

**ФБОУ ВПО «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ ПРОФ. В.Ф. ВОЙНО-
ЯСЕНЕЦКОГО МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И
СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ»**

**Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного
факультета.**

Зав. кафедрой: проф. В.Б. Цхай

Реферат
**ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИЕ ПРОЦЕССЫ В ЭНДОМЕТРИИ. КЛИНИКА.
ДИАГНОСТИКА. ЛЕЧЕНИЕ.**

Выполнила: ординатор 2го года

Ошарова Н.А.

Проверил: асс. Коновалов В.Н.

Красноярск 2018

СОДЕРЖАНИЕ

1. Критерии оценки эффективности родовой деятельности
2. Критерии местонахождения предлежащей головки
3. Клинические параметры оценки состояния роженицы и плода в родах
4. Принципы клинического ведения родов
5. Течение родов в период раскрытия
6. Течение родов в периоде изгнания
7. Течение родов в последовом периоде
8. Течение послеродового периода

ВВЕДЕНИЕ

Физиологические изменения, возникающие в организме во время беременности, создают условия для нормального развития плода и способствуют подготовке беременной к родам. В конце беременности и особенно к началу родов происходят функциональные изменения центральной нервной системы (гипоталамус, ретикулярная формация, лимбическая система), определяющие наступление родов и их течение. В соответствии с этими изменениями происходят функциональные изменения в других органах и системах, все силы организма мобилизуются на обеспечение правильного течения родов. И. И. Яковлев считает, что к началу родов в центральной нервной системе формируется «доминанта родов», которая вызывает качественную перестройку всех функций организма, способствующих рождению плода.

Во время родов усиливается функция коры надпочечников, возрастает содержание в организме эстрогенов, повышается выход в кровь окситоцина, простагландинов, ацетилхолина, т. е. веществ, способствующих сокращению матки.

Во время родов усиливается также обмен веществ, в частности резко возрастает газообмен во втором периоде родов. При схватках наблюдается некоторое уменьшение экскурсии дыхательных движений, выравнивающееся в паузах. В начале потуг дыхание задерживается, потом учащается (на 6-8 дыханий в минуту) и становится глубже. Во время потуг несколько снижается (на 2-3%) степень насыщенности крови кислородом; в паузах эти изменения исчезают. При нормальном течении родов потребность матери и плода в кислороде удовлетворяется полностью.

Наиболее выраженные изменения в гемодинамике возникают после рождения плода, в третьем периоде родов. После изгнания плода внутрибрюшное давление понижается, сосуды брюшной полости переполняются кровью, приток крови к сердцу уменьшается. В связи с перераспределением крови возникает временная компенсаторная тахикардия. У здоровых рожениц координация в системе кровообращения наступает быстро. Функции почек и печени существенным изменениям во время родов не подвергаются.

Партограмма (по Фридману)

Латентная фаза родов: с момента установления регулярных схваток до раскрытия маточного зева на 3-4 см, характеризуется частотой малоболезненных схваток 2-3 за 10 мин., скорость раскрытия шейки матки 0,35 см/час.

Активная фаза родов: с 3-4 см до 8-9 см. Схватки интенсивные, не менее 3 за 10 мин. с болезненностью ощущения на высоте схватки, средняя скорость раскрытия шейки матки не менее 1,5-2 см/час у первородящих и 2-2,5 см/час у повторнородящих женщин.

Фаза замедления: с 8-9 см до изгнания плода. Характеризуется снижением болезненности схваток, частота и ритм их остаются прежними, интенсивное продвижение плода по родовому каналу.

Критерии оценки эффективности родовой деятельности

I период родов

1. Частота, продолжительность, интенсивность, ритмичность схваток, нарастание их в активной фазе. В норме тонус матки в первом периоде родов колеблется от 30 до 50 мм рт.ст. Сократительная активность матки выражается в единицах Монтевидео (Е.М.) - средняя продолжительность схваток, умноженная на число схваток за 10 минут - колеблется в пределах 150-300 Е.М.

2. Прогрессирование раскрытия маточного зева при влагалищном исследовании и наружными приемами по Роговину, Шатц-Унтербеганц-Зинченко.

II период родов

1. Частота, продолжительность, интенсивность схваток и потуг, тонус матки (90-100 мм рт.ст.).

