

A close-up photograph of several bright yellow lily flowers in full bloom, set against a background of lush green foliage. The flowers have six petals and prominent orange-brown stamens. The text 'ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ РОДОВ' is overlaid in white, bold, sans-serif font across the center of the image.

ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ РОДОВ

Новосибирский государственный
медицинский университет

доцент кафедры акушерства и
гинекологии лечебного
факультета, к.м.н.

Хаятова З.Б.

Новосибирск, 2011

размеры нормального таза: 25-28-31-20 см.

Ромб Михаэлиса Оно ограничено четырьмя точками: сверху – ямкой под остистым отростком V поясничного позвонка, снизу – началом ягодичной складки (верхушка крестца), с боков – вдавлением на месте задних верхних остей обеих подвздошных костей. Поперечная диагональ делит ромб на два одинаковых треугольника, сложенных своими основаниями. Его вертикальный размер (Тридангани) в норме равен 11 см, горизонтальный (Литцмана) - 11 см.

Основные плоскости малого таза

- Плоскость входа
- Плоскость широкой части полости малого таза
- Плоскость узкой части полости малого таза
- Плоскость выхода

Размеры головки доношенного плода

- Малый косой размер – 9,5 см(32) см
- Средний косой – 10 см(33) см
- Большой косой – 13-13,5(38-42) см
- Прямой – 12 (34) см
- Вертикальный – 9 (32)см
- Малый поперечный – 8 см
- Большой поперечный – 9,25 см

Локализации головки

- 1. подвижная над входом в малый таз
(подвижная, рв: головка не доступна или с трудом, ориентиры доступны)
- 2. прижата ко входу в малый таз
(неподвижная, рв: головка доступна, смешается, стрел.шов в поперечном размере ориентиры таза доступны)

Малым сегментом во вход малый таз

- Головка фиксирована, 4 прием пальцы рук расходятся
- головка доступна, отталкивается с трудом, стрел.шов в поперечном или в одном из косых размере
- ориентиры таза: верхний край лона и безымянная линия доступны с трудом, мыс достигается согнутым пальцем. Свободный вся крестцовая впадина, задняя поверхность лона)

Большим сегментом во вход малый таз

- Головка фиксирована, 4 прием пальцы рук сходятся
- головка доступна, фиксирована, стрел.шов в одном из косых размере
- ориентиры таза: заняты верхняя треть симфиза, безымянная линия, мыс, и внутренняя поверхность 1 крестцового позвонка.

Головка в широкой части полости малого таза

- Стреловидный шов в одном из косых размеров
- Заняты верхняя половина лона, крестец до 3 позвонка
- Достижимы: нижняя половина лона, седалищные ости и бугры, 4-5 крестцовые позвонки

Головка в узкой части полости малого таза

- Снаружи головка не определяется
- Стреловидный шов в одном из косых размеров или ближе к прямому
- Не доступны: седалищные ости, вся задняя поверхность лона, весь крестец крестцово-копчиковое сочленение
- Достижимы: нижний край лона, седалищные бугры

Головка в выходе малого таза

- Стреловидный шов в прямом размере
- Заняты вся задняя поверхность лона, крестец, копчик
- Достижимы: мягкие ткани



Роды – это процесс изгнания (извлечения) плода и элементов плодного яйца из матки после достижения плодом жизнеспособности под действием изгоняющих сил

**Генетически заложенный срок
гестации: _____**

280 календарных дней (40 недель)

**10 акушерских месяцев (1 акушерский
месяц = 28 календарных дней)**

9 лунных месяцев

**Средняя масса доношенного плода –
3400,0 +- 200 г, длина – 50-51 см**

Критерии жизнеспособности плода

**Жизнеспособным считается плод в
сроке гестации не менее 22 недель с
массой при рождении более 500,0
Плоды с такими параметрами
подлежат выхаживанию**

Прерывание беременности в сроке до 12 недель – ранний выкидыш

Прерывание беременности в сроке до 22 недель – поздний выкидыш

Роды:

- в сроке с 22 до 37 недели – преждевременные

- в сроке 38-42 недели – срочные

- в сроке 42 недели ребенок доношенный – пролонгированная беременность

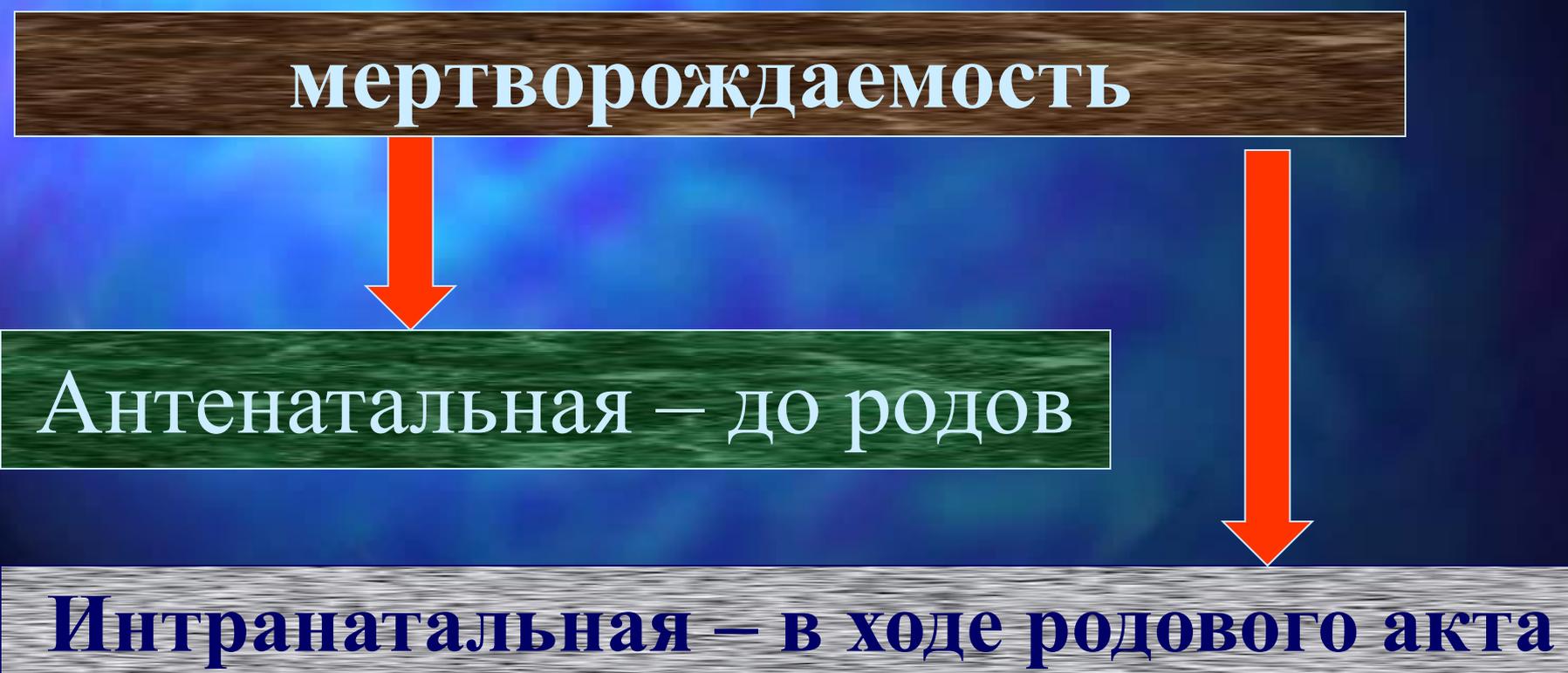
- в сроке более 42 недели и ребенок переносный-запоздалые

Живым считается новорожденный, который после изгнания или извлечения имеет признаки жизни



Мертворожденным считается плод, у которого отсутствуют признаки жизни

мертворождаемость



```
graph TD; A[мертворождаемость] --> B[Аntenатальная – до родов]; A --> C[Интранатальная – в ходе родового акта]
```

Аntenатальная – до родов

Интранатальная – в ходе родового акта

Ранняя неонатальная смертность – плод, родившись живым, по каким-либо причинам умер в течение первых 168 часов жизни (7 суток)

Перинатальная смертность

Мертворождаемость + Ранняя неонат. смерт.

1000 рождений

РОДОВАЯ ДОМИНАНТА

**ПОДГОТОВКА
РАБОЧЕГО
ОРГАНА (матка)**

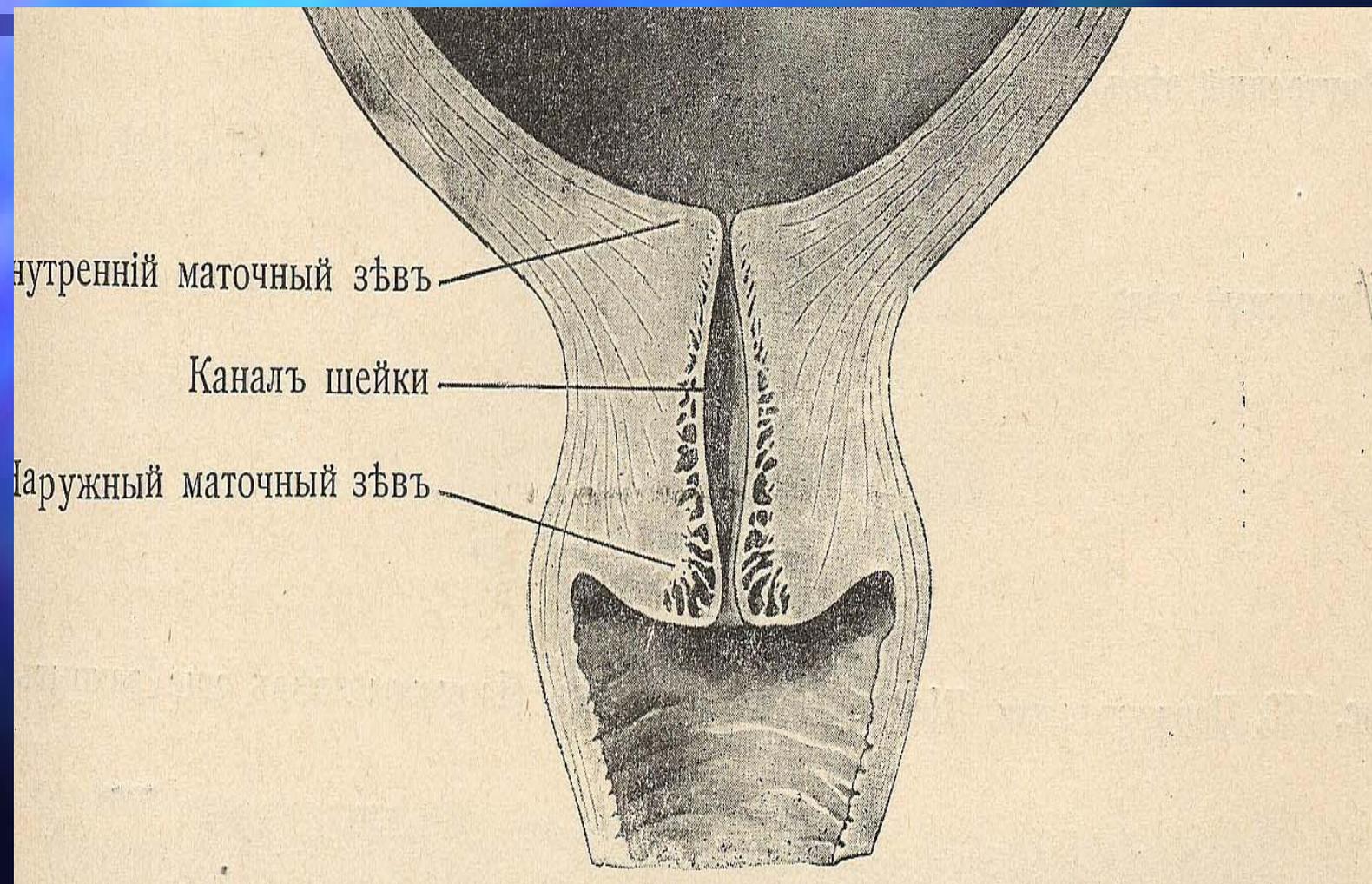
**ГОРМОНАЛЬНЫЙ
БЛОК**

**ФОРМИРОВАНИЕ
ДОМИНАНТЫ
РОДОВ В ЦНС**

Механизм действия эстрогенов на организм матери



«незрелая» шейка матки



Характеристика «зрелой» шейки матки

1. Расположение по оси таза
2. Расположение наружного зева на уровне спинальной линии
3. Укорочение до 1,5 см
4. Диффузное размягчение
5. Внутренний зев переходит в нижний сегмент, иногда не лоцируется
6. Цервикальный канал свободно проходим по всей длине
7. Длина цервикального канала и шейки матки равны

Шкала оценки степени зрелости шейки матки (Голубев А.П, 1972)

