

## **РОДЫ: ПРИЧИНЫ НАСТУПЛЕНИЯ РОДОВ. ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ РОДОВ ПО ПЕРИОДАМ. ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО.**

**Родами** называется сложный биологический процесс , задачей которого является изгнание плодного яйца из матки через естественные родовые пути после достижения плодом зрелости . Теория и причины родов до настоящего времени окончательно не известны . Различные вещества влияют на развитие родовой деятельности .

*Окситоцин* вызывает роды , поэтому эндогенный окситоцин возможно вызывает роды , но его уровень во время беременности фиксирован и повышается во II периоде родов . *Кортизол* – у адреналэктомированных и гипофизэктомированных животных , а также при перевязке портальной системы гипофиза у плодов происходит удлинение беременности . Введение кортизола беременным баранам вызывает роды , введение АКТГ в плод овцы – вызывает преждевременные роды . У человека наблюдается удлинение (продолгование ) беременности до 42-45 недель при анэнцефалии плода – нет гипофиза и гипоталамуса и роды не наступают . Недостаточность *прогестерона (P)* (снижение ) способствует удалению содержимого матки у беременных крольчих . У человека не отмечено снижение прогестерона при преждевременных родах . Вероятно , снижение P в плаценте наблюдается прямо перед началом родов , что способствует синтезу простагландинов . *Простагландины* – триггеры родов , назначение простагландинов вагинально вызывает сокращение матки . Простагландины выделяются при манипуляции с шейкой матки и разрыве плодного пузыря , абсолютный прекурсор выработки простагландинов – *decidua vera*. Происходит увеличение арахидоновой кислоты в амниотической жидкости . Эстерифицированная форма арахидоновой кислоты , высвобождающаяся из фетальных оболочек активируется фосфолипазой (за счет снижения прогестерона ) , высвобожденная арахидоновая кислота под влиянием простагландин - синтетазы превращается в простагландины .

Под действием простагландинов происходит подготовка шейки матки к родам : - размягчение , - укорочение , - проходимость канала шейки матки , - расположение шейки в центре полости таза , - истончение нижнего сегмента матки до 0,5 см .

Беременность считается доношенной , а роды срочными от 38 до 42 недель гестации (266-280-294 дней ) при условии отсутствия признаков переношенности плода (в 41-42 недели ) при минимальной массе для доношенного ребенка 2500 г и росте 47 см . Наступлению родов предшествует появление так называемых предвестников родов .

***Предвестники родов*** – это признаки близкого наступления родов , появляются за 7-10 дней до родов и проявляются опущением дна матки вследствие прижатия предлежащей части плода ко входу в малый таз и уменьшения объема околоплодных вод за счет физиологического маловодия , отхождением «слизистой пробки », отсутствием увеличения массы тела беременной , повышением тонуса матки (горделивая походка беременной ). Происходит образование пояса соприкосновения между предлежащей головкой плода и нижним сегментом матки , околоплодные воды при этом делятся на передние и задние . За 12 часов до родов (в среднем 6 часов ) развивается ***прелиминарный период*** , который непосредственно предшествует началу родовой деятельности . Протекает для беременной почти незаметно : отмечаются нерегулярные безболезненные сокращения матки , которые постепенно становятся более сильными и продолжительными и наконец переходят в схватки .

Прелиминарный период соответствует времени формирования родовой доминанты , сопровождается биологическим «дозреванием » шейки матки . В норме прелиминарный период не вызывает нарушения у женщины процессов сна и бодрствования , безболезненный .

При патологическом прелиминарном периоде : болезненные , нерегулярные сокращения матки приводят к нарушению сна , усталости беременной и развитию аномалий родовой деятельности .

**Родовой акт** делится на три периода , длится в среднем около 18 часов :

I период – период раскрытия шейки матки , II период – период изгнания плода , III период – последовый период .

**I ПЕРИОД РОДОВ** – это та часть родового акта , которая начинается с появления регулярных схваток и заканчивается полным раскрытием шейки матки.

**Схватки** – это произвольные ритмичные сокращения мышц матки .

Регулярная родовая деятельность считается тогда , когда схватки через 10-15 мин , продолжительностью (min) 30-35 сек . Схватки характеризуются продолжительностью (от минимальной 30-35 сек в начале I периода до 90 сек во II периоде родов ) , силой  $P = 20-50$  мм рт . ст . , частотой (от интервала 10-15 мин до 2-3 мин в конце II периода ) и болезненностью : боль при сокращениях объясняется : 1. Гипоксией сокращенного эндометрия .

2. Сжатием нервных ганглиев шейки матки и нижнего сегмента матки .

3. Расширением шейки матки при ее дилатации .

4. Растяжением брюшины , покрывающей тело матки .

**В I периоде родов схватки имеют:** фаза замедления, фаза максимального подъема, фаза расслабления. При этом происходит раскрытие шейки матки и продвижение головки плода

Сокращения в матке распространяются от правого трубного угла (водитель ритма ) , на дно и левый трубный угол , тело матки и нижний сегмент (тройной нисходящий градиент ) . В мышце матки происходят процессы : ретракции, контракции , дистракции : растяжение шейки матки и нижнего сегмента .

Помимо раскрытия шейки матки , обусловленного сократительной деятельностью матки , передние околоплодные воды во время схватки направляются в нижний полюс плодного пузыря и выпячивают его в виде клина («гидравлического») по направлению к шейке матки , происходит процесс сглаживания шейки матки и ее раскрытия . Эти процессы имеют свои особенности у I-родящей и II-родящей женщины .

I-родящая – сначала сглаживание , а затем раскрытие ,

II-родящая – одновременно сглаживание и раскрытие .

В I периоде выделяют фазы : латентная и активная фазы (схема № 1). Темп раскрытия шейки матки : у I-родящих и II-родящих женщин .

I - 1,1-1,3 см (1 см /час . в среднем )

II – 1,5-1,8 см (2 см /час . в среднем )

Общая продолжительность I периода – 8-16 часов . У I-родящих – 12 ч ., у II-родящих на 1/2 меньше (7 ч .).

### **Ведение I периода родов .**

1. Анамнез (акушерский , гинекологический ) .
2. Наружный акушерский осмотр .
3. Влагалищный осмотр при поступлении и каждые 6 часов при нормальном течении родов (вид , позиция , предлежание ) .
4. Выслушивание сердцебиения , АД , пульс , состояние женщины , характер выделений из половых путей , характер продвижения передней части плода .
5. Высота стояния физиологического контракционного кольца , характер родовой деятельности .
6. Все это врач проводит каждые 4 часа (осмотр в предродовой ) , с записью в партограмме .

Акушерка . Наблюдение в течение всего родового акта : состояние женщины , характер родовой деятельности . Каждый час – АД , пульс , каждые 30 мин – сердцебиение плода , характер выделений из половых путей . Изменения в состоянии женщины и плода - вызов врача . Показания для внеочередного влагалищного осмотра :

1. Изменение (ухудшение ) состояния роженицы (повышение АД , судороги , нарушение зрения , головная боль , боль в животе ) .
2. Изменения (нарушения ) характера родовой деятельности .
3. Ухудшение внутриутробного состояния плода (сердцебиение 100 или 180), дистресс плода – мониторинговое наблюдение .
4. Кровянистые выделения из половых путей .

5. Предполагается назначение наркотических анальгетиков (не менее , чем за 2 часа до родов ).

В течении родового акта для предотвращения гемоконцентрации рекомендуется внутривенная инфузия 0,5-1,0 литра солевого раствора , обеспечивает быстрый доступ к вене в ургентной ситуации , важно при проведении анестезии , профилактика снижения АД .

Рекомендуется мало есть во время родов (профилактика рвоты ) , назначение антацидов – при поступлении и через 3 часа после поступления .

## ***II ПЕРИОД РОДОВ .***

После полного раскрытия маточного зева (10-12 см ) в норме происходит излитие околоплодных вод . Контракционное кольцо располагается на 10 см выше лона (середина между лоном и пупком ) – признак Шатца -

Унтербергера . После излития вод родовая деятельность замедляется .20 мин

, матка адаптируется к новым условиям . Начинается период изгнания , который заканчивается рождением плода . Характерным для II периода родов является появление потуг – синхронных с маткой произвольных (рефлекторных ) сокращений мышц брюшного пресса , диафрагмы и тазового дна .

Потуги продолжаются от 50 до 90 секунд с интервалом 2-3 минуты .

Продолжительность II периода у I-родящих до 2 часов (50 мин ) , у II-родящих до 50 мин (20 мин ) . Учитывая , что ширина лонного сочленения 2 см , темп продвижения головки плода по родовым путям у I-родящей – 1 см /час , у II-родящей – 2 см /час . В процессе родового акта головка плода постепенно опускается в полость таза и изменяет свое положение относительно плоскостей таза , которые мы определяем 3 и 4 приемами наружного и влагалищным исследованиями :

1. Головка над входом или прижата ко входу в малый таз : р.в. таз свободен , определяется безымянная линия , мыс и лонное сочленение , стреловидный шов находится в поперечном размере плоскости входа в малый таз , большой родничек и малый на одном уровне .

2. Головка малым сегментом во входе в малый таз = головка неподвижна , наибольший ее сегмент расположен выше плоскости входа . При влагалищном исследовании к мысу можно подойти , таз – свободен , стреловидный шов – в слегка косом размере .
3. Головка большим сегментом во входе в малый таз = головка большей своей окружностью находится в плоскости входа в малый таз , определяются *pr. mostoideus*, шейная борозда на 1 поперечный палец над лоном . Головка при *p.v.* = верхнюю треть лона , мыс достигается согнутым пальцем , малый родничек ниже большого , стреловидный шов в косом размере таза .
4. Головка в широкой части полости таза , занимает 2/3 лона , I, II, III крестцовые позвонки , определяются седалищные ости , стреловидный шов в косом размере .
5. Головка в узкой части полости таза - сверху головка не определяется , головка плода заполняет все лоно , весь крестец до крестцово - копчикового сочленения , стреловидный шов в косом , но уже близко к прямому .
6. Головка в выходе из малого таза – все заполнено головкой , ости не достигаются , стреловидный шов в прямом размере . 95% родов идет в переднем виде затылочного предлежания . Совокупность движений , которые совершает плод в процессе продвижения по родовым путям , называется биомеханизмом родов .

