

# РОДЫ ОДНОПЛОДНЫЕ, САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ В ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ (НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ) КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ 2021

ВЫПОЛНИЛА: ОРДИНАТОР 1  
ГОДА КАФЕДРЫ АКУШЕРСТВА  
И ГИНЕКОЛОГИИ ИПО  
СОЛДАТОВА Е.Е.

Клинические рекомендации

**Роды одноплодные, самопроизвольное родоразрешение в  
затылочном предлежании (нормальные роды)**

МКБ-10: **O80.0**

Год утверждения (частота пересмотра): **2021**

Возрастная группа: **Взрослые / дети**

Профессиональные ассоциации:

- ООО «Российское общество акушеров-гинекологов» (РОАГ)
- ООО «Ассоциация анестезиологов-реаниматологов» (ААР)
- ООО «Ассоциация акушерских анестезиологов-реаниматологов» (АААР)

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ

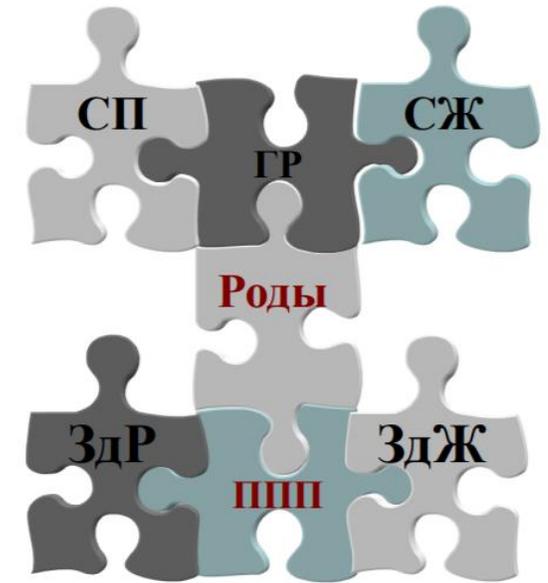
- НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ - СВОЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ ОДНИМ ПЛОДОМ, НАЧАВШИЕСЯ СПОНТАННО, С НИЗКИМ РИСКОМ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ К НАЧАЛУ РОДОВ И ПРОШЕДШИЕ БЕЗ ОСЛОЖНЕНИЙ, ПРИ КОТОРЫХ РЕБЕНОК РОДИЛСЯ САМОПРОИЗВОЛЬНО В ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ, ПОСЛЕ КОТОРЫХ РОДИЛЬНИЦА И НОВОРОЖДЕННЫЙ НАХОДЯТСЯ В УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНОМ СОСТОЯНИИ.
- СВОЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ - РОДЫ В 37 - 41<sup>6</sup> НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ.

# ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- ПО ДАННЫМ ВСЕМИРНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ВОЗ) ЕЖЕГОДНО ПО ВСЕМУ МИРУ ПРОИСХОДИТ ПОЧТИ 140 МЛН. РОДОВ, И БОЛЬШИНСТВО ИЗ НИХ ИМЕЕТ НИЗКИЙ РИСК ОСЛОЖНЕНИЙ ДЛЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА.
- ПО ДАННЫМ СТАТИСТИЧЕСКОГО СБОРНИКА МИНЗДРАВА РОССИИ (ОСНОВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СЛУЖБЫ ОХРАНЫ ДЕТСТВА И РОДОВСПОМОЖЕНИЯ В РФ) ДОЛЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ В 2018 Г. СОСТАВИЛА 37,3%, Т.Е. 584 767.

# МКБ

- 080.0 РОДЫ ОДНОПЛОДНЫЕ, САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ В ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ.



СП – состояние плода  
СЖ – состояние женщины  
ГР – готовность к родам  
ЗдР – здоровый ребенок  
ЗдЖ – здоровая женщина  
ППП – профилактика перинатальной патологии

# КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

- ОБЪЕКТИВНЫМИ ПРИЗНАКАМИ РОДОВ ЯВЛЯЮТСЯ: СОКРАЩЕНИЯ МАТКИ С ОПРЕДЕЛЕННОЙ РЕГУЛЯРНОСТЬЮ (ВО ВРЕМЯ АКТИВНОЙ ФАЗЫ НЕ МЕНЕЕ 3-Х СХВАТОК ЗА 10 МИН) И СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ШЕЙКИ МАТКИ (УКОРОЧЕНИЕ-СГЛАЖИВАНИЕ-РАСКРЫТИЕ).
- РОДЫ СОСТОЯТ ИЗ 3-Х ПЕРИОДОВ.



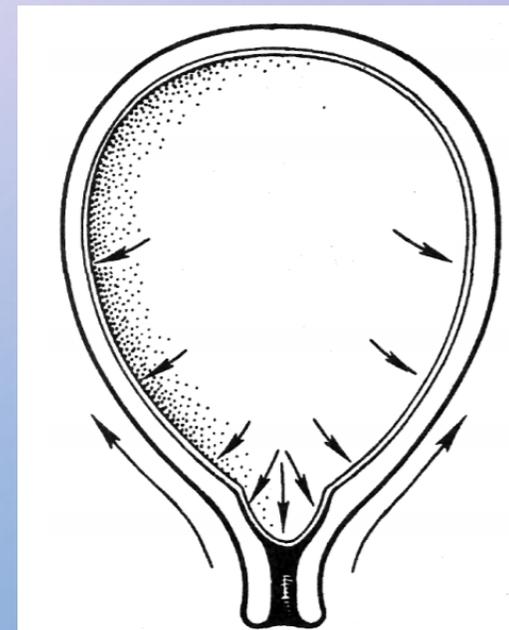
# ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ (РАСКРЫТИЕ)

- ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ - ВРЕМЯ ОТ НАЧАЛА РОДОВ ДО ПОЛНОГО РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА. ТОЧНОЕ ВРЕМЯ НАЧАЛА РОДОВ ЧАЩЕ ВСЕГО УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ОПРОСА РОЖЕНИЦЫ - УТОЧНЯЮТ ВРЕМЯ, КОГДА СОКРАЩЕНИЯ МАТКИ (СХВАТКИ) НАЧАЛИ ПРОИСХОДИТЬ РЕГУЛЯРНО КАЖДЫЕ 5 МИНУТ В ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЕ 1 ЧАСА.
- ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ СОСТОИТ ИЗ ЛАТЕНТНОЙ И АКТИВНОЙ ФАЗЫ. ЛАТЕНТНАЯ ФАЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ СОКРАЩЕНИЯМИ МАТКИ (ЧЕРЕЗ БОЛЕЗНЕННЫМИ), СГЛАЖИВАНИЕМ И ПРОГРЕССИРУЮЩИМ РАСКРЫТИЕМ МАТОЧНОГО ЗЕВА ДО 5 СМ.
- АКТИВНАЯ ФАЗА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ РЕГУЛЯРНЫМИ БОЛЕЗНЕННЫМИ СОКРАЩЕНИЯМИ МАТКИ, БОЛЕЕ БЫСТРЫМ РАСКРЫТИЕМ МАТОЧНОГО ЗЕВА ОТ 5 СМ ДО ПОЛНОГО РАСКРЫТИЯ.

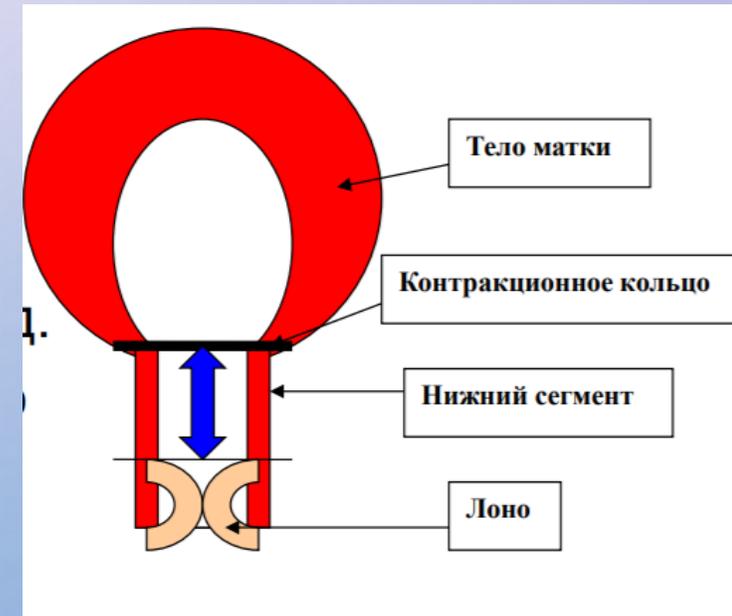
- СТАНДАРТНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛАТЕНТНОЙ ФАЗЫ НЕ УСТАНОВЛЕНА И МОЖЕТ СИЛЬНО РАЗЛИЧАТЬСЯ У РАЗНЫХ ЖЕНЩИН.
- МАКСИМАЛЬНАЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛАТЕНТНОЙ ФАЗЫ У ПЕРВОРОДЯЩИХ НЕ БОЛЕЕ 20 ЧАСОВ, У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ -14 ЧАСОВ. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ АКТИВНОЙ ФАЗЫ ОБЫЧНО НЕ ПРЕВЫШАЕТ 12 ЧАСОВ В ПЕРВЫХ РОДАХ И 10 ЧАСОВ В ПОСЛЕДУЮЩИХ РОДАХ.
- СКОРОСТЬ РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА В АКТИВНУЮ ФАЗУ ОБЫЧНО СОСТАВЛЯЕТ  $>1$  СМ/ЧАС, НО МОЖЕТ БЫТЬ БОЛЕЕ МЕДЛЕННОЙ. МИНИМАЛЬНАЯ СКОРОСТЬ РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА В АКТИВНУЮ ФАЗУ - 0,5 СМ/ЧАС КАК У ПЕРВОРОДЯЩИХ, ТАК И У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ.