Признаки	Степень «зрелости», баллы		
	0	1	2
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена, уплотнение в области внутреннего зева	Мягкая
Длина влагалищной части шейки	Более 2 см	1 - 2 см	Менее 1 см или сглажена
Пройодимость цервикального канала	Наружный зев закрыт, пропускает кончик пальца	Пройодим для 1 пальца, но в области внутреннего зева ткани плотные	Более 1 пальца при сглаженной шейке - более 2 см
Положение шейки	Сакрально	Кпереди	Срединное, по оси таза
Соотношение длины шейки длине цервикального канала	Цервикальный канал длиннее шейки более, чем на 2 см	Цервикальный канал длиннее шейки на 1-1,5 см	Длина цервикального канала равна длине шейки

0 - 3 балла - шейка «незрелая» 4-6 баллов - шейка «дозревающая» 7-10 баллов - шейка «зрелая»

Шкала оценки степени зрелости шейки матки (Bishop, мод Е.А.Чернуха 1964)

признаки	0	1	2
положение	кзади	кпереди	по проводной оси таза
длина	более 2 см	1-2 см	Менее 1 см
консистенция	плотная	размягчена, уплотнена в обл. внутреннего зева	мягкая
проходимость цервикального канала	наружный зев закрыт или пропускает кончик пальца	канал проходим до внутреннего зева	канал проходим для одного и более пальцев

0-2 балла – «незрелая», 3-4 балла – «дозревающая», 5-8 баллов – «зрелая»

Характеристика подготовительного периода

1. Дно матки опускается из-за уменьшения отвода
2. Фиксация предлежащей части в плоскости входа малого таза
3. Шейка приобретает все параметры «зрелой»
4. Появление из влагалища слизисто-сукровичного секрета желез шейки матки
5. Появление клинических проявлений формирования «доминанты родов»
6. Набухание слизистой влагалища, шейки, миометрия, сочленений таза в результате высокой эстрогеновой насыщенности

7. Усиление спонтанной возбудимости матки с длительным системным сокращением
8. Появление «ложных схваток» (безболезненные, нерегулярные, с низкой амплитудой без ее усиления, не нарушающие состояния беременной)
9. Повышение окислительно-восстановительных процессов со снижением пищевого рефлекса и снижением массы тела до 100,0 за 5-7 дней до родов
10. Усиление тонуса САС, превалирование ее над тонусом парасимпатических отделов
11. Появление координированных маточных сокращений с растяжением внутреннего маточного зева
12. Отслойка нижнего полюса пузыря с интенсивным синтезом ПГЕ2
13. Повышение АКТГ и кортизола в крови матери и плода

Пациентка, вступившая в
роды, называется
роженицей.

Родовой акт

I период - раскрытия



II период - изгнания



III период - последовый

Первый период родов «раскрытия»

Начинается с началом регулярной родовой деятельности, в процессе которого происходит сглаживание шейки, раскрытие маточного зева и завершается полным его раскрытием

Контракция – сокращение мышечного волокна матки

Ретракция – смещение мышечных пластов матки по отношению друг к другу

Дистракция – растяжение круговых волокон нижних отделов матки

Тройной нисходящий градиент

(Caldeiro-Barcia, Poseiro, 1960, Уругвай)

1. Волна сокращения, возникая в одном из маточных углов («водитель ритма», «пейсмекер»), распространяется сверху вниз со скоростью 2-5 см\сек.
2. Сила и амплитуда сокращений убывает по мере распространения (30-120 мм рт ст в верхних отделах матки— 15-60 мм рт ст — в нижних)
3. Продолжительность сокращения убывает по мере распространения волны сверху вниз.

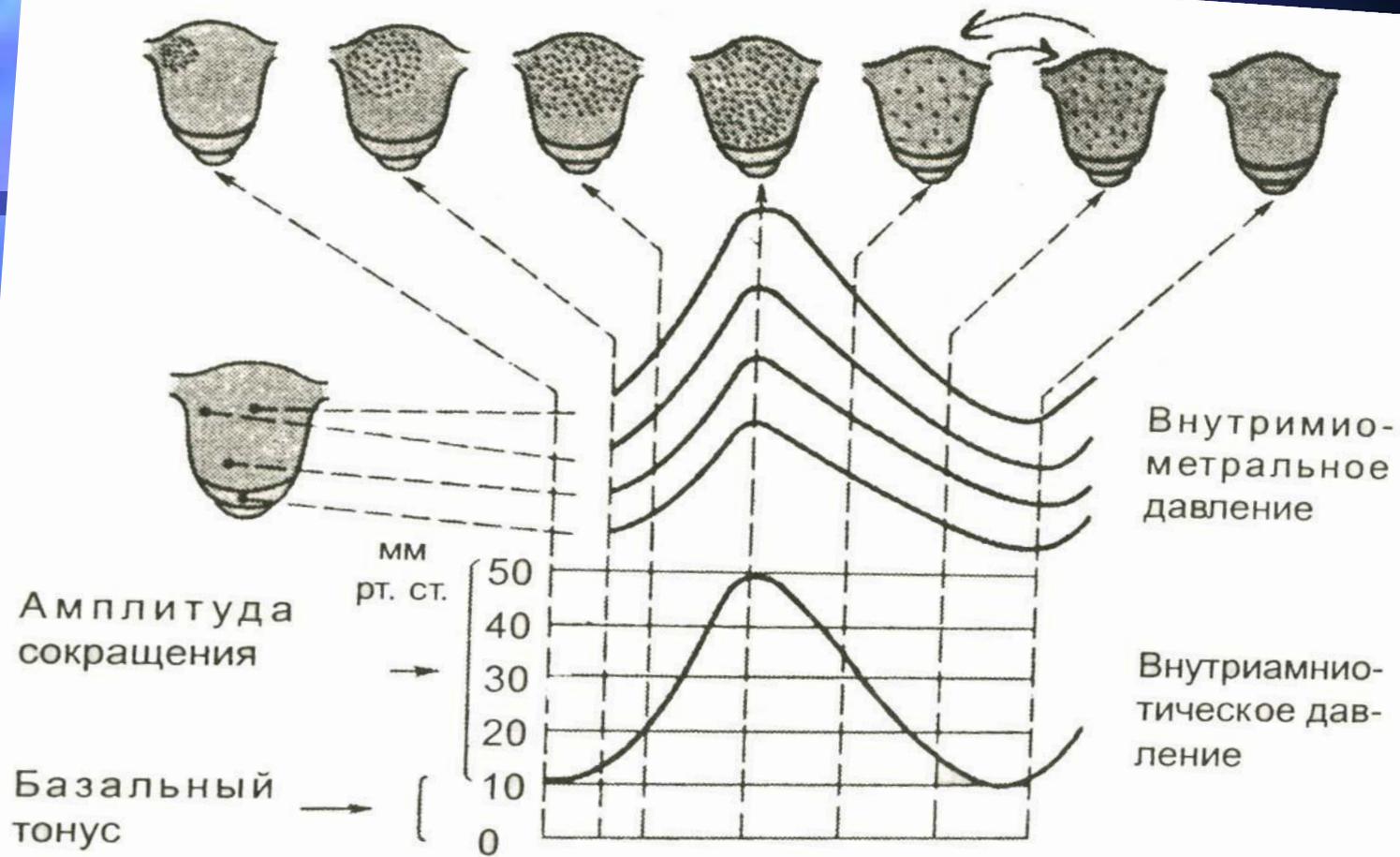


Рис. 7. Тройной нисходящий градиент (схема)

Характеристика маточного цикла

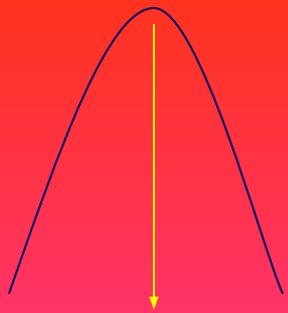
Базальный тонус миометрия (тонус покоя) - напряжение миометрия в паузах между схватками. Норма – 10-12 мм рт ст

Амплитуда (сила) сокращения – разница между величиной базального тонуса и пиком сокращения

Внутриамниотическое (внутриматочное) давление - давление в полости матки. Норма – от 25 до 120 мм рт ст

