

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ ФЕДЕРАЛЬНОЕ АГЕНТСТВО
ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ РФ
СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

**ЛЕКЦИЯ ПО АКУШЕРСТВУ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 6
КУРСА ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

**«РАЦИОНАЛЬНОЕ ВЕДЕНИЕ
РОДОВ»**

ДОЦЕНТ: Л.С. ПОПОВА

- **Роды – (partus)** – физиологический акт изгнания из родовых путей матери плода и последа.
- **Своевременные роды – (partus maturus normalis)** – 38-40 недель.
- **Преждевременные роды – (partus praematurus)** – 28-37 недель.
- **ВОЗ** – роды при экстремальной массе не менее 500 г. и сроке гестации 22 недели.
- **Запоздалые роды – (partus seretinus)** – 42 недели и более.

Рациональное родоразрешение -

- благоприятный исход родов для матери и плода, рождение здорового ребенка при условии полного благополучия матери.
- физиологический исход родов готовится на протяжении всего периода гестации.
- формирование будущего благополучия роженицы и новорожденного начинается в условиях поликлинического наблюдения.

Особенности ведения в женской консультации:

- Индивидуальный подход к каждой беременной с учетом типа нервной системы.
- Рациональная подготовка к будущим родам с первого посещения врача («родовая доминанта»); физиопсихопрофилактическая подготовка.
- Определение факторов и степени риска предстоящего родоразрешения:
 - определение сроков профилактической и плановой дородовой госпитализации;
- Группы акушерских осложнений:
 - аномалии родовой деятельности;
 - преждевременные роды;
 - акушерские кровотечения;
 - родовой травматизм.

Физио - психопрофилактическая подготовка :

- Индивидуальные беседы и лекции
- Групповые занятия специальной гимнастикой
- Использование для укрепления здоровья природных факторов (свет, воздух, вода)



Цели физио-профилактики при беременности:

- Повышение сопротивляемости организма
- Адаптация к повышенным требованиям в новых условиях деятельности организма
- Антенатальная охрана плода
- Выработка у женщины сознательного отношения к беременности, восприятия родов как физиологического процесса
- Обучение навыкам поведения в родах.

Предвестники родов

- 1) перемещение центра тяжести тела беременной кпереди («гордая поступь»), плечи и голова отводятся назад.
- 2) «опущение живота» беременной.
- 3) выпячивание пупка.
- 4) снижение массы тела беременной на 1-2 кг (за 2-3 дня до родов).
- 5) понижение двигательной активности плода.

- 6) появление в области крестца и нижней части живота нерегулярных ощущений, сначала **тянущего**, затем **схваткообразного** характера.
- 7) выделение из половых путей густой тягучей слизи (**так называемой слизистой пробки**).
- 8) шейка матки перед родами становится **«зрелой»**.

Патологический предвестниковый

период – утомление роженицы, ввиду отсутствия полноценного сна и отдыха, как следствие, аномалия родовой деятельности, гипоксия плода.

Рациональная тактика – снятие прелиминарной боли: токолитики, спазмолитики, медикаментозный сон, седативные препараты.

«Зрелость» шейки матки определяется в баллах.

признаки	0	1	2
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена, но в области внутреннего зева уплотнена	Мягкая
Длина шейки матки, сглаженность	Больше 2 см	1-2 см	Меньше 1 см или сглажена
Проподимость канала, зева	Наружный зев закрыт, пропускает кончик пальца	Канал шейки проходим для одного пальца, но определяется уплотнение в области внутреннего зева	Больше одного пальца, при сглаженной шейке более 2 см
Положение шейки	Кзади	Кпереди	Срединное

