

Клиническое течение родов

В клиническом течении родов различают три периода: первый период – раскрытия, второй период –

изгнания, третий период – последовый.

Период раскрытия

Период раскрытия начинается возникновением регулярной родовой деятельности – родовых схваток и заканчивается полным раскрытием маточного зева. В период раскрытия под влиянием родовых схваток постепенно сглаживается шейка матки и раскрывается маточный зев. Этот процесс неодинаков у перво- и повторнородящих женщин. Если у первородящих вначале происходит сглаживание шейки матки (раскрытие внутреннего маточного зева), а затем раскрытие наружного зева, то у повторнородящих эти процессы происходят одновременно. При полностью сглаженной шейке матки область, соответствующая наружному зеву, называется ма точным зевом. Когда наступает полное раскрытие маточного зева полость матки и враталище составляют родовой канал. Маточный зев определяется в виде тонкой узкой растяжимой каймы, расположенной вокруг предлежащей части плода. Диаметр маточного зева при полном открытии достигает 10 – 12 см, при такой степени открытия возможно рождение зрелого плода в период изгнания. Кроме родовых схваток в процессе раскрытия шейки матки принимает участие плодный пузырь.

Во время схватки уменьшается объем матки, увеличивается внутриматочное давление, сила которого передается на околоплодные воды. В результате этого плодный пузырь вклинивается в шейный канал, способствуя по степенному сглаживанию шейки матки и раскрытию маточного зева. После окончания схватки давление внутри матки уменьшается, напряжение плодного пузыря снижается. С новой схваткой все повторяется.

При полном или почти полном раскрытии маточного зева на высоте схватки при максимальном напряжении плодный пузырь разрывается и изливаются передние воды. Задние воды изливаются обычно вместе с рождением плода.

Излитие вод при полном или почти полном раскрытии маточного зева называется своевременным, при не полном раскрытии – ранним.

Если околоплодные воды изливаются до начала регулярной родовой деятельности, это говорит о преждев ременном (дородовом) их излитии. В редких случаях возникает запоздалое излитие околоплодных вод. Это бывает в тех случаях, когда разрыв плодного пузыря и излитие вод происходят в периоде изгнания. Длительность первого периода родов у пейвородящих колеблется от 12 до 16 ч, у повторнородящих – от 8 до

10 ч.

Период изгнания

Второй период родов – период изгнания – начинается с момента полного раскрытия маточного зева и заканчивается рождением плода. Вскоре после

своевременного излития околоплодных вод схватки усиливаются, их сила и продолжительность нарастает, паузы между схватками укорачиваются. Это способствует быстрому опусканию подлежащей части плода в полость малого таза, раздражению нервных окончаний шейки матки, влагалища, мышц и фасций тазового дна и рефлекторному возникновению потуг, под действием которых происходит изгнание плода.

На высоте одной из потуг из половой щели появляется небольшой участок подлежащей части плода (чаще всего затылок). В паузах между потугами она скрывается, чтобы вновь появиться в большей степени при следующей потуге. Этот процесс называется врезыванием подлежащей части плода. Через некоторое время с развитием родовой деятельности подлежащая часть плода продвигается по родовому каналу и уже не скрывается в паузах между потугами. *Это* состояние называется *п. р о з ы в а н и е м* подлежащей части плода, *оно* завершается рождением всей головки. Родившаяся головка первоначально обращена личиком кзади, а затем в результате внутреннего поворота туловища плода головка поворачивается личиком к бедру матери противоположной позиции плода. В дальнейшем на высоте одной из последующих потуг происходит рождение плечиков и всего плода. Одновременно с рождением плода изливаются задние воды.

Период изгнания продолжается у первородящих от 1 до 2 ч, у повторнородящих – от 20 мин до 1 ч.

Биомеханизм родов.

Совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через *родовые* пути, называется биомеханизмом Родов.

Наиболее часто встречающимся нормальным является механизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Для нормального механизма родов характерно состояние сгибания головки над входом в малый таз, в результате чего ко входу в малый таз обращен затылок плода. Стреловидный шов головки плода располагается обычно в поперечном или слегка косом размере плоскости входа в малый таз.

Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

Различают 4 момента механизма Родов.

П е р в ы й м о м е н т – сгибание головки плода. Во входе в малый таз головка совершает движение вокруг воображаемой поперечной оси, в результате которого подбородок приближается к грудной клетке, затылок опускается во вход в малый таз, малый родничок располагается ниже большого. При дальнейшем продвижении по родовому каналу малый родничок следует по проводной оси таза, являясь ведущей точкой.

Ведущей (проводной) точкой называется та точка плода, которая первой опускается во вход малого таза,

следует проводной оси таза и первой показывается при рождении. Сгибание головки приводит к относительному уменьшению подлежащей части плода. В

результате сгибания головка проходит все плоскости малого таза более свободно, своим наименьшим, малым косым размером, диаметр которого составляет 9,5 см, с окружностью в 32 см.

В т о р о й м о м е н т - внутренний поворот головки. Головка плода одновременно с поступательным движением поворачивается вокруг продольной оси. При этом затылок плода поворачивается кпереди, к лонному сочленению, а личико - кзади, к крестцу.

Т р е т и й м о м е н т - разгибание головки. Разгибание головки происходит в выходе малого таза. Согнутая головка достигает тазового дна, мышцы и фасции тазового дна оказывают сопротивление ее дальнейшему продвижению. В результате головка отклоняется к месту наименьшего сопротивления - вульварному кольцу, вращается вокруг воображаемой поперечной оси, отклоняется кпереди - разгибается.

Ч е т в е р т ы й м о м е н т - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Плечики в выходе малого таза поворачиваются из поперечного размера в прямой. В начале под лонную дугу подходит переднее плечико, после фиксации которого туловище сгибается в шейно-грудном отделе, при этом рождается заднее плечико. После рождения легко рождаются туловище и ножки плода. В момент внутреннего поворота плечиков совершается наружный поворот головки. Личико плода поворачивается к бедру матери в зависимости от позиции плода: при первой позиции – к правому бедру, при второй позиции – к левому.

Последовый период

Третий период родов – последовый – начинается с момента рождения плода и завершается рождением последа. Послед включает плаценту, околоплодные оболочки и пуповину. В последовом периоде под воздействием последовых схваток происходит отделение плаценты и оболочек от стенок матки и рождение последа. Изгнание последа осуществляется под влиянием потуг.

После Рождения последа матка сильно сокращается, в результате чего происходит пережатие маточных сосудов в области плацентарной площадки и остановка кровотечения. При нормальном течении родов общая кровопотеря не превышает 250 мл, нередко она составляет лишь 50 – 100 мл. Такая кровопотеря считается физиологической. Кровопотеря от 250 до 400 мл называется пограничной, а свыше 400мл – патологической.

С момента окончания последового периода завершается родовой процесс и женщина называют родильни цей.

Продолжительность последового периода колеблется от 5 – 10 мин до 2 ч. Общая продолжительность физиологических родов у первородящих составляет в среднем 10 – 12 ч, у повторнородящих – от 8 до 10 ч.

Наблюдение и уход за роженицей в периоде раскрытия

Первый период родов – период раскрытия – роженица проводит в кровати в предродовой палате, вставать ей разрешают только при целости вод и при условии фиксации предлежащей части во входе в малый таз. Медицинский персонал

должен неотлучно находиться в предродовой, наблюдать за общим состоянием, самочувствием и поведением роженицы в родах, окраской кожных покровов и слизистых оболочек, осведомляться о наличии головной боли, расстройства зрения. Медицинская сестра, акушерка должны тщательно соблюдать правила гигиены при работе в предродовой: внимательно, чутко относиться к роженице, четко и своевременно выполнять назначения врача, вселять уверенность в благополучный исход родов.

Акушерка (медицинская сестра), наблюдая за общим состоянием роженицы, каждые 2 ч измеряет артериальное давление, определяет пульс, 2 раза в сутки следит за температурой тела.

В течение всего периода раскрытия наблюдают за характером родовой деятельности. Активность родовой деятельности определяется по продолжительности схватки, ее силе и периодичности. Технически это выполняется следующим образом: акушерка (медицинская сестра) правую руку кладет на переднюю брюшную стенку, стремясь через брюшную стенку определить состояние матки. По секундомеру определяют продолжительность схваток и пауз между ними. Схватка ощущается рукой как уплотнение матки, пауза – как расслабление ее.

