

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ И ВЕДЕНИЕ РОДОВ

ЛЕКТОР:
к.м.н., доцент кафедры
акушерства и гинекологии МСИ
Дудниченко Т.А.



Роды

Роды возникают в результате физиологических изменений в нервной, эндокринной, половой и др. системах организма беременной.

1) Большое значение имеют изменения нервной системы. Согласно теории о “доминанте беременности”, под влиянием длительной афферентной импульсации (главным образом из матки) в ЦНС создается местный очаг повышенной возбудимости, который тормозит др. рефлексы.

В конце беременности матка начинает все сильнее реагировать на механические, химические и др. раздражения, исходящие из организма беременной (гормоны, электролиты и др.), плода и из внешней среды.

Роды

2). В конце беременности наступают изменения в соотношениях стероидных и др. гормонов, оказывающих сильное влияние на возбудимость и сократительную деятельность матки.

Уменьшается количество гонадотропинов и прогестерона, потому повышается синтез эстрогенов, вызывающих сокращения мускулатуры матки. Возрастает активность передатчика нервного возбуждения ацетилхолина, серотонина.

Роды

3) Многочисленными исследованиями доказано, что синтез эстриола осуществляется в фетоплацентарной системе.

Таким образом: нарушения в фетоплацентарной системе, а также нарушения в гипофизарно-надпочечниковой системе плода (при пороках и аномалиях его развития) приводят к изменению синтеза эстрогенов, прогестерона, окситоцина, способствующих подготовке организма матери к родовой деятельности.

Первый период родов.

Матке в значительной степени присущи свойства автоматизма, подобно мышце сердца.

К методам регистрации сократительной деятельности матки относятся:

- 1) гистерография,
- 2) многоканальная гистерография,
- 3) радиотелеметрия.

Первый период родов.

При характеристике состояния плода в родах оценивают параметры кардиотокограммы (базальный ритм сердечных сокращений, его вариабельность, характер акцелераций и децелераций сердечного ритма), сопоставляя их данными, отражающими сократительную деятельность матки.

Механизм периода раскрытия

Таким образом, к началу родов происходит с одной стороны – повышение возбудимости матки, с другой – усиление механических и химических раздражений рецепторов матки.

Когда возбудимость матки и сила раздражения, вызванная движениями плода и соприкосновением предлежащей части с нижним сегментом и шейки матки, достигают определенного предела, возникает родовая деятельность.

Механизм периода раскрытия

В подготовительном периоде значительно возрастает содержание в организме эстрогенов, релаксина, веществ, повышающих сократительную деятельность матки (окситоцин, ацетилхолин), увеличиваются признаки «зрелости» шейки матки и появляются др. предвестники родов.

Нормальный прелиминарный период характеризуется появлением при доношенной беременности нерегулярных по частоте, длительности и интенсивности более схваткообразного характера внизу живота и пояснице.

Механизм периода раскрытия

Ритм сна и бодрствования не нарушается. Продолжительность прелиминарного периода равен 6 часов. Постепенно схватки – предвестники переходят в регулярные родовые схватки. Продолжительность прелиминарного периода равен 6 часов. Постепенно схватки – предвестники переходят в регулярные родовые схватки.

Механизм периода раскрытия

Нормальный прелиминарный период характеризуется появлением при доношенной беременности нерегулярных по частоте, длительности и интенсивности болей схваткообразного характера внизу живота и пояснице.

Ритм сна и бодрствования не нарушается.

Продолжительность прелиминарного периода равен 6 часов.

Постепенно схватки – предвестники переходят в регулярные родовые схватки.

Клиническое течение и ведение родов

Период раскрытия.

Латентной фазой называют промежуток времени от начала регулярных схваток до появления структурных изменений в шейке матки (до открытия маточного зева на 3–4 см).

Длительность латентной фазы у I родящих составляет 6,4 часов, а у повторнородящих 4,8 часов.