Периоды родов

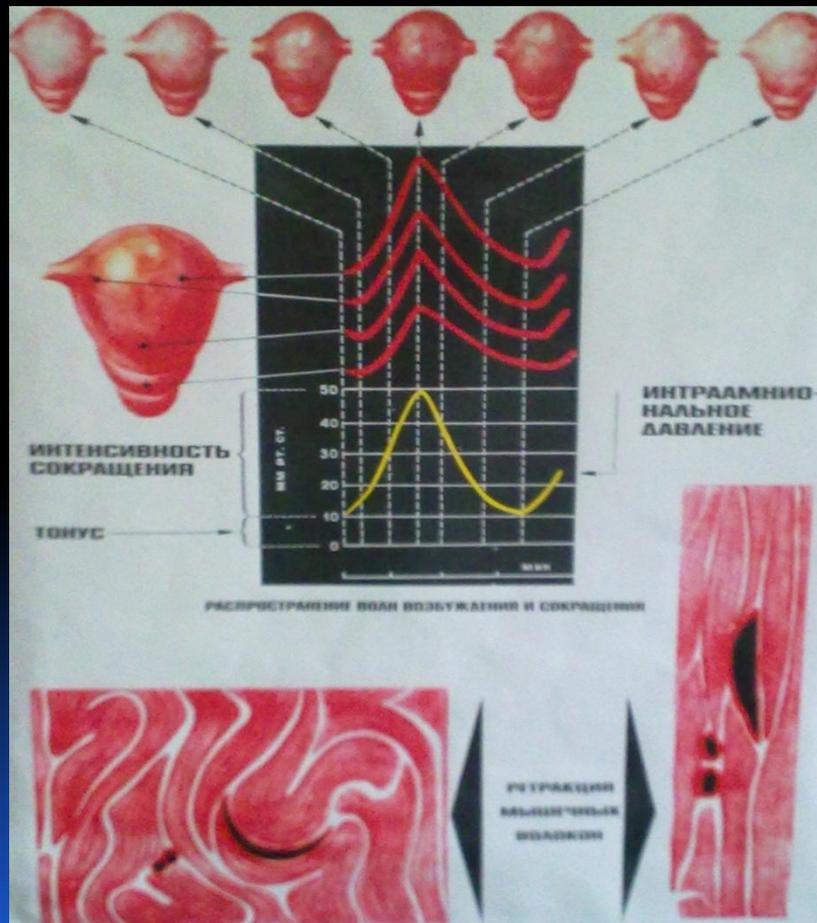
- **Первый период** – раскрытие шейки матки.
- **Второй период** – изгнание плода.
- **Третий период** – последовый.
- Продолжительность физиологических родов у первородящих составляет **12-14 ч**, у повторнородящих – **8-10 ч**.

Первый период – раскрытия шейки матки.