Большое внимание уделяется в первом периоде родов контролю за состоянием плода. Информацию о его состоянии получают при выслушивании сердцебиения плода акушерским стетоскопом, или аппаратом «Малыш», а также путем регистрации электро- и фонокардиограммы плода. При этом учитывают частоту сердцебиения плода, ритм и звучность тонов. В норме частота сердцебиения плода колеблется от 120 до 140 ударов в минуту.

Если акушерка (медицинская сестра) замечает изменения сердцебиения плода, то она должна немедленно сообщить об этом врачу. Может измениться ритм сердцебиения плода, вместо постоянного устойчивого ритм начинает меняться, то урежаясь до 90 – 100 ударов в минуту, то учащаясь до 140 – 150 в минуту. Нередко изменения ритма сочетаются с изменениями его звучности. Сердцебиение плода становится глухим или, напротив, чрезмерно звучным. Изменения ритма и звучности сердцебиения плода являются наиболее типичными проявлениями гипоксии (кислородной недостаточности) плода. Дополнительным проявлением гипоксии плода является увеличение его двигательной активности, роженица при этом отмечает бурное шевеление плода или, напротив, ослабленное (тихое) шевеление. В связи с этим акушерка должна постоянно осведомляться у роженицы о ее ощущениях.

Если врач подтверждает возникновение гипоксии плода, медицинская сестра (акушерка) тщательно выполняет его назначения (ингаляция кислорода, введение в вену 40 мл 40% Раствора глюкозы, 4 мл 5% Раствора аскорбиновой кислоты, 100 мл кокарбоксилазы, 4 мл 1% раствора сибигетина), что способствует обычно улучшению состояния плода.

Немаловажное значение для нормального течения родового акта имеет функция мочевого пузыря. Роженице рекомендуется опорожнять мочевой пузырь каждые 2 – 3 ч. Переполнение мочевого пузыря оказывает неблагоприятное, ослабляющее влияние на родовую деятельность. Если Роженица не может опорожнить моче

вой пузырь самостоятельно, прибегают к его катетеризации. С этой целью наружные половые органы обмывают раствором перманганата калия.

С наименьшей тщательностью необходимо наблюдать в первом периоде родов за функцией кишечника. Обычно кишечник опорожняют с помощью очистительной клизмы при поступлении роженицы в родильный дом. В последующем, если в течение 12 ч не было дефекации, ставят очистительную клизму повторно.

С целью профилактики восходящей инфекции следят за чистотой наружных половых органов роженицы, каждые 6 ч проводят их туалет раствором перманганата калия 1:1000. Кроме того, туалет наружных половых органов осуществляют перед производством влагалищного исследования с последующей сменой стерильной подкладной пеленки.

При полном открытии маточного зева и опускании головки плода в полость малого таза роженицу переводят в родовой зал, где продолжают наблюдение и помощь при родах в периоде изгнания.

Наблюдение и помощь при родах в периоде изгнания

В течение всего периода изгнания около роженицы должны находиться врач и акушерка (медицинская

сестра). В периоде изгнания наблюдают за общим состоянием роженицы, окраской кожных покровов и слизи стых оболочек, регулярно следят за пульсом, артериальным давлением; осведомляются о самочувствии роженицы, учитывая возможность появления чувства нехватки воздуха, головной боли, Расстройства зрения и др. Тщательно контролируют характер родовой деятельности, определяя частоту, силу и продолжительность потуг, обращают внимание на состояние нижнего маточного сегмента (истончение, болезненность), в ы с о т у стояния контракционного кольца.

Кроме наблюдения за общим состоянием роженицы, уровнем артериального давления, частотой пульса, выраженностью родовой деятельности, продвижением плода по родовому каналу, необходим контроль за состоянием плода. После каждой потуги определяют сердцебиение плода, обращая внимание на его частоту, звучность, ритм.