### **Биомеханизм родов .**

1. Плод идет своим малым косым размером от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка –  $d=9,5$  см , окр . – 32 см .
2. Проводная точка – малый родничек .
3. I момент – сгибание .  
II момент – внутренний поворот головки с правильной ротацией затылком к симфизу ,  
III момент – образование I точки фиксации – подзатылочная ямка (у плода ) и нижний край симфиза у женщины ,  
IV момент – разгибание головки вокруг точки фиксации и ее рождение ,

V момент – наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков ,  
VI момент - образование 2-ой точки фиксации – переднее плечико плода  
(верхняя треть ) и нижний край симфиза у матери ,

VII момент – боковое сгибание туловища вокруг 2-ой точки фиксации ,  
рождение заднего плечика , затем переднего и всего туловища .

**Ведение II периода родов :** тужиться можно разрешать только когда головка  
опустилась в полость таза , т .к . давление на головку со стороны костного  
канала .10 кг (риск травмы , головка не сконфигурирована ), риск  
кровоизлияний в головной и спинной мозг . Клинические признаки того , что  
головка опустилась на тазовое дно :

1. Головка не определяется под лоном при использовании акушерских приемов .
2. Положительный симптом Пискачека (через большую половую губу .1 фаланга определяет предлежащую головку ) .
3. При потуге зияет половая щель и анус .

С появлением этих клинических признаков женщина переводится в родовой зал . Во II периоде родов : оценивают состояние женщины (АД , пульс , самочувствие ) и мониторинг состояния плода после каждой потуги (сердцебиение – т .к . это самый ответственный период ) или через каждые 3 минуты , т .к . 30-50% плодов с фетальным дистресс синдромом и умирающих в течение родов не показывают предшествующих признаков страдания . Головка плода сначала врезывается – появляется во время потуги и исчезает во влагалище после ее прекращения , затем образуется I точка фиксации (по биомеханизму родов ) и головка прорезывается , т .е . не исчезает во влагалище вне потуги . С этого момента начинают оказывать акушерское пособие . Акушерскими пособиями в родах при головном предлежании называется совокупность последовательных манипуляций в конце II периода родов , направленных на содействие физиологическому механизму родов и предупреждение травматизма матери .

. Акушерка должна надеть стерильные халат , маску , шапочку , руки обработать как для полостной операции и надеть стерильные перчатки ;  
. наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер женщины тщательно обрабатывают дезинфицирующим раствором , осушают стерильным ватным тампоном (последовательность : лобок , бедра , вульва , анус ) , обрабатывают антисептиком (иодонат ). Задний проход прикрывают салфеткой или пеленкой .

Женщина лежит на спине , головной конец приподнят , ноги согнуты , разведены и упираются в кровать , руки женщины находятся на поручнях , что облегчает потуги . Акушерское пособие может оказываться в положении женщины на боку с разведенными бедрами . Прием родов в затылочном предлежании осуществляет акушерка . Врач в течение всего периода изгнания следит за сердцебиением плода , родовой деятельностью . Он делает назначения медикаментозных средств , выполняет оперативные вмешательства (эпизио - и перинеотомия ). Все патологические роды , в том числе при тазовых предлежаниях принимает врач , он производит наложение акушерских щипцов , вакуум -экстракцию плода и др . К оказанию акушерского пособия приступают с момента прорезывания головки , т . е . когда головка по окончании потуги не уходит обратно в половую щель .

*Акушерское пособие* включает пять моментов :

1. Первый момент акушерского пособия заключается в предупреждении преждевременного разгибания головки . Это необходимо для того , чтобы головка рождалась в согнутом положении , своей наименьшей окружностью (32 см ) , проходящей по малому косому размеру (9,5 см ). Для осуществления 1 момента акушерка кладет ладонь левой руки на лобок так , чтобы ладонные поверхности сомкнутых пальцев располагались на головке плода и препятствовали ее разгибанию
2. Искусственный заем тканей из зоны меньшего натяжения в большее – бережно растягивают ткани вульвы правой рукой (снимают ) с головки и

направляют ткани в сторону промежности (задней стенки ) для уменьшения ее напряжения .

3. Третий момент акушерского пособия – регулирование потуг – цель : обеспечить медленное продвижение головки по родовым путям , чтобы последние успели адаптироваться к размерам рождающейся головки . Если этого не будет , произойдет разрыв тканей промежности .

1, 2 и 3 моменты пособия осуществляют до тех пор , пока головка не приблизится теменными буграми к половой щели .

4. Четвертый момент акушерского пособия – выведение головки плода вне потуги . Женщину просят не тужиться , предлагают глубоко и часто дышать открытым ртом . При таком дыхании тужиться невозможно . В этот момент акушерка осторожно снимает правой рукой ткани промежности с личика плода кзади и левой рукой медленно разгибает головку , если возникнет необходимость в потуге , женщину просят потужиться . Далее акушерка ждет , когда во время потуги произойдет наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков и затем приступает к оказанию пятого момента акушерского пособия .

5. Пятый момент акушерского пособия – выведение плечиков и туловища . Головку плода захватывают обеими руками и слегка оттягивают кзади до появления под лоном верхней трети переднего плечика (точка фиксации ) . После этого левой рукой захватывают головку так , чтобы ладонь находилась на задней щеке плода , приподнимая головку кпереди , правой рукой осторожно сдвигают промежность с заднего плечика , рождается заднее плечико . Затем плод захватывают сзади за аксиллярные ямки и выводят туловище в направлении по оси родового канала на живот матери .

После рождения плода начинается III период (последовый ) родов , который заканчивается рождением последа : плаценты с оболочкой и пуповиной (secundina). Плацента не обладает способностью сокращаться , а плацентарная площадка вместе со всей маткой с началом последовых схваток начинает сокращаться и значительно уменьшается в размерах . Это приводит

к нарушению связи между плацентой и стенкой матки . Плацента может отделяться двумя способами :

1. От центра – образуется ретроплацентарная гематома , которая способствует дальнейшему отделению плаценты . Этот способ получил название центрального (по Шульце ). При центральном отделении плаценты наружного кровотечения нет , и ретроплацентарная гематома рождается вместе с последом , плодовыми оболочками вывернутыми наружу , а материнской во внутрь .

2. Если отделение плаценты начинается с края (по Дункан ), то ретроплацентарная гематома не образуется , а с каждой схваткой увеличивается площадь отслойки плаценты . При краевом отделении с самого начала появляются кровянистые выделения из половых путей и послед рождается материнской поверхностью наружу .

Последовый период продолжается в среднем 10-15 мин , при отсутствии кровотечения можно ждать до 30 мин . Кровопотеря в третьем периоде составляет в среднем 250 мл , максимально допустимая кровопотеря до 400 мл , что составляет 0,5% от массы тела женщины . В отдельных случаях может произойти задержка отделившегося последа в матке . Поэтому необходимо знать признаки , указывающие на то , что плацента отделилась от матки и находится в шейке или во влагалище .

#### **Признаки отделения плаценты :**

1. Признак Шредера – матка после рождения плода находится на уровне пупка , отклоняется вправо и вверх .

2. Признак Альфельда – плацента опускается в нижний сегмент или влагалище и удлиняется пуповина .

3. Признак Кюстнера -Чукалова – не связана с маткой и не втягивается в родовые пути при надавливании ребром ладони над лоном .

4. Признак Довженко – втягивание пуповины при глубоком дыхании .

5. Признак Штрассмана – колебательное движение крови в плаценте при покалывании по матке при неотделившейся плаценте передаются в пуповину .

6. Признак Клейна - при натуживании или надавливании на дно матки пуповина выходит и не возвращается обратно в половую щель при прекращении давления .

Для того , чтобы определить , что плацента отделилась , достаточно использовать 2-3 признака . Если плацента отделилась , то сразу же приступают к ее выделению . Прежде чем выделить послед , необходимо опорожнить мочевой пузырь , затем предлагают женщине потужиться . Под действием брюшного давления отделившаяся плацента обычно легко рождается . Если этот способ оказался безуспешным , то прибегают к выделению последа наружными приемами .

#### **Способы выделения отделившегося последа :**

1. Способ Абуладзе – производят бережный массаж матки , чтобы она сократилась . Затем обеими руками захватывают брюшную стенку в продольную складку и предлагают женщине потужиться . Отделившийся послед при этом легко рождается благодаря значительному повышению внутрибрюшинного давления .

2. Способ Гентера – дно матки выводят на среднюю линию , врач становится сбоку от роженицы лицом к ее ногам , кисти рук сжаты в кулаки , кладут тыльными поверхностями основных фаланг на дно матки в области трубных углов и постепенно надавливают на дно матки в направлении книзу и кнутри . При этом способе выделения последа женщина не должна тужиться .

3. Способ Креде -Лазаревича – как наиболее травматичный и болезненный , к нему прибегают после безуспешного проведения первых двух способов .

Техника выполнения следующая : матку выводят в среднее положение , легким массажем стараются заставить ее сократиться и затем дно матки охватывают рукой так , чтобы большой палец находился на передней стенке

матки , ладонь в дне , оставшиеся 4 пальца по задней поверхности матки .  
После этого производят выжимание последа . Послед обычно рождается целиком , но иногда оболочки задерживаются в матке . В этом случае родившуюся плаценту берут в руки и медленно вращают в одном направлении . При этом происходит скручивание оболочек , что способствует их отслоению от стенок матки и выведению наружу без обрыва . Существует другой способ (сп . Гентера ) , после рождения последа роженице предлагают опереться на ступни и поднять таз . При этом плацента свисает вниз и своей тяжестью способствует отслоению и выведению оболочек .