2. Продвижение предлежащей части плода по родовому каналу по наружному и внутреннему исследованиям и приемами Пискачека.

Критерии местонахождения предлежащей головки

Местонахождение головки	Данные наружного исследования	Данные внутреннего исследования
Головка подвижна над входом в малый таз	Головка баллотируется над входом в малый таз	Крестцовая впадина свободная, внутренняя поверхность лона свободна
Головка во входе в таз малым сегментом	Головка неподвижна, малый сегмент головки ниже плоскости входа в малый таз	Мыс достижим согнутым пальцем, крестцовая впадина свободна, внутренняя поверхность лона свободна
Головка во входе в таз большим сегментом	Большая часть головки ниже входа плоскости алого таза, пальпируются любые долги	Головка перекрывает верхнюю треть лона и крестца, мыс недостижим, седалищные ости свободны
Головка в широкой части полости таза	Определяется любая часть головки, шейка плода	Головка перекрывает верхнюю половину крестца и лона (2), свободны IV и V крестцовые

		позвонки и седалищные ости
Головка в узкой части полости таза	Головка не определяется	Головка выполняет две верхних трети крестца и внутреннюю поверхность лона, седалищные ости достигаются с трудом
Головка на тазовом дне	Головка не определяется	Крестцовая впадина выполнена головкой полностью, седалищные ости не определяются

Шкала степени зрелости шейки матки (по Burnhill, 1962 г.)

Признак	0 баллов	1 балл	2 балла
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена, в области внутреннего зева уплотнена	Мягкая
Длина шейки матки, сглаженность	Более 2 см	1-2 см	Менее 1 см и сглажена
Проходимость канала зева	Наружный зев закрыт	Канал проходим для 1 пальца, внутренний зев плотный, пропускает кончик пальца	Больше 1 пальца, при сглаженной шейке более 2 см
Положение шейки матки	Кзади	Кпереди	Срединное

Клинические параметры оценки состояния роженицы и плода в родах

1. ЧСС, АД, дыхание, термометрия тела 3-4 раза в сутки.
2. Оценка вегетативного равновесия (см. тему 2)
3. Форма матки, ее тонус, высота стояния дна матки, состояние нижнего маточного сегмента, контракционного кольца и круглых маточных связок.
4. Физиологические отправления.
5. Оценка характера и интенсивности родовой деятельности, болевые ощущения роженицы, связанные с сокращением матки.
6. Местонахождение предлежащей части.
7. Выслушивание и подсчет частоты сердцебиения плода в периоде раскрытия шейки матки при целом плодном пузыре каждые 15-20 минут, при излитии околоплодных вод через

10-15 минут. Обращать внимание на ритм, звучность сердечных тонов. Во II периоде родов оценка сердечной деятельности плода производится после каждой потуги.

Средняя ЧСС плода за определенный промежуток времени колеблется в пределах 120-160 в 1 минуту - базальный сердечный ритм. Внутриминутная амплитуда осцилляций сердечных сокращений плода находится в пределах 6-25 ударов.

Принципы клинического ведения родов

1. Коррекция водно-электролитного баланса приемом жидкости в небольших порциях.
2. Спазмолитические и обезболивающие средства в активной фазе родов при неосложненном их течении с учетом влияния лекарственных средств на базальное вегетативное равновесие.
3. Разрешить женщине тужиться можно только при головке плода, опущенной на тазовое дно (ранние потуги при высоко расположенной головке опасны внутричерепной и спинномозговой травмой для плода).
4. С момента врезывания головки оказать акушерское пособие:
 - препятствие преждевременному разгибанию головки
 - уменьшение напряжения промежности
 - регулирование потуг
 - выведение головки из половой щели вне схватки
 - освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода
5. Если промежность является существенным препятствием рождающейся головки, то следует провести эпизио- или перинеотомию. Эпизиотомия показана при угрозе разрыва “низкой” промежности, узкой лонной дуге, инфантилизме, тазовых предлежаниях плода, рубцовых изменениях промежности, акушерских влагалищных операциях, угрозе центрального разрывания промежности; перинеотомия - при угрозе разрыва “высокой” промежности. Рассечение производится при опущенной предлежащей части плода на тазовое дно и появлении напряжения промежности. По рекомендуемой ВОЗ перинатальной технологии родов систематическое применение эпизиотомии не оправдано.
6. После рождения головки ее следует только поддерживать, не применяя активные повороты головки или ее потягивание при фиксированном плечевом поясе: опасность травмирования спинного мозга на уровне С₄, где расположен дыхательный центр (нейрогенная асфиксия новорожденного), повреждение стенки артерий в поперечных отростках шейных позвонков, кровоснабжающий продолговатый мозг и шейный отдел позвоночника (даже незначительные повреждения стенки позвоночной артерии могут вызвать ее спазм, нарушение вертебробазиллярного кровотока - моментальную смерть плода или развитие параличей у новорожденного (А.Ю.Датнер, 1978 г.).
7. При необходимости выведения плечевого пояса следует действовать осторожно. После поворота плода лицом в необходимую сторону производят отклонение плода кзади, пока