- ВО ВРЕМЯ КАЖДОЙ СХВАТКИ В МУСКУЛАТУРЕ МАТКИ ПРОИСХОДЯТ ОДНОВРЕМЕННО ТРИ ПРОЦЕССА: • 1 СОКРАЩЕНИЕ МЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН МАТКИ (КОНТРАКЦИЯ), • 2 ВЗАИМНОЕ СМЕЩЕНИЕ ВОЛОКОН ОТНОСИТЕЛЬНО ДРУГ ДРУГА (РЕТРАКЦИЯ), • 3 РАСТЯЖЕНИЕ МЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН (ДИСТРАКЦИЯ).
- В ТЕЛЕ МАТКИ С ПРЕОБЛАДАНИЕМ МЫШЕЧНЫХ ВОЛОКОН В ОСНОВНОМ ПРОИСХОДЯТ КОНТРАКЦИЯ И РЕТРАКЦИЯ. ВО ВРЕМЯ СХВАТОК МЫШЕЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ, ЗНАЧИТЕЛЬНО РАСТЯНУТЫЕ В ДЛИНУ, ПРИ СОКРАЩЕНИИ УКРАЧИВАЮТСЯ, СМЕЩАЮТСЯ, ПЕРЕПЛЕТАЮТСЯ ДРУГ С ДРУГОМ.
- ВО ВРЕМЯ ПАУЗЫ ВОЛОКНА НЕ ВОЗВРАЩАЮТСЯ В СОСТОЯНИЕ ПЕРВОНАЧАЛЬНОГО РАСПОЛОЖЕНИЯ, ВСЛЕДСТВИЕ ЧЕГО ПРОИСХОДИТ СМЕЩЕНИЕ ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ ЧАСТИ МУСКУЛАТУРЫ ИЗ НИЖНИХ ОТДЕЛОВ МАТКИ В ВЕРХНИЕ. В РЕЗУЛЬТАТЕ СТЕНКИ В ТЕЛЕ МАТКИ ПРОГРЕССИРУЮЩЕ УТОЛЩАЮТСЯ.
- С РЕТРАКЦИОННОЙ ПЕРЕГРУППИРОВКОЙ МЫШЦ ТЕСНО СВЯЗАН ПАРАЛЛЕЛЬНО ИДУЩИЙ ПРОЦЕСС ДИСТРАКЦИИ ШЕЙКИ МАТКИ — РАСТЯЖЕНИЕ КРУГОВОЙ МУСКУЛАТУРЫ ШЕЙКИ. ПРОДОЛЬНО РАСПОЛОЖЕННЫЕ МЫШЕЧНЫЕ ВОЛОКНА ТЕЛА МАТКИ В МОМЕНТ КОНТРАКЦИИ И РЕТРАКЦИИ НАТЯГИВАЮТ И ВЛЕКУТ ЗА СОБОЙ ЦИРКУЛЯРНО РАСПОЛОЖЕННЫЕ МЫШЕЧНЫЕ ВОЛОКНА ШЕЙКИ МАТКИ, СПОСОБСТВУЯ РАСКРЫТИЮ ШЕЙКИ МАТКИ.

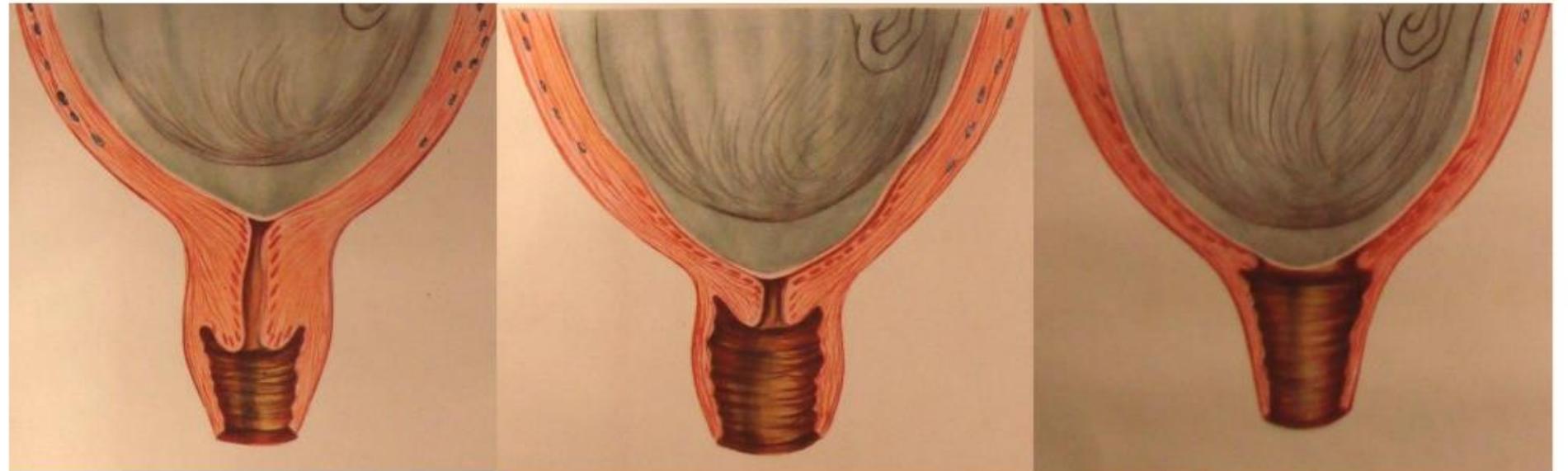
- ПРИ СОКРАЩЕНИИ МАТКИ В РОДАХ СОЗДАЮТСЯ НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОТКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ НАТЯЖЕНИЕ ЦИРКУЛЯРНОЙ МУСКУЛАТУРЫ И ПОВЫШЕНИЕ ВНУТРИМАТОЧНОГО ДАВЛЕНИЯ. ВО ВРЕМЯ СОКРАЩЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ РАВНОМЕРНОГО ДАВЛЕНИЯ СО СТОРОНЫ СТенок МАТКИ ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ ПО ЗАКОНАМ ГИДРАВЛИКИ УСТРЕМЛЯЮТСЯ В СТОРОНУ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА МАТКИ.
- ПОД НАПОРОМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД НИЖНИЙ ПОЛЮС ПЛОДНОГО ЯЙЦА ОТСЛАИВАЕТСЯ ОТ СТенок МАТКИ И ВНЕДРЯЕТСЯ ВО ВНУТРЕННИЙ ЗЕВ КАНАЛА ШЕЙКИ. ЭТА ЧАСТЬ ОБОЛОЧЕК НИЖНЕГО ПОЛЮСА ЯЙЦА, ВНЕДРЯЮЩАЯСЯ ВМЕСТЕ С ОКОЛОПЛОДНЫМИ ВОДАМИ В КАНАЛ ШЕЙКИ МАТКИ, НАЗЫВАЕТСЯ ПЛОДНЫМ ПУЗЫРЕМ. ВО ВРЕМЯ СХВАТОК ПЛОДНЫЙ ПУЗЫРЬ НАТЯГИВАЕТСЯ И ВСЕ ГЛУБЖЕ ВКЛИНИВАЕТСЯ В КАНАЛ ШЕЙКИ МАТКИ, РАСШИРЯЯ ЕЕ ИЗНУТРИ.