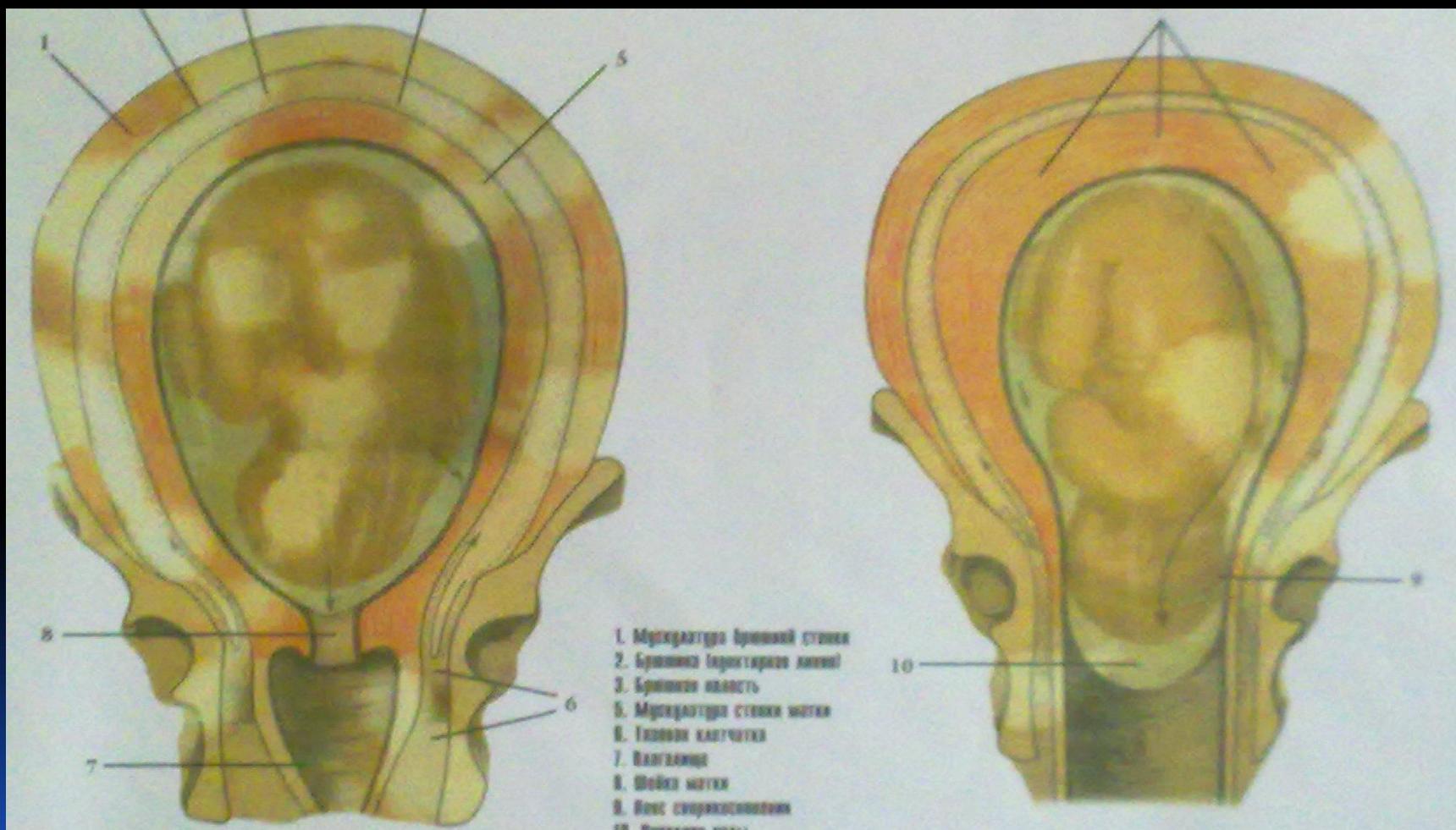
- Начинается с появления регулярных маточных сокращений (схваток) и заканчивается полным раскрытием наружного зева шейки матки. У первородящих продолжительность первого периода родов составляет **8-10 ч**, у повторнородящих **6-8 ч**.

Механизм сократительной деятельности матки во время родов детально изучен в 1960 г. Caldeyro-Barcia и Poseiro.

Тройной нисходящий градиент



Распространение внутриматочного давления



- При головном предлежании по мере продвижения головки плода происходит разделение околоплодных вод **на передние и задние**, так как головка прижимает стенку нижнего сегмента матки к костной основе родового канала. Место охвата головки стенками нижнего сегмента называется **внутренним поясом соприкосновения**, который делит околоплодные воды **на передние**, находящиеся ниже пояса соприкосновения, и **задние** - выше пояса соприкосновения.