под лоно не подойдет переднее плечико на границе верхней и средней трети. Затем приподнимают головку кпереди, сдвигают промежность с заднего плечика. Когда плечевой пояс освобожден, в подмышечные впадины вводят указательные пальцы и подтягиванием к животу матери рожают туловище плода. При затрудненном рождении плечевого пояса проводят вначале выведение “задней” ручки плода, а затем введение туловища плода.

Для установления признаков отделения плаценты следует руководствоваться принципами Шредера, Альфреда, Кюстнер-Чукалова-Довженко, Клейна. При отделившейся плаценте в случае ее не выделения применить выделение последа по Абуладзе, Креде-Лазаревичу и др.

После рождения последа его обязательно осматривают, определяют общую кровопотерю, которая не должна превышать 0,5% массы тела роженицы. Осмотр шейки матки в зеркалах, влагалища и наружных половых органов производится как у первородящих, так и у повторнородящих. При выявлении арзрывов мягких тканей родовых путей и промежности их ушивают под обезболиванием.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ В ПЕРИОДЕ РАСКРЫТИЯ

Первый период является самым продолжительным, начало родов характеризуется возникновением регулярных схваток и типичными изменениями в шейке матки (сглаживание, раскрытие). Регулярным схваткам обычно предшествует ряд признаков, являющихся предвестниками родов. Однако возможно наступление родов без выраженных предвестников, особенно у повторнородящих женщин.

Родовые схватки обычно болезненны, но степень болевых ощущений различна. Это в значительной мере зависит от функциональных и типологических особенностей нервной системы рожениц. У многих женщин болевые ощущения терпимы, некоторые испытывают мучительные боли, сопровождающиеся рефлекторно возникающей тошнотой, рвотой, головокружением и другими расстройствами. Наблюдаются также малоболезненные и безболезненные роды. Роженицы отмечают боли в животе, пояснице, крестце, в паховых областях. Боли сильнее выражены к концу периода раскрытия.

Слизистый секрет (слизистая пробка) из канала шейки матки вытесняется в начале периода раскрытия вклинивающимся плодным пузырем. Слизь обычно содержит небольшую примесь крови в связи с тем, что при раскрытии шейки матки возникают неглубокие надрывы краев зева. Незначительные сукровичные выделения из этих мелких повреждений могут появиться | после отхождения слизи, к концу периода раскрытия; сукровичные выделения | могут возникнуть в результате отслойки оболочек плодного пузыря от отпадающей оболочки.

ТЕЧЕНИЕ РОДОВ В ПЕРИОДЕ ИЗГНАНИЯ

После полного раскрытия шейки начинается изгнание плода из полости матки. После отхождения вод схватки стихают; через 15 - 20 мин мускулатура матки приспособляется к уменьшенному объему и схватки возобновляются.

Стенки матки после отхождения вод становятся толще. Маточные сокращения усиливаются. Опускающаяся головка надавливает на нервные сплетения сильнее, чем плодный пузырь. Поэтому сила и продолжительность изгоняющих схваток нарастают, а паузы между ними становятся все короче. При схватках матка сильно напрягается, уплотняется, выпячивает брюшную стенку. К изгоняющим схваткам вскоре присоединяются рефлекторно возникающие потуги. Роженица задерживает дыхание, упирается руками и ногами и сильно тужится, напрягая мышцы живота.

