профилактика травматизма матери и плода (эпизиотомия или перинеотомия, изменение положения роженицы и угла наклона таза).



ПОКАЗАНИЯ К ЭПИЗИОТОМИИ И ПЕРИНЕОТОМИИ

Со стороны плода:

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



1 Внутривенное введение S. Methylergometrini (S. Methylergobrevini) 0,02% - 1 мл в момент прорезывания теменных бугров или после рождения последа.

2 Перинеотомия (медиальная эпизиотомия) - рассечение промежности в направлении от задней спайки к анусу; эпизиотомия (медиолатеральная эпизиотомия) - рассечение промежности от задней спайки по направлению к седалищному бугру.

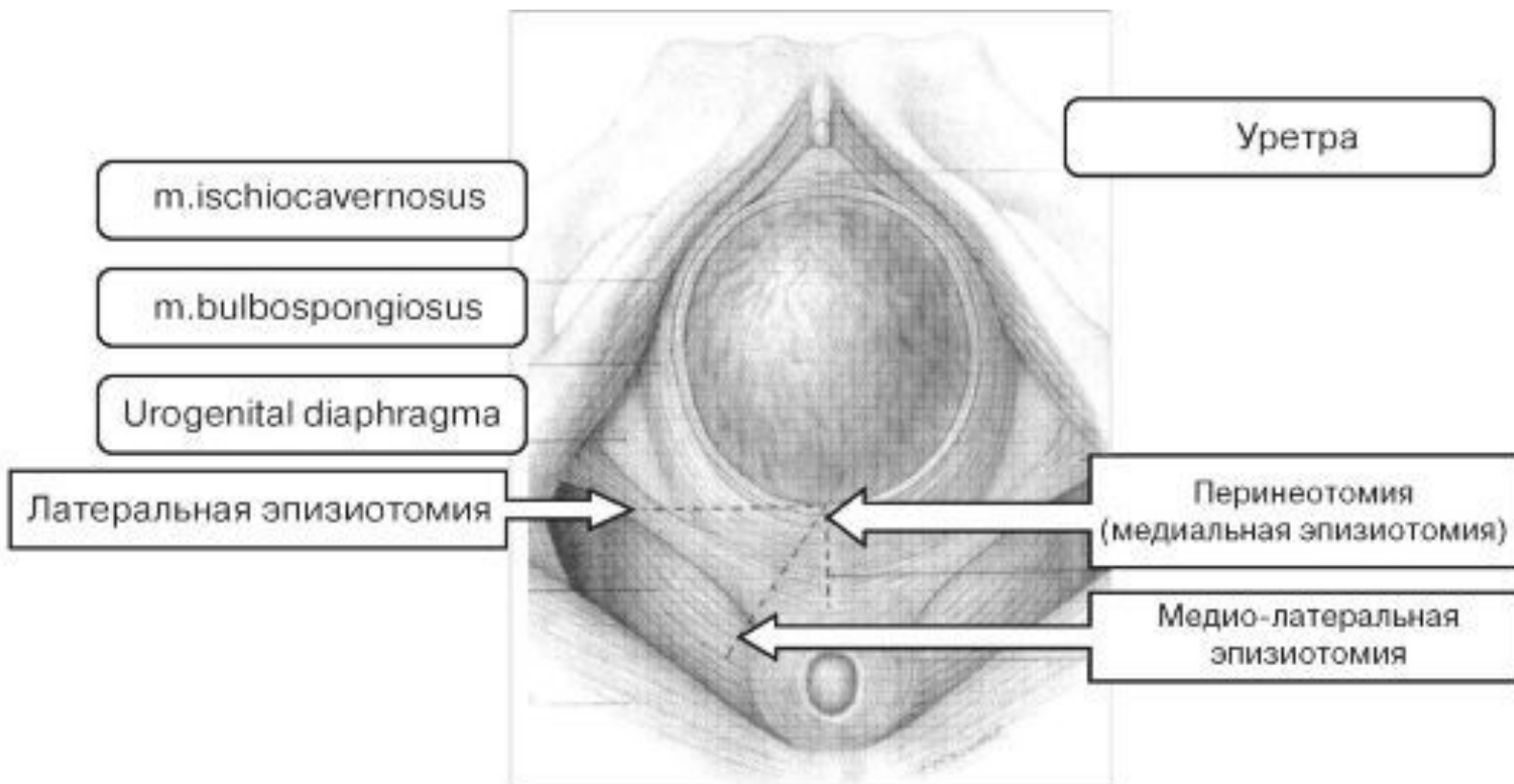
ПОКАЗАНИЯ К ЭПИЗИОТОМИИ И ПЕРИНЕОТОМИИ

Со стороны матери:

- угроза разрыва промежности (высокая промежность, крупный плод и др.);
- гипертензионный синдром;
- миопия высокой степени;
- заболевания сердечно-сосудистой системы;
- наложение акушерских щипцов.



ТЕХНИКА ЭПИЗИО И ПЕРИНЕОТОМИИ