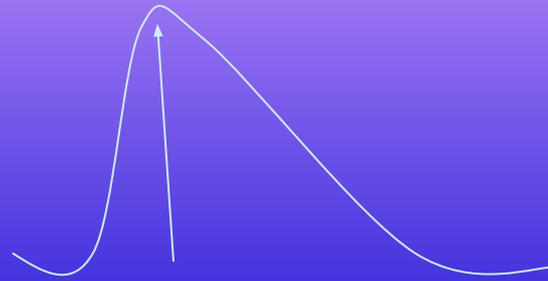
Маточный цикл

систола



40 – 60 сек

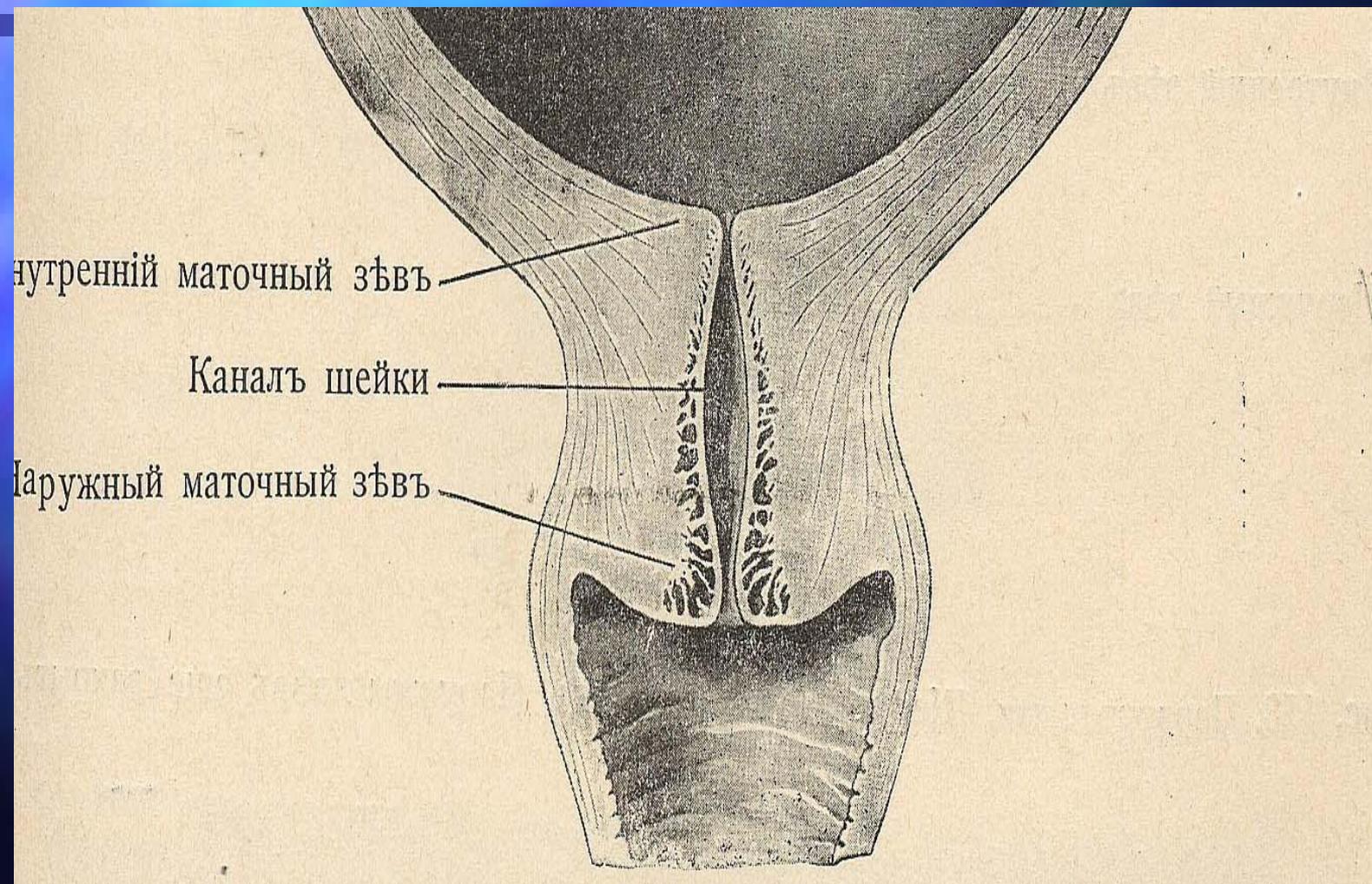
диастола



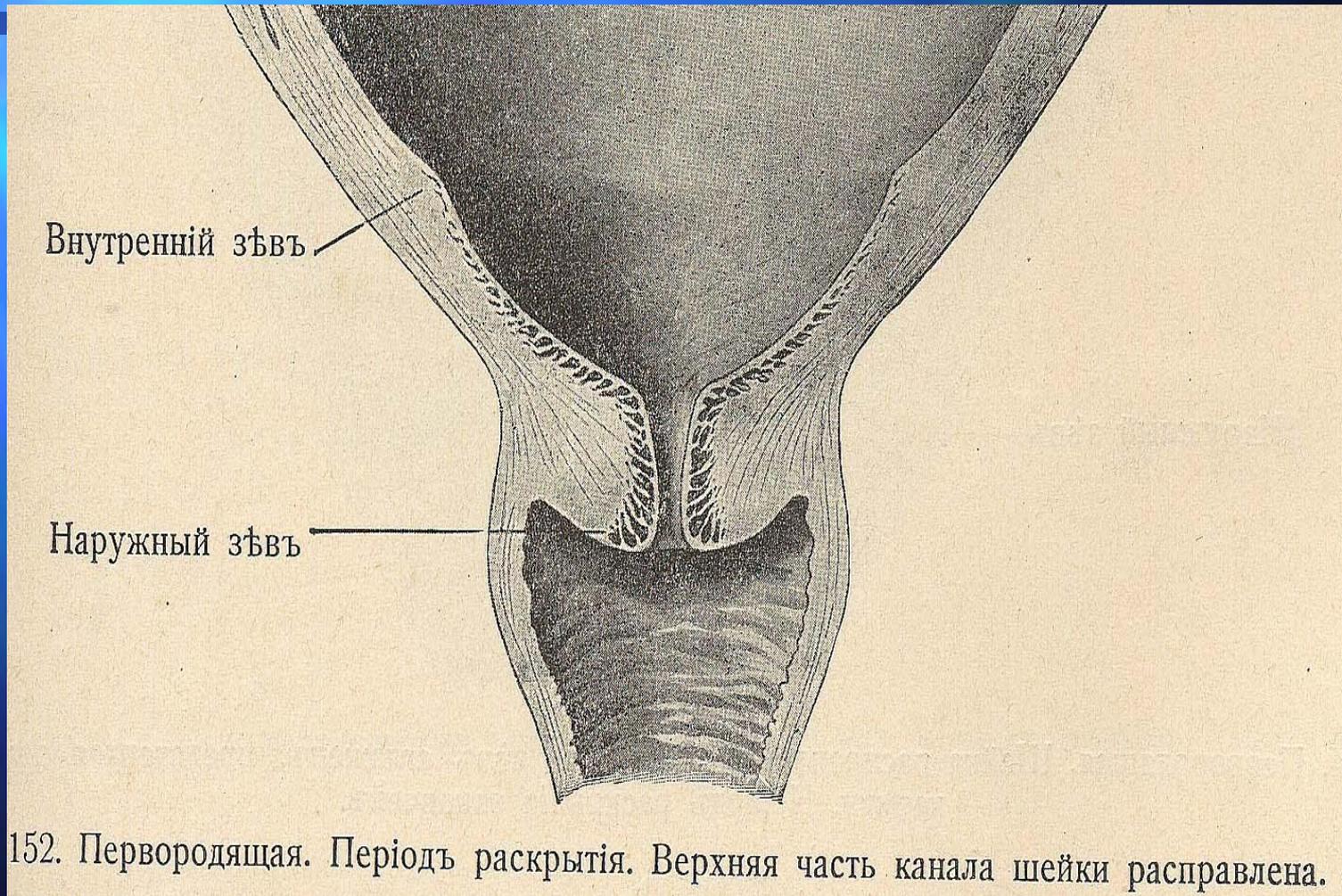
1\3 маточного
цикла

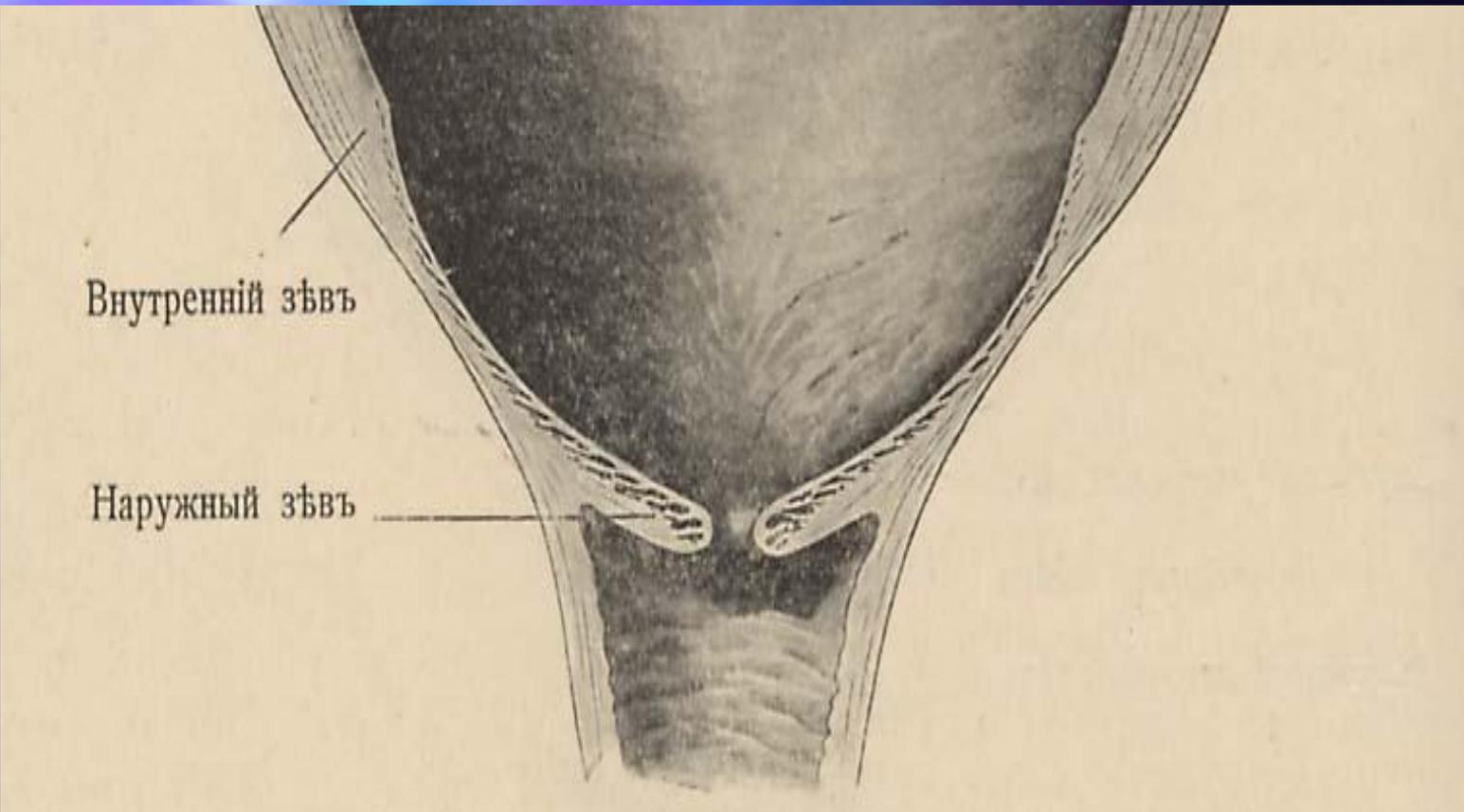
2\3 маточного цикла

Шейка матки в конце беременности



Процесс сглаживания шейки у первородящей





Внутренний зѣвъ

Наружный зѣвъ

Рис. 153. Первородящая. Шейка вполне сглажена. Наружный зѣвъ еще [закрытъ]

Процесс сглаживания шейки завершен

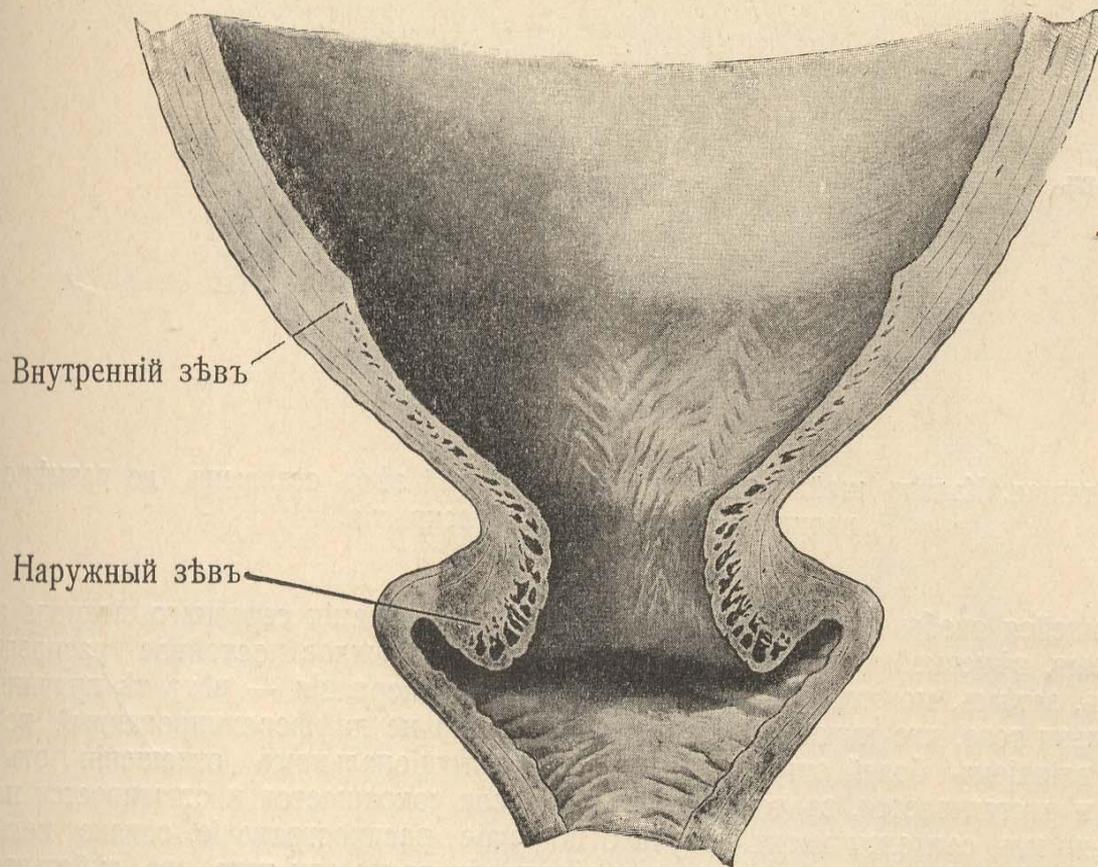
Внутренній з'яв'є

Наружний з'яв'є

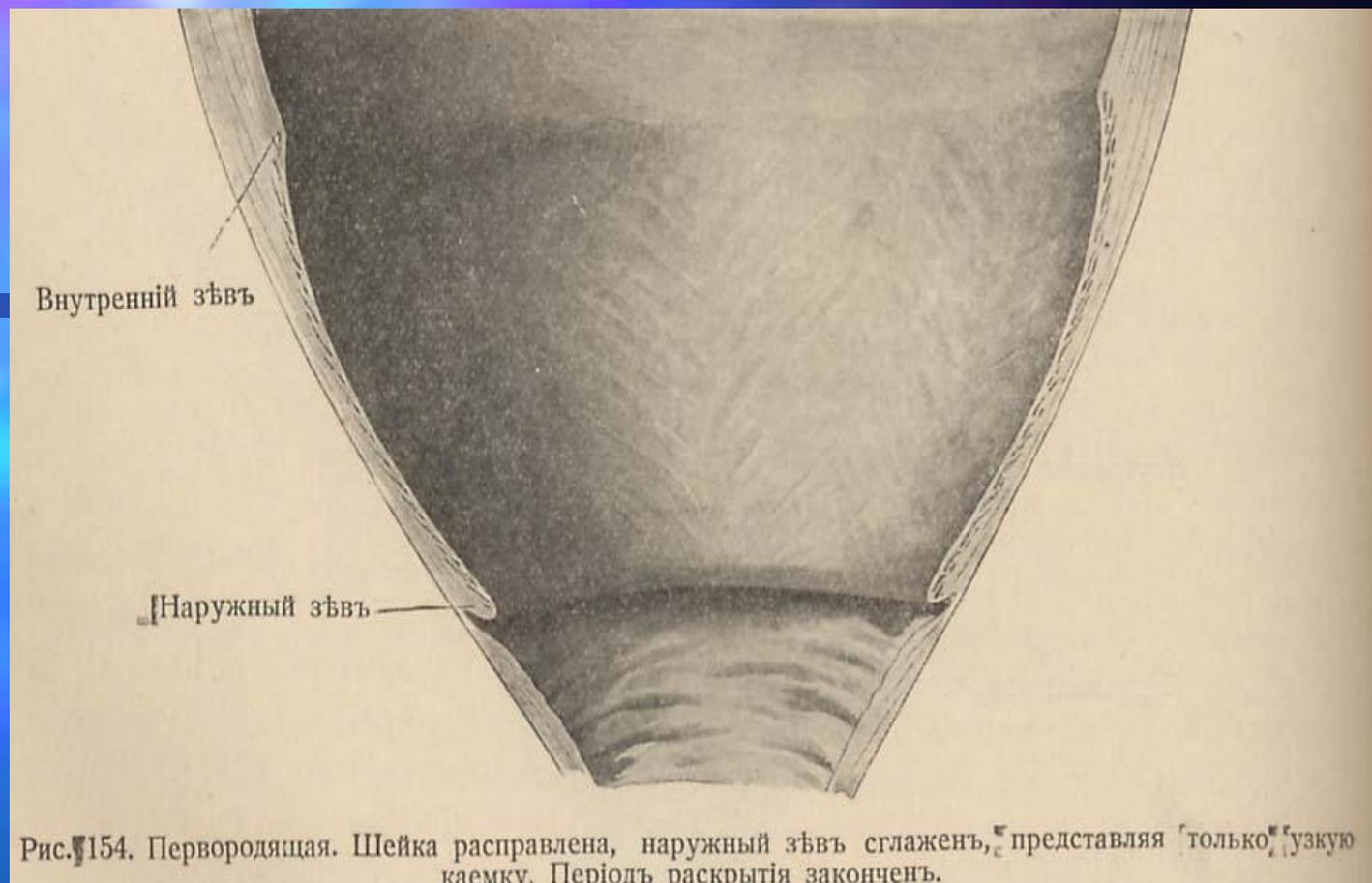
Рис. 155. Многогородящая. Начало раскрытия.