Большое значение в периоде изгнания придает наблюдению за состоянием наружных половых органов. Отек малых и больших половых губ свидетельствует о сдавлении мягких тканей родовых путей, чаще всего при наличии узкого таза. Появление кровянистых выделений из половых путей указывает на начавшийся разрыв мягких тканей (влагалище, промежность) или на преждевременную отслойку нормально расположенной плаценты. Подтекание околоплодных вод, окрашенных меконием, указывает на гипоксию плода, примесь к околоплодным водам гноя – на инфицирование родовых путей и т. д. Во время прорезывания головки плода мышцы и фасции тазового дна подвергаются выраженному перерастяжению, особенно область промежности. Головка плода в процессе прорезывания подвергается сдавлению со стороны родового канала. Специальными приемами, совокупность которых носит название а к у ш е р с к о г о п о с о б и я в родах, акушерка осуществляет защиту промежности от повреждений и бережно выводит плод из родовых путей. Наружные половые

органы роженицы, внутреннюю поверхность бедер обрабатывают 5% спиртовым раствором йода, или 1% раствором йодоната, область анального отверстия закрывают стерильной марлей, под ягодичы подкладывают стерильную пеленку.

Акушерское пособие в родах заключается в следующем:

1. Регулирование продвижения врезывающейся головки. С этой целью во время врезывания головки акушерка, стоя справа от роженицы, располагает левую руку на лобке роженицы, концевыми фалангами 4-х пальцев осторожно надавливает на головку, сгибая ее в сторону промежности и сдерживая ее стремительное рождение.

Правую руку акушерка располагает на промежности таким образом, чтобы ладонь находилась в области промежности ниже задней спайки, большой и 4 остальных пальца располагались по сторонам от вульварного кольца – большой палец на правой большой половой губе, 4 – на левой большой половой губе. В паузах между потугами акушерка осуществляет так называемый заем тканей: ткань клитора и малых половых губ, т. е. менее растянутые ткани вульварного кольца, низводит в сторону промежности, подвергающейся при прорезывании головки наибольшему напряжению.

2. Выведение головки. После рождения затылка головка областью подзатылочной ямки (точкой фиксации) подходит под нижний край лонного сочленения. С этого времени роженице запрещают тужиться и выводят головку вне потуги, уменьшая тем самым риск возникновения травмы промежности. Роженице предлагают положить руки на грудь и глубоко дышать, ритмичное дыхание помогает преодолевать потугу.

Акушерка правой рукой продолжает удерживать промежность, а левой рукой захватывает головку плода и постепенно, осторожно разгибая ее, сводит с головки ткани промежности. Таким образом постепенно рождается лоб, личико и подбородок плода. Родившаяся головка обращена личиком кзади, затылком кпереди, к лону. Если после рождения головки обнаруживают обвитие пуповины, осторожно подтягивают и снимают ее с шеи через головку. Если снять пуповину не удастся, ее пересекают между зажимами Кохера.

3. Освобождение плечевого пояса. После рождения головки в течение 1 – 2 потуг рождается плечевой пояс и весь плод.

Во время потуги происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Плечики из поперечного переходят в прямой размер выхода таза, головка при этом личиком поворачивается к правому или левому бедру матери, противоположному позиции плода.

При прорезывании плечиков риск возникновения травмы промежности почти такой же, как при рождении головки, поэтому акушерка должна с неменьшей тщательностью проводить защиту промежности в момент рождения плечиков.

При прорезывании плечиков оказывается следующая помощь. Переднее плечико подходит под нижний край лонного сочленения и становится *точкой* опоры. После этого осторожно сводят ткани промежности с заднего плечика.

4. Выведение туловища. После рождения плечевого пояса обеими руками осторожно захватывают грудную клетку плода, вводя указательные пальцы обеих рук в подмышечные впадины, и приподнимают туловище плода вперед. В результате без затруднений рождаются туловище и ножки плода. Родившегося ребенка кладут на стерильную подогретую пеленку, роженице придают горизонтальное положение.