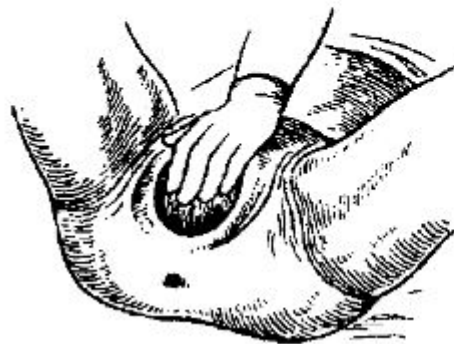


МОМЕНТЫ АКУШЕРСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

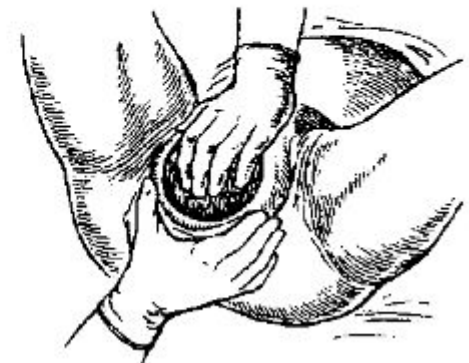
1. Препятствие преждевременному разгибанию головки. Согнутая головка прорезывается наименьшим размером, меньше растягивая промежность. Головку удерживают ладонной поверхностью четырех согнутых пальцев (но не концами пальцев!). Насильственное чрезмерное сгибание головки может привести к травме шейного отдела позвоночника.

2. Выведение головки из половой щели вне потуг. Над прорезывающейся головкой бережно растягивают вульварное кольцо большим и указательными пальцами правой руки.

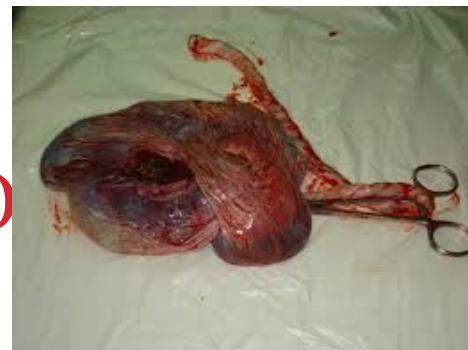
Препятствие
преждевременному
разгибанию головки



Уменьшение
напряжения промежности



ТЕЧЕНИЕ III ПЕРИОДА РОДО (ПОСЛЕДОВЫЙ ПЕРИОД)



После рождения плода внутриматочное давление возрастает до 300 мм рт.ст., что во много раз превышает давление крови в сосудах миометрия и способствует нормальному гемостазу.