После рождения плаценты начинается ранний послеродовой период , который длится 24 часа . Послед после рождения осматривают (целость оболочек и материнской поверхности ) , тщательно осматривают края плаценты , затем осматривают оболочки – для этого переворачивают послед плодовой оболочкой , обращая внимание на целостность сосудов , т .к . наличие добавочных сосудов говорит о добавочной дольке , которая осталась в полости матки . В этом случае необходимо произвести ручное обследование полости матки , т .к . может возникнуть кровотечение в раннем или позднем послеродовом периоде . Осмотр родовых путей : шейка , промежность , мат - ка . Новорожденный - первичный туалет : . обработка глаз , . отсечение пуповины и обработка пупочного остатка , . обработка кожи новорожденного , ретракции. антропометрия .

## Лекция

«Физиологические роды. Причины наступления родовой деятельности.

Характеристика периодов родов. Обезболивание родов.»-2 ч.

Физиологические роды. Понятие о родовом процессе. Причины возникновения родов. Периоды родов. Характеристика каждого периода родов, клиническое ведение. Признаки отделения последа. Методы выделения последа. Обезболивание родов.

**2.1.11. Цель:** сформировать у студентов знания о родовом процессе, причинах возникновения родов, диагностике периодов родов и их ведение. Научить тактике ведения родов и методам обезболивания .

### 2.1.12. Задачи:

- рассмотреть вопросы о терминологии и причинах возникновения родов;
- рассмотреть клинику различных периодов родов;
- проанализировать течение и клиническое ведение каждого периода;
- дать определение схваткам и потугам,
- ознакомить с методами регистрации сокращений матки;
- дать понятие о своевременном и несвоевременном излитии вод, возможных осложнениях при излитии вод;
- ознакомить о признаках отделения плаценты и методах выделения последа;
- изучить клинику, диагностику и тактику врача при осложнениях опухолей.

**2.1.13. Ожидаемые результаты:** прослушивание лекции даст возможность обучающемуся

- получить представление о родовом процессе;
- получить представление о причинах возникновения родов;
- научиться диагностировать периоды родов и клиническому ведению родов;
- получить представление о методах обезболивания в родах;

### 2.1.14. Содержание лекции.

#### План лекции

1. определение родов;
2. причины;
3. периоды;
4. ведение каждого периода
5. Осложнения при излитии вод;
6. Принципы обезболивания.

Роды – физиологический процесс, безусловный рефлекторный акт, направленный на изгнание из матки, через родовые пути, плода, плаценты с оболочками и околоплодными водами.

Срок беременности должен быть не менее 28 недель, масса плода не менее 1000 грамм, рост - не менее 35 см. Прерывание беременности до этого срока называется абортom или выкидышем

Родовой акт рассматривается как взаимодействие трех компонентов:

1. Изгоняющие силы
2. Родовой канал
3. Объект родов

1. Изгоняющие силы – схватки и потуги. Схватки – произвольные, периодические, нередко болезненные сокращения миометрия. Промежутки между схватками называются паузами. В каждой схватке различают три стадии: нарастания сокращения, наивысшего сокращения, постепенного расслабления.

Потуги – это схватки и одновременное сокращения мышц брюшного пресса, тазового дна и диафрагмы.

Во время схватки в миометрии происходят процессы *контракции* – сокращения каждого мышечного волокна и каждого мышечного пласта, *ретракции* – смещение

мышечных волокон относительно друг друга, **дистракции** – растяжения циркулярных мышц шейки матки, вследствие чего образуется контракционное или пограничное кольцо, которое при полном раскрытии шейки матки находится на 10 см. выше лона.

Вышеназванные процессы обуславливают раскрытие маточного зева и продвижение плода. Первоисточником возбуждения родовой деятельности, он еще называется **водителем ритма** или **пейсмекером**, является более или менее локализованная группа клеток стенки матки, которые расположены в одном из трубных углов матки (левом или правом). Отсюда электрическая активность (волна сокращений) распространяется на нижележащие отделы матки – на тело и нижний сегмент. Распространение волны сокращения сверху вниз, названо учеными Н. Alvarez et R. Caldeyro-Barcia (1952г.) **тройным нисходящим градиентом**. Волны возбуждения при сокращении матки наиболее сильные и продолжительные наблюдаются на дне матки, далее по мере удаления от дна (тело матки, нижний сегмент) уменьшается сила и продолжительность сокращений, при координированных сокращениях матки наблюдается синхронность наступления фазы максимального сокращения различных её отделов.

1. Сверху вниз
2. Сильно – слабее
3. Одновременно

Время распространения волны сокращения, захватывающий весь орган, составляет 15-18сек.

При нормальной родовой деятельности наблюдается также реципрокность (взаимосвязанность) сократительной деятельности тела матки, нижнего сегмента и шейки матки и это обязательный фактор физиологического родового акта.

Сократительная активность матки во время родов характеризуется **тонусом, интенсивностью (силой) схватки, её продолжительностью, интервалом между схватками, ритмичностью**. При хорошо выраженной родовой деятельности интенсивность сокращений матки составляет обычно 30 мм. рт. ст., а частота 2-3 схватки за 10 минут. По мере развития родового акта интенсивность (достигает до 50 мм.рт.ст.) и продолжительность схваток нарастает (достигает до 120 секунд), а интервалы между ними уменьшается (до 36-40 секунд). При каждой схватке происходит повышение внутриматочного давления от 80 до 250 мм.рт.ст.и если перевести на килограммы, то маточная мышца давит на всю поверхность плодного яйца в 154 кг. Для изгнания же головки требуется 8,5-27,5 кг.

Для оценки маточной активности применяется единицы Монтевидео (ЕМ), которая определяется путем умножения силы сокращения матки (мм.рт.ст.) на число сокращений за 10 мин., достигая в рода от 120-150ЕМ до 200-250ЕМ

Для оценки сократительной активности матки во время родового акта используется обычно пальпаторный контроль, который даёт субъективную характеристику схваток. Необходимо сказать что при этом методе длительность схваток в два раза короче, чем на самом деле.

Существуют и объективные методы регистрации сокращений матки:

Наружная гистерография (токография), с использованием различных датчиков регистрации (пневматические, гидравлические, пьезо, механо-и фотоэлектрические). Эти методы асептичны и безопасны. Однако на показатели влияют толщина подкожной клетчатки, тонус передней брюшной стенки и правильность наложения датчиков.

Внутренняя гистерография проводится с использованием датчиков регистрации давления (радиотелеметрия,баллонометрия)- этот метод проводят трансцервикально и трансабдоминально, считаются инвазивными и следовательно существует опасность инфицирования и несвоевременного вскрытия плодного пузыря.

2. Родовой канал слагается из костного таза и мягких родовых путей (влагалище, мышцы тазового дна). Течение родового акта в многом зависит от размеров полости малого таза, о которых мы можем косвенно судить, измерив наружные размеры большого

таза и индекс Соловьева – окружность лучезапястного сустава. 16-17 см. – нормокостные, меньше 16 см. – тонкокостные, больше 17 см. – толстокостные.

По размерам большого таза мы судим о размерах малого таза. Размеры большого и малого таза изучаются на практических занятиях:

3. Объект родов – плод с его эмбриональными добавочными образованиями. Особенности прохождения плода по родовому каналу зависит от его расположения, предлежания, вида вставления головки при головном предлежании и размеров плода.

В родах рассматриваются три периода:

1. Период раскрытия
2. Период изгнания
3. Последовый период.

Самым продолжительным является **I период- раскрытия**, у первородящих он длится 10-11 ч., а у повторнородящих - 6-7 ч. Начало – регулярные схватки, которые приводят к структурно-морфологическим изменениям шейки матки, попросту говоря, к раскрытию маточного зева. Конец – полное раскрытие маточного зева – 10см. У некоторых женщин началу родов предшествует **прелиминарный период**, который длится до 6 часов, а затем плавно переходит в первый период родов или спонтанно прекращается и возобновляется через сутки и более. Что собой представляет прелиминарный период? Прелиминарный период это период перед родами, когда женщину беспокоят нерегулярные схваткообразные боли внизу живота и пояснице, но эти сокращения миометрия матки не приводят к структурным изменениям шейки матки, т.е. раскрытию маточного зева. Обычно прелиминарный период плавно переходит в первый период родов, у части беременных он может спонтанно прекратиться, а в других случаях прелиминарный период затягивается и продолжается более 6 часов, тогда он называется патологическим прелиминарным периодом и нередко приводит к аномалии родовой деятельности. Что же делать при патологическом прелиминарном периоде? Необходимо дать медикаментозный сон-отдых, о котором мы нередко забываем. Для этого необходимы следующие медикаменты: ГОМК 20%-10,0, димедрол 1%-2,0, иногда добавляем реланиум 2,0 в одном шприце внутривенно медленно. Сон длится 2-3 часа. После пробуждения женщины желательно принять освежающий душ, легкий завтрак. В большинстве случаев наступает родовая деятельность. Но мы должны внимательно следить за течением родовой деятельности в таких случаях, так как причина вызвавшаяся патологический прелиминарный период осталась.

На основании оценки длительности, частоты, интенсивности схваток, маточной активности, темпа раскрытия шейки матки и продвижения головки во время 1 периода родов в течении первого периода родов выделяют 3 фазы:

1. I фаза – латентная от начала регулярных схваток до 4 см. раскрытия длительность 6,5ч. у первородящих и 5ч у повторнород-х, скорость раскрытия – 0,35см/ч
2. II фаза – активная, характеризуется усилением родовой деятельности. Продолжительность 1,5 – 3 часа, от 4 см до 8см. раскрытия маточного зева. Скорость - 1,5-2см/ч у первород-х и 2-2,5см/ч. у повторнород-х
3. III фаза характеризуется некоторым замедлением, продолжительность 1-2 часа и заканчивается полным раскрытием маточного зева. Скорость раскрытия маточного зева – 1-1,5см/ч

Схватки сопровождаются болью, степень выраженности которых различна, и зависит от порога болевой чувствительности роженицы (так теперь именуется женщина в родах).