При дальнейших поступательных движениях головки начинает раскрываться половая щель. Во время потуги из раскрывающейся половой щели показывается небольшой участок головки. После окончания потуги поступательное движение плода прекращается, головка скрывается, половая щель смыкается. При следующей потуге выпячивается более значительный участок головки, но в паузе она снова скрывается. Это появление головки из половой щели только во время потуги называется врезыванием головки. С дальнейшим развитием потужной деятельности врезывающаяся головка выступает все больше вперед и уже не скрывается после прекращения потуги, половая щель не смыкается, широко зияет. Когда головка продвигается вперед настолько, что она не скрывается после прекращения потуг, говорят о прорезывании головки.

Родившийся ребенок начинает дышать, громко кричать, активно двигать конечностями, кожа его розовеет. Мать испытывает сильное утомление, отдыхает, ускоренный пульс постепенно выравнивается. У роженицы после рождения ребенка нередко возникает озноб, зависящий от большой потери тепла во время сильной потужной деятельности.

ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

Третий период родов самый короткий. В последовом периоде роженица отдыхает, у нее исчезает тахикардия; если во втором периоде родов артериальное давление повышалось, то в "последовом оно достигает исходного уровня. Ощущение озноба прекращается, температура тела обычно бывает нормальной, так же как окраска кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Последовые схватки обычно не вызывают неприятных ощущений; умеренно болезненными они иногда бывают у повторнородящих.

В последовом периоде нормальных родов из половых путей выделяется 100-300 мл (в среднем 250 мл) крови. Если плацента отделилась в центре и рождается плодовой поверхностью наружу, кровь (ретроплацентарная гематома) выделяется вместе с плацентой. Если отделение плаценты начинается с края, часть крови выделяется до рождения последа, часть - вместе с ним. Кровопотеря является физиологической, она не оказывает отрицательного влияния на организм. После рождения последа женщина называется родильницей.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ

Роды, как правило, проводятся в стационаре, где создаются все условия для оказания квалифицированной помощи. Акушерская помощь оказывается в родильных домах и родильных отделениях городских и сельских больниц (в сельских местностях еще существуют колхозные

родильные дома). Число акушерских коек в нашей стране достаточно для оказания медицинской помощи всем роженицам и женщинам с осложненным течением беременности.

Роды ведет врач. Только в небольших учреждениях ведение нормальных родов поручается акушерке, которая вызывает врача при возникновении каких-либо осложнений. Роженицы обычно поступают в родильный дом в начале периода раскрытия с обменной картой, в которую врач консультации внес данные о течении беременности.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ В ПЕРИОДЕ РАСКРЫТИЯ

В предродовой комнате уточняют анамнестические данные, проводят дополнительный осмотр роженицы (телосложение и особенности конституции, форма живота, крестцового ромба и т. д.) и детальное акушерское обследование. Обязательно определяют группу крови, резус-фактор, производят исследование мочи и морфологической картины крови. Все дополнительные данные анамнеза, общего и акушерского исследования заносят в историю родов. На основании этих данных должен быть поставлен акушерский диагноз.

В период раскрытия тщательно наблюдают за состоянием роженицы. Выясняют ее самочувствие (степень болевых ощущений, усталость, головокружение, головная боль, расстройства зрения и др.), состояние кожных покровов, выслушивают сердечные тоны плода. Систематически исследуют пульс, измеряют артериальное давление, причем неоднократно, чтобы своевременно выявить выраженные колебания, наличие которых характерно для токсикозов и других осложнений. Температуру тела измеряют 2-3 раза в сутки (в случае необходимости чаще).

Наружное акушерское исследование. В периоде раскрытия оно применяется многократно. При этом необходимо обращать особое внимание на отношение предлежащей части ко входу в таз (над входом, прижата ко входу, малым сегментом во входе, ее величина и плотность), на консистенцию матки во время схваток и пауз, контуры матки, высоту стояния ее дна, состояние нижнего сегмента, пограничного кольца и круглых связок. При нормальных родах матка после схваток хорошо расслабляется; пограничное кольцо определяется в виде слабовыраженной поперечно расположенной бороздки.

В начале родов дно матки находится обычно на середине между пупком и мечевидным отростком, к концу периода раскрытия оно поднимается до мечевидного отростка и реберной дуги. Производят пальпацию нижнего сегмента, чтобы выяснить, нет ли его истончения.