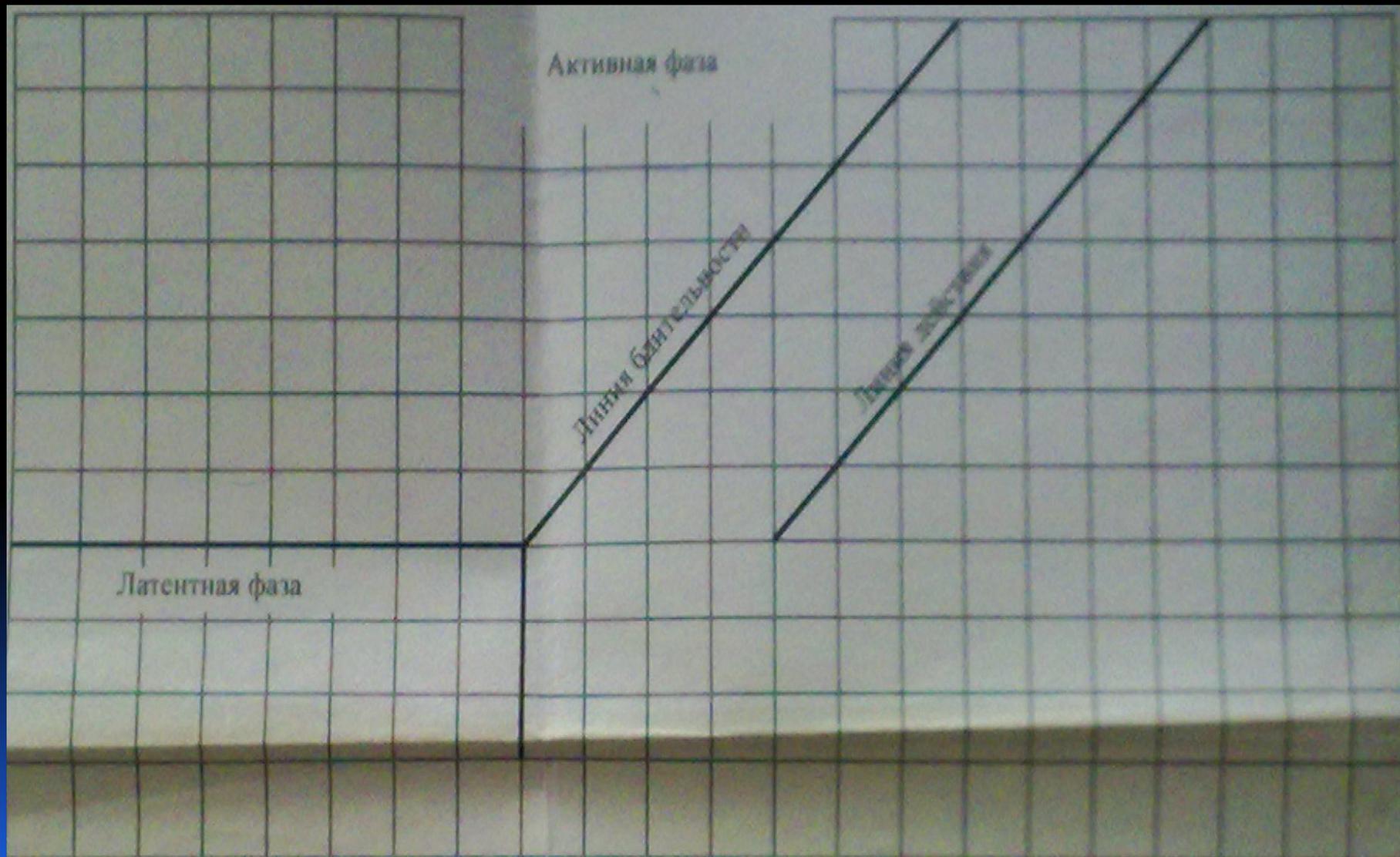
Рациональное ведение

роженицы :

- Партограмма
- Учет скорости и характера родовой деятельности (- латентная фаза – 2-3 см в час
- активная фаза – 3-4 см в час)
- Контроль и действия с учетом особенностей типа нервной системы роженицы (седативные, поэтапное обезболивание)
- Контроль за состоянием плода
 - регулярная аускультация
 - КТГ
 - контроль за целостностью околоплодных вод, временем и характером их отхождения

- 
- Раскрытие шейки складывается из двух фаз: латентной и активной.
 - **Латентная фаза** до раскрытия шейки на 6 см.
 - **Активная фаза** с 6 см до 12 см.

Партограмма



РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ

У ПЕРВОРОДЯЩИХ

У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ



НАЧАЛО СГЛАЖИВАНИЯ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЧАСТИ ШЕЙКИ