При наблюдении за маткой в первом периоде можно заметить, как при схватках напрягаются круглые связки матки, дно матки приближается к передней брюшной стенке. Возрастающее внутриматочное давление передается плоду (таз, позвоночник, головка)

головка продвигается, в первом периоде незначительно, с 8-9 см. раскрытия со скоростью 1 см/ч.

Во время схваток нарастает напряжение плодного пузыря, и при открытии 9-10 см. происходит вскрытие плодного пузыря, которое сопровождается излитием передних вод в количестве 100-200 мл. Передние воды и задние воды – это околоплодные воды, разделенные между собой поясом соприкосновения. Пояс соприкосновения – нижний сегмент матки плотно охватывает головку плода. Излитие вод может быть **несвоевременным**: преждевременным или родовым – до начала родовой деятельности, ранним- до 7-8 см., и запоздалым – после полного раскрытия зева и даже, иногда, после рождения плода - «родиться в рубашке».

Плодный пузырь в первом периоде родов способствует раскрытию маточного зева, как «гидравлический клин» чисто механически способствует раскрытию, и вследствие раздражения рецепторов внутреннего зева, также является «буфером» для предлежащей части плода. Существует мнение, что после 6 – 7 см. раскрытия зева плодный пузырь является «тормозом» раскрытия зева и необходимо произвести амниотомию- искусственное вскрытие плодного пузыря.

Раскрытие маточного зева у первород-х и повторнород-х происходит по-разному: сглаживание шейки матки у первых и укорочение – у вторых. У первородящих вначале идет раскрытие внутреннего зева и этот процесс называется сглаживанием шейки матки. У повторнорожающих женщин раскрытие внутреннего и наружного зева шейки матки происходит одновременно и этот процесс называется укорочением шейки матки.

показать сглаживание и укорочение шейки матки на таблице

В это период родов контролируют силу и частоту схваток, состояние роженицы (АД, пульс, общее состояние женщины, форма матки), внутриутробное состояние плода (частота и характер сердечных сокращений – в норме ЧСС плода от 120 до 160 ударов в минуту, продвижением плода). В историях родов ведется запись о вышеназванных параметрах через каждые 2 часа, при наличии тяжелой патологии у роженицы эти данные вносятся через каждый час. Вагинальные осмотры проводятся по строгим показаниям. Не желательно проводить вагинальные осмотры тогда, когда вздумается, ибо каждое исследование подразумевает под собой инфицирование родовых путей. Так когда же можно смотреть per vaginam? При первом осмотре, т.е. при поступлении, затем через каждые 6 часов наблюдения- для выяснения так называемой акушерской ситуации; далее при излитии вод, кровотечении, выпадении мелких частей пуповины и при схватках потужного характера.

Полное раскрытие маточного зева указывает на то, что наступил **II период родов- период изгнания плода**. Схватки усиливаются и способствуют продвижению плода по родовому каналу, которое началось во время периода раскрытия. При нахождении предлежащей части на третьей плоскости таза или на тазовом дне, в следствии раздражения крестцового нервного сплетения и рецепторов тазового дна начинаются потуги. Разрешить тужиться роженице можно лишь тогда, когда головка находится на тазовом дне и стреловидный шов головки плода находится в прямом размере выхода малого таза. В этот период проводится строгое наблюдение за состоянием плода и роженицы, следят за ЧСС плода, его продвижением, активностью схваток и потуг, после каждой схватки измеряют пульс, артериальное давление у роженицы, по возможности с помощью мониторов.

Важное внимание оказывается защите промежности, и при угрозе разрыва промежности производят перинеотомию, эпизиотомию, или параперинеотомию.

Продолжительность периода раскрытия у первород-х – 2 часа и у повторнород-х – 1 час, по окончании которого происходит рождение плода. Это один из самых ответственных периодов родов, так как продолжается продвижение плода по родовому каналу и происходит рождение плода. В этот период врач, ведущий роды после каждой

схватки измеряет АД, пульс роженицы, пальпирует матку и выслушивает ЧСС плода. Данные обследования заносятся в историю родов через каждые 10 минут.

С момента рождения плода наступает **III период родов – последовый**, который длится до 1 часа, в среднем 20-30 минут. В этот период происходит отслойка плаценты от стенок матки, т.е. ее отделение и рождение последа (плацента с пуповиной, оболочками, остатками околоплодных вод). Отслойка плаценты происходит в следствии того, что мышцы матки сокращаются, в следствии чего резко уменьшается плацентарная площадка, а так как плацента не является мышечным органом, и, следовательно не может сократиться, происходит ее отделение от стенки матки. Если отделение с центра – по Шульцу, здесь присоединяется дополнительная сила, способствующая отделению плаценты – ретроплацентарная гематома. Показать на схеме по таблице. Если отделение с периферии – по Дункану, кровопотеря при этом больше и дефектов плаценты больше.

Сразу же после рождения плода и отделения его от матери, акушерка производит катетеризацию мочевого пузыря. Для чего она это делает? Так как иннервация матки и мочевого пузыря идет от одного нервного сплетения. При сокращении мочевого пузыря происходит рефлекторное сокращение матки, что необходимо для отделения плаценты от матки.

Для определения отделилась ли плацента от матки или нет, существует несколько признаков:

1. Альфельда – удлинение пуповины на 10-12 см
2. Шредера – матка удлиняется и дно к правому подреберью
3. Кюстнера – Чукалова – при надавливании ребром ладони через переднюю брюшную стенку гад лобком происходит втягивание пуповины при не отделившейся плаценте
4. Шульце – появление выпячивания над лоном
5. Микулича – позыв на потугу
6. Клейна – при потуживании конец пуповины удлиняется и не втягивается обратно.

При наличии признаков отделения плаценты, но отсутствия ее рождения, применяют способы её выделения:

1. Абуладзе
2. Гентера
3. Креде-Лазаревича

Послед осматривают, измеряют плаценту, взвешивают, сопоставляют оболочки. Родильница находится в род.зале в течении 2 часов, т.е. в течении всего раннего послеродового периода. В этот период возможны различные осложнения, такие как кровотечение, обострение различных экстрагенитальных заболеваний. Сразу после рождения последа холод на низ живота для улучшения сокращения матки и профилактики гипотонического кровотечения. При отсутствии кровотечения из половых путей родовые пути осматриваются через 2 часа, ушиваются разрезы, трещины мягких родовых путей, обрабатывается влагалище раствором йодоната, йодом, измеряется АД, пульс, осматривается матка, отмечается количество крови в послеродовом периоде, затем родильница переводится в послеродовую палату.

Особое внимание хочется уделить обезболиванию родов. Ещё из древних времен известно, что женщинам, которые находились в родах, пытались помочь те, кто присутствовал при этом. Присутствующие пытались облегчить боль роженицы, и использовали при этом различные методы. Но только в 1847 году Пирогов Н.И. впервые использует эфир для обезболивания при родоразрешающейся операции. Хочется отметить, что обезболивание родов начинается в условиях амбулаторного ведения беременной, так называемая психопрофилактика, цель которой подготовить беременную к наличию болевого компонента родов. От того как женщина будет относиться к родовому акту зависит и порог её болевой чувствительности и в этом ей должен помочь врач

амбулаторного звена, он должен снять страх перед родами. Психопрофилактика, медикаментозные методы (анальгин, фторотан, седуксен, пипольфен, триоксазин, промедол, дроперидол, ГОМК), немедикаментозные методы (электросон, акупунктура, гипноз) В последние годы широко применяется перидуральная анестезия – катетеризация перидурального пространства в поясничной области на уровне L I-II или III-IV. – вот те методы, которые может выбрать врач и женщина для обезболивания родов.

#### **2.1.15 Преподавательские заметки**

уделить внимание определению термина – РОДЫ, показать причины наступления родового акта, научить вести каждый период родов, оказывать помощь роженице. Признаки отделения и выделения последа, осмотр родовых путей, обезболивание родов.

#### **2.1.16 Раздаточный материал**

#### **2.1.17 Оснащение лекции:**

Таблицы

1. определение родового акта
2. периоды родов
3. сократительная деятельность матки в родах
4. признаки отделения последа
5. признаки выделения последа

#### **2.1.18 Самостоятельная работа студента (СРС)**

1. Строение и функция матки
2. степени зрелости шейки матки по Г.Г.Хечинашвили
3. значение эстрогенов и окситоцина в возникновении родов.

#### **2.1.19 Контрольные вопросы**

Вопросы I уровня

1. Дайте определение родовому акту
2. что такое родовая доминанта
3. что такое актомиозин, его функция
4. что такое простагландины
5. назовите периоды родов
6. что такое схватки
7. что такое потуги
8. чем отличается роженица от родильницы

Вопросы II уровня

1. какова функция простагландинов в возникновении родового процесса
2. назовите. степени зрелости шейки матки по Г.Г.Хечинашвили
3. раскрытие шейки матки у первородящей и повторнородящей роженицы
4. в чем принципиальное различие в видах отделения плаценты
5. как часто проводится аускультация сердцебиения плода в первом периоде родов
6. как часто проводится аускультация сердцебиения плода во втором периоде родов
7. назовите признаки отделения плаценты
8. назовите методы выделения последа

вопросы III уровня

1. что такое ранний послеродовый период

2. что такое тройной нисходящий градиент
3. почему осмотр родовых путей в зеркалах проводится через 2 часа после рождения последа
4. что делать, если прошел 1 час после рождения плода, но нет признаков отделения плаценты
5. что делать, если в последовом периоде появились кровянистые выделения, а признаков отделения плаценты нет

**2.1.20. Рекомендуемая основная и дополнительная литература:**

Акушерство, учебник под руководством Бодяжиной В.И.

Акушерство, под руководством Айламазян Э.К.

Акушерство и гинекология, руководство для врачей и студентов, под руководством Савельевой Г.М.

Руководство по практическому акушерству под редакцией Серова В.Н.