Начало первого периода у многорожавшей
Процессы сглаживания и раскрытия идут
параллельно

Активная фаза I периода родов у повторнородящей

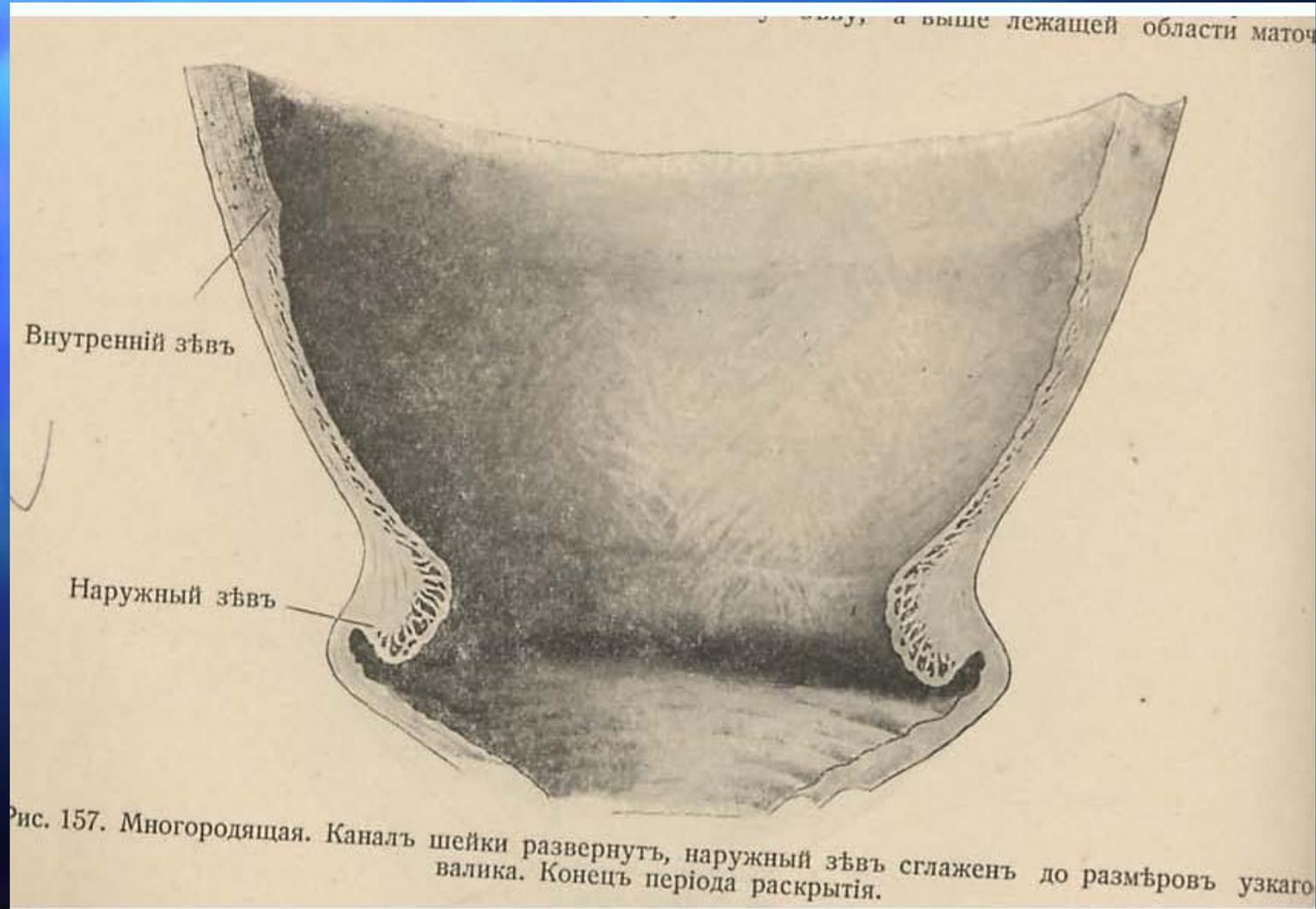


156. Многородящая. Расправление верхней половины шейки и одновременное открытие наружного зѣва.



Полное раскрытие маточного зева
Первый период родов закончен

Конец периода раскрытия у повторородящей



Фазы I периода родов (Fredmann E, 1967)

Латентная фаза I периода родов

Начинается с развитием регулярной родовой деятельности и завершается раскрытием маточного зева на 4 см.

Скорость раскрытия маточного зева 0,35 см\час

Средняя продолжительность 4 – 5 часов

Активная фаза I периода родов

Начинается при раскрытии маточного на 4 см, завершается – при 8 см раскрытия

Скорость раскрытия маточного зева :

- у первородящих 1,5 – 2 см\час
- у повторнородящих – 2 – 2,5 см\час

Средняя продолжительность 3 – 4 часа

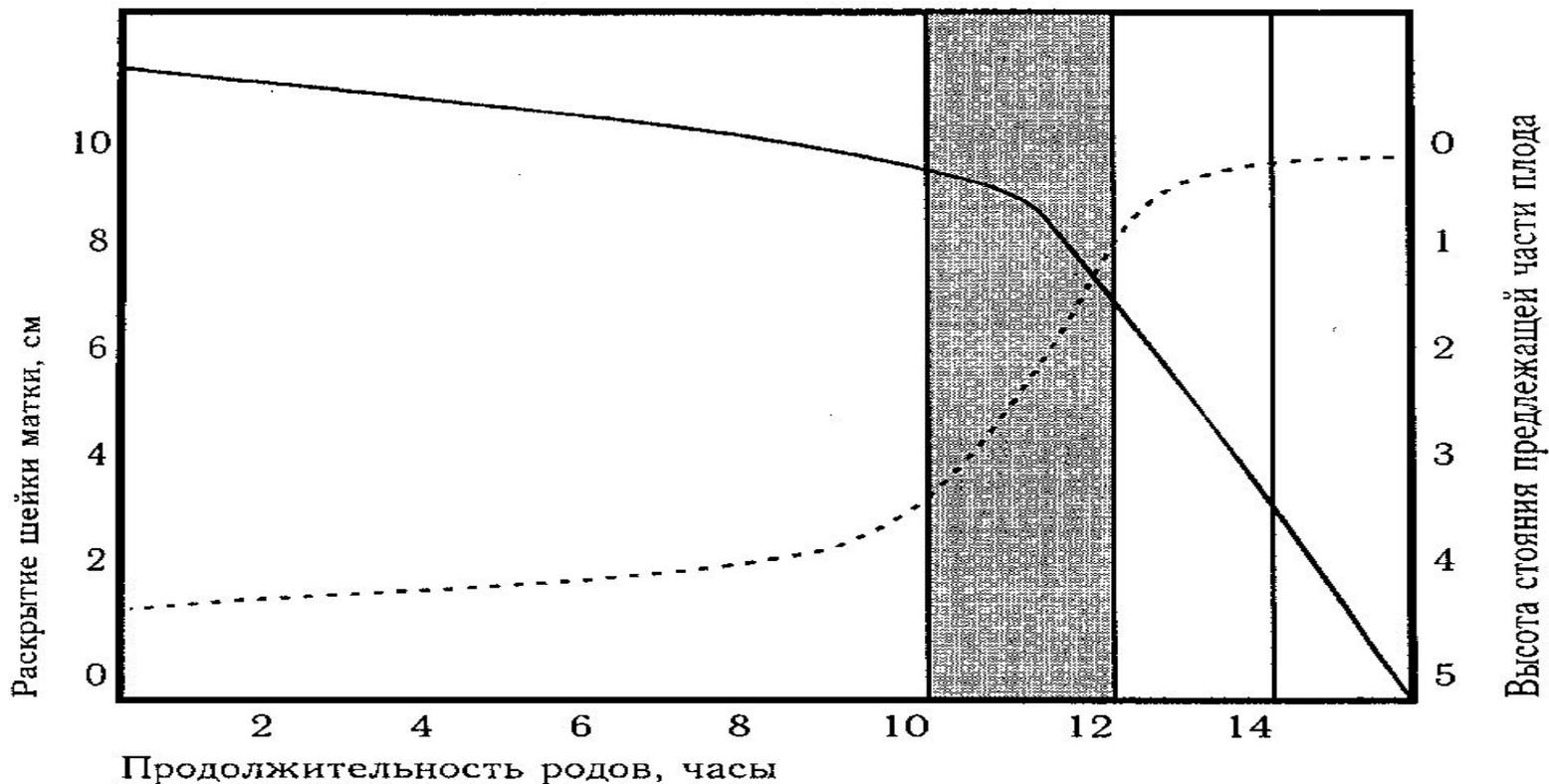
Фаза замедления I периода родов

Начинается при 8 см и завершается полным раскрытием маточного зева

Средняя продолжительность от 40 мин до 1,5 часов

У повторнородящих может отсутствовать

Партограмма по Фридману Е. А. (1965)



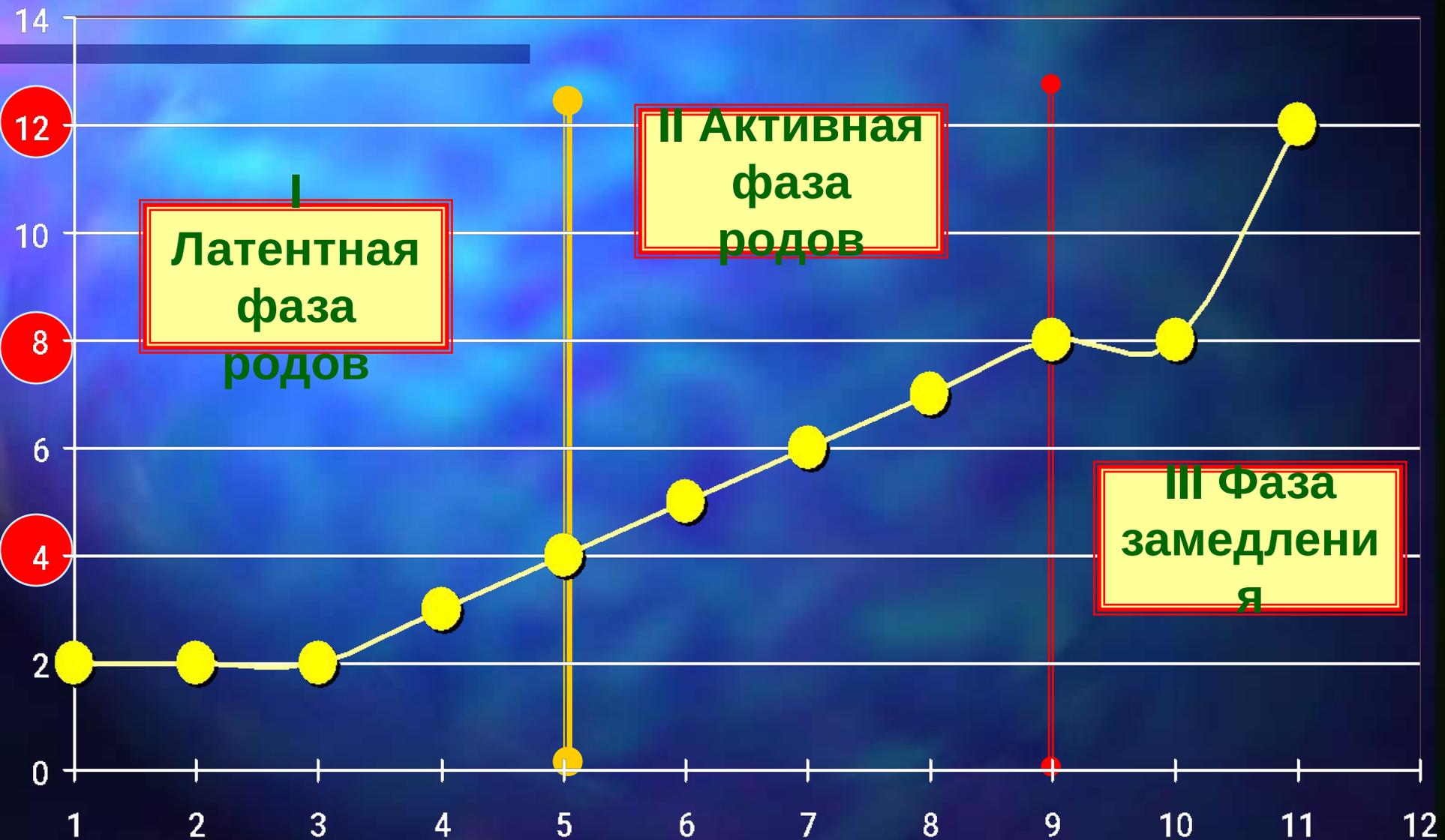
Латентная фаза	Активная фаза	Фаза замедления	Второй период родов
----------------	---------------	-----------------	---------------------