СГЛАЖИВАНИЕ ШЕЙКИ И НАЧАЛО ЕЕ РАСКРЫТИЯ



ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ



УКОРОЧЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ И ЕЕ РАСКРЫТИЕ



ПРОЦЕСС СГЛАЖИВАНИЯ И РАСКРЫТИЯ



ДАЛЬНЕЙШЕЕ РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ

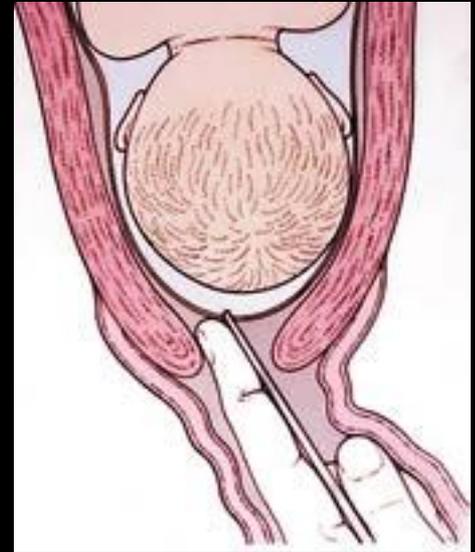
- Раскрытие шейки матки считается полным, когда зев раскрывается **до 10-12 см**. Одновременно с раскрытием шейки матки в I периоде, как правило, начинается продвижение предлежащей части плода через родовой канал. Головка плода начинает опускаться в полость таза с началом схваток, находясь к моменту полного раскрытия шейки чаще всего большим сегментом во входе в малый таз или в полости таза.

- 
- После полного или почти полного раскрытия шейки матки оболочка плодного пузыря под влиянием повышенного внутриматочного давления разрывается и передние воды изливаются (своевременное излитие околоплодных вод).
 - Если плодные оболочки при полном раскрытии зева не разрываются, их необходимо вскрыть.

амниотомия

Показания:

- плоский плодный пузырь
- вялый плодный пузырь
- гипертензия в родах
- гестоз с гипертензивным синдромом
- роды на пороке сердца
- полное или близкое к полному раскрытие шейки матки



Рациональное ведение первого периода родов:

- Введение спазмолитиков при наличии структурных изменений в шейке матки не ранее, чем через 3-4 часа от момента начала родовой деятельности
- Обезболивание при раскрытии шейки матки не менее, чем на 4-5 см (начало кульминации болей)
- Своевременная и обоснованная амниотомия



После 10 часов с момента начала схваток, при отсутствии уверенности завершения родов в течении ближайших 2-3 часов – показано предоставление короткого (2-2.5 часа) сна- отдыха для восстановления энергетических запасов миометрия- профилактика вторичной слабости.

Второй период-изгнания

- Период изгнания продолжается у первородящих **от 1 до 2 ч**, у повторнородящих **от 5-10 мин до 1 ч**.
- К сокращению матки присоединяется сокращение брюшного пресса, диафрагмы и мышц тазового дна, что характеризует развитие потуг. Потуги являются рефлекторным актом и возникают благодаря давлению предлежащей части плода на нервные окончания, заложенные в шейке матки и в мышцах тазового дна.

- Рефлекторно возникающие при этом сокращения брюшного пресса усиливают позывы роженицы на потуги, которые повторяются все чаще и чаще- через каждые **5-4-3 мин.**
- Предлежащая часть плода при этом растягивает половую щель и рождается, за ней рождается туловище. Вместе с рождением плода изливаются задние воды.
- После рождения плода начинается третий, последний период родов- последовый.

Рациональное ведение второго периода:

- Строгий контроль времени, начала и характера потуг
- Управление эффективностью потужной деятельности роженицы (роль занятий в ж.к.)
- Выслушивание сердцебиение плода после потуг
- Контроль за продолжительностью потужного периода (первородящая до 2-х часов, повторнородящая- до 1 часа)
- Умелое и правильное оказание пособия в родах
- Своевременное на фоне местного обезболивания рассечение промежности (эпизиотомия, перинеотомия)
- Помнить о возможности глубоких разрывов влагалища
- Своевременная, в момент прорезывания головки, профилактика кровотечения (метилэргометрин 1.0 или окситоцина 1.0 на 20 мл 5% р-ра глюкозы)

Третий период - последовый

- Это время от рождения плода до рождения последа. В этот период происходят отслойка плаценты и оболочек от подлежащей маточной стенки и рождение последа (плацента с оболочками и пуповиной).
- Последовый период продолжается от 5 до 30 мин.

« руки прочь от матки »

- Появляющиеся вскоре выраженные ритмические сокращения матки называются **последовыми схватками**.
- Вариантом отслойки и рождения последа является краевое отделение плаценты, которое называется выделением последа по Дункану.
- Вторым вариантом является образование ретроплацентарной гематомы – отслоение плаценты с центра по Шульцу.
- Допустимый объем кровопотери – не более 0,5% от исходной массы беременной.