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН  
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**РОДЫ**

(Текст лекции)

Для студентов 4 курса лечебного и  
медико-педагогического факультетов

**Составил:**

**докт.мед.наук, профессор**

**Ю.К.Джаббарова**

**Ташкент-2007**

**РОДЫ : ПРИЧИНЫ НАСТУПЛЕНИЯ РОДОВ. ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ  
РОДОВ ПО ПЕРИОДАМ. ТУАЛЕТ НОВОРОЖДЕННОГО.**

**Родами** называется сложный биологический процесс , задачей которого является изгнание плодного яйца из матки через естественные родовые пути после достижения плодом зрелости . Теория и причины родов до настоящего времени окончательно не известны . Различные вещества влияют на развитие родовой деятельности .

*Окситоцин* вызывает роды , поэтому эндогенный окситоцин возможно вызывает роды , но его уровень во время беременности фиксирован и повышается во II периоде родов . *Кортизол* – у адреналэктомированных и гипофизэктомированных животных , а также при перевязке портальной системы гипофиза у плодов происходит удлинение беременности . Введение кортизола беременным баранам вызывает роды , введение АКТГ в плод овцы – вызывает преждевременные роды . У человека наблюдается удлинение (продолгование ) беременности до 42-45 недель при анэнцефалии плода – нет гипофиза и гипоталамуса и роды не наступают . Недостаточность *прогестерона (P)* (снижение ) способствует удалению содержимого матки у беременных крольчих . У человека не отмечено снижение прогестерона при преждевременных родах . Вероятно , снижение P в плаценте наблюдается прямо перед началом родов , что способствует синтезу простагландинов .

*Простагландины* – триггеры родов , назначение простагландинов вагинально вызывает сокращение матки . Простагландины выделяются при манипуляции с шейкой матки и разрыве плодного пузыря , абсолютный прекурсор выработки простагландинов – *decidua vera*. Происходит увеличение арахидоновой кислоты в амниотической жидкости . Эстерифицированная форма арахидоновой кислоты , высвобождающаяся из фетальных оболочек активируется фосфолипазой (за счет снижения прогестерона ), высвобожденная арахидоновая кислота под влиянием простагландин - синтетазы превращается в простагландины .

Под действием простагландинов происходит подготовка шейки матки к родам : - размягчение , - укорочение , - проходимость канала шейки матки , - расположение шейки в центре полости таза , - истончение нижнего сегмента матки до 0,5 см .

Беременность считается доношенной , а роды срочными от 38 до 42 недель гестации (266-280-294 дней ) при условии отсутствия признаков переношенности плода (в 41-42 недели ) при минимальной массе для доношенного ребенка 2500 г и росте 47 см . Наступлению родов предшествует появление так называемых предвестников родов .

***Предвестники родов*** – это признаки близкого наступления родов , появляются за 7-10 дней до родов и проявляются опущением дна матки вследствие прижатия предлежащей части плода ко входу в малый таз и уменьшения объема околоплодных вод за счет физиологического маловодия , отхождением «слизистой пробки », отсутствием увеличения массы тела беременной , повышением тонуса матки (горделивая походка беременной ). Происходит образование пояса соприкосновения между предлежащей головкой плода и нижним сегментом матки , околоплодные воды при этом делятся на передние и задние . За 12 часов до родов (в среднем 6 часов ) развивается ***прелиминарный период*** , который непосредственно предшествует началу родовой деятельности . Протекает для беременной почти незаметно : отмечаются нерегулярные безболезненные сокращения

матки , которые постепенно становятся более сильными и продолжительными и наконец переходят в схватки .

Прелиминарный период соответствует времени формирования родовой доминанты , сопровождается биологическим «дозреванием » шейки матки . В норме прелиминарный период не вызывает нарушения у женщины процессов сна и бодрствования , безболезненный .

При патологическом прелиминарном периоде : болезненные , нерегулярные сокращения матки приводят к нарушению сна , усталости беременной и развитию аномалий родовой деятельности .

**Родовой акт** делится на три периода , длится в среднем около 18 часов :

I период – период раскрытия шейки матки , II период – период изгнания плода , III период – последовый период .

**I ПЕРИОД РОДОВ** – это та часть родового акта , которая начинается с появления регулярных схваток и заканчивается полным раскрытием шейки матки.

**Схватки** – это произвольные ритмичные сокращения мышц матки .

Регулярная родовая деятельность считается тогда , когда схватки через 10-15 мин , продолжительностью (min) 30-35 сек . Схватки характеризуются продолжительностью (от минимальной 30-35 сек в начале I периода до 90 сек во II периоде родов ) , силой  $P = 20-50$  мм рт . ст . , частотой (от интервала 10-15 мин до 2-3 мин в конце II периода ) и болезненностью : боль при сокращениях объясняется : 1. Гипоксией сокращенного эндометрия .

2. Сжатием нервных ганглиев шейки матки и нижнего сегмента матки .

3. Расширением шейки матки при ее дилатации .

4. Растяжением брюшины , покрывающей тело матки .

**В I периоде родов схватки имеют:** фаза замедления, фаза максимального подъема, фаза расслабления. При этом происходит раскрытие шейки матки и продвижение головки плода

Сокращения в матке распространяются от правого трубного угла (водитель ритма), на дно и левый трубный угол, тело матки и нижний сегмент (тройной нисходящий градиент). В мышце матки происходят процессы: ретракции, контракции, дистракции: растяжение шейки матки и нижнего сегмента.

Помимо раскрытия шейки матки, обусловленного сократительной деятельностью матки, передние околоплодные воды во время схватки направляются в нижний полюс плодного пузыря и выпячивают его в виде клина («гидравлического») по направлению к шейке матки, происходит процесс сглаживания шейки матки и ее раскрытия. Эти процессы имеют свои особенности у I-родящей и II-родящей женщины.

I-родящая – сначала сглаживание, а затем раскрытие,

II-родящая – одновременно сглаживание и раскрытие.

В I периоде выделяют фазы: латентная и активная фазы (схема № 1). Темп раскрытия шейки матки: у I-родящих и II-родящих женщин.

I - 1,1-1,3 см (1 см /час . в среднем)

II – 1,5-1,8 см (2 см /час . в среднем)

Общая продолжительность I периода – 8-16 часов. У I-родящих – 12 ч., у II-родящих на 1/2 меньше (7 ч.).

### **Ведение I периода родов .**

1. Анамнез (акушерский, гинекологический).
2. Наружный акушерский осмотр.
3. Влагищный осмотр при поступлении и каждые 6 часов при нормальном течении родов (вид, позиция, предлежание).
4. Выслушивание сердцебиения, АД, пульс, состояние женщины, характер выделений из половых путей, характер продвижения передней части плода.
5. Высота стояния физиологического контракционного кольца, характер родовой деятельности.
6. Все это врач проводит каждые 4 часа (осмотр в предродовой), с записью в партограмме.

Акушерка . Наблюдение в течение всего родового акта : состояние женщины , характер родовой деятельности . Каждый час – АД , пульс , каждые 30 мин – сердцебиение плода , характер выделений из половых путей . Изменения в состоянии женщины и плода - вызов врача . Показания для внеочередного влагалищного осмотра :

1. Изменение (ухудшение ) состояния роженицы (повышение АД , судороги , нарушение зрения , головная боль , боль в животе ) .
2. Изменения (нарушения ) характера родовой деятельности .
3. Ухудшение внутриутробного состояния плода (сердцебиение 100 или 180), дистресс плода – мониторинговое наблюдение .
4. Кровянистые выделения из половых путей .
5. Предполагается назначение наркотических анальгетиков (не менее , чем за 2 часа до родов ) .

В течении родового акта для предотвращения гемоконцентрации рекомендуется внутривенная инфузия 0,5-1,0 литра солевого раствора , обеспечивает быстрый доступ к вене в ургентной ситуации , важно при проведении анестезии , профилактика снижения АД .

Рекомендуется мало есть во время родов (профилактика рвоты ) , назначение антацидов – при поступлении и через 3 часа после поступления .

## ***II ПЕРИОД РОДОВ .***

После полного раскрытия маточного зева (10-12 см ) в норме происходит излитие околоплодных вод . Контрационное кольцо располагается на 10 см выше лона (середина между лоном и пупком ) – признак Шатца -

Унтербергера . После излития вод родовая деятельность замедляется .20 мин , матка адаптируется к новым условиям . Начинается период изгнания , который заканчивается рождением плода . Характерным для II периода родов является появление потуг – синхронных с маткой произвольных (рефлекторных ) сокращений мышц брюшного пресса , диафрагмы и тазового дна . Потуги продолжаются от 50 до 90 секунд с интервалом 2-3 минуты .

Продолжительность II периода у I-родящих до 2 часов (50 мин), у II-родящих до 50 мин (20 мин). Учитывая, что ширина лонного сочленения 2 см, темп продвижения головки плода по родовым путям у I-родящей – 1 см/час, у II-родящей – 2 см/час. В процессе родового акта головка плода постепенно опускается в полость таза и изменяет свое положение относительно плоскостей таза, которые мы определяем 3 и 4 приемами наружного и влагалищным исследованиями:

1. Головка над входом или прижата ко входу в малый таз: р.в. таз свободен, определяется безымянная линия, мыс и лонное сочленение, стреловидный шов находится в поперечном размере плоскости входа в малый таз, большой родничек и малый на одном уровне.
2. Головка малым сегментом во входе в малый таз = головка неподвижна, наибольший ее сегмент расположен выше плоскости входа. При влагалищном исследовании к мысу можно подойти, таз – свободен, стреловидный шов – в слегка косом размере.
3. Головка большим сегментом во входе в малый таз = головка большей своей окружностью находится в плоскости входа в малый таз, определяются *pr. mostoideus*, шейная борозда на 1 поперечный палец над лоном. Головка при р.в. = верхнюю треть лона, мыс достигается согнутым пальцем, малый родничек ниже большого, стреловидный шов в косом размере таза.
4. Головка в широкой части полости таза, занимает 2/3 лона, I, II, III крестцовые позвонки, определяются седалищные ости, стреловидный шов в косом размере.
5. Головка в узкой части полости таза - сверху головка не определяется, головка плода заполняет все лоно, весь крестец до крестцово-копчикового сочленения, стреловидный шов в косом, но уже близко к прямому.
6. Головка в выходе из малого таза – все заполнено головкой, ости не достигаются, стреловидный шов в прямом размере. 95% родов идет в переднем виде затылочного предлежания. Совокупность движений, которые

совершает плод в процессе продвижения по родовым путям , называется биомеханизмом родов .