Условные обозначения:

- — продвижение предлежащей части
- - - - - — раскрытие шейки матки

- 0 — прижата ко входу
- 1 — малым сегментом
- 2 — большим сегментом
- 3 — в широкой части
- 4 — в узкой части
- 5 — в выходе

Течение 1 периода родов



Средняя продолжительность фаз I периода родов

Фаза периода	первородящие	повторнородящие
Латентная	6 часов	5 часов
Активная	4 часа	2 часа
Фаза замедления	40 мин – 1,5 час	30 минут

Второй период родов – период изгнания

Начинается с момента полного раскрытия маточного зева до полного изгнания плода из родовых путей

Активное продвижение плода по родовому каналу, присоединение потуг

Продолжительность :

у первородящих – 30 – 60 минут

у повторнородящих – 15 – 20 минут

Потуги – непроизвольный акт, представляющий содружественное сокращение мышц матки, тазового дна и передней брюшной стенки

базальный тонус – 8–9 мм рт ст
в\маточ. давление – 120-130 мм
систола схватки – 80-100 сек.

**Мониторирование в
родах – вот
главный критерий
оценки течения
родов!**

**Профессор И.О.
Маринкин**

**В процессе родов роженица
выбирает ту позицию,
которая для нее удобна.**

**Оптимальная позиция
уменьшает
продолжительность родов,
благоприятно сказывается
на состоянии плода, снижает
частоту дистоции и
необходимость
родостимуляции
(Экспертная группа ВОЗ)**



—313. Родильная комната знатной итальянской дамы XVI столѣтія Жіоранадель Пакк
(Изъ Вельтмана).

«Оптимальная» или традиционная (для акушерства) поза «на спине» роженицы во 2-м периоде родов не физиологична ни для плода, ни для матери, а удобна (оптимальна) только для акушерки. Продвижению плода способствует только одна изгоняющая сила – потужная деятельность роженицы. Сила тяжести плодного яйца, а это – воды, плод, послед, матка (6-7 кг) – не используется.

Роженица тратит в родах колоссальное количество мышечной энергии нерационально. Плод продвигается по родовому каналу противоестественно — не вниз, а вверх. У роженицы сокращаются мышцы рук, ног, спины, грудные мышцы. Она пытается приподняться на Рахмановской кровати, но мы ее удерживаем, так как нам так удобнее.

Профессор И.О.Маринкин

Положение роженицы должно быть такое, при котором была бы перпендикулярна к плоскости таза та сила, которая выталкивает головку. В таком случае будет самая меньшая потеря сил.

Это последнее требование выполняется тогда, когда плоскость входа в малый таз находится горизонтально (на корточках, на коленях и стоя)

Положение роженицы в период изгнания у разных народов отличалось

- В поэмах Гомера при рождении Апполона Лето (Латона) **упиралась коленями в землю** и обеими руками охватывала пальмовое дерево.
- В Западной Европе использовались различные модификации **акушерских стульев**. В Голландии каждая невеста вместе с приданным получала Девентеровский акушерский стул.
- **Положение роженицы на боку** - у народов Северной и Южной Америки.
- **Положение на корточках** - Средняя Азия (кстати, это наиболее физиологичная поза)

Профессор И.О.Маринкин

Акушерское кресло

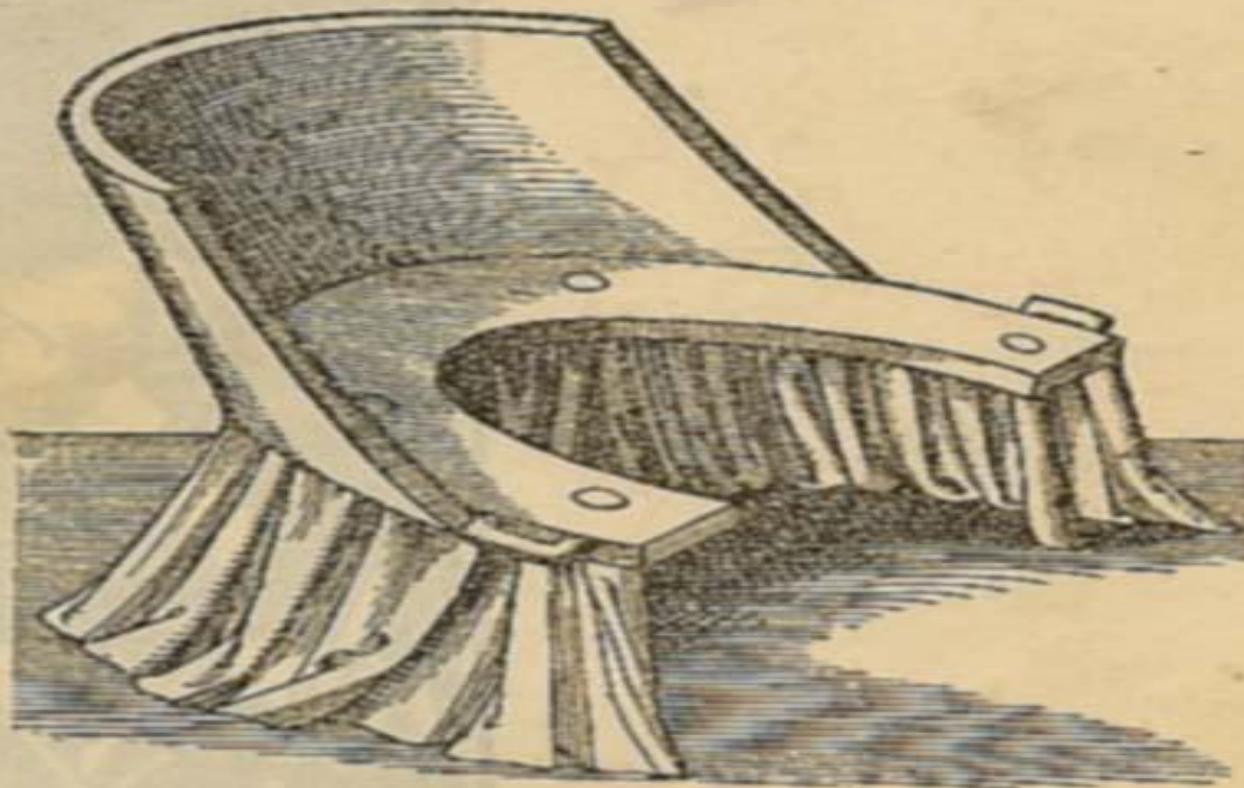


Рис. 268.—Немецкое акушерское кресло
XVI вѣка (по Якову Рюффу).

ПРЕИМУЩЕСТВА ВЕРТИКАЛЬНЫХ РОДОВ

- 1) Уменьшается давление матки на крупные сосуды.**
- 2) Сокращается первый период родов.**
- 3) Снижается риск родового травматизма.**
- 4) Уменьшается кровопотеря**
- 5) Обеспечивается активное поведение женщины в родах.**

Мы считаем

- 1 период - стоя и в ходьбе
- 2 период – пусть рожает в той позе, какой женщина считает удобнее для себя

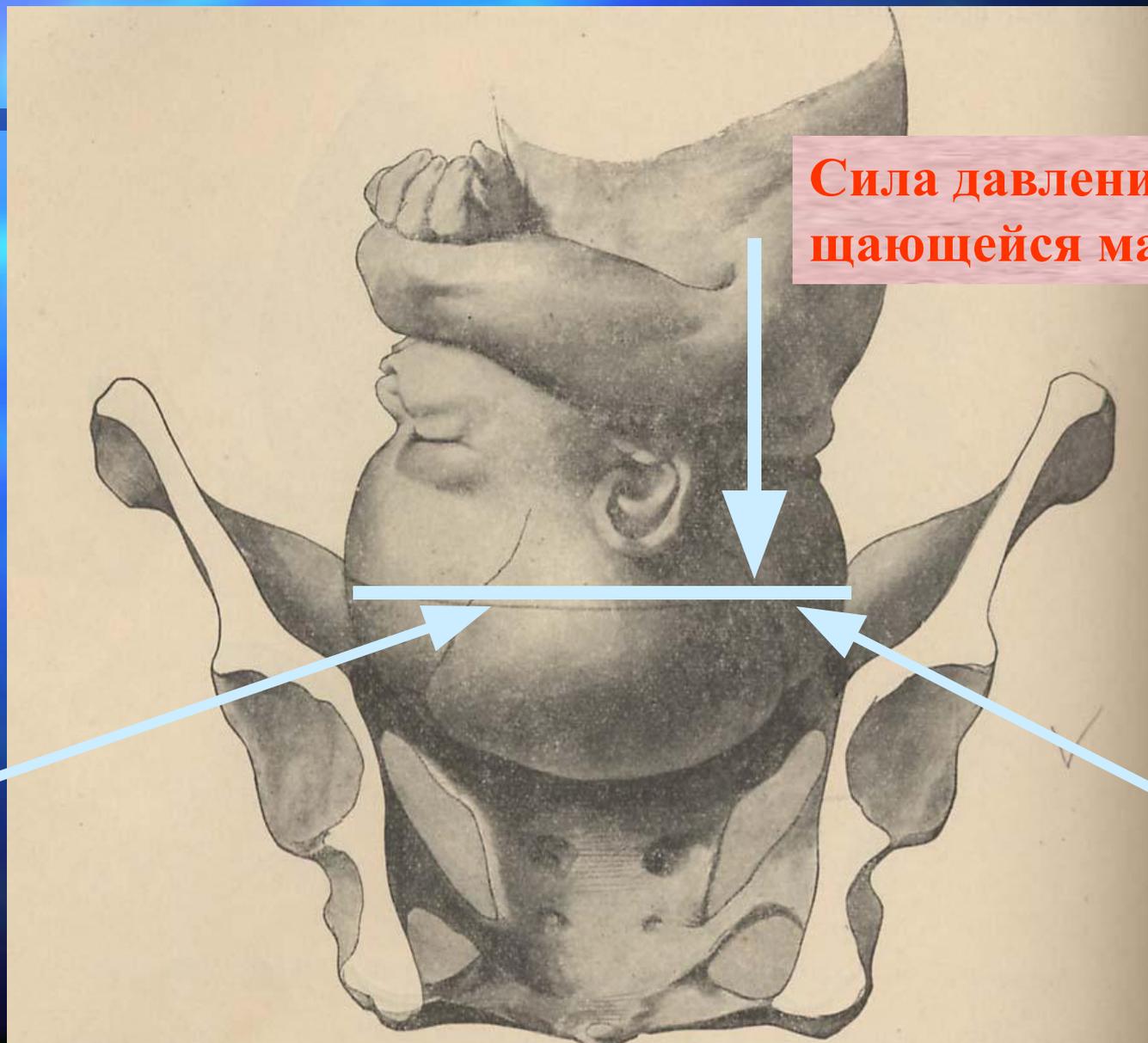
Важнейший момент - комплектация родильных залов современными родильными кроватями. На Рахмановской кровати создать позу, отвечающую индивидуальным запросам каждой женщины, невозможно.