Отделение плаценты



КРАЕВОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ ПУПОВИНЫ
ДОБАВОЧНАЯ ДОЛЯ ПЛАЦЕНТЫ

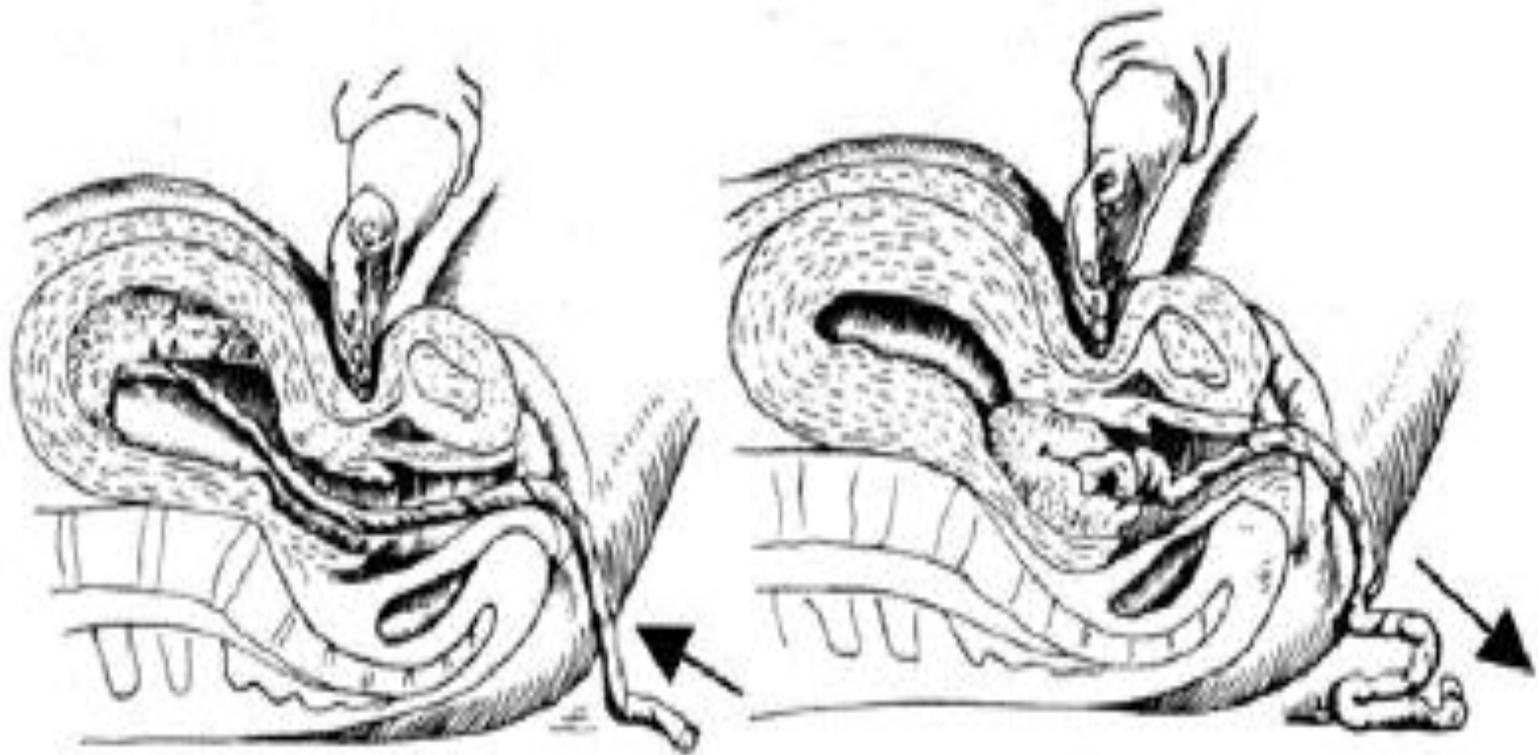


ОБОЛОЧНОЕ ПРИКРЕПЛЕНИЕ