### **Биомеханизм родов .**

1. Плод идет своим малым косым размером от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка –  $d=9,5$  см , окр . – 32 см .

2. Проводная точка – малый родничек .

3. I момент – сгибание .

II момент – внутренний поворот головки с правильной ротацией затылком к симфизу ,

III момент – образование I точки фиксации – подзатылочная ямка (у плода ) и нижний край симфиза у женщины ,

IV момент – разгибание головки вокруг точки фиксации и ее рождение ,

V момент – наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков ,

VI момент - образование 2-ой точки фиксации – переднее плечико плода (верхняя треть ) и нижний край симфиза у матери ,

VII момент – боковое сгибание туловища вокруг 2-ой точки фиксации , рождение заднего плечика , затем переднего и всего туловища .

**Ведение II периода родов :** тужиться можно разрешать только когда головка опустилась в полость таза , т .к . давление на головку со стороны костного канала .10 кг (риск травмы , головка не сконфигурирована ) , риск кровоизлияний в головной и спинной мозг . Клинические признаки того , что головка опустилась на тазовое дно :

1. Головка не определяется под лоном при использовании акушерских приемов .

2. Положительный симптом Пискачека (через большую половую губу .1 фаланга определяет предлежащую головку ) .

3. При потуге зияет половая щель и анус .

С появлением этих клинических признаков женщина переводится в родовой зал . Во II периоде родов : оценивают состояние женщины (АД , пульс ,

самочувствие ) и мониторинг состояния плода после каждой потуги (сердцебиение – т .к . это самый ответственный период ) или через каждые 3 минуты , т .к . 30-50% плодов с фетальным дистресс синдромом и умирающих в течение родов не показывают предшествующих признаков страдания . Головка плода сначала врезывается – появляется во время потуги и исчезает во влагалище после ее прекращения , затем образуется I точка фиксации (по биомеханизму родов ) и головка прорезывается , т .е . не исчезает во влагалище вне потуги . С этого момента начинают оказывать акушерское пособие . Акушерскими пособиями в родах при головном предлежании называется совокупность последовательных манипуляций в конце II периода родов , направленных на содействие физиологическому механизму родов и предупреждение травматизма матери .

. Акушерка должна надеть стерильные халат , маску , шапочку , руки обработать как для полостной операции и надеть стерильные перчатки ; . наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер женщины тщательно обрабатывают дезинфицирующим раствором , осушают стерильным ватным тампоном (последовательность : лобок , бедра , вульва , анус ) , обрабатывают антисептиком (иодонат ) . Задний проход прикрывают салфеткой или пеленкой .

Женщина лежит на спине , головной конец приподнят , ноги согнуты , разведены и упираются в кровать , руки женщины находятся на поручнях , что облегчает потуги . Акушерское пособие может оказываться в положении женщины на боку с разведенными бедрами . Прием родов в затылочном предлежании осуществляет акушерка . Врач в течение всего периода изгнания следит за сердцебиением плода , родовой деятельностью . Он делает назначения медикаментозных средств , выполняет оперативные вмешательства (эпизио - и перинеотомия ) . Все патологические роды , в том числе при тазовых предлежаниях принимает врач , он производит наложе -

ние акушерских щипцов , вакуум -экстрацию плода и др . К оказанию акушерского пособия приступают с момента прорезывания головки , т . е . когда головка по окончании потуги не уходит обратно в половую щель .

*Акушерское пособие* включает пять моментов :

1. Первый момент акушерского пособия заключается в предупреждении преждевременного разгибания головки . Это необходимо для того , чтобы головка рождалась в согнутом положении , своей наименьшей окружностью (32 см ) , проходящей по малому косому размеру (9,5 см ) . Для осуществления 1 момента акушерка кладет ладонь левой руки на лобок так , чтобы ладонные поверхности сомкнутых пальцев располагались на головке плода и препятствовали ее разгибанию

2. Искусственный заем тканей из зоны меньшего натяжения в большее – бережно растягивают ткани вульвы правой рукой (снимают ) с головки и направляют ткани в сторону промежности (задней стенки ) для уменьшения ее напряжения .

3. Третий момент акушерского пособия – регулирование потуг – цель : обеспечить медленное продвижение головки по родовым путям , чтобы последние успели адаптироваться к размерам рождающейся головки . Если этого не будет , произойдет разрыв тканей промежности .

1, 2 и 3 моменты пособия осуществляют до тех пор , пока головка не приблизится теменными буграми к половой щели .

4. Четвертый момент акушерского пособия – выведение головки плода вне потуги . Женщину просят не тужиться , предлагают глубоко и часто дышать открытым ртом . При таком дыхании тужиться невозможно . В этот момент акушерка осторожно снимает правой рукой ткани промежности с личика плода кзади и левой рукой медленно разгибает головку , если возникнет необходимость в потуге , женщину просят потужиться . Далее акушерка ждет , когда во время потуги произойдет наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков и затем приступает к оказанию пятого момента акушерского пособия .

5. Пятый момент акушерского пособия – выведение плечиков и туловища . Головку плода захватывают обеими руками и слегка оттягивают кзади до появления под лоном верхней трети переднего плечика (точка фиксации) . После этого левой рукой захватывают головку так , чтобы ладонь находилась на задней щеке плода , приподнимая головку кпереди , правой рукой осторожно сдвигают промежность с заднего плечика , рождается заднее плечико . Затем плод захватывают сзади за аксиллярные ямки и выводят туловище в направлении по оси родового канала на живот матери .

После рождения плода начинается III период (последовый) родов , который заканчивается рождением последа : плаценты с оболочкой и пуповиной (secundina). Плацента не обладает способностью сокращаться , а плацентарная площадка вместе со всей маткой с началом последовых схваток начинает сокращаться и значительно уменьшается в размерах . Это приводит к нарушению связи между плацентой и стенкой матки . Плацента может отделяться двумя способами :

1. От центра – образуется ретроплацентарная гематома , которая способствует дальнейшему отделению плаценты . Этот способ получил название центрального (по Шульце) . При центральном отделении плаценты наружного кровотечения нет , и ретроплацентарная гематома рождается вместе с последом , плодовыми оболочками вывернутыми наружу , а материнской во внутрь .

2. Если отделение плаценты начинается с края (по Дункан) , то ретроплацентарная гематома не образуется , а с каждой схваткой увеличивается площадь отслойки плаценты . При краевом отделении с самого начала появляются кровянистые выделения из половых путей и послед рождается материнской поверхностью наружу .

Последовый период продолжается в среднем 10-15 мин , при отсутствии кровотечения можно ждать до 30 мин . Кровопотеря в третьем периоде составляет в среднем 250 мл , максимально допустимая кровопотеря до 400 мл , что составляет 0,5% от массы тела женщины . В отдельных случаях

может произойти задержка отделившегося последа в матке . Поэтому необходимо знать признаки , указывающие на то , что плацента отделилась от матки и находится в шейке или во влагалище .

### **Признаки отделения плаценты :**

1. Признак Шредера – матка после рождения плода находится на уровне пупка , отклоняется вправо и вверх .
2. Признак Альфельда – плацента опускается в нижний сегмент или влагалище и удлиняется пуповина .
3. Признак Кюстнера -Чукалова – не связана с маткой и не втягивается в родовые пути при надавливании ребром ладони над лоном .
4. Признак Довженко – втягивание пуповины при глубоком дыхании .
5. Признак Штрассмана – колебательное движение крови в плаценте при покалывании по матке при неотделившейся плаценте передаются в пуповину .
6. Признак Клейна - при натуживании или надавливании на дно матки пуповина выходит и не возвращается обратно в половую щель при прекращении давления .

Для того , чтобы определить , что плацента отделилась , достаточно использовать 2-3 признака . Если плацента отделилась , то сразу же приступают к ее выделению . Прежде чем выделить послед , необходимо опорожнить мочевой пузырь , затем предлагают женщине потужиться . Под действием брюшного давления отделившаяся плацента обычно легко рождается . Если этот способ оказался безуспешным , то прибегают к выделению последа наружными приемами .

### **Способы выделения отделившегося последа :**

1. Способ Абуладзе – производят бережный массаж матки , чтобы она сократилась . Затем обеими руками захватывают брюшную стенку в продольную складку и предлагают женщине потужиться . Отделившийся послед при этом легко рождается благодаря значительному повышению внутрибрюшинного давления .

2. Способ Гентера – дно матки выводят на среднюю линию , врач становится сбоку от роженицы лицом к ее ногам , кисти рук сжаты в кулаки , кладут тыльными поверхностями основных фаланг на дно матки в области трубных углов и постепенно надавливают на дно матки в направлении книзу и кнутри . При этом способе выделения последа женщина не должна тужиться .

3. Способ Креде -Лазаревича – как наиболее травматичный и болезненный , к нему прибегают после безуспешного проведения первых двух способов .

Техника выполнения следующая : матку выводят в среднее положение , легким массажем стараются заставить ее сократиться и затем дно матки охватывают рукой так , чтобы большой палец находился на передней стенке матки , ладонь в дне , оставшиеся 4 пальца по задней поверхности матки .

После этого производят выжимание последа . Послед обычно рождается целиком , но иногда оболочки задерживаются в матке . В этом случае родившуюся плаценту берут в руки и медленно вращают в одном направлении . При этом происходит скручивание оболочек , что способствует их отслоению от стенок матки и выведению наружу без обрыва . Существует другой способ (сп . Гентера ) , после рождения последа роженице предлагают опереться на ступни и поднять таз . При этом плацента свисает вниз и своей тяжестью способствует отслоению и выведению оболочек .