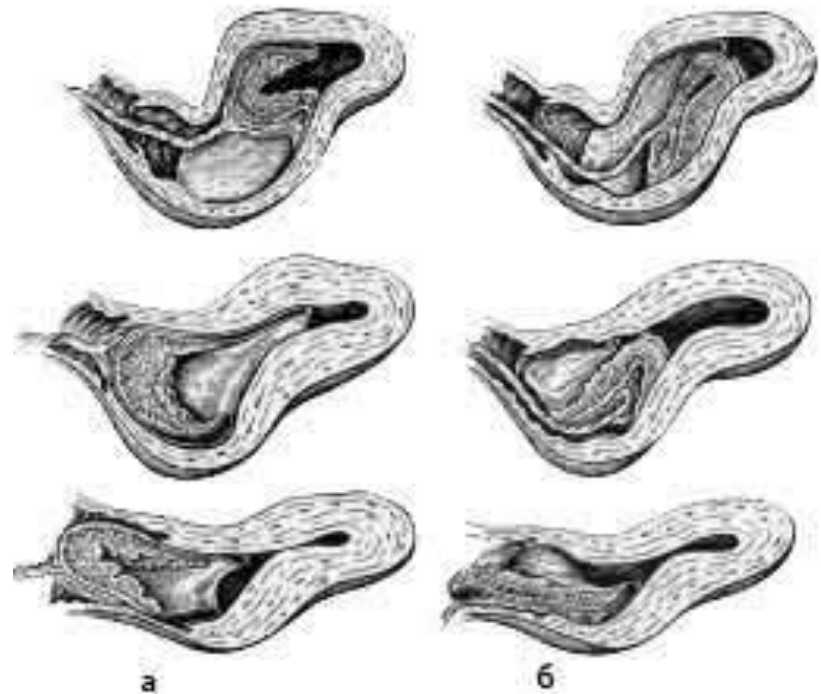
Плацента сжимается, давление в сосудах пуповины повышается до 50-80 мм рт.ст., и если пуповина не пережата, то происходит трансфузия 60-80 мл крови к плоду. Поэтому клеммирование пуповины показано после прекращения ее пульсации.

В течение последующих 2-3 схваток происходит отделение плаценты и выделение последа.

После рождения последа матка становится плотной, округлой, располагается посередине, дно ее находится между пупком и лоном.

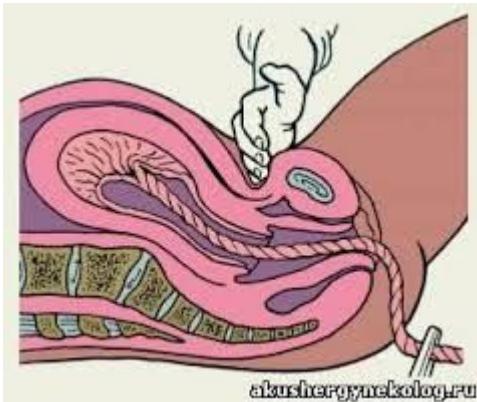
ВАРИАНТЫ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

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



ПРИЗНАКИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

1. Шредера - изменение формы матки в виде песочных часов, увеличение высоты дна матки и смещение вправо (за счет брыжейки тонкой и толстой кишки).
2. Альфельда - лигатура от половой щели опускается на 10 см.
3. Микулича-Кальмана - позыв на потугу.
4. Клейна - удлинение и отсутствие обратного втяжения пуповины после натуживания.
5. Кюстнера-Чукалова (Винкеля) - отсутствие втяжения пуповины при давлении пальцами (или ребром ладони) на надлобковую область
6. Штрассмана - отсутствие кровенаполнения пережатого конца пуповины при натуживании.
7. Довженко - пуповина при глубоком вдохе не втягивается во влагалище.



ВЕДЕНИЕ III ПЕРИОДА РОДОВ

- III период родов ведет врач.
- В последовом периоде нельзя пальпировать матку, чтобы не нарушить естественный ход последовых схваток и правильное отделение плаценты (принцип «руки прочь от последовой матки»).
- В этот период уделяют внимание новорожденному, общему состоянию роженицы и признакам отделения плаценты.