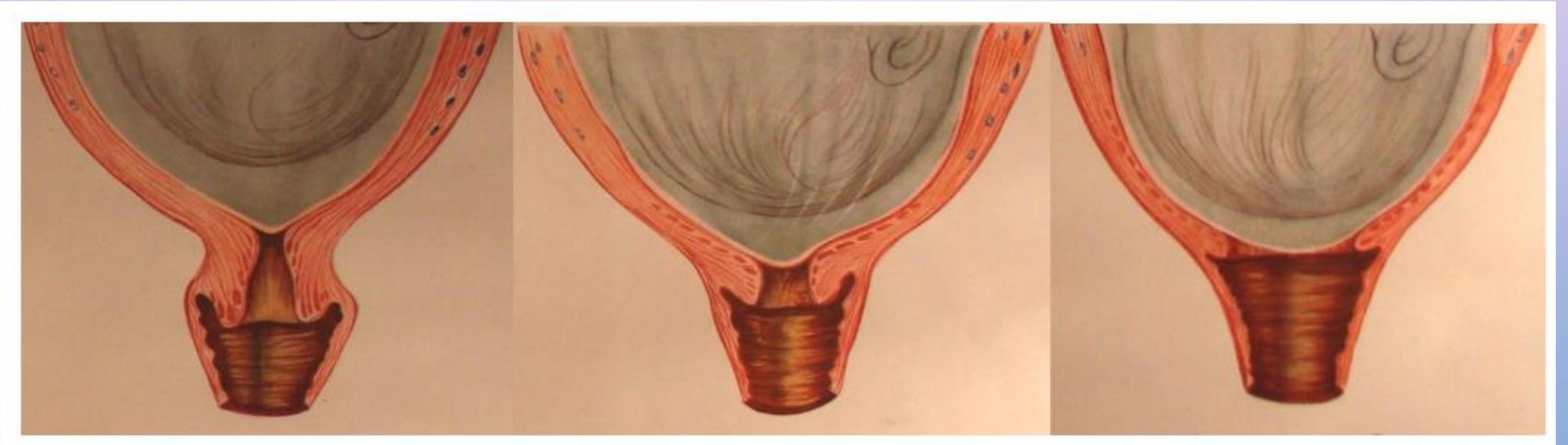
- ПО МЕРЕ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ ПРОИСХОДЯТ ИСТОНЧЕНИЕ И ОКОНЧАТЕЛЬНОЕ ФОРМИРОВАНИЕ НИЖНЕГО СЕКМЕНТА ИЗ ПЕРЕШЕЙКА И ШЕЙКИ МАТКИ.
- ГРАНИЦА МЕЖДУ ИСТОНЧЕННЫМ НИЖНИМ СЕКМЕНТОМ И ТЕЛОМ МАТКИ ИМЕЕТ ВИД БОРОЗДЫ И НАЗЫВАЕТСЯ КОНТРАКЦИОННЫМ КОЛЬЦОМ.
- КОНТРАКЦИОННОЕ КОЛЬЦО ЯВЛЯЕТСЯ ФУНКЦИОНАЛЬНЫМ ОБРАЗОВАНИЕМ, СВИДЕТЕЛЬСТВУЮЩИМ О ХОРОШЕЙ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ СПОСОБНОСТИ МАТКИ. ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ ПОСЛЕ ИЗЛИТИЯ ВОД.
- ВЫСОТА СТОЯНИЯ КОНТРАКЦИОННОГО КОЛЬЦА НАД ЛОНОМ В САНТИМЕТРАХ ПОКАЗЫВАЕТ СТЕПЕНЬ РАСКРЫТИЯ ЗЕВА ШЕЙКИ МАТКИ (ПРИЕМ ШАТЦА-УНТЕРБРЕГА).
- ПРИ ПОЛНОМ РАСКРЫТИИ ЗЕВА КОНТРАКЦИОННОЕ КОЛЬЦО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ НА 4-5 ПП (10 СМ) НАД ВЕРХНИМ КРАЕМ ЛОНА.



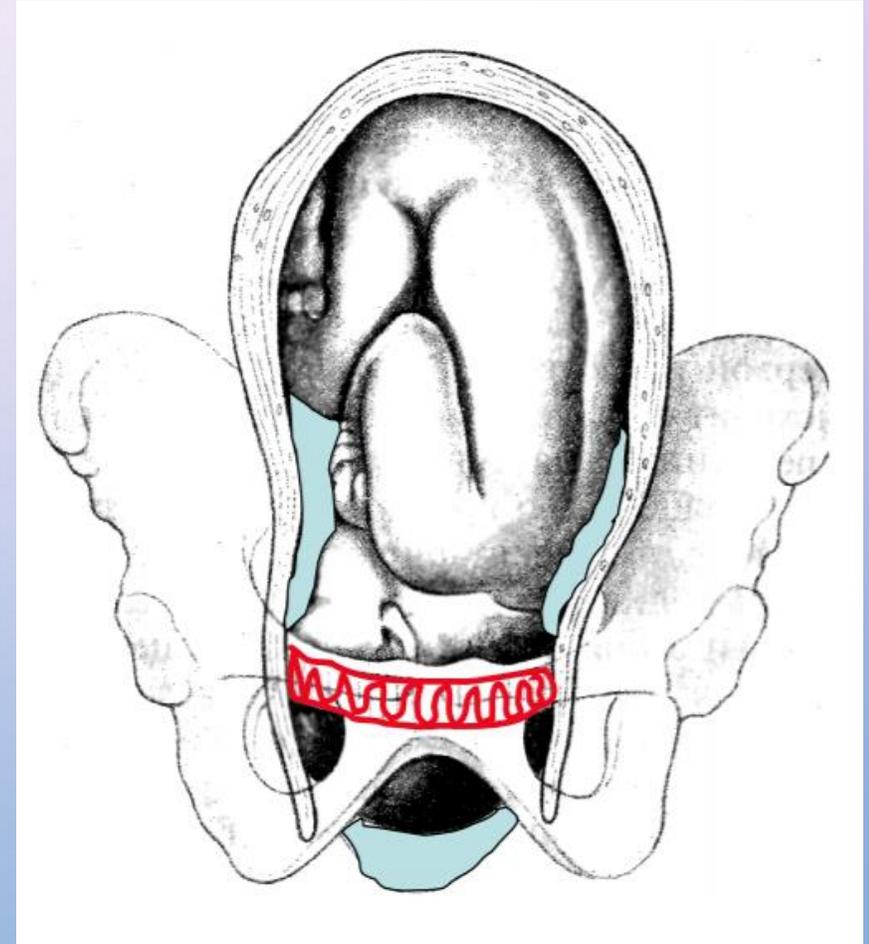
- МЕХАНИЗМ РАСКРЫТИЯ ШЕЙКИ МАТКИ У ПЕРВО- И ПОВТОРНОРОДЯЩИХ НЕОДИНАКОВ.
- У ПЕРВОРОДЯЩИХ К НАЧАЛУ РОДОВ НАРУЖНЫЙ И ВНУТРЕННИЙ ЗЕВ ЗАКРЫТЫ. РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ НАЧИНАЕТСЯ СВЕРХУ. СНАЧАЛА РАСКРЫВАЕТСЯ ВНУТРЕННИЙ ЗЕВ, ШЕЙКА МАТКИ И ШЕЕЧНЫЙ КАНАЛ НЕСКОЛЬКО УКОРАЧИВАЮТСЯ. В ДАЛЬНЕЙШЕМ ШЕЙКА МАТКИ ПРОДОЛЖАЕТ ВСЕ БОЛЬШЕ УКОРАЧИВАТЬСЯ, А ЗАТЕМ И СОВСЕМ СГЛАЖИВАЕТСЯ, И ТОЛЬКО ЕЕ НАРУЖНЫЙ ЗЕВ ОСТАЕТСЯ ЗАКРЫТЫМ. ЗАТЕМ КРАЯ НАРУЖНОГО ЗЕВА ИСТОНЧАЮТСЯ, И ОН НАЧИНАЕТ РАСКРЫВАТЬСЯ ДО ТЕХ ПОР, ПОКА НЕ ПРОИЗОЙДЕТ ЕГО ПОЛНОЕ РАСКРЫТИЕ.



- У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ ВЕСЬ ШЕЕЧНЫЙ КАНАЛ ПРОХОДИМ ДЛЯ ОДНОГО-ДВУХ ПАЛЬЦЕВ (КАК РЕЗУЛЬТАТ ЕГО РАСТЯЖЕНИЯ ПРИ ПРЕДЫДУЩИХ РОДАХ). ПОЭТОМУ СГЛАЖИВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ШЕЙКИ МАТКИ НА ВСЕМ ПРОТЯЖЕНИИ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ ПРОИСХОДИТ ОДНОВРЕМЕННО. ТО ЕСТЬ, НАРУЖНЫЙ ЗЕВ РАСКРЫВАЕТСЯ ПОЧТИ ОДНОВРЕМЕННО С ВНУТРЕННИМ, И В ЭТО ВРЕМЯ ПРОИСХОДИТ УКРОЧЕНИЕ ШЕЙКИ МАТКИ.