Биомеханизм родов

Совокупность механических движений, совершаемых биологическим объектом – плодом, в процессе его продвижения по родовому каналу

-
- Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания

Механизм сгибания головки плода

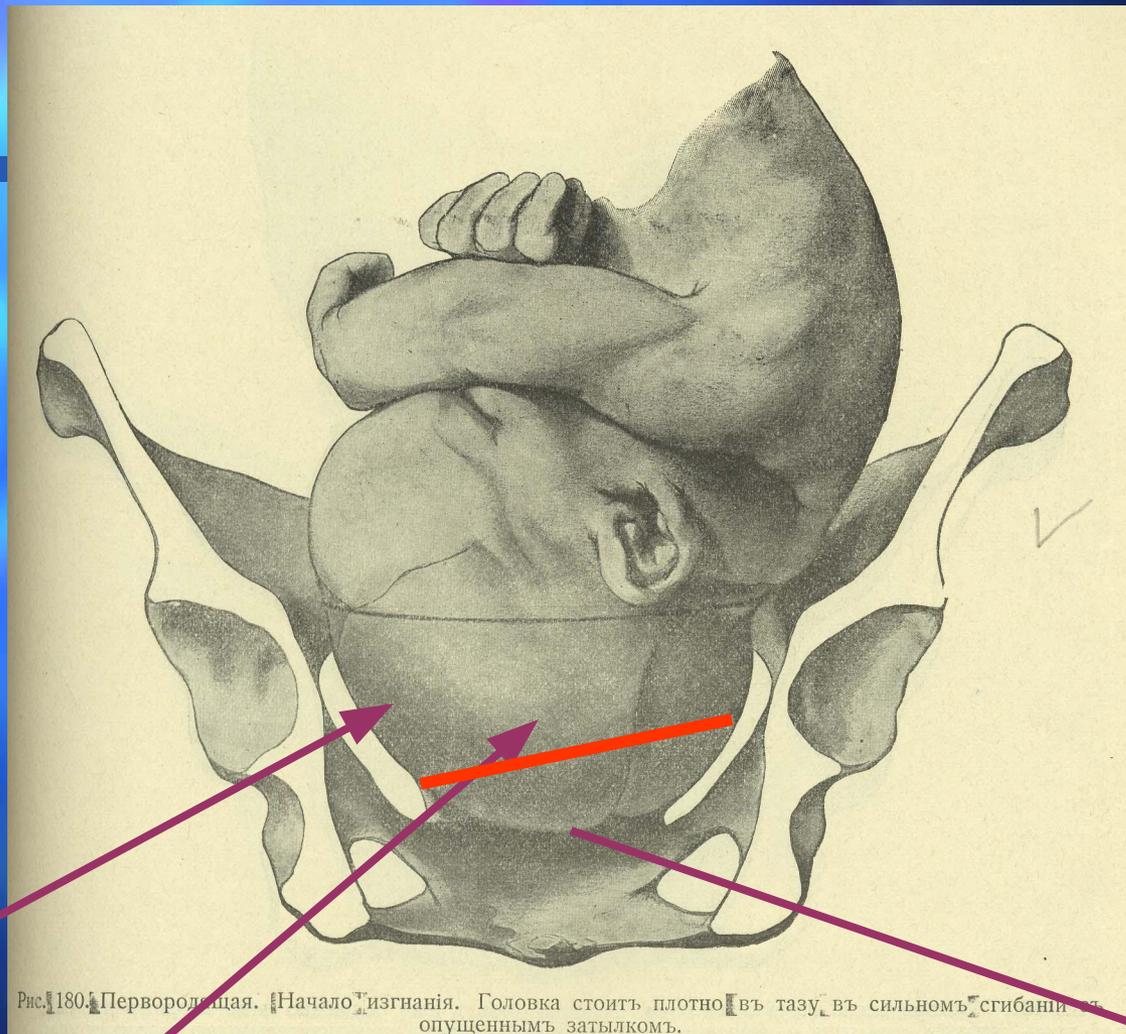


Сила давления сокращающейся матки

Длинное плечо рычага

Короткое плечо рычага

Второй момент – сгибание головки



Большой
родничок

Проводная точка – малый родничок

$D_{\text{suboccipito-bregmatica}} = 9,5 \text{ см}$

**проводной точкой
называется та точка
головки, которая на-
ходится ниже остальных, и
пер-вой вступает в каждую
последу-ющую плоскость
таза, продви-гаясь по
проводной оси таза**

Синклитическое –
симметричное (осевое)
вставление головки плода
Стреловидный шов на
одинаковом расстоянии от
лонного сочленения и мыса
крестца

Синклитическое вставление головки

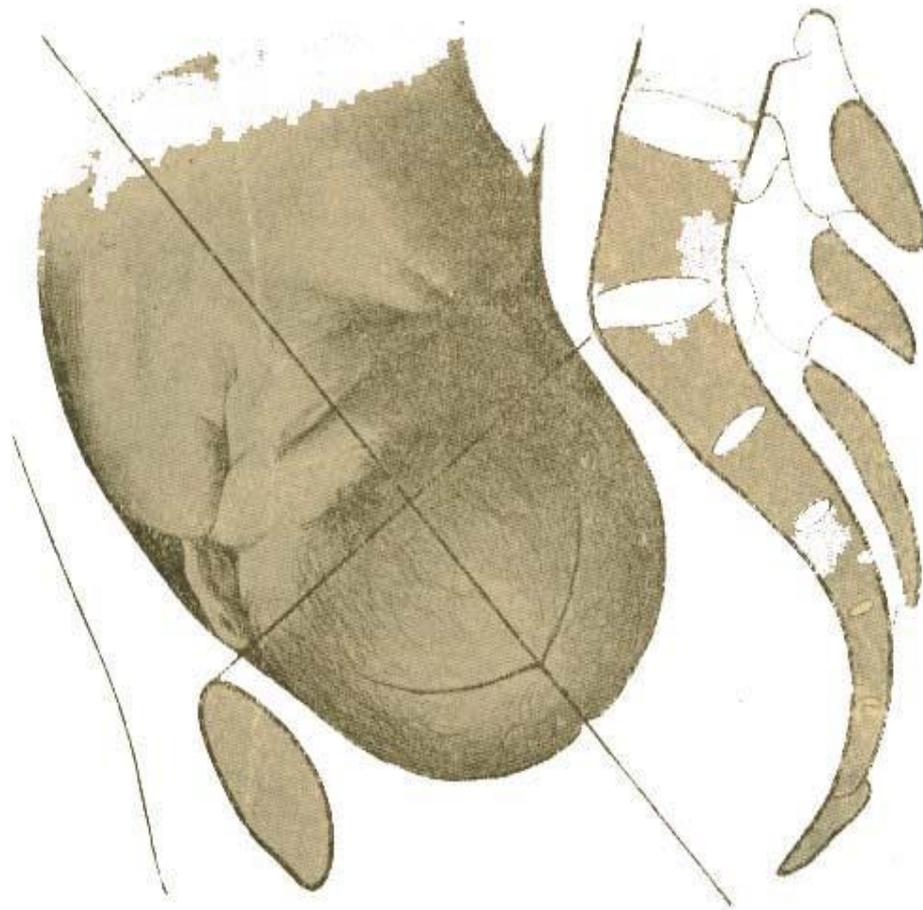


Рис. 182. Синклитическое (achsengetreue) вставление головки.

Задний асинклитизм Litzmann'a



Рис. 183. Задний асинклитизмъ (задне-теменное вставленіе).

Передний асинклитизм Naegele



Рис. 184. Передний асинклитизмъ (передне-теменное вставление, Naegele'вское наклонение).

Крестцовая ротация

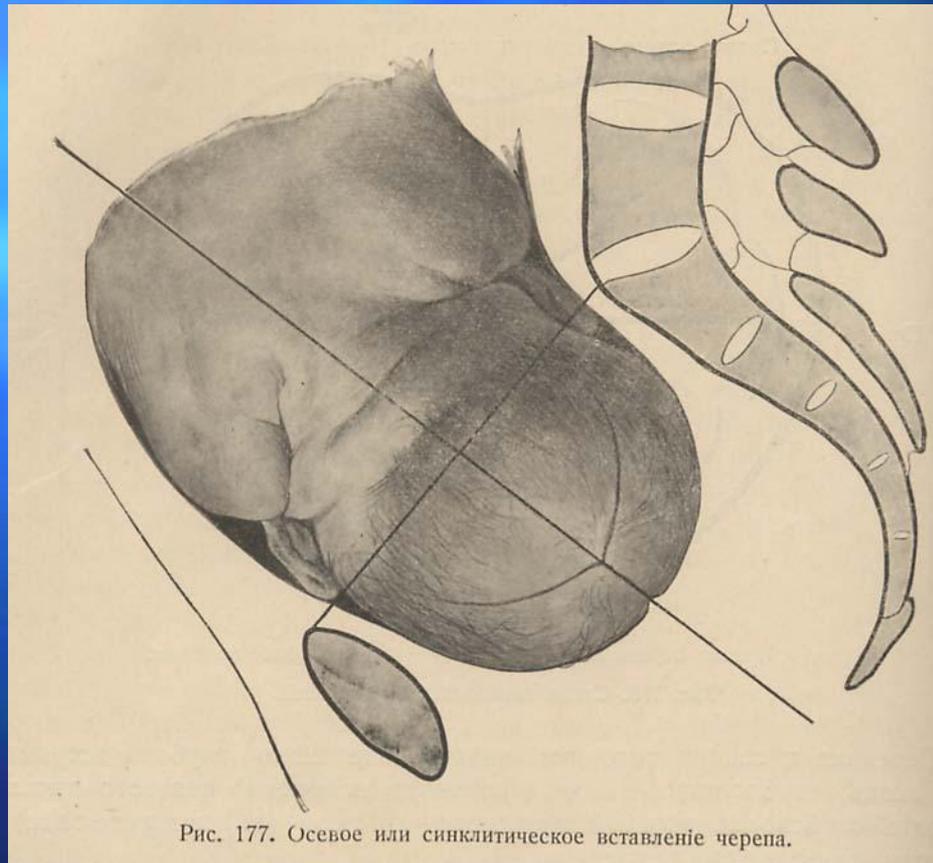
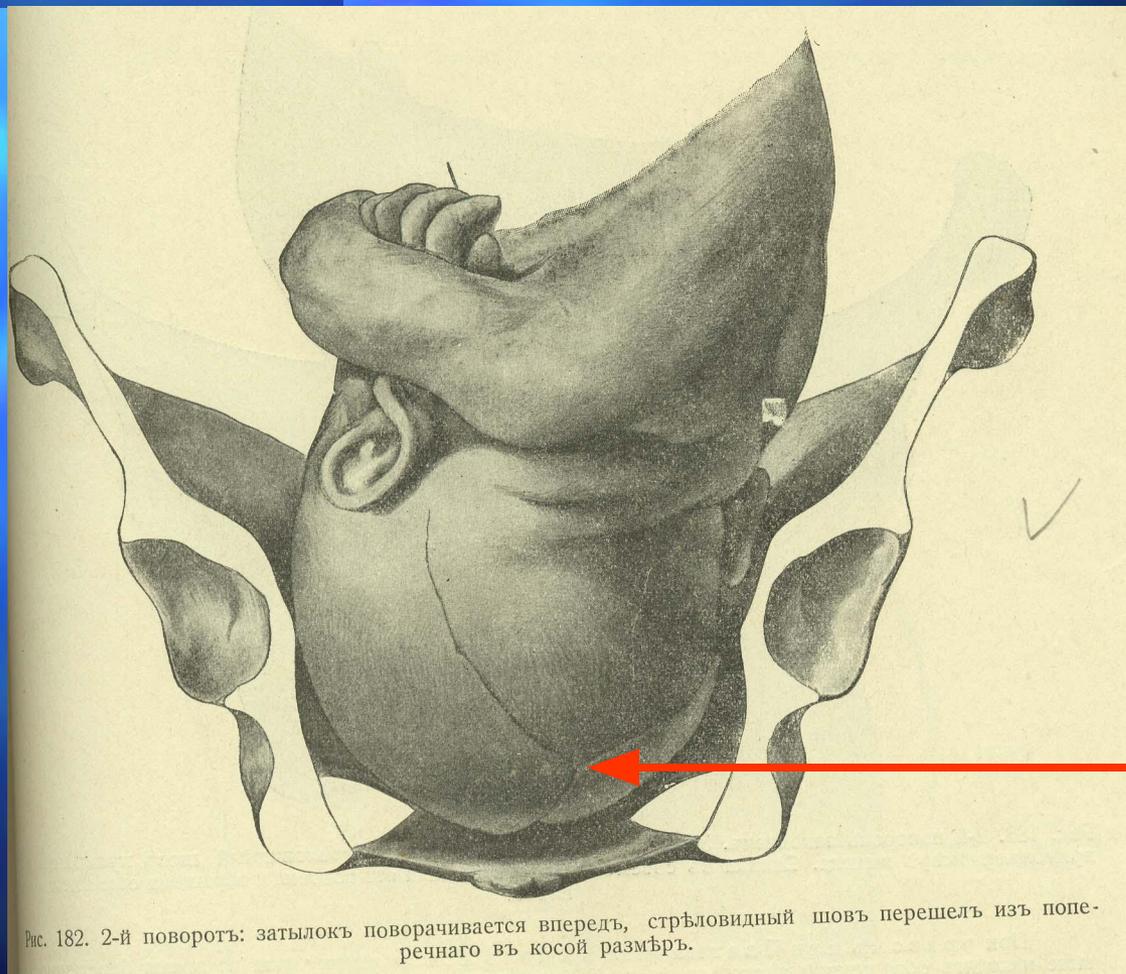


Рис. 177. Осевое или синклитическое вставление черепа.