Клиническое течение и ведение родов

II активная фаза родов, которая характеризуется быстрым открытием маточного зева. Началом родов принято считать появление ритмично повторяющихся каждые 10–15 минут сокращения матки, которые постепенно усиливаются, а интервалы между ними сокращаются.

В начале родов каждая схватка продолжается 10–15 сек., к концу I периода родов 60–80 секунд. Паузы между схватками в начале родов длятся 10–15 мин., затем укорачиваются к началу периода изгнания плода схватки наступают через 1–2 мин.

Клиническое течение и ведение родов

Скорость раскрытия шейки матки в начале родов (латентная фаза) составляет 0,35 см/ч в активной фазе (открытие от 3 см до 8 см) равна 1,5–2 см/ч у первородящих и 2–2,5 см/ч у повторнородящих.

Сократительная деятельность матки в родах характеризуется, тонусом матки, интенсивностью (силой) схватки, ее продолжительностью, интервалом между схватками, ритмичностью, частотой и во II периоде родов наличием потуг.

Клиническое течение и ведение родов

Интенсивность схваток увеличивается по мере развития родов, и в норме в I периоде родов колеблется от 30 до 50 мм рт. ст.

Во II периоде родов интенсивность сокращений матки уменьшается, но в связи с присоединением сокращений поперечно-полосатой мускулатуры (потуги) достигает 90–100 мм рт. ст.

Продолжительность схваток в I периоде родов по мере их прогрессирования увеличивается с 60 до 100 сек, во II периоде она равна примерно 90 сек.

Интервал между схватками по мере прогрессирования родов уменьшается, составляя в I периоде родов – 60 сек, во II периоде – 40 сек. В норме происходит 4–4,5 схватки за 10 мин.

Клиническое течение I периода

Существующие взгляды на механизм раскрытия шейки матки в родах в настоящее время отражены в следующих концепциях:

- а) концепция контракции – ретракции – дистракции;
- б) теория тройного нисходящего градиента;
- в) концепция гидравлического клина;
- г) дискретно-волновая теория.

Ведение I периода родов

Первый период родов требует интенсивного наблюдения врача и акушерки за роженицей, которое включает: контроль за состоянием роженицы (поведение, вид, внешность, пульс, АД, температура тела).

АД измеряют на обеих руках каждые 2–2,5 часа, а по показаниям – гестоз, гипертензия, чаще. Можно использовать мониторы, позволяющие постоянно следить за величиной АД, частотой пульса и дыхания; мониторинг течения родов.

Ведение I периода родов

Контроль за характером сократительной деятельности матки (продолжительность, интенсивность схваток, интервал между схватками). Для оценки сократительной активности матки следует производить токографию.

Влагалищное исследование является важным диагностическим методом выявления начала и снижения за процессом родов.

Ведение I периода родов

Влагалищное исследование обязательно проводят дважды: при поступлении роженицы в стационар и сразу после излития околоплодных вод.

В I периоде родов влагалищное исследование следует производить не реже, чем через 6 ч., при обоснованных показаниях – через любой промежуток времени.

Согласно рекомендациям ВОЗ 1993 года в первом периоде родов влагалищное исследование проводят каждые 4 часа для ведения партограммы.

Ведение I периода родов

Методика влагалищного исследования.

Влагалищное исследование производят в малой операционной или специально выделенной для этого комнате с соблюдением всех правил асептики и антисептики.

При наличии кровянистых выделений из половых путей, если есть подозрение на предлежание или преждевременную отслойку плаценты, влагалищное исследование производят при развернутой операционной.