Первый туалет новорожденного

Акушерка моет руки, обрабатывает их спиртом и после этого приступает к туалету новорожденного. Полость рта и нос новорожденного освобождает от слизи с помощью стерильного баллончика или катетера, соединенного с электрическим отсосом. Затем приступают к профилактике офтальмобленнореи по Матвееву. Способ заключается в следующем: веки новорожденного протирают стерильной ватой (отдельным шариком для каждого глаза), пальцами левой руки осторожно оттягивают нижнее веко вниз и, пользуясь стерильной пипеткой, наносят на слизистую оболочку (конъюнктиву) век 1 – 2 капли стерильного свежеприготовленного 2% Раствора нитрата серебра или 30% раствора альбукцида, а девочкам в наружные половые органы.

Далее приступают к обработке пуповины. Первичную обработку и перевязку пуповины производят после полного прекращения пульсации ее сосудов, что обычно происходит через 2 – 3 мин после рождения плода. Пересекать пуповину до прекращения пульсации сосудов не следует, так как за это время по пуповине к плоду поступает около 50 – 100 мл крови из сосудов пуповины и плаценты. Перед пересечением пуповины ее протирают спиртом на расстоянии 10 – 15 см от пупочного кольца, затем накладывают два зажима Кохера. Один зажим на расстоянии 8 – 10 см от пупочного кольца, второй – на 2 см ниже первого. Пуповину между зажимами обрабатывают 5% раствором йода и пересекают стерильными ножницами, зажим перекладывают на уровень входа во влагалище. Новорожденного показывают матери и переносят в комнату новорожденного.

В комнате новорожденного ребенка укладывают на пеленальный столик, накрытый стерильной пеленкой, и производят окончательную обработку пуповины. Она состоит в следующем: акушерка повторно моет руки с мылом и обрабатывает их спиртом. Плодовый отрезок пуповины дополнительно обрабатывает спиртом, выжимают из него оставшуюся кровь. На расстоянии 0,5 см от пупочного кольца на пуповину специальным инструментом – зажимом накладывают скобу Роговина. Пуповинный остаток над скобой отсекают стерильными ножницами, поверхность разреза пуповины смазывают 5% раствором перманганата калия, после чего культю пуповины протирают сухой стерильной марлевой салфеткой. Остаток пуповины с наложенной на него скобой на 5 – 6 ч закрывают стерильной салфеткой, а затем ее снимают и остаток пуповины остается открытым; его тщательно ежедневно осматривает врач отделения новорожденных.

После наложения скобы Роговина и отсечения пуповинного остатка поверхность разреза дважды с интервалом в 3 – 5 мин обрабатывают 96% раствором спирта.

После обработки пуповины акушерка заканчивает туалет новорожденного. Кожные покровы обрабатывают салфеткой, смоченной стерильным вазелиновым

или под солнечным маслом, Удаляя при этом избыток сыровидной смазки, остатки крови и слизи. Закончив туалет, новорожденного тщательно осматривают с целью выявления врожденных аномалий развития или повреждений, возникающих иногда в родах (перелом ключицы, плечевой кости, образование кефалогематомы и др.). Затем ребенка взвешивают на детских весах, измеряют рост, окружность головки по прямому размеру, окружность плечиков. Отмечают признаки зрелости, незрелости и переносимости. На ручки надевают браслеты из медицинской клеенки и медальон, где указываются фамилия, имя и отчество матери, пол ребенка, его масса и рост, а также дата рождения. Затем ребенка пеленают, надевают стерильную теплую распашонку, заворачивают в стерильную пеленку и одеяло, оставляют на 2 ч на специальном столике, после чего переводят в отделение новорожденных.

Ведение последового периода

В третьем (последовом) периоде родов происходит отделение плаценты от стенок матки и рождение последа. Эти процессы всегда сопровождаются кровопотерей, не превышающей обычно 250 мл (0,5% массы тела) и считающейся физиологической. При нарушении физиологического течения последового периода может возникнуть патологическое кровотечение, в связи с чем роженица в последовом периоде должна находиться под постоянным наблюдением врача и акушерки (медицинской сестры).

Последовый период проводится активно – выжидательно.

Врач и акушерка наблюдают за общим состоянием роженицы, окраской кожных покровов и слизистых оболочек периодически измеряют артериальное давление, считают пульс. Для учета и измерения кровопотери под ягодицы роженицы подкладывают специальное плоское продезинфицированное судно.