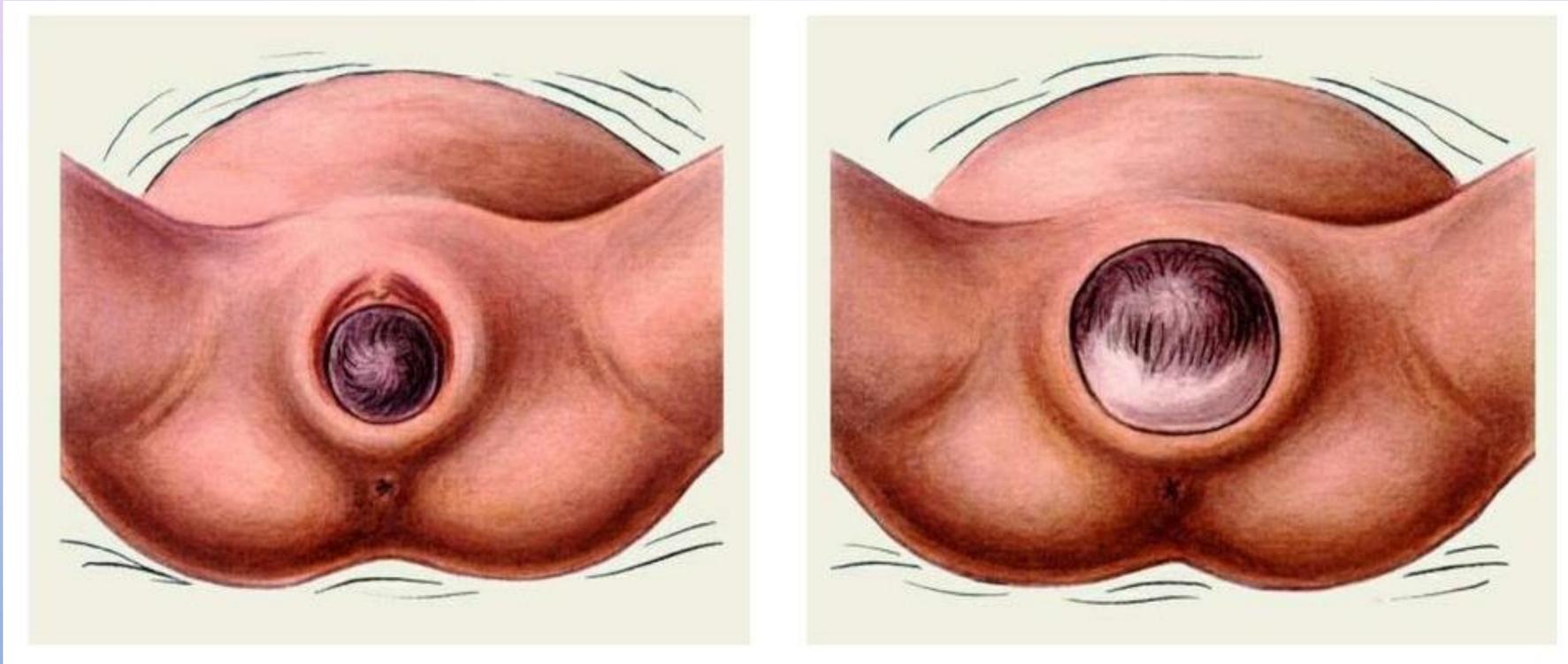
- ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ ПРОИСХОДИТ РАЗДЕЛЕНИЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД НА ПЕРЕДНИЕ И ЗАДНИЕ, ТАК КАК ГОЛОВКА ПРИЖИМАЕТ СТЕНКУ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА МАТКИ К КОСТНОЙ ОСНОВЕ РОДОВОГО КАНАЛА. МЕСТО ОХВАТА ГОЛОВКИ СТЕНКАМИ НИЖНЕГО СЕГМЕНТА НАЗЫВАЕТСЯ ВНУТРЕННИМ ПОЯСОМ СОПРИКОСНОВЕНИЯ (ПРИЛЕГАНИЯ), КОТОРЫЙ ДЕЛИТ ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ НА ПЕРЕДНИЕ, НАХОДЯЩИЕСЯ НИЖЕ ПОЯСА СОПРИКОСНОВЕНИЯ, И ЗАДНИЕ — ВЫШЕ ПОЯСА СОПРИКОСНОВЕНИЯ



# ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ (ИЗГНАНИЕ)

- ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ - ВРЕМЯ ОТ ПОЛНОГО РАСКРЫТИЯ МАТОЧНОГО ЗЕВА ДО РОЖДЕНИЯ ПЛОДА.
- ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВТОРОГО ПЕРИОДА ПРИ ПЕРВЫХ РОДАХ ОБЫЧНО НЕ БОЛЕЕ 3 ЧАСОВ, ПРИ ПОВТОРНЫХ - НЕ БОЛЕЕ 2 ЧАСОВ.
- ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ВТОРОГО ПЕРИОДА МОЖЕТ УВЕЛИЧИТЬСЯ ЕЩЕ НА 1 ЧАС ПРИ ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ И СОСТАВЛЯТЬ 4 ЧАСА У ПЕРВОРОДЯЩИХ И 3 ЧАСА У ПОВТОРНОРОДЯЩИХ ПАЦИЕНТОК.
- К РЕГУЛЯРНЫМ МАТОЧНЫМ СОКРАЩЕНИЯМ, ПРИВОДЯЩИМ К СТРУКТУРНЫМ ИЗМЕНЕНИЯМ ШЕЙКИ МАТКИ (СХВАТКАМ) РЕФЛЕКТОРНО ПРИСОЕДИНЯЕТСЯ СОКРАЩЕНИЕ МЫШЦ БРЮШНОГО ПРЕССА. РЕФЛЕКТОРНО СОКРАЩАЮТСЯ МЫШЦЫ ТАЗОВОГО ДНА, ОСОБЕННО КОГДА ГОЛОВКА ОПУСКАЕТСЯ НА ТАЗОВОЕ ДНО. ПРИСОЕДИНЯЕТСЯ ДАВЛЕНИЕ ГОЛОВКИ НА НЕРВЫ КРЕСТЦОВОГО СПЛЕТЕНИЯ. В ЭТОТ МОМЕНТ ПОЯВЛЯЕТСЯ ЖЕЛАНИЕ ИЗГНАТЬ ГОЛОВКУ ИЗ РОДОВЫХ ПУТЕЙ. ЭТОТ ПРОЦЕСС НАЗЫВАЕТСЯ ПОТУГАМИ.

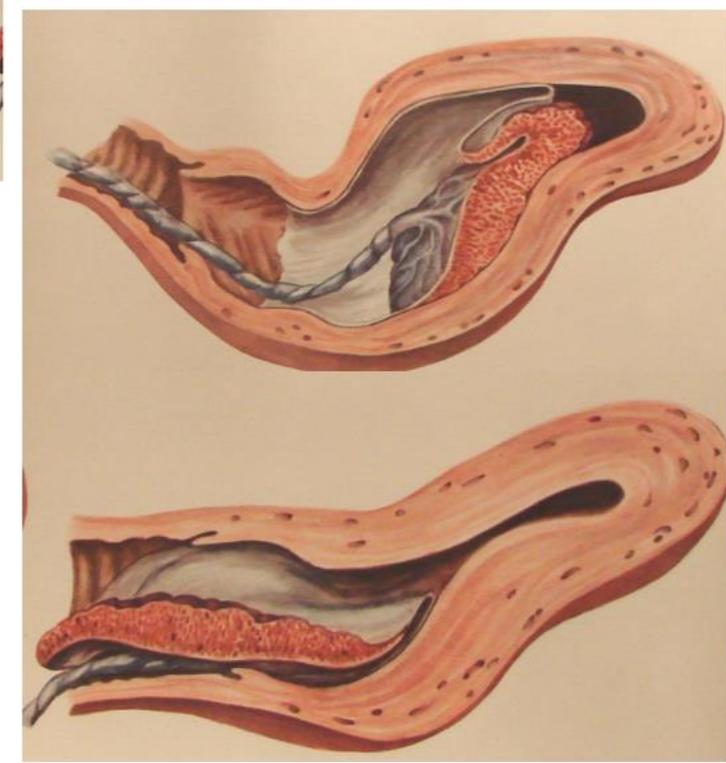
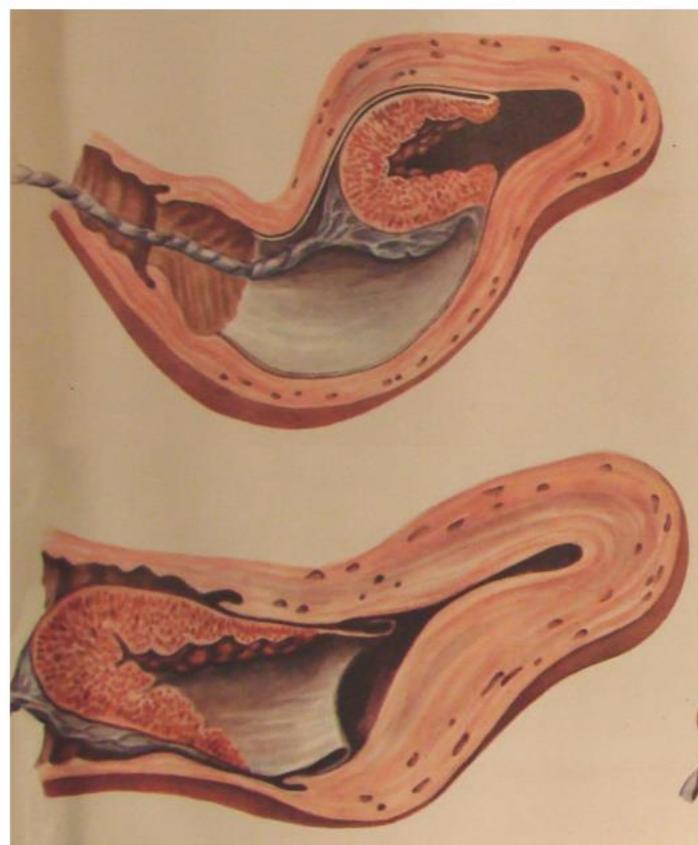
- ВРЕЗЫВАНИЕ ГОЛОВКИ: ПОСЛЕ ПОТУГИ ГОЛОВКА СКРЫВАЕТСЯ ЗА ПОЛОВОЙ ЩЕЛЬЮ.
- ПРОРЕЗЫВАНИЕ: ГОЛОВКА ПО ОКОНЧАНИИ ПОТУГИ НЕ СКРЫВАЕТСЯ (НАЧАЛО ТРЕТЬЕГО МОМЕНТА БИОМЕХАНИЗМА РОДОВ - РАЗГИБАНИЯ ГОЛОВКИ).