После рождения плаценты начинается ранний послеродовой период , который длится 24 часа . Послед после рождения осматривают (целость оболочек и материнской поверхности ) , тщательно осматривают края плаценты , затем осматривают оболочки – для этого переворачивают послед плодовой оболочкой , обращая внимание на целостность сосудов , т .к . наличие добавочных сосудов говорит о добавочной дольке , которая осталась в полости матки . В этом случае необходимо произвести ручное обследование полости матки , т .к . может возникнуть кровотечение в раннем или позднем послеродовом периоде . Осмотр родовых путей : шейка , промежность , мат - ка . Новорожденный - первичный туалет : . обработка глаз ,

. отсечение пуповины и обработка пупочного остатка , . обработка кожи новорожденного , ретракции. антропометрия .

## Лекция

«Физиологические роды. Причины наступления родовой деятельности.

Характеристика периодов родов. Обезболивание родов.»-2 ч.

Физиологические роды. Понятие о родовом процессе. Причины возникновения родов. Периоды родов. Характеристика каждого периода родов, клиническое ведение. Признаки отделения последа. Методы выделения последа. Обезболивание родов.

**2.1.11. Цель:** сформировать у студентов знания о родовом процессе, причинах возникновения родов, диагностике периодов родов и их ведение. Научить тактике ведения родов и методам обезболивания .

### 2.1.12. Задачи:

- рассмотреть вопросы о терминологии и причинах возникновения родов;
- рассмотреть клинику различных периодов родов;
- проанализировать течение и клиническое ведение каждого периода;
- дать определение схваткам и потугам,
- ознакомить с методами регистрации сокращений матки;
- дать понятие о своевременном и несвоевременном излитии вод, возможных осложнениях при излитии вод;
- ознакомить о признаках отделения плаценты и методах выделения последа;
- изучить клинику, диагностику и тактику врача при осложнениях опухолей.

**2.1.13. Ожидаемые результаты:** прослушивание лекции даст возможность обучающемуся

- получить представление о родовом процессе;
- получить представление о причинах возникновения родов;
- научиться диагностировать периоды родов и клиническому ведению родов;
- получить представление о методах обезболивания в родах;

### 2.1.14. Содержание лекции.

#### План лекции

1. определение родов;
2. причины;
3. периоды;
4. ведение каждого периода
5. Осложнения при излитии вод;
6. Принципы обезболивания.

Роды – физиологический процесс, безусловный рефлекторный акт, направленный на изгнание из матки, через родовые пути, плода, плаценты с оболочками и околоплодными водами.

Срок беременности должен быть не менее 28 недель, масса плода не менее 1000 грамм, рост - не менее 35 см. Прерывание беременности до этого срока называется абортom или выкидышем

Родовой акт рассматривается как взаимодействие трех компонентов:

1. Изгоняющие силы
2. Родовой канал
3. Объект родов

1. Изгоняющие силы – схватки и потуги. Схватки – произвольные, периодические, нередко болезненные сокращения миометрия. Промежутки между схватками называются паузами. В каждой схватке различают три стадии: нарастания сокращения, наивысшего сокращения, постепенного расслабления.

Потуги – это схватки и одновременное сокращения мышц брюшного пресса, тазового дна и диафрагмы.

Во время схватки в миометрии происходят процессы *контракции* – сокращения каждого мышечного волокна и каждого мышечного пласта, *ретракции* – смещение

мышечных волокон относительно друг друга, **дистракции** – растяжения циркулярных мышц шейки матки, вследствие чего образуется контракционное или пограничное кольцо, которое при полном раскрытии шейки матки находится на 10 см. выше лона.

Вышеназванные процессы обуславливают раскрытие маточного зева и продвижение плода. Первоисточником возбуждения родовой деятельности, он еще называется **водителем ритма** или **пейсмекером**, является более или менее локализованная группа клеток стенки матки, которые расположены в одном из трубных углов матки (левом или правом). Отсюда электрическая активность (волна сокращений) распространяется на нижележащие отделы матки – на тело и нижний сегмент. Распространение волны сокращения сверху вниз, названо учеными Н. Alvarez et R. Caldeyro-Barcia (1952г.) **тройным нисходящим градиентом**. Волны возбуждения при сокращении матки наиболее сильные и продолжительные наблюдаются на дне матки, далее по мере удаления от дна (тело матки, нижний сегмент) уменьшается сила и продолжительность сокращений, при координированных сокращениях матки наблюдается синхронность наступления фазы максимального сокращения различных её отделов.

1. Сверху вниз
2. Сильно – слабее
3. Одновременно

Время распространения волны сокращения, захватывающий весь орган, составляет 15-18сек.

При нормальной родовой деятельности наблюдается также реципрокность (взаимосвязанность) сократительной деятельности тела матки, нижнего сегмента и шейки матки и это обязательный фактор физиологического родового акта.

Сократительная активность матки во время родов характеризуется **тонусом, интенсивностью (силой) схватки, её продолжительностью, интервалом между схватками, ритмичностью**. При хорошо выраженной родовой деятельности интенсивность сокращений матки составляет обычно 30 мм. рт. ст., а частота 2-3 схватки за 10 минут. По мере развития родового акта интенсивность (достигает до 50 мм.рт.ст.) и продолжительность схваток нарастает (достигает до 120 секунд), а интервалы между ними уменьшается (до 36-40 секунд). При каждой схватке происходит повышение внутриматочного давления от 80 до 250 мм.рт.ст.и если перевести на килограммы, то маточная мышца давит на всю поверхность плодного яйца в 154 кг. Для изгнания же головки требуется 8,5-27,5 кг.

Для оценки маточной активности применяется единицы Монтевидео (ЕМ), которая определяется путем умножения силы сокращения матки (мм.рт.ст.) на число сокращений за 10 мин., достигая в рода от 120-150ЕМ до 200-250ЕМ

Для оценки сократительной активности матки во время родового акта используется обычно пальпаторный контроль, который даёт субъективную характеристику схваток. Необходимо сказать что при этом методе длительность схваток в два раза короче, чем на самом деле.

Существуют и объективные методы регистрации сокращений матки:

Наружная гистерография (токография), с использованием различных датчиков регистрации (пневматические, гидравлические, пьезо, механо-и фотоэлектрические). Эти методы асептичны и безопасны. Однако на показатели влияют толщина подкожной клетчатки, тонус передней брюшной стенки и правильность наложения датчиков.

Внутренняя гистерография проводится с использованием датчиков регистрации давления (радиотелеметрия,баллонометрия)- этот метод проводят трансцервикально и трансабдоминально, считаются инвазивными и следовательно существует опасность инфицирования и несвоевременного вскрытия плодного пузыря.

2. Родовой канал слагается из костного таза и мягких родовых путей (влагалище, мышцы тазового дна). Течение родового акта в многом зависит от размеров полости малого таза, о которых мы можем косвенно судить, измерив наружные размеры большого

таза и индекс Соловьева – окружность лучезапястного сустава. 16-17 см. – нормокостные, меньше 16 см. – тонкокостные, больше 17 см. – толстокостные.

По размерам большого таза мы судим о размерах малого таза. Размеры большого и малого таза изучаются на практических занятиях:

3. Объект родов – плод с его эмбриональными добавочными образованиями. Особенности прохождения плода по родовому каналу зависят от его расположения, предлежания, вида вставления головки при головном предлежании и размеров плода.

В родах рассматриваются три периода:

1. Период раскрытия
2. Период изгнания
3. Последовый период.

Самым продолжительным является **I период- раскрытия**, у первородящих он длится 10-11 ч., а у повторнородящих - 6-7 ч. Начало – регулярные схватки, которые приводят к структурно-морфологическим изменениям шейки матки, попросту говоря, к раскрытию маточного зева. Конец – полное раскрытие маточного зева – 10см. У некоторых женщин началу родов предшествует **прелиминарный период**, который длится до 6 часов, а затем плавно переходит в первый период родов или спонтанно прекращается и возобновляется через сутки и более. Что собой представляет прелиминарный период? Прелиминарный период это период перед родами, когда женщину беспокоят нерегулярные схваткообразные боли внизу живота и пояснице, но эти сокращения миометрия матки не приводят к структурным изменениям шейки матки, т.е. раскрытию маточного зева. Обычно прелиминарный период плавно переходит в первый период родов, у части беременных он может спонтанно прекратиться, а в других случаях прелиминарный период затягивается и продолжается более 6 часов, тогда он называется патологическим прелиминарным периодом и нередко приводит к аномалии родовой деятельности. Что же делать при патологическом прелиминарном периоде? Необходимо дать медикаментозный сон-отдых, о котором мы нередко забываем. Для этого необходимы следующие медикаменты: ГОМК 20%-10,0, димедрол 1%-2,0, иногда добавляем реланиум 2,0 в одном шприце внутривенно медленно. Сон длится 2-3 часа. После пробуждения женщины желательно принять освежающий душ, легкий завтрак. В большинстве случаев наступает родовая деятельность. Но мы должны внимательно следить за течением родовой деятельности в таких случаях, так как причина вызвавшаяся патологический прелиминарный период осталась.

На основании оценки длительности, частоты, интенсивности схваток, маточной активности, темпа раскрытия шейки матки и продвижения головки во время 1 периода родов в течении первого периода родов выделяют 3 фазы:

1. I фаза – латентная от начала регулярных схваток до 4 см. раскрытия длительность 6,5ч. у первородящих и 5ч у повторнород-х, скорость раскрытия – 0,35см/ч
2. II фаза – активная, характеризуется усилением родовой деятельности. Продолжительность 1,5 – 3 часа, от 4 см до 8см. раскрытия маточного зева. Скорость - 1,5-2см/ч у первород-х и 2-2,5см/ч. у повторнород-х
3. III фаза характеризуется некоторым замедлением, продолжительность 1-2 часа и заканчивается полным раскрытием маточного зева. Скорость раскрытия маточного зева – 1-1,5см/ч

Схватки сопровождаются болью, степень выраженности которых различна, и зависит от порога болевой чувствительности роженицы (так теперь именуется женщина в родах).