ПУПОВИНЫ



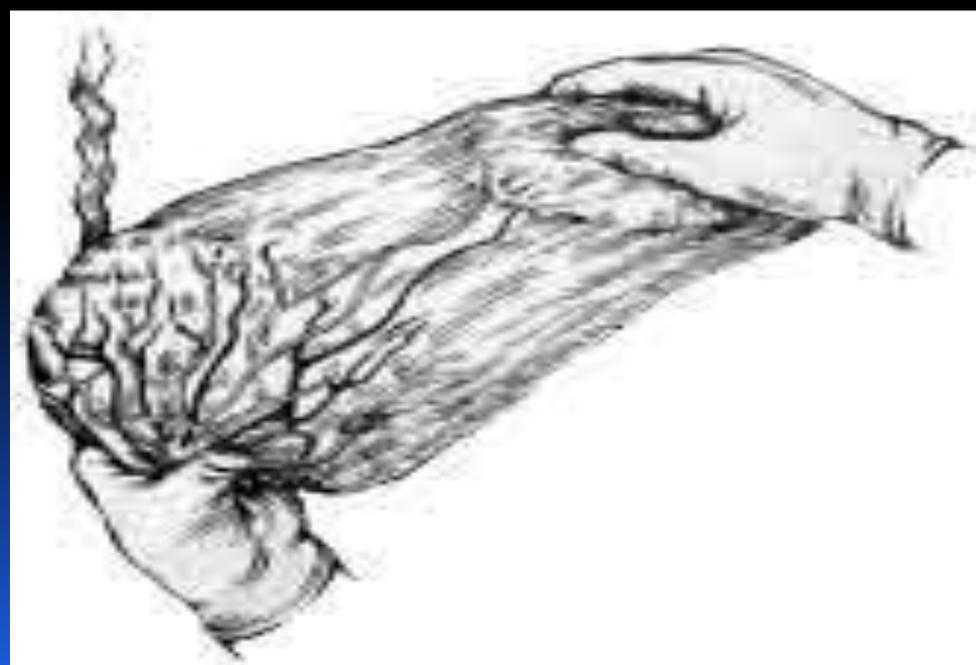
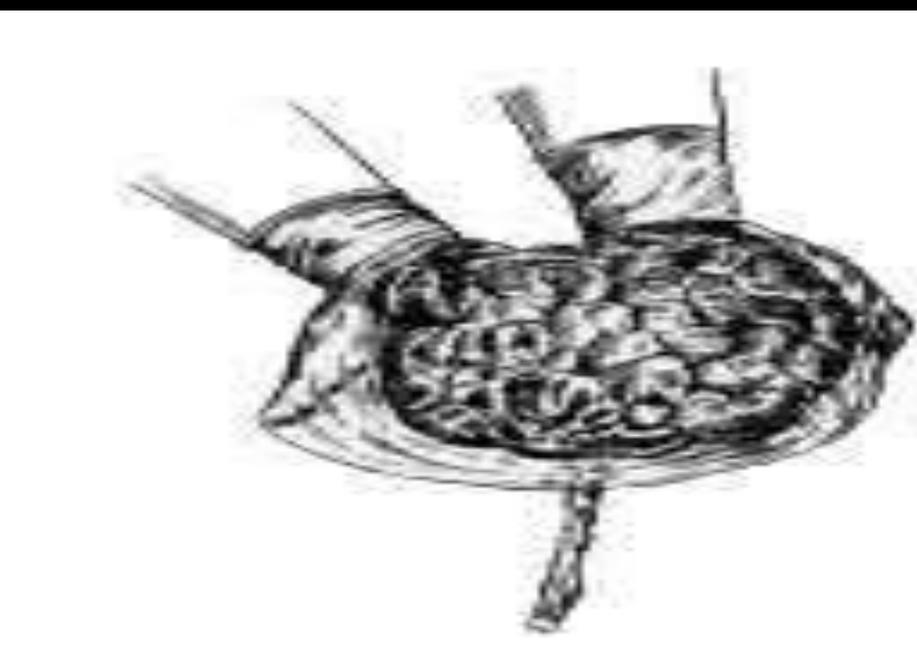
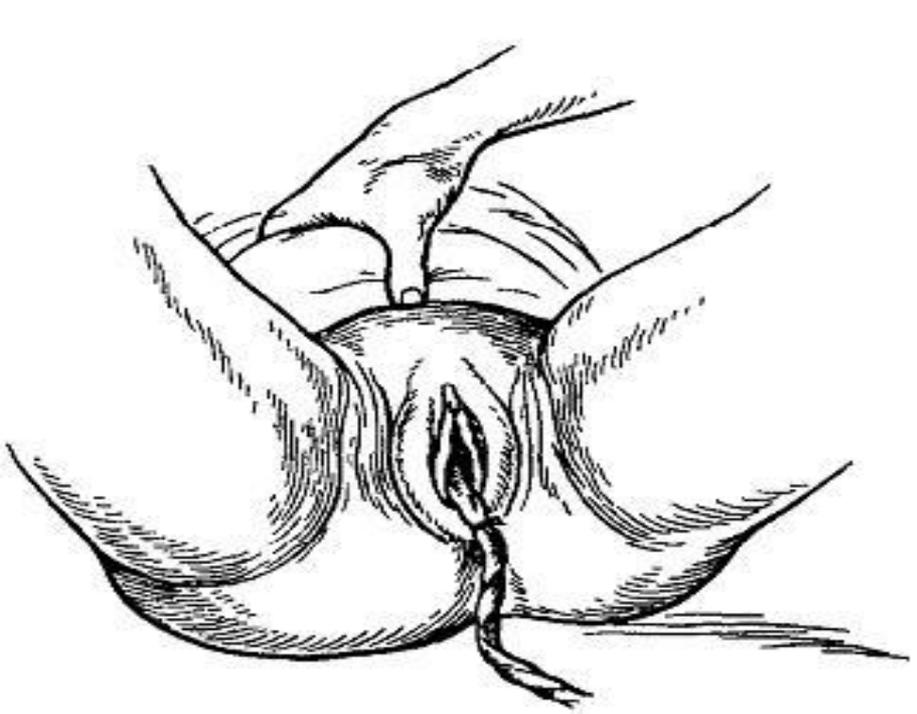
Признаки отделения плаценты:

- признак Кюстнера – при надавливании краем кисти над лоном, свисающая из половой щели пуповина втягивается во влагалище, если плацента не отделена; она остается неподвижной, если плацента отделилась;
- признак Клейна – предлагают роженице натужиться: по прекращении натуживания пуповина остается на месте, если плацента отделилась; она уходит внутрь, если еще не отделилась;
- признак Микулича-Радецкого – после отделения плаценты, роженица ощущает позыв на низ;



Способы выделения последа при условии отсутствия его самостоятельного рождения:

- способ Абдуладзе: переднюю брюшную стенку захватывают обеими руками в складку, предлагают роженице потужиться;
- способ Гентера: врач становится сбоку от роженицы, лицом к её ногам; руки, сжатые в кулак, кладутся тыльной поверхностью основных фаланг на дно матки в области трубных углов наискось; собственно выжимание: вначале слабо, затем усиливая надавливания на матку в направлении книзу и кнутри;
- способ Креде-Лазаревича: медленный круговой массаж матки двумя-тремя пальцами; матку обхватывают рукой и собственно выжимание книзу и кзади, по направлению крестцовой впадины.



Рациональная тактика при нарушении процесса отделения плаценты:

- При частичном плотном прикреплении- только ручное отделение плаценты и выделение последа
 - кратковременный в/в наркоз
- При приращении – перевоз в операционную и лапаротомия с последующим удалением матки

При нарушениях в родах следует

помнить:

- При слабой родовой деятельности:
 - родостимуляцию при утомлении роженицы проводить нельзя;
 - необходимо предоставить медикаментозный кратковременный сон;
 - родовозбуждение проводить желательно простагландинами и сочетанно с окситоцином (подход индивидуальный);
- При несвоевременном излитии вод:
 - безводный промежуток не должен превышать 12 часов (риск инфицирования 50-60%; более 12 часов – риск инфицирования до 100%)

Обязательные влагалищные исследования:

- При первом осмотре
- При отхождении околоплодных вод
- С началом потужной деятельности

Дополнительные влагалищные исследования проводят по строгим показаниям с указанием времени и обоснованием.

После каждого влагалищного исследования – полный диагноз с вытекающим заключением – залог грамотных и тактически верных действий врача.



При возникновении малейших отклонений от нормального течения родов, вопрос об абдоминальном родоразрешении должен быть решен как можно раньше!

Спасибо за внимание...