Выслушивание сердцебиения плода в период раскрытия при ненарушенном плодном пузыре производится каждые 15 - 20 мин, а после отхождения вод - через 5-10 мин. Необходимо не только выслушивание, но и сосчитывание сердцебиений плода. При изучении сердечных тонов обращают внимание на частоту, ритм, звучность. Это очень важно, так как сердечные тоны являются основным критерием оценки состояния плода.

Влагалищное исследование. Тщательное наружное исследование позволяет получить ценные данные о течении родов. В прежние годы при нормальном течении родов ограничивались наружным исследованием. Влагалищное исследование применяли по показаниям, чтобы избежать

роженицу от риска занесения в родовые пути микробов - возбудителей послеродовых заболеваний. В настоящее время влагалищное исследование проводят по менее строгим показаниям. При наличии современных антибактериальных препаратов и строгом соблюдении правил асептики и антисептики влагалищное исследование особой опасности в отношении инфицирования не представляет. Однако многократно проводить его не следует. Влагалищное исследование производят при поступлении роженицы и после излития околоплодных вод, если плодный пузырь вскрылся при головке, подвижной над входом в малый таз, так как необходимо выяснить, не возникли ли осложнения, опасные для плода и течения родов.

Влагалищное исследование дополняет данные наружного акушерского исследования и позволяет получить новые сведения, уточняющие диагноз. При влагалищном исследовании выясняются особенности механизма родов и динамика родового акта, выявляются многие осложнения, распознать которые наружными методами не удастся. При наличии соответствующих показаний влагалищное исследование производится повторно. Однако необходимо стремиться к его ограничению.

Наружные половые органы роженицы в периоде раскрытия обмывают дезинфицирующим раствором не реже 1 раза за 5-6 ч, а также каждый раз после мочеиспускания и дефекации.

Роды сопровождаются большой затратой энергии, поэтому роженица нуждается в полноценном питании. Легкоусвояемую пищу (кисели, бульон с яйцом, манная каша, булка, молочные продукты, сладкий чай и др.) дают небольшими порциями. Нередко роженицы отказываются от еды. В таких случаях необходимо разъяснять вред голодания и важность своевременного принятия пищи. Необходимо внушить роженице спокойствие, бодрость и уверенность в благополучном исходе родов.

В периоде раскрытия применяется обезболивание родов.

Во втором периоде родов следует выслушивать сердечные тоны плода после каждой потуги; опасность асфиксии плода в периоде изгнания значительно больше, чем в первом периоде родов, до излития околоплодных вод. При аускультации обращают внимание на частоту, ритм и звучность сердечных тонов плода; с целью наиболее точной оценки сердечной деятельности следует не только выслушивать, но и сосчитывать сердцебиения плода не реже чем каждые 10-15 мин. Полученные данные записывают в историю родов.

Если роды ведутся не на родильной кровати, под голову и плечи роженицы подкладывают дополнительную подушку. Во время потуг роженица ступнями (ноги согнуты в коленях и тазобедренных суставах) упирается в кровать, руками держится за края кровати. В родовспомогательных учреждениях некоторых стран роженицу в периоде изгнания укладывают на бок и в таком положении принимают роды. По наблюдениям акушеров нашей страны, ведение родов в этом положении преимуществ не имеет.

С момента врезывания головки все должно быть готово к приему родов. Под крестец роженицы подкладывают валик; при этом выпрямляется позвоночник, что способствует лучшему

использованию изгоняющих сил; головка направляется больше кпереди и меньше напирает на промежность. В связи с этим у роженицы может возникнуть разрыв промежности, а у плода - нарушение мозгового кровообращения.

Поэтому при акушерском пособии следует:

а) защищать промежность от повреждений;

б) бережно выводить плод из родовых путей, охраняя его от неблагоприятных воздействий.

Для выполнения этих задач необходимо соблюдение следующих условий:

1. Прорезывающаяся головка должна продвигаться медленно и постепенно. Постепенное прорезывание головки способствует растяжению тканей промежности без повреждений.