# ТРЕТИЙ ПЕРИОД РОДОВ (ПОСЛЕДОВЫЙ)

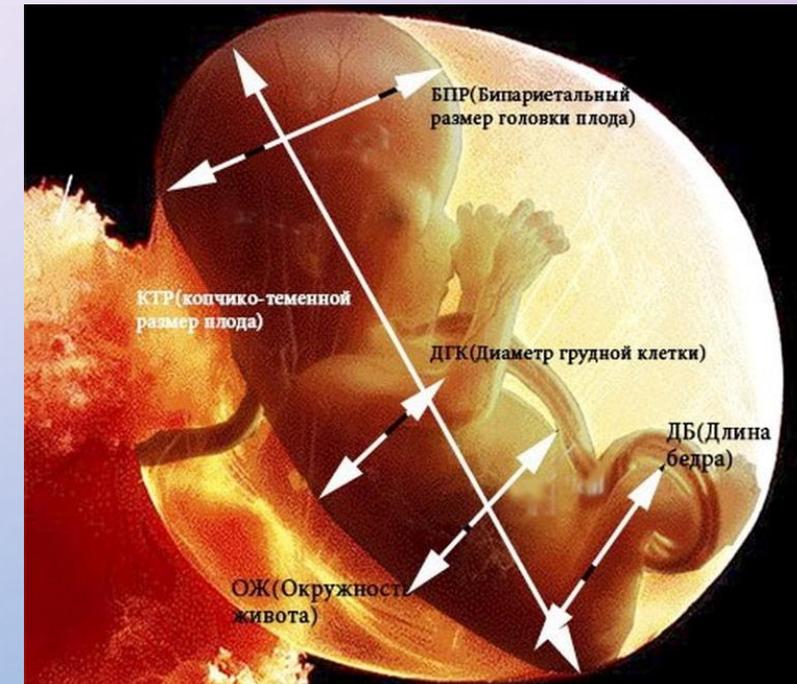
- ТРЕТИЙ ПЕРИОД РОДОВ - ВРЕМЯ ОТ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА ДО РОЖДЕНИЯ ПОСЛЕДА.
- В 90% ТРЕТИЙ ПЕРИОД РОДОВ ЗАВЕРШАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ 15 МИНУТ, ЕЩЕ В 7% - В ТЕЧЕНИЕ 30 МИНУТ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЛОДА.
- С УВЕЛИЧЕНИЕМ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ БОЛЕЕ 10 МИНУТ ПОВЫШАЕТСЯ РИСК ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ.
- СРОК БЕРЕМЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ ОСНОВНЫМ ФАКТОРОМ, ВЛИЯЮЩИМ НА ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТРЕТЬЕГО ПЕРИОДА РОДОВ, ПРЕЖДЕВРЕМЕННЫЕ РОДЫ СВЯЗАНЫ С БОЛЕЕ ДЛИТЕЛЬНЫМ ТРЕТЬИМ ПЕРИОДОМ, ЧЕМ РОДЫ В ДОНОШЕННОМ СРОКЕ.
- ВОЗ РЕКОМЕНДУЕТ ПРИДЕРЖИВАТЬСЯ ИНТЕРВАЛА В 30 МИНУТ ПРИ ОТСУТСТВИИ РОЖДЕНИЯ ПОСЛЕДА ПЕРЕД НАЧАЛОМ РУЧНОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ВЫДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕДА ПРИ ОТСУТСТВИИ КРОВОТЕЧЕНИЯ.

- ЕСЛИ ОТДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ НАЧИНАЕТСЯ С ЦЕНТРА, ТО ОБРАЗУЕТСЯ РЕТРОПЛАЦЕНТАРНАЯ ГЕМАТОМА, КОТОРАЯ СПОСОБСТВУЕТ ДАЛЬНЕЙШЕМУ ОТДЕЛЕНИЮ ПЛАЦЕНТЫ. ЭТОТ СПОСОБ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ ПОЛУЧИЛ НАЗВАНИЕ ЦЕНТРАЛЬНОГО (ПО ЩУЛЬТЦЕ);
- ЕСЛИ ОТДЕЛЕНИЕ ПЛАЦЕНТЫ НАЧИНАЕТСЯ С КРАЯ (ПО ДУНКАНУ), ТО РЕТРОПЛАЦЕНТАРНАЯ ГЕМАТОМА НЕ ОБРАЗУЕТСЯ, А С КАЖДОЙ СХВАТКОЙ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПЛОЩАДЬ ОТСЛОЙКИ ПЛАЦЕНТЫ.



# ДИАГНОСТИКА. ЖАЛОБЫ И АНАМНЕЗ

- ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР РЕКОМЕНДОВАНО ОПРОСИТЬ ПАЦИЕНТКУ НА ПРЕДМЕТ НАЛИЧИЯ СХВАТОК (ИХ СИЛЫ, ЧАСТОТЫ И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ), НАЛИЧИЯ И ХАРАКТЕРА ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ВЛАГАЛИЩА, ШЕВЕЛЕНИЙ ПЛОДА В ПОСЛЕДНИЕ 24 ЧАСА С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ НАЛИЧИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ВЕРОЯТНОСТИ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.
- СОБРАТЬ АКУШЕРСКИЙ И СОМАТИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ВЕРОЯТНОСТИ УСПЕШНЫХ РОДОВ И АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ.
- ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР РЕКОМЕНДОВАНО ОПРЕДЕЛИТЬ СРОК БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ ПО ДАТЕ ПОСЛЕДНЕЙ МЕНСТРУАЦИИ И ДАННЫМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ (УЗИ) ПЛОДА (ОПТИМАЛЬНО - УЗИ В 1-М ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ) С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ.
- СРОК РОДОВ=ПЕРВЫЙ ДЕНЬ ПОСЛЕДНЕЙ МЕНСТРУАЦИИ+7 ДНЕЙ-3 МЕСЯЦА. (ФОРМУЛА НЕГЕЛЕ).
- ОПРЕДЕЛЕНИЕ ДАТЫ РОДОВ ПО УЗИ: РАЗМЕРЫ ПЛОДНОГО ЯЙЦА И/ИЛИ КОПЧИКОВО-ТЕМЕННОЙ РАЗМЕР В СРОКЕ 6-14 НЕДЕЛЬ.



# ФИЗИКАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

- ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В СТАЦИОНАР РЕКОМЕНДОВАНО ИЗМЕРИТЬ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ (АД) С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРТЕНЗИВНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ БЕРЕМЕННОСТИ. ИЗМЕРИТЬ ТЕМПЕРАТУРУ ТЕЛА С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
- ОПРЕДЕЛИТЬ ПОЛОЖЕНИЕ И ПРЕДЛЕЖАНИЕ ПЛОДА, ОТНОШЕНИЕ ГОЛОВКИ КО ВХОДУ В МАЛЫЙ ТАЗ С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ.
- ИЗМЕРИТЬ ВЫСОТУ ДНА МАТКИ (ВДМ), ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЛОДА И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ.
- ФОРМУЛА ЖОРДАНИА ВЫГЛЯДИТ ТАК: **МАССА ПЛОДА** (Г) = ВСДМ (СМ) X ОКРУЖНОСТЬ ЖИВОТА (СМ) +/-200Г.

# ПРИЕМЫ ЛЕОПОЛЬДА



Схематическое изображение приемов наружного акушерского исследования (приемы Леопольда): первый прием (определение уровня стояния дна матки, формы матки и части плода, располагающейся в области дна матки)



Схематическое изображение приемов наружного акушерского исследования (приемы Леопольда): второй прием (определение положения, позиции и вида позиции плода).



Схематическое изображение приемов наружного акушерского исследования (приемы Леопольда): третий прием (определение предлежащей части плода).