Ведение I периода родов

Определяют:

- а) ширину, состояние стенок влагалища, мышц тазового дна;
- б) длину, консистенцию, рубцовые и травматические изменения шейки матки, ее отношение к проводной оси таза, состояние наружного зева. Во время родов – сглаживание шейки матки, степень раскрытия акушерского зева в сантиметрах, консистенцию краев зева;

Ведение I периода родов

- в) состояние плодного пузыря, количество передних вод, наполнение пузыря во время и вне схваток;
- г) отношение предлежащей части к плоскостям малого таза, швы, роднички, ведущая точка, конфигурация костей черепа, наличие родовой опухоли;
- д) состояние рельефа костей малого таза, при достижимости мыса крестца измеряют диагональную конъюгату, вычисляют истинную конъюгату.

Ведение I периода родов

Данные каждого влагалищного исследования наносят на партограмму. После каждого влагалищного исследования указывают полный диагноз и составляют план дальнейшего ведения родов.

Мониторинг за частотой сердечных сокращений плода осуществляется в виде перемежающейся аускультации и постоянного электролитного контроля (КТГ).

Ведение I периода родов

Методом выбора мониторинга плода в процессе нормальных родов является перемежающаяся аускультация (или кардиотокография).

Постоянная кардиотокография (КТГ) показана у женщин высокого риска, при родовозбуждении, родостимуляции, при мекониальном окрашивании вод, обвитии пуповиной, плацентарной недостаточности и др.

Ведение I периода родов

Весьма информативна оценка состояния плода по определению рН крови из предлежащей части. Эта методика применяется в крупных учреждениях по обслуживанию беременных высокого риска наблюдение за выделениями из половых путей роженицы (околоплодные воды, их характер, кровянистые выделения и т.д.); обезболивание родов: все роды, протекающей с болевым компонентом, а также роды у женщин с гестозом, экстрагенитальной патологией следует проводить с обязательным обезболиванием (немедикаментозными и медикаментозными методами).

Методы обезболивания родов

Не медикаментозные методы:

- физиопсихопрофилактическая подготовка;
- аутотренинг;
- электроаналгезия;
- гипноз;
- иглорефлексотерапия;
- абдоминальная декомпрессия

Методы обезболивания родов

Медикаментозные методы:

- Местная анестезия проводится для обезболивания тканей промежности
- Общая анестезия в настоящее время используется только в крайних случаях, редко — при проведении операции кесарево сечение.
- Ингаляционная анестезия. Во время этой процедуры роженица вдыхает с помощью специальной маски обезболивающий препарат
- Эпидуральная анестезия — во время этой процедуры в пространство между твердой оболочкой спинного мозга и позвонками, так называемое эпидуральное пространство, вставляется специальный катетер, и по нему вводится местноанестезирующее вещество.

Биомеханизм родов при переднем виде затылочного прилегания

Совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через малый таз и мягкие отделы родовых путей, называется биомеханизмом родов.

При переднем виде затылочного прилегания различают 4 момента механизма родов.

1. Сгибание головки.
2. Внутренний поворот головки.
3. Разгибание головки.
4. Внутренний поворот туловища и наружный поворот головки.

Биомеханизм родов при заднем виде затылочного прилегания

При заднем виде затылочного предлежания различают 5 моментов механизма родов:

1. Сгибание головки.
2. Внутренний поворот головки.
3. Дополнительное сгибание головки.
4. Разгибание головки.
5. Наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков.

Клиническое течение II периода родов

Различают:

- 1) Головка над входом в малый таз.
- 2) Головка во входе в малый таз малым сегментом.
- 3) Головка во входе в малый таз большим сегментом.
- 4) Головка в широкой части полости малого таза.
- 5) Головка в узкой части полости малого таза.
- 6) Головка в выходе таза.

Клиническое течение II периода родов

При акушерском пособии следует:

- а) защищать промежность от повреждений;
- б) бережно выводить плод из родовых путей охраняя его от неблагоприятных воздействий.

Перинетомия

Перинеотомия (рассечение промежности) производится:

- а) в родах у женщин с высокой промежностью или резко ригидными тканями;
- б) при угрозе разрыва промежности;
- в) тяжелое состояние беременной, угроза гипоксии плода и необходимостью немедленно закончить роды.

Спасибо за внимание.