При наблюдении за маткой в первом периоде можно заметить, как при схватках напрягаются круглые связки матки, дно матки приближается к передней брюшной стенке. Возрастающее внутриматочное давление передается плоду (таз, позвоночник, головка)

головка продвигается, в первом периоде незначительно, с 8-9 см. раскрытия со скоростью 1 см/ч.

Во время схваток нарастает напряжение плодного пузыря, и при открытии 9-10 см. происходит вскрытие плодного пузыря, которое сопровождается излитием передних вод в количестве 100-200 мл. Передние воды и задние воды – это околоплодные воды, разделенные между собой поясом соприкосновения. Пояс соприкосновения – нижний сегмент матки плотно охватывает головку плода. Излитие вод может быть **несвоевременным**: преждевременным или родовым – до начала родовой деятельности, ранним- до 7-8 см., и запоздалым – после полного раскрытия зева и даже, иногда, после рождения плода - «родиться в рубашке».

Плодный пузырь в первом периоде родов способствует раскрытию маточного зева, как «гидравлический клин» чисто механически способствует раскрытию, и вследствие раздражения рецепторов внутреннего зева, также является «буфером» для предлежащей части плода. Существует мнение, что после 6 – 7 см. раскрытия зева плодный пузырь является «тормозом» раскрытия зева и необходимо произвести амниотомию- искусственное вскрытие плодного пузыря.

Раскрытие маточного зева у первород-х и повторнород-х происходит по-разному: сглаживание шейки матки у первых и укорочение – у вторых. У первородящих вначале идет раскрытие внутреннего зева и этот процесс называется сглаживанием шейки матки. У повторнорожающих женщин раскрытие внутреннего и наружного зева шейки матки происходит одновременно и этот процесс называется укорочением шейки матки.

показать сглаживание и укорочение шейки матки на таблице

В это период родов контролируют силу и частоту схваток, состояние роженицы (АД, пульс, общее состояние женщины, форма матки), внутриутробное состояние плода (частота и характер сердечных сокращений – в норме ЧСС плода от 120 до 160 ударов в минуту, продвижением плода). В историях родов ведется запись о вышеназванных параметрах через каждые 2 часа, при наличии тяжелой патологии у роженицы эти данные вносятся через каждый час. Вагинальные осмотры проводятся по строгим показаниям. Не желательно проводить вагинальные осмотры тогда, когда вздумается, ибо каждое исследование подразумевает под собой инфицирование родовых путей. Так когда же можно смотреть per vaginam? При первом осмотре, т.е. при поступлении, затем через каждые 6 часов наблюдения- для выяснения так называемой акушерской ситуации; далее при излитии вод, кровотечении, выпадении мелких частей пуповины и при схватках потужного характера.

Полное раскрытие маточного зева указывает на то, что наступил **II период родов- период изгнания плода**. Схватки усиливаются и способствуют продвижению плода по родовому каналу, которое началось во время периода раскрытия. При нахождении предлежащей части на третьей плоскости таза или на тазовом дне, в следствии раздражения крестцового нервного сплетения и рецепторов тазового дна начинаются потуги. Разрешить тужиться роженице можно лишь тогда, когда головка находится на тазовом дне и стреловидный шов головки плода находится в прямом размере выхода малого таза. В этот период проводится строгое наблюдение за состоянием плода и роженицы, следят за ЧСС плода, его продвижением, активностью схваток и потуг, после каждой схватки измеряют пульс, артериальное давление у роженицы, по возможности с помощью мониторов.

Важное внимание оказывается защите промежности, и при угрозе разрыва промежности производят перинеотомию, эпизиотомию, или параперинеотомию.

Продолжительность периода раскрытия у первород-х – 2 часа и у повторнород-х – 1 час, по окончании которого происходит рождение плода. Это один из самых ответственных периодов родов, так как продолжается продвижение плода по родовому каналу и происходит рождение плода. В этот период врач, ведущий роды после каждой

схватки измеряет АД, пульс роженицы, пальпирует матку и выслушивает ЧСС плода. Данные обследования заносятся в историю родов через каждые 10 минут.

С момента рождения плода наступает **III период родов – последовый**, который длится до 1 часа, в среднем 20-30 минут. В этот период происходит отслойка плаценты от стенок матки, т.е. ее отделение и рождение последа (плацента с пуповиной, оболочками, остатками околоплодных вод). Отслойка плаценты происходит в следствии того, что мышцы матки сокращаются, в следствии чего резко уменьшается плацентарная площадка, а так как плацента не является мышечным органом, и, следовательно не может сократиться, происходит ее отделение от стенки матки. Если отделение с центра – по Шульцу, здесь присоединяется дополнительная сила, способствующая отделению плаценты – ретроплацентарная гематома. Показать на схеме по таблице. Если отделение с периферии – по Дункану, кровопотеря при этом больше и дефектов плаценты больше.

Сразу же после рождения плода и отделения его от матери, акушерка производит катетеризацию мочевого пузыря. Для чего она это делает? Так как иннервация матки и мочевого пузыря идет от одного нервного сплетения. При сокращении мочевого пузыря происходит рефлекторное сокращение матки, что необходимо для отделения плаценты от матки.

Для определения отделилась ли плацента от матки или нет, существует несколько признаков:

1. Альфельда – удлинение пуповины на 10-12 см
2. Шредера – матка удлиняется и дно к правому подреберью
3. Кюстнера – Чукалова – при надавливании ребром ладони через переднюю брюшную стенку гад лобком происходит втягивание пуповины при не отделившейся плаценте
4. Шульце – появление выпячивания над лоном
5. Микулича – позыв на потугу
6. Клейна – при потуживании конец пуповины удлиняется и не втягивается обратно.

При наличии признаков отделения плаценты, но отсутствия ее рождения, применяют способы её выделения:

1. Абуладзе
2. Гентера
3. Креде-Лазаревича

Послед осматривают, измеряют плаценту, взвешивают, сопоставляют оболочки. Родильница находится в род.зале в течении 2 часов, т.е. в течении всего раннего послеродового периода. В этот период возможны различные осложнения, такие как кровотечение, обострение различных экстрагенитальных заболеваний. Сразу после рождения последа холод на низ живота для улучшения сокращения матки и профилактики гипотонического кровотечения. При отсутствии кровотечения из половых путей родовые пути осматриваются через 2 часа, ушиваются разрезы, трещины мягких родовых путей, обрабатывается влагалище раствором йодоната, йодом, измеряется АД, пульс, осматривается матка, отмечается количество крови в послеродовом периоде, затем родильница переводится в послеродовую палату.

Особое внимание хочется уделить обезболиванию родов. Ещё из древних времен известно, что женщинам, которые находились в родах, пытались помочь те, кто присутствовал при этом. Присутствующие пытались облегчить боль роженицы, и использовали при этом различные методы. Но только в 1847 году Пирогов Н.И. впервые использует эфир для обезболивания при родоразрешающейся операции. Хочется отметить, что обезболивание родов начинается в условиях амбулаторного ведения беременной, так называемая психопрофилактика, цель которой подготовить беременную к наличию болевого компонента родов. От того как женщина будет относиться к родовому акту зависит и порог её болевой чувствительности и в этом ей должен помочь врач

амбулаторного звена, он должен снять страх перед родами. Психопрофилактика, медикаментозные методы (анальгин, фторотан, седуксен, пипольфен, триоксазин, промедол, дроперидол, ГОМК), немедикаментозные методы (электросон, акупунктура, гипноз) В последние годы широко применяется перидуральная анестезия – катетеризация перидурального пространства в поясничной области на уровне L I-II или III-IV. – вот те методы, которые может выбрать врач и женщина для обезболивания родов.

#### **2.1.15 Преподавательские заметки**

уделить внимание определению термина – РОДЫ, показать причины наступления родового акта, научить вести каждый период родов, оказывать помощь роженице. Признаки отделения и выделения последа, осмотр родовых путей, обезболивание родов.

#### **2.1.16 Раздаточный материал**

#### **2.1.17 Оснащение лекции:**

Таблицы

1. определение родового акта
2. периоды родов
3. сократительная деятельность матки в родах
4. признаки отделения последа
5. признаки выделения последа

#### **2.1.18 Самостоятельная работа студента (СРС)**

1. Строение и функция матки
2. степени зрелости шейки матки по Г.Г.Хечинашвили
3. значение эстрогенов и окситоцина в возникновении родов.

#### **2.1.19 Контрольные вопросы**

Вопросы I уровня

1. Дайте определение родовому акту
2. что такое родовая доминанта
3. что такое актомиозин, его функция
4. что такое простагландины
5. назовите периоды родов
6. что такое схватки
7. что такое потуги
8. чем отличается роженица от родильницы

Вопросы II уровня

1. какова функция простагландинов в возникновении родового процесса
2. назовите. степени зрелости шейки матки по Г.Г.Хечинашвили
3. раскрытие шейки матки у первородящей и повторнородящей роженицы
4. в чем принципиальное различие в видах отделения плаценты
5. как часто проводится аускультация сердцебиения плода в первом периоде родов
6. как часто проводится аускультация сердцебиения плода во втором периоде родов
7. назовите признаки отделения плаценты
8. назовите методы выделения последа

вопросы III уровня

1. что такое ранний послеродовый период

2. что такое тройной нисходящий градиент
3. почему осмотр родовых путей в зеркалах проводится через 2 часа после рождения последа
4. что делать, если прошел 1 час после рождения плода, но нет признаков отделения плаценты
5. что делать, если в последовом периоде появились кровянистые выделения, а признаков отделения плаценты нет

**2.1.20. Рекомендуемая основная и дополнительная литература:**

Акушерство, учебник под руководством Бодяжиной В.И.

Акушерство, под руководством Айламазян Э.К.

Акушерство и гинекология, руководство для врачей и студентов, под руководством Савельевой Г.М.

Руководство по практическому акушерству под редакцией Серова В.Н.