Начало внутреннего поворота головки



Матый
родничок

Внутренний поворот головки завершен

Малый
родничок

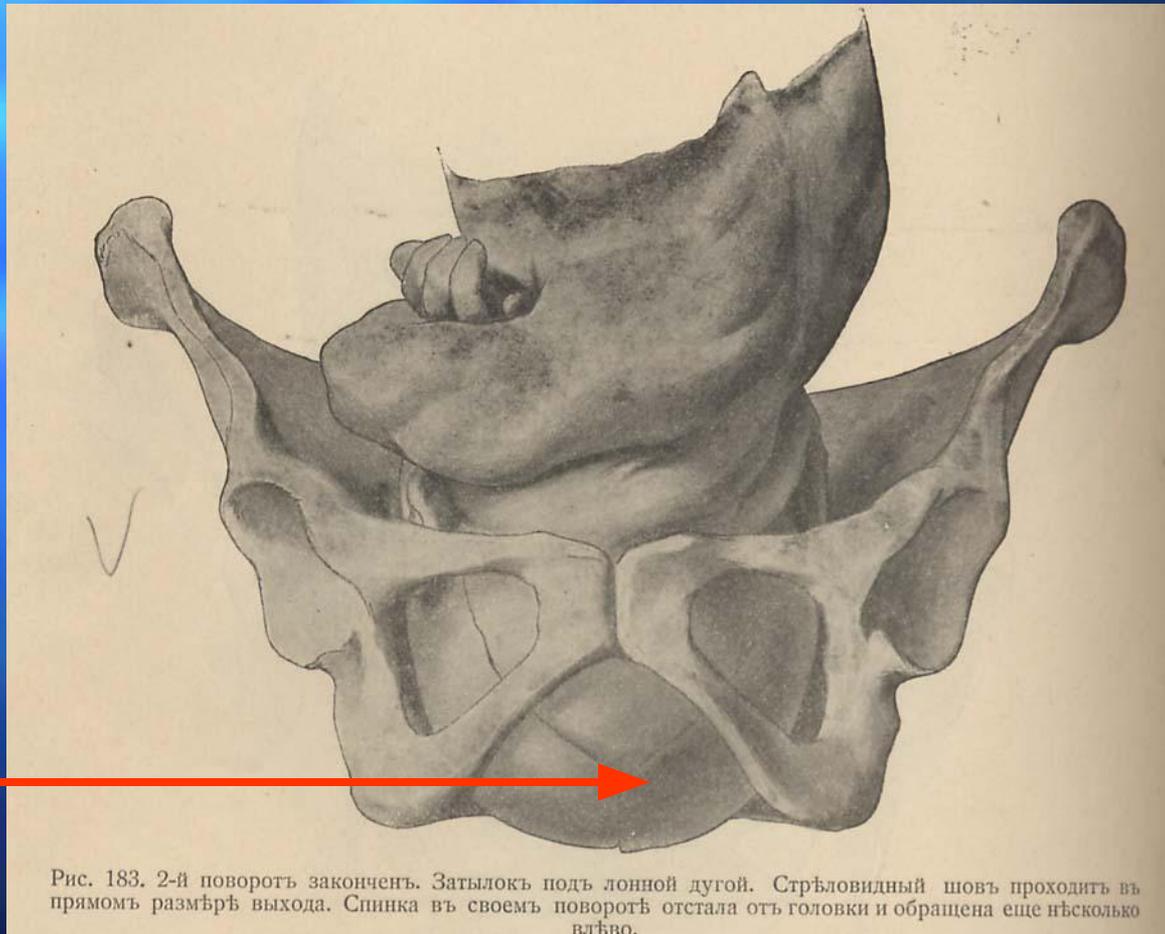


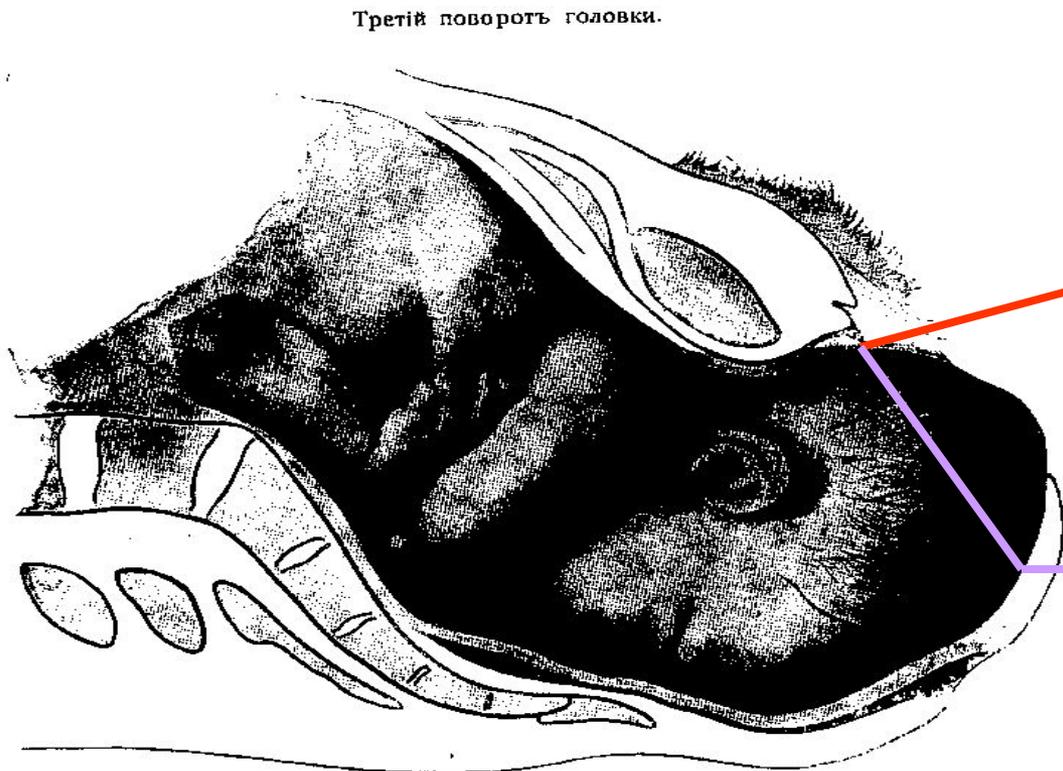
Рис. 183. 2-й поворот закончен. Затылокъ подъ лонной дугой. Стрѣловидный шовъ проходитъ въ прямомъ размѣрѣ выхода. Спинка въ своемъ поворотѣ отстала отъ головки и обращена еще нѣсколько влево.

Разгибание головки

Подзатылочная
ямка

D

suboc-bregm
9,5 см (32 см)



184. Врѣзываніе головки въ затылочномъ положеніи. Затылокъ выкатился подъ лонной дугой, лобъ прешель верушку копчика, начинается 3-й поворотъ: разгибаніе.

Рождение головки плода



Ось
Таза

Внутренний поворот
плечиков, наружный
поворот головки

Рождение плечевого пояса



Рис. 222. Выведеніе задняго плечика надъ промежностью.
Потягиваніе за головку кверху.

Биомеханизм родов при заднем виде затылочного предлежания

- Первый момент – вставление сгибание головки
- Внутренний поворот головки
- Дополнительное максимальное сгибание головки
- Разгибание головки
- Внутренний поворот туловища и наружный поворот головки

ПОЗА В РОДАХ. НАСКОЛЬКО ЭТО ВАЖНО?

**«Там, где природа
предусмотрительна, для
акушерства мало дела»
(Бумм, 19 век)**

- Дети с травмами при домашних родах – 10%,
- В клиническом родильном доме – 18%.

ПОНЯТЬ РАЗЛИЧИЯ:

**Длительность 2-го периода родов
Длительность потужного периода**

НЕРАЦИОНАЛЬНО:

**Длительность второго периода =
Длительности потужного периода**

Длительность второго периода: 30мин - 2часа 40 минут

Длительность потужного периода: 3 -10 минут

продолжительность родов:

- **Конец XIX века**
 - первородящие - 20 часов
 - повторнородящие - 12 часов
- **Конец XX века**
 - первородящие - 13 часов
 - повторнородящие - 7 часов
- **И.О.Маринкин**

Что же изменилось за это время?

- Генетически детерминированный, веками отлаженный физиологический процесс изгнания плода?

Вряд ли.

- Антропометрические показатели женского организма, в частности, родовых путей?

Нет.

- Закономерный процесс развития научной мысли?

Несомненно!

«Рискованные часы» для неудачных исходов родов:

- **21ч.- 0 часов**
- **8ч.-11 часов**

дети, рожденные в данные
временные периоды чаще
уходят на ИВЛ.

И.О.Маринкин

Отделение плаценты по центральному типу (Шульцце)

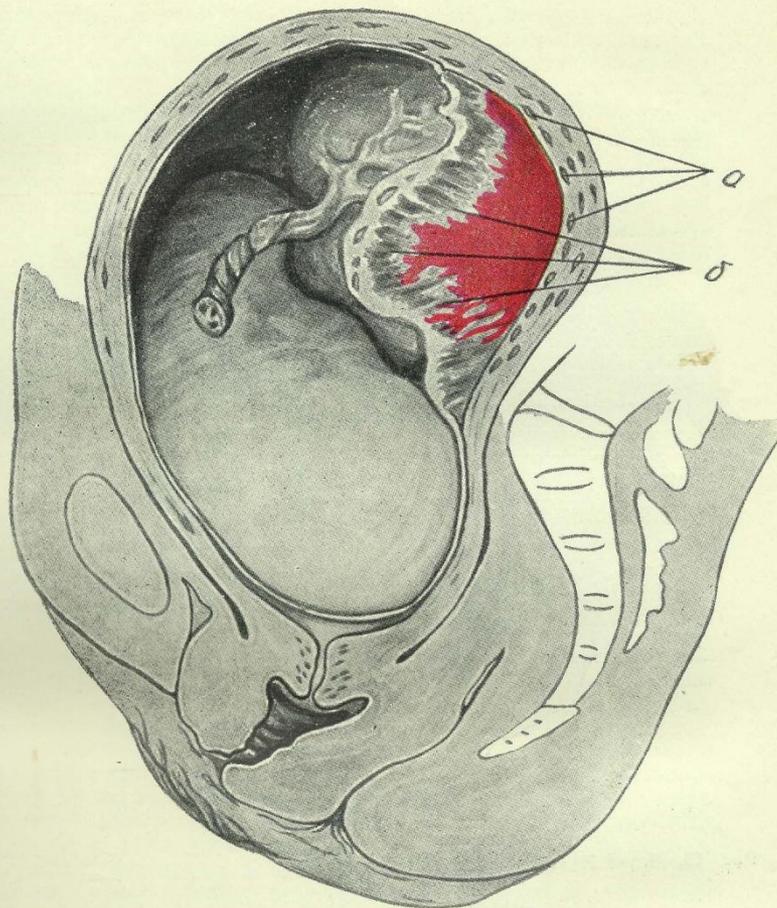


Рис. 14. Схематическое изображение возможной циркуляции крови при отслойке плаценты с последующим отложением фибрина в образующейся сгустке:
а — артерии и вены; б — отложение фибрина на материнской поверхности плаценты.

Отделение плаценты по краевому типу (Дункан)

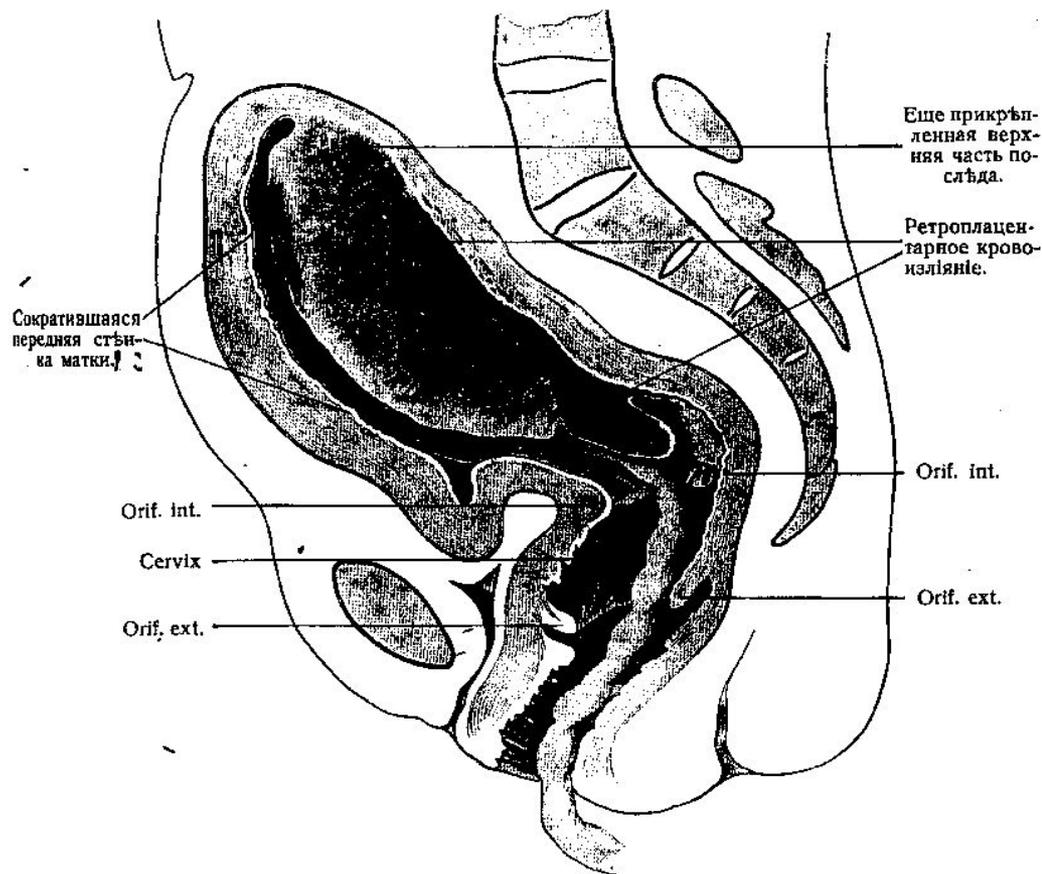


Рис. 163. Начинающееся отдѣленіе послѣда (способъ Дункана) въ послѣдовомъ періодѣ. Препаратъ акушерской клиники въ Базелѣ.