При ведении последового периода необходимо знать признаки, свидетельствующие о полном отделении плаценты, и отмечать время их появления.

1. Изменение формы и высоты стояния дна матки – признак Шредера. Сразу после рождения плода матка имеет округлую форму дно ее находится на уровне пупка. Если наступило полное отделение плаценты, матка вытягивается в длину, дно ее поднимается выше пупка, матка становится уже, уплощается и нередко отклоняется вправо от средней линии.

2. Удлинение наружного отрезка пуповины – признак Альфельда. После полного отделения плаценты и оболочек от стенок матки послед опускается в нижний маточный сегмент, что приводит к удлинению

наружного отрезка пуповины. Зажим, наложенный на пуповину на уровне половой щели, опускается на

10 – 12 см.

3. При знак Кюстнера – Чукалова. Если наступило полное отделение плаценты, то при надавливании ребром ладони на надлобковую область роженицы пуповина не

втягивается во влагалище. При неотделившейся или неполностью отделившейся плаценте пуповина, напротив, втягивается во влагалище.

В ряде случаев, когда задерживается рождение последа при полностью отделившейся плаценте, применяют ручные приемы для его выделения.

1. С п о с о б А б у л а д з е. После опорожнения мочевого пузыря производят осторожный массаж матки через переднюю брюшную стенку с целью усиления ее сокращения. Затем обеими руками захватывают переднюю брюшную стенку, в продольную складку. После *этого* предлагают роженице потужиться, полностью отделившийся послед обычно без затруднений рождается.

. Способ Креде – Лазаревича. После опорожнения мочевого пузыря матку выводят в срединное положение, осторожно проводят наружный массаж матки, чтобы усилить ее сокращение. Акушер встает слева от роженицы лицом к ее ногам, правой рукой захватывает матку через переднюю брюшную стенку таким образом, чтобы четыре пальца располагались на задней ее стенке, ладонь – на дне, а большой палец – на передней стенке матки. Затем производят выжимание последа, направляя усилия правой руки вниз и впереди. Отделившийся полностью послед легко рождается.

Осмотр родовых путей после родов.

С целью осмотра родовых путей родильницу перевозят на каталке в малую операционную. Внутреннюю поверхность бедер, наружные половые органы обрабатывают 5% спиртовым раствором йода, под ягодицы родильницы подкладывают стерильную пеленку. Врач и акушерка (медицинская сестра) моют руки, как перед хирургической операцией. Вначале осматривают промежность, малые половые губы и клитор, затем приступают к осмотру влагалища и шейки матки. С этой целью обнажают шейку матки при помощи зеркал, фиксируют шейку матки окончательными зажимами и последовательно осматривают матку по всей окружности. При обнаружении разрывов шейки матки или влагалища их зашивают. Затем зеркало удаляют и осуществляют восстановление нарушенных тканей промежности и малых половых губ.

Линию швов смазывают 5% спиртовым раствором йода. С целью обезболивания при зашивании разрывов шейки матки, влагалища, промежности и малых половых губ может быть использована местная инфильтрационная анестезия, пудендальная анестезия, ангиляция закисно-кислородной смеси, а так же внутривенное введение сомбревина.

Первые два часа после родов родильница должна оставаться в родильном отделении под тщательным наблюдением дежурного врача в связи возможностью возникновения гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде.

Все сведения заносятся в историю родов.

Литература:

<https://studfiles.net/preview/1563570/page:5/>

Рецензия на реферат выполненный

По теме: Клиническое течение родов

Ординатором 1-го года обучения

Кафедра: оперативной гинекологии

ФИО: Абдулазизова Айтекин Зохраб кызы

Реферат выполнен на 9 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература.

Актуальность темы не вызывает сомнений.

Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы.

При написании реферата использовались современные источники литературы не старше пяти лет.

Реферат принят и оценён на (4) хорошо.

Руководитель клинической ординатуры: Макаренко Т.А.

ГБОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Оперативной гинекологии

Зав.кафедрой: ДМН, Доцент

Макаренко Т.А

Реферат по теме: Клиническое течение родов

Выполнил ординтор 1 года обучения

Специальности акушерство и гинекология

Абдулазизова А.З

Красноярск 2018г.