2. Головка должна прорезываться наименьшим (для данного предлежания) размером. Чем меньшей окружностью прорезывается головка, тем меньше она растягивает промежность. Необходимо учитывать, что при прорезывании наименьшим размером головка меньше сдавливается стенками родового канала. При переднем виде затылочного предлежания наименьшим размером является малый косой (9,5 см, окружность 32 см). Этим размером головка должна проходить через вульварное кольцо. Врач (акушерка) стоит справа от роженицы и начинает оказывать помощь с самого начала прорезывания головки (во время врезывания всякие манипуляции излишни): а) сдерживает чрезмерно быстрое продвижение головки, способствуя постепенному прорезыванию ее; б) предупреждает преждевременное разгибание головки. Задерживая преждевременное разгибание головки, способствует ее прорезыванию в согнутом состоянии.

Прием родов при головном предлежании состоит из следующих моментов:

1. Регулирование продвижения прорезывающейся головки. Три пальца правой руки располагают на прорезывающейся головке. Касаясь головки пальцами во время потуги, задерживают быстрое продвижение головки и предупреждают ее преждевременное разгибание. Если при сильных потугах правая рука не может задержать быстро продвигающуюся головку, помогают левой рукой. Для этого кисть левой руки располагают на лобке, ладонной поверхностью концевых фаланг пальцев осторожно надавливают на головку, сгибая ее в сторону промежности и сдерживая ее стремительное продвижение.

В некоторых родовспомогательных учреждениях поддерживают промежность ладонной поверхностью правой руки. Однако лучше, если рукой промежности не касаются. Надавливание на промежность ведет к нарушению кровообращения, разминанию тканей и способствует возникновению разрывов.

2. Выведение головки. Когда затылок родится и область подзатылочной ямки (точка фиксации) упирается в нижний край симфиза, роженице запрещают тужиться. С этого момента и до выведения всей головки роженица дышит ртом, руки ее сложены на груди. Ритмичное глубокое

дыхание (без задержки) ртом помогает преодолеть потугу. Роженице следует еще раз объяснить смысл запрещения потуг и необходимость выполнения всех других рекомендаций.

3. Освобождение плечевого пояса. Родившаяся головка поворачивается лицом к правому или левому бедру матери (в зависимости от позиции). Если наружный поворот головки задерживается, роженице предлагают потужиться; во время потуги происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки; плечики встают в прямой размер таза и прощупываются через вульварное кольцо. Прорезывание плечиков требует особого внимания потому, что при этом происходит значительное растяжение мягких тканей и может наступить разрыв промежности. Во время прорезывания плечевого пояса самостоятельно прорезавшееся переднее плечико прижимают к лобковой дуге и после этого осторожно сводят промежность с заднего плечика.

4. Рождение туловища. После рождения плечевого пояса обеими руками осторожно обхватывают грудную клетку плода и направляют туловище вверх; при этом рождение нижней части туловища происходит без затруднений.

Вслед за рождением ребенка начинается последовый период, требующий особого наблюдения. Около роженицы неотлучно находится врач или акушерка. Тотчас после окончания периода изгнания приступают к первичной обработке (туалет) ребенка.

Первичная обработка новорожденного. Родившегося ребенка обтирают стерильной ватой или марлей. Стерильным баллончиком отсасывают слизь из носа и рта ребенка и кладут его между согнутыми и разведенными ногами матери на подогретую стерильную пеленку. Пуповина не должна быть натянутой. Осматривают ребенка и следят за его поведением. Тщательный осмотр необходим потому, что ребенок может родиться в состоянии апноэ или асфиксии (необходима немедленная помощь), с родовыми травмами или аномалиями развития. Доношенный здоровый ребенок сразу после рождения начинает дышать, издает громкий крик, активно двигает конечностями, нередко вскоре мочится. У недоношенного ребенка крик слабый, движения менее активные.

Для предупреждения офтальмобленнореи пользуются 2% раствором нитрата серебра (ляписа). Раствор хранят в склянке из темного стекла с притертой пробкой. Он должен быть свежим (меняться ежедневно), а надпись на этикетке - отчетливой. Для каждого новорожденного используют отдельную стерильную пипетку.

В настоящее время для профилактики гонорейной бленнореи используется 30% раствор натриевой соли альбуцида (сульфацил-натрий).