**. Физиологической считается
кровопотеря, не
превышающая 0,5% массы
тела пациентки, или 300,0.**

Профилактика последовых и послеродовых кровотечений

- Группа высокого риска: 2 и 3 период родов с иглой в вене
- При прорезывании головки метилэргометрил или метилэргометрин 0,5 в\в
- После рождения плода окситоцин 5 ЕД в\в капельно на 400 мл физ-ра со скоростью 8-10 кап в мин, после рождения последа продолжить ведение окситоцина в течение 45-60 мин., холод на матку на 2 часа

-
- При прорезывании головки метилэргометрил или метилэргометрин 0,5 в\в

Последовый период

- Активно-выжидательный
- РУКИ ПРОЧЬ ОТ МАТКИ

Признаки отделения плаценты

- 1. Альфельда
- 2. Довженко
- 3. Клейна
- 4. Шредера
- 4. Штрассмана
- 5. Кюстнера-Чукалова

Методы выделения отделившегося последа

- - Абуладзе
- - Гентера
- - Кредо-Лазеревича

После рождения последа
начинается послеродовой
период, а пациентка
становится роженицей.

Ранний послеродовой период –
первые 2 часа после рождения
плода, поздний – по истечении
42 суток после родов

Осмотр родовых путей

СТРУКТУРА АКУШЕРСКОГО ДИАГНОЗА

- Факт беременности, срок беременности.
- Сведения о положении, предлежании, позиции и виде плода.
- Период родов.
- Целостность или отсутствие плодного пузыря (преждевременное – до начала родовой деятельности или раннее – до начала активной фазы родов излитие вод).
- Выявленные осложнения беременности.
- Соматическая патология, генитальная патология с указанием степени ее выраженности. Отмечается наличие отягощенного акушерско – гинекологического анамнеза.
- Состояние плода (СЗРП, крупный плод, гипоксия плода, внутриутробное инфицирование плода).

Повседневное врачебное наблюдение за родильницей включает:

- **Контроль за самочувствием родильницы, температурой и пульсом.**
- **Контроль за состоянием важнейших органов.**
- **Контроль за состоянием молочных желез.**
- **Контроль за состоянием органов малого таза, в особенности, матки (высота стояния дна матки, болезненность).**
- **Контроль за состоянием наружных половых органов.**
- **Наблюдение за характером лохий.**
- **Контроль за функцией мочевого пузыря и кишечника.**

Ситуационные задачи

- 1. Первородящая 22 лет. Беременность 1, доношенная. Поступила с регулярной родовой деятельностью. Схватки через 7-8 минут П0| 25 сек, средней силы, начались 3 часа тому назад. О/воды не изливались.
- Размеры таза 25-27-30-20 см. Положение плода продольное, пред лежит головка малым сегментом во вход в малый таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные 140 уд/мин, слева ниже пупка. Предполагаемая масса плода средняя. \
- При влагалищном исследовании найдено: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 3-4 см., края зева тонкие, податливые. Плодный пузырь цел. Во время схватки наливается. Головка малым сегментом во входе в малый таз. Малый родничок слева спереди, ниже большого, стреловидный шов в правом косом размере. Выделения слизистые светлые.
- Вопросы:
- Диагноз.
- Тактика ведения родов.
- Что такое 1 период родов.
- Какова средняя продолжительность периода раскрытия у первородящих.
- Как определяется отношение головки к плоскостям малого таза.

- Эталоны ответов:
- Срочные роды 1, начало 1 периода родов.
- Роды вести консервативно.
- Начинается с появления регулярных схваток и заканчивается полным раскрытием шейки матки.
- 11-12 часов.
- Третьим, четвертым приемами Леопольда и при влагалищном исследовании.

- Повторнородящая 35 лет. Беременность и роды третьи. Предыдущие роды протекали без осложнений. Поступила с регулярной родовой деятельностью. Схватки через 4 мин. По 35-40 сек, хорошей силы. О/воды не изливались. Размеры таза: 25-28-31-20 см. положение плода продольное, предлежит головка большим сегментом во входе в малый таз. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 138 уд/мин. Предполагаемая масса плода средняя. При влагалищном исследовании найдено: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 6 см., края зева тонкие, податливые, плодный пузырь цел. Предлежит головка большим сегментом во входе в малый таз. Малый родничок справа у лона. Стреловидный шов в левом косом размере. Таз емкий. Выделения слизистые, скудные.
- Вопросы: 1 - Диагноз.
- Тактика ведения родов.
- Какова средняя продолжительность периода раскрытия у повторнородящих.
- Что такое своевременное излитие о/вод.

- Эталоны ответов:
- 1. 2. 3. 4. •ч 5. Срочные роды 3. Первый период родов.
- Роды вести консервативно.
- 7-8 часов.
- Излитие о/вод при полном или почти полном раскрытии маточного зева.

- Роженица 25 лет, вторая беременность, первые срочные роды. Первая беременность закончилась мед. абортom. Данная беременность протекала без осложнений. В родах 12 часов, схватки через 2-3 минуты по 40-45 сек, хорошей силы. О/воды не изливались. Размеры таза: 25-28-31-20 см.
- Положение плода продольное, головка в полости малого таза, сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 136 уд/мин.
- Вагинально: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное. Плодный пузырь цел. Головка в узкой части полости малого таза. Малый родничок спереди, стреловидный шов в правом косом размере ближе к прямому.
- Вопросы:
- Диагноз.
- Тактика ведения родов.
- Когда начинают оказывать ручное пособие при головном предлежании.
- Когда начинается и заканчивается второй период родов.
- Продолжительность второго периода родов у повторнородящих.

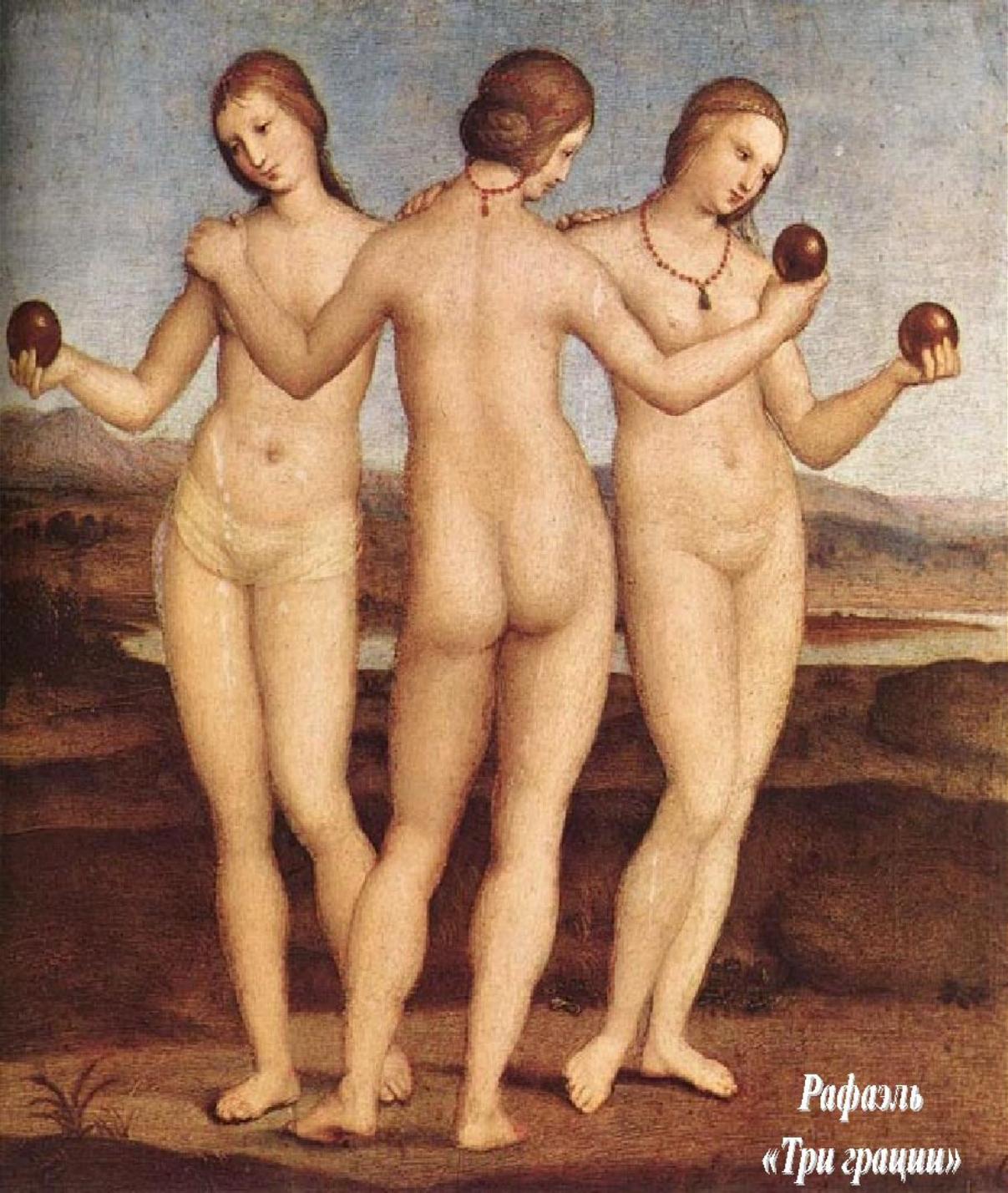
- Срочные роды 1, второй период родов. Отягощенный акушерский анамнез.
- Роды вести консервативно, произвести амниотомию. Провести профилактику кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах.
- С момента прорезывания головки.
- Начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается рождением ребенка.
- 30-60 мин

- Первородящая 22 лет поступила в род. дом по поводу срочных родов. Схватки через 2-3 минуты по 45-50 сек хорошей силы, о/ воды не изливались. В родах 12 часов.
- Размеры таза: 25-28-31-20 см. положение плода продольное, предлежит головка в полости малого таза. Сердечные тоны плода ясные, ритмичные, 138 уд/мин.
- Вагинально: раскрытие шейки матки полное, плодный пузырь цел, вскрылся в момент осмотра, излились светлые о/воды в количестве 200 мл. Головка на тазовом дне, малый родничок у лона, стреловидный шов в прямом размере. Начались потуги.
- Вопросы:
- Диагноз.
- Тактика врача.
- Какова средняя продолжительность периода изгнания у первородящих.
- Какова частота и продолжительность потуг при нормальном течении родового акта.
- Каковы функции врача во 2 периоде родов.

- Эталоны ответов:
- Срочные роды 1, второй период родов.
- Роды вести консервативно.
- 1-2 часа.
- Через 2-3 минуты и длтятся 50-60 сек
- Врач в периоде изгнания постоянно следит за: состоянием роженицы и тонами плода, родовой деятельностью, продвижением головки, характером выделений из родовых путей.

- Повторнородящая 28 лет. Беременность и роды вторые. Поступила в род. дом по поводу срочных родов во 2 периоде, потуги через 1-2 минуты по 50 сек, хорошей силы. Головка на тазовом дне, сердечные тоны плода ясные, ритмичные 130 уд/мин. Через 30 сек от начала потуг родился ребенок мужского пола, массой 3500, без асфиксии. Моча выведена катетером. Матка плотная, дно ее на уровне пупка, кровотечения нет.
- Вопросы: 1 • Диагноз.
- Тактика врача.
- Допустимая кровопотеря при физиологических родах.
- 4. Продолжительность последового периода при отсутствии кровотечения и признаков отделения плаценты.
- 5- Как нужно вести последовый период?

- Эталоны ответов: • Срочные роды 2, третий период родов.
- Следить за общим состоянием роженицы, выделениями половых путей, признаками отделения плаценты.
- Кровопотеря в среднем составляет 150-250 мл. Максимально допустимая кровопотеря до 400 мл.
- 30 минут
- Строго выжидательно при тщательном наблюдении за роженицей.



Рафаэль
«Три грации»

Благодарю за внимание !