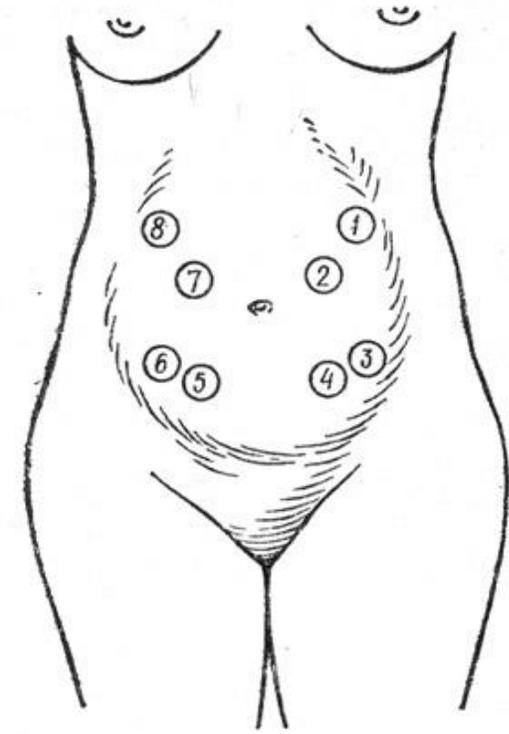
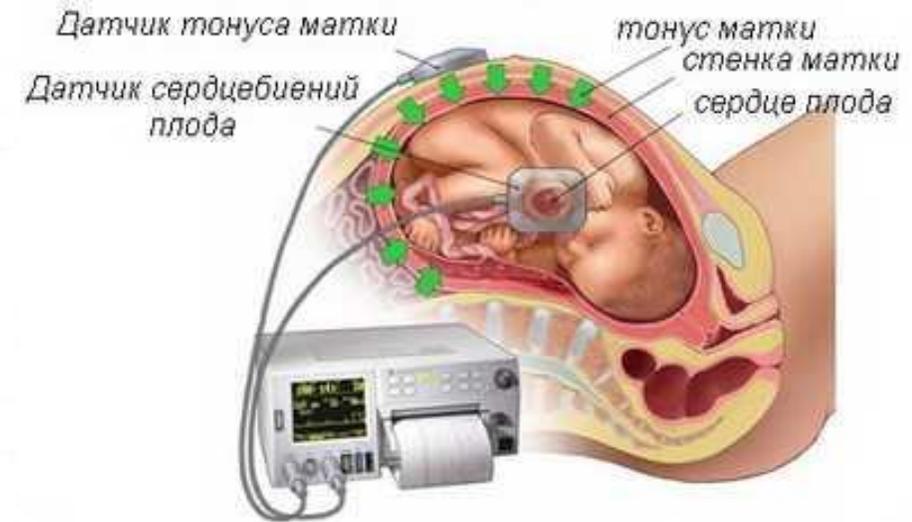


Схематическое изображение приемов наружного акушерского исследования (приемы Леопольда): четвертый прием (определение предлежащей части, ее вставления и продвижения).

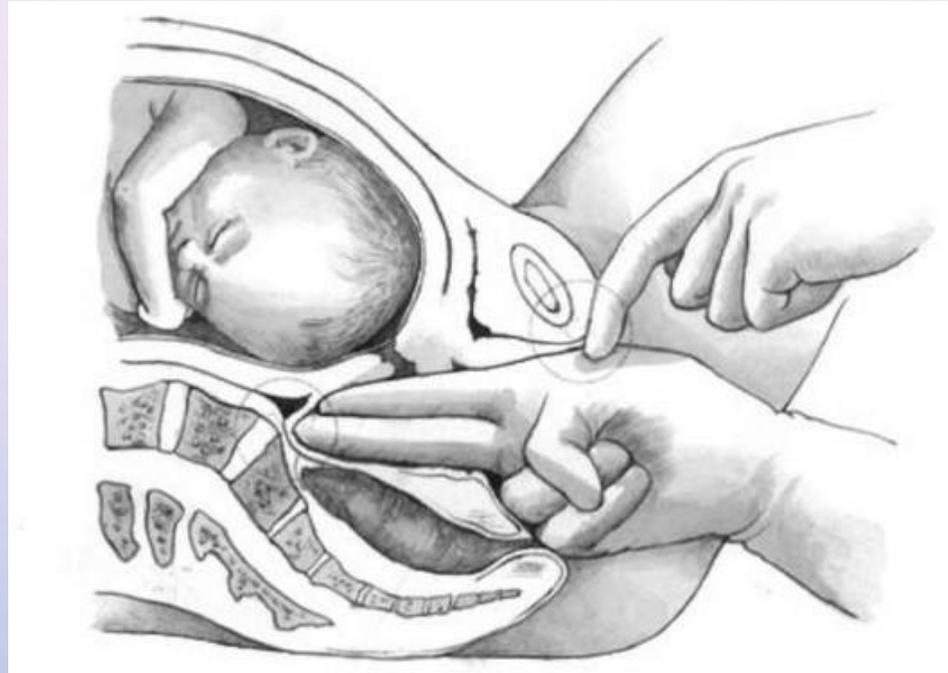
- ОЦЕНИТЬ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ, ЧАСТОТУ И РЕГУЛЯРНОСТЬ МАТОЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ НАЛИЧИЯ И ХАРАКТЕРА РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПЕРИОДА И ФАЗЫ РОДОВ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ.
- РЕКОМЕНДОВАНО ОПРЕДЕЛИТЬ ЧАСТОТУ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ (ЧСС) ПЛОДА (ПРОВЕСТИ АУСКУЛЬТАЦИЮ ПЛОДА) ПРИ ПОМОЩИ АКУШЕРСКОГО СТЕТОСКОПА ИЛИ ФЕТАЛЬНОГО ДОППЛЕРА ПОСЛЕ СХВАТКИ В ТЕЧЕНИЕ НЕ МЕНЕЕ 1 МИНУТЫ ОДНОВРЕМЕННО С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ЧСС ПАЦИЕНТКИ.

**Точки выслушивания наиболее громких тонов сердца при различных предлежаниях и позициях плода:**

1 — тазовое предлежание, первая позиция, задний вид; 2 — тазовое предлежание, первая позиция, передний вид; 3 — затылочное предлежание, первая позиция, задний вид; 4 — затылочное предлежание, первая позиция, передний вид; 5 — затылочное предлежание, вторая позиция, передний вид; 6 — затылочное предлежание, вторая позиция, задний вид; 7 — тазовое предлежание, вторая позиция, передний вид; 8 — тазовое предлежание, вторая позиция, задний вид.



- ПРОВЕСТИ ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ С ЦЕЛЮ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ РОДОВЫХ ПУТЕЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ КОСТНОЙ ОСНОВЫ ТАЗА И МЕСТА РАСПОЛОЖЕНИЯ ГОЛОВКИ ПО ОТНОШЕНИЮ К ПЛОСКОСТЯМ ТАЗА, И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ.



- БРИТЬЕ ПРОМЕЖНОСТИ И ЛОБКА, И ОЧИСТИТЕЛЬНУЮ КЛИЗМУ В НОРМАЛЬНЫХ РОДАХ РУТИННО НЕ ПРОИЗВОДЯТ И ВЫПОЛНЯЮТ ТОЛЬКО ПО ЖЕЛАНИЮ ПАЦИЕНТКИ.

# ЛАБОРАТОРНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ПРИ ОТСУТСТВИИ ИССЛЕДОВАНИЙ, КОТОРЫЕ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ В 3-М ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ, ИХ ВЫПОЛНЯЮТ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ ПАЦИЕНТКИ В СТАЦИОНАР.
- ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ АНТИТЕЛ КЛАССОВ М, G (IG М, IG G) К ВИРУСУ ИММУНОДЕФИЦИТА ЧЕЛОВЕКА-1/2 И АНТИГЕНА P24 В КРОВИ.
- ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИТЕЛ К ПОВЕРХНОСТНОМУ АНТИГЕНУ ВИРУСА ГЕПАТИТА В В КРОВИ ИЛИ ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИГЕНА (HBS AG) ВИРУСА ГЕПАТИТА В.
- ОПРЕДЕЛЕНИЕ СУММАРНЫХ АНТИТЕЛ КЛАССОВ М И G (ANTI-HCV IG G И ANTI-HCV IG М) К ВИРУСУ ГЕПАТИТА С В КРОВИ.
- ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИТЕЛ К БЛЕДНОЙ ТРЕПОНЕМЕ (TREPONEMA PALLIDUM) В КРОВИ.
- ОПРЕДЕЛЕНИЕ АНТИГЕНА СТРЕПТОКОККА ГРУППЫ В (S. AGALACTIAE) В ОТДЕЛЯЕМОМ ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА В 35-37 НЕДЕЛЬ БЕРЕМЕННОСТИ.
- МИКРОСКОПИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛАГАЛИЩНЫХ МАЗКОВ НА ГОНОКОКК, ДРОЖЖЕВЫЕ ГРИБЫ, ТРИХОМОНАДЫ.
- ОБЩИЙ (КЛИНИЧЕСКИЙ) АНАЛИЗ КРОВИ, БИОХИМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ КРОВИ, ОБЩИЙ АНАЛИЗ МОЧИ, С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ БЕЛКА В МОЧЕ.

# ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

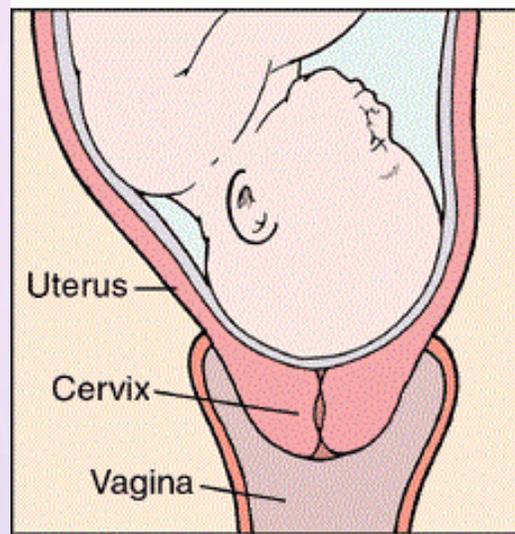
- ИЗМЕРЕНИЕ РАЗМЕРОВ ТАЗА (ПЕЛЬВИОМЕТРИЯ) С ПОМОЩЬЮ ТАЗОМЕРА С ЦЕЛЬЮ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ.
- РОСТ МЕНЕЕ 150 СМ, ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВОГО РОМБА МИХАЭЛИСА МЕНЕЕ 9,5 СМ, ПРОДОЛЬНЫЙ РАЗМЕР МЕНЕЕ 10,5 СМ, МЕЖОСТИСТЫЙ РАЗМЕР МЕНЕЕ 10 СМ, ОТНОШЕНИЕ РОСТ/ВДМ МЕНЕЕ 4,7 МОГУТ СВИДЕТЕЛЬСТВОВАТЬ О ФОРМИРОВАНИИ КЛИНИЧЕСКИ УЗКОГО ТАЗА.



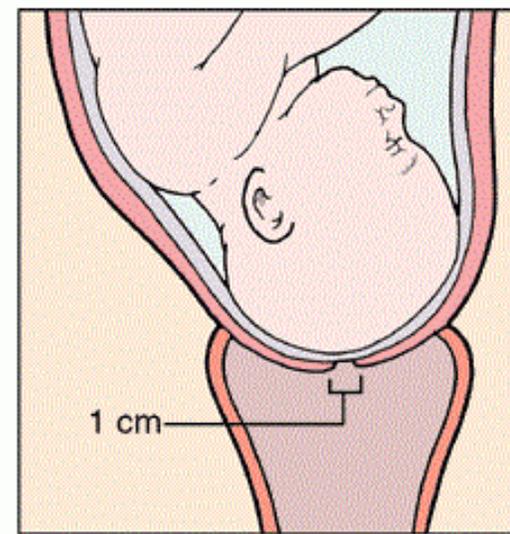
При неинформативности данных наружного акушерского и влагалищного исследования, аускультации плода, а также несоответствии размеров высоты дна матки и окружности живота сроку беременности рекомендовано УЗИ плода с целью определения положения и состояния плода, задержки роста и макросомии плода, а также локализации плаценты.

# ВЕДЕНИЕ 1 ПЕРИОДА РОДОВ

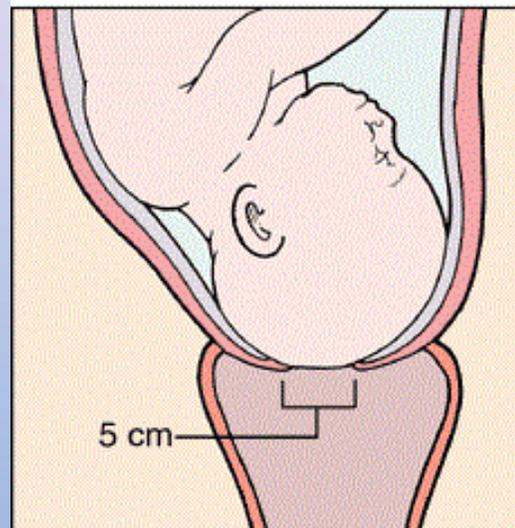
- С НАЧАЛОМ АКТИВНОЙ ФАЗЫ РОДОВ РЕКОМЕНДОВАНО УСТАНОВИТЬ ВЕНОЗНЫЙ КАТЕТЕР С ЦЕЛЬЮ СВОЕВРЕМЕННОГО НАЧАЛА ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ КРИТИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ В РОДАХ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ.
- РЕКОМЕНДОВАНО ПРЕДЛАГАТЬ ПОДВИЖНОСТЬ И СВОБОДНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ В РОДАХ.
- ПРИМЕНЕНИЕ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ С ЦЕЛЬЮ УМЕНЬШЕНИЯ БОЛИ, СНИЖЕНИЯ РИСКА АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ И ПОВЫШЕНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПАЦИЕНТКИ.
- ПРИ НЕЭФФЕКТИВНОСТИ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ РЕКОМЕНДОВАНЫ МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ С УЧЕТОМ СОСТОЯНИЯ И ПРЕДПОЧТЕНИЙ ПАЦИЕНТКИ И ВОЗМОЖНОСТЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, А ТАКЖЕ ПОКАЗАНИЙ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ. (НЕЙРОАКСИАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ: ЭПИДУРАЛЬНАЯ, СПИНАЛЬНАЯ И СПИНАЛЬНО-ЭПИДУРАЛЬНАЯ; ПРИМЕНЕНИЕ ПАРАВЕРТЕБРАЛЬНОЙ ПОЯСНИЧНОЙ СИМПАТИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ; ИНГАЛЯЦИОННОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ, ПРИМЕНЕНИЕ ОПИОИДОВ).
- РЕКОМЕНДОВАН ПРИЕМ ЖИДКОСТИ ВО ВРЕМЯ РОДОВ С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ОБЕЗВОЖИВАНИЯ И КЕТОЗА. ПРИЕМ ПИЩИ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОГРАНИЧЕН. ПРИЕМ ЛЕГКОЙ ПИЩИ НЕБОЛЬШИМИ ПОРЦИЯМИ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗРЕШЕН В ЛАТЕНТНОЙ ФАЗЕ РОДОВ ПРИ ОТСУТСТВИИ ПОКАЗАНИЙ К ОПЕРАТИВНОМУ РОДРАЗРЕШЕНИЮ.



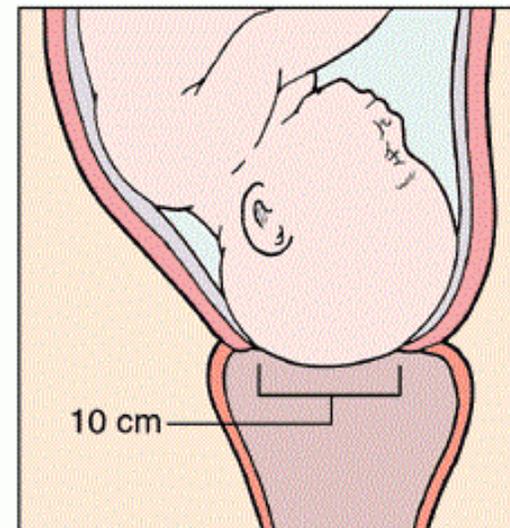
**Шейка не сглажена и не раскрыта**



**Шейка полностью сглажена**



**Шейка раскрыта на 5 см.**



**Шейка полностью раскрыта**

Баллы	Раскрытие шейки матки, см	Длина шейки матки, см	Расположение предлежащей части относительно седалищных остей	Консистенция шейки матки	Положение шейки матки относительно проводной оси таза
0	Закрыта	> 4	На 3 см выше (над входом малого таза)	Плотная	Кзади
1	1–2 (1 палец)	2–4	На 2 см выше (прижата ко входу малого таза)	Частично размягчена	Кпереди или по проводной оси таза
2	3–4 (2 пальца)	1–2	На 1 см выше или на уровне (малым или большим сегментом в полости малого таза)	Мягкая	–
3	5+ (больше 2 пальцев)	< 1	На 1–2 см ниже (головка в широкой или узкой части полости малого таза)	–	–