Обработку пуповины у новорожденного ребенка осуществляют в два этапа. Перед приемом родов акушерка обрабатывает руки, как перед хирургической операцией одним из принятых методов.

Первый этап обработки пуповины. После прекращения пульсации пуповины на нее накладывают два зажима, один на расстоянии 10 см от пупочного кольца, а второй на 2 см кнаружи

от него. Участок пуповины, находившийся между зажимами, обрабатывают 5% спиртовым раствором йода и пересекают его.

Второй этап обработки пуповины. Отделенного от матери ребенка переносят на лотке на пеленальный стол, после чего акушерка вновь обрабатывает руки. Остаток пуповины протирают стерильной марлевой салфеткой, пуповину туго отжимают между указательным и большим пальцами. Затем в специальные щипцы вкладывают стерильную металлическую скобку, пуповину вводят между браншами скобки так, чтобы нижний край ее был расположен на расстоянии 0,5 - 0,7 см от кожного края пупочного кольца. Щипцы со скобкой смыкают до их защелкивания.

После обработки пуповины производят первичную обработку кожных покровов новорожденного. Стерильными ватными шариками, смоченными стерильным вазелиновым маслом, удаляют сыровидную смазку, а также остатки крови, слизи и околоплодных вод с лица, волосистой части головы, груди, живота, спины, конечностей. Очень бережно проводят первичную обработку недоношенных детей, перенесших асфиксию, с признаками нарушения мозгового кровообращения (снижение физиологических рефлексов, нерегулярное дыхание, судороги и др.), кефалгематомой и другими родовыми травмами.

ВЕДЕНИЕ РОДОВ В ПОСЛЕДОВОМ ПЕРИОДЕ

В третьем периоде родов происходят отслойка плаценты и изгнание ее из половых путей. Уже упоминалось, что процесс отделения плаценты сопровождается небольшой кровопотерей, которая считается физиологической (до 300 мл).

При нормальном течении последового периода состояние роженицы хорошее, схватки обычно не беспокоят. Пульс, учащенный в период изгнания, становится ритмичным, полным, тахикардия исчезает, артериальное давление нормализуется. Изменение самочувствия (вялость, головокружение), побледнение кожи и слизистых оболочек, учащение пульса, снижение артериального давления свидетельствуют обычно о кровопотере и требуют принятия срочных мер.

Для ведения последового периода важно знать признаки, указывающие на то, что плацента отделилась от стенок матки и находится в ее нижнем отделе или во влагалище.

Важнейшие признаки отделения плаценты следующие.

1. Изменение формы и высоты стояния дна матки (признак Шредера). Непосредственно после рождения плода форма матки округлая, дно ее находится на уровне пупка. После отделения плаценты матка уплощается, становится более узкой, дно ее поднимается (над отслоившейся плацентой) выше пупка иногда до реберной дуги); матка нередко отклоняется вправо.

2. Удлинение наружного отрезка пуповины. Отслоившаяся плацента опускается в нижний сегмент матки или во влагалище. - В связи с этим лигатура, наложенная на пуповину у половой щели (во время перерезки), опускается на 10-12 см (признак Альфельда).

3. Появление выпячивания над симфизом. Когда отделившаяся плацента опускается в тонкостенный нижний сегмент матки, передняя стенка этого сегмента вместе с брюшной стенкой приподнимается и образует выпячивание над симфизом.

4. Позыв на потугу. Отделившаяся плацента опускается во влагалище, появляется (не всегда) позыв на потугу (признак Микулича).

5. Удлинение пуповины при натуживании роженицы. Конец пуповины, выступающий из половой щели, удлиняется при натуживании. Если после потуг выступивший отрезок пуповины не втягивается, значит плацента отделилась, если же втягивается - не отделилась (признак Клейна).

6. Признак Кюстнера- Чукалова. Если надавить ребром ладони на надлобковую область, пуповина при неотделившейся плаценте втягивается во влагалище; при отделившейся плаценте пуповина не втягивается. Однако об отделении плаценты обычно судят не по одному, а по совокупности описанных признаков. Наиболее надежными являются признаки Шредера, Альфельда, Кюстнера - Чукалова.

Способ выделения отделившегося последа. Способ Абуладзе. После опорожнения мочевого пузыря производят бережный массаж матки для ее сокращения. Затем обеими руками берут брюшную стенку в продольную складку и предлагают роженице потужиться. Отделившийся послед обычно рождается легко.

Способ Гентера. Мочевой пузырь опорожняют, дно матки приводят к срединной линии. Сгибаются сбоку от роженицы, лицом к ее ногам, кисти рук, сжатые в кулак, кладут тыльной поверхностью основных фаланг на дно матки (в области трубных углов) и постепенно надавливают в направлении книзу и внутрь роженица при этом не должна тужиться. В настоящее время метод Гентера применяется сравнительно редко.

Способ Креде - Лазаревича. Он менее щадящий, чем способы Абуладзе и Гентера, поэтому к нему прибегают после безуспешного применения одного из этих способов. Техника данного метода заключается в следующем: а) опорожняют мочевой пузырь; б) приводят дно матки в срединное положение; в) легким массажем стараются вызвать сокращение матки; г) становятся слева от роженицы (лицом к ее ногам), дно матки обхватывают правой рукой таким образом, чтобы I палец находился на передней стенке матки, ладонь - на дне, а 4 пальца - на задней поверхности матки; д) производят выжимание последа: сжимают матку в переднезаднем размере и одновременно надавливают на ее дно по направлению вниз и вперед вдоль оси таза. Отделившийся послед при этом способе легко выходит наружу.

Родившийся послед тщательно осматривают, чтобы убедиться в целости плаценты и оболочек. Плаценту раскладывают на гладком подносе или на ладонях материнской поверхностью вверх и внимательно осматривают ее, одну дольку за другой. Определение целости плаценты имеет важнейшее значение. Задержка в матке частей плаценты является грозным осложнением родов.

Плаценту после осмотра измеряют и взвешивают. Все данные о плаценте и оболочках заносят в историю родов (после осмотра плаценту сжигают или зарывают в землю в местах,

установленных санитарным надзором). Далее измеряют общее количество крови, потерянное в последовом периоде и непосредственно после родов.

За родильницей наблюдают в родильной комнате не менее 2 ч (ранний послеродовой период). При этом обращают внимание на общее состояние женщины, определяют пульс, спрашивают о самочувствии, периодически пальпируют матку и выясняют, нет ли кровотечения из влагалища. Необходимо учитывать, что иногда в первые часы после родов возникает кровотечение, связанное чаще всего с пониженным тонусом матки.

Если жалоб нет, состояние родильницы хорошее, пульс нормального наполнения и не учащен, матка плотная и кровянистые выделения умеренные, родильницу через 2-3 ч перевозят в послеродовое отделение. Вместе с родильницей направляют ее историю родов, где должны быть своевременно сделаны все записи.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА:

1. Айламазян Э.К. Акушерство, М.: «Специальная литература», 2015
2. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. Акушерство, М.: «Медицина», 2013
3. Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. Акушерство, Курск: АП "Курск", 2016.
4. Бодяжина В.И., Семенченко И.Б. Акушерство, Ростов-на-Дону: «ФЕНИКС», 2013
5. Серов В.Н., Стрижаков М.М., Маркин С.А. «Практическое акушерство» М., 2015
6. Савельева Г.М. и др. Акушерство, М., 2014

РЕФЕРАТ

По акушерству _____ год обучения 1
(Наименование дисциплины)

На тему книшеское течение и ведение
(Полное название темы)

родов

Ординатора Омаровой Наталье Александровны
(Фамилия Имя Отчество)

Профиль подготовки акушерской гинекологии
(Наименование профиля подготовки)

Дата предоставления работы « _____ » _____ 20 ____ г.

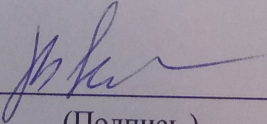
РЕЦЕНЗИЯ

Преподаватель Коновалов Валентин Николаевич
(ФИО преподавателя)

Реферат выполнен на 20 страницах, в структуре реферата имеется: титульный лист, оглавление, содержательная часть, используемая литература. Содержание реферата в полной мере отражает значимость и актуальность темы. При написании реферата использовались современные источники литературы не старше пяти лет.

Оценка 5 (отлично)

Дата проверки « _____ » _____ 20 ____ г.

Преподаватель  (Подпись)
(Коновалов В.Н.). (Расшифровка подписи)