- РЕКОМЕНДОВАНО ВЕДЕНИЕ ПАРТОГРАММЫ В РОДАХ С ЦЕЛЬЮ ДИНАМИЧЕСКОЙ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ РОЖЕНИЦЫ, ПЛОДА И РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.
- В ЛАТЕНТНОЙ ФАЗЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ КАЖДЫЕ 4 ЧАСА ПРОВОДИТСЯ УЧЕТ ПУЛЬСА, АД, ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА, МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ, ТОНУСА МАТКИ, СИЛЫ И ЧАСТОТЫ СХВАТОК, ХАРАКТЕРА ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ. В АКТИВНОЙ ФАЗЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ ПРОВОДИТСЯ УЧЕТ ПУЛЬСА КАЖДЫЕ 30 МИНУТ, ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА КАЖДЫЕ 2 ЧАСА, АД И МОЧЕИСПУСКАНИЯ КАЖДЫЕ 4 ЧАСА.
- РЕКОМЕНДОВАНА АУСКУЛЬТАЦИЯ ПЛОДА В РОДАХ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА.
- АУСКУЛЬТАЦИЯ ПЛОДА ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ 1 МИНУТЫ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ПОСЛЕ СХВАТКИ, В ЛАТЕНТНОЙ ФАЗЕ - КАЖДЫЙ ЧАС, В АКТИВНОЙ ФАЗЕ - КАЖДЫЕ 15- 30 МИНУТ, ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ КАЖДЫЕ 5 МИНУТ И ПОСЛЕ КАЖДОЙ ПОТУГИ, ЧСС ПЛОДА СВЕРЯЕТСЯ С ЧСС РОЖЕНИЦЫ.
- ЕСЛИ ВЫСЛУШИВАЕТСЯ УСКОРЕНИЕ ИЛИ ЗАМЕДЛЕНИЕ РИТМА ПЛОДА, ТО АУСКУЛЬТАЦИЯ ПРОДОЛЖАЕТСЯ В ТЕЧЕНИЕ, КАК МИНИМУМ, 3-Х МАТОЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ. ПРИ ЭТОМ ОЦЕНИВАЮТСЯ ВЕРОЯТНЫЕ ПРИЧИНЫ, КОТОРЫЕ МОГУТ ВЛИЯТЬ НА ИЗМЕНЕНИЕ ЧСС ПЛОДА (НАПРИМЕР, ПОЛОЖЕНИЕ РОЖЕНИЦЫ, ГИПОВОЛЕМИЯ).
- ЕСЛИ УСКОРЕНИЕ ИЛИ ЗАМЕДЛЕНИЕ РИТМА ПЛОДА НЕ ИСЧЕЗАЕТ, ТО ПРОВОДИТСЯ КТГ ПЛОДА. ЕСЛИ В ТЕЧЕНИЕ 20 МИНУТ ПРИ КТГ ПЛОДА НЕ ВЫЯВЛЕНО ПРИЗНАКОВ НАРУШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА, ТО ПРОВОДИТСЯ ПЕРИОДИЧЕСКАЯ АУСКУЛЬТАЦИЯ ПЛОДА.

## Партограмма

ФИО \_\_\_\_\_

Среченность \_\_\_\_\_ Роды \_\_\_\_\_

Дата родов \_\_\_\_\_ Время начала родов \_\_\_\_\_

Время отхождения вод \_\_\_\_\_

Среднее значение  
кровообращения

Сроки отхождения вод  
Конфигурация головки

Раскрытие  
шейки матки

Положение  
головки плода

время

Маточные  
сокращения  
каждые 10 мин.

Ведущие  
лекарственные  
средства

Окситоцин и его  
аналоги

Пульс и АД

Температура

Моча, объем

Родилья

Информация о пациентке: полное имя, количество беременностей и родов, номер истории родов, дата и время поступления в родовой блок, время излития околоплодных вод.

ЧСС плода

Околоплодные воды

Конфигурация головки

Раскрытие шейки матки

Сокращения матки

Окситоцин

Назначение лекарств

Пульс

АД

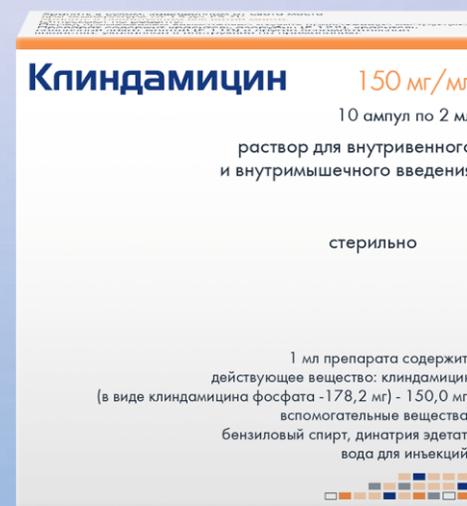
Температура тела

На партограмме принято использовать следующие три вида штриховки:

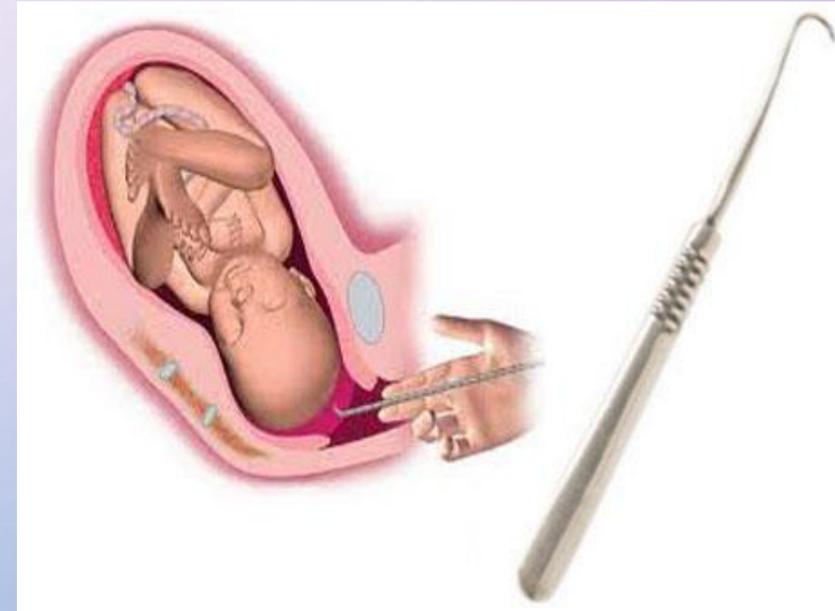
-  - точки: слабые схватки, продолжительностью до 20 секунд
-  - косая штриховка: умеренные схватки, продолжительностью 20-40 секунд
-  - сплошная штриховка - сильные схватки, продолжительностью более 40 секунд

- РЕКОМЕНДОВАН КОНТРОЛЬ МАТОЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В РОДАХ С ЦЕЛЬЮ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ СЛАБОСТИ ИЛИ БУРНОЙ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ РОДОВ.
- ПОДСЧЕТ СХВАТОК ПРОВОДИТСЯ В ТЕЧЕНИЕ 10 МИНУТ. В НОРМЕ ЧИСЛО СХВАТОК ВО ВРЕМЯ АКТИВНОЙ ФАЗЫ РОДОВ СОСТАВЛЯЕТ 3-5 ЗА 10 МИНУТ. ТАХИСИСТОЛИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК >5 СХВАТОК В ТЕЧЕНИЕ 10 МИНУТ В ДВУХ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ ПОДСЧЕТАХ ИЛИ В ТЕЧЕНИЕ 30 МИНУТ.
- РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВОДИТЬ ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЖДЫЕ 4 ЧАСА В АКТИВНУЮ ФАЗУ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ С ЦЕЛЬЮ ОЦЕНКИ ДИНАМИКИ РОДОВ. (ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ, ПОСЛЕ ИЗЛИТИЯ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД С ЦЕЛЬЮ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ ВЫПАДЕНИЯ ПЕТЕЛЬ ПУПОВИНЫ, ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НАРУШЕНИЙ ЧСС ПЛОДА, ПРИ УХУДШЕНИИ СОСТОЯНИЯ РОЖЕНИЦЫ.)
- ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ В УРОГЕНИТАЛЬНОМ ТРАКТЕ РОЖЕНИЦЫ СТРЕПТОКОККА ГРУППЫ В РЕКОМЕНДОВАНА АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА В 1-М И 2 -М ПЕРИОДЕ РОДОВ. АНТИБИОТИКИ СЛЕДУЕТ ВВОДИТЬ ПРИ РАЗВИТИИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ДАЖЕ ПРИ ЦЕЛОМ ПЛОДНОМ ПУЗЫРЕ, А ТАКЖЕ ПРИ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОМ ИЗЛИТИИ ВОД ДО НАЧАЛА РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

- ПЕРВАЯ ДОЗА 2000 МГ, ЗАТЕМ ПО 1000 МГ КАЖДЫЕ 4 ЧАСА ДО ОКОНЧАНИЯ РОДОВ ИЛИ ЦЕФАЗОЛИН ВНУТРИВЕННО ПЕРВАЯ ДОЗА 2000 МГ, ЗАТЕМ 1000 МГ КАЖДЫЕ 8 ЧАСОВ ДО ОКОНЧАНИЯ РОДОВ.
- АМОКСИЦИЛЛИН + [КЛАВУЛАНОВАЯ КИСЛОТА] ВНУТРИВЕННО 1200 МГ КАЖДЫЕ 8 ЧАСОВ ДО ОКОНЧАНИЯ РОДОВ.
- КЛИНДАМИЦИН ВНУТРИВЕННО 900 МГ КАЖДЫЕ 8 ЧАСОВ ДО ОКОНЧАНИЯ РОДОВ.
- ВАНКОМИЦИН, ВНУТРИВЕННО В ДОЗЕ 20 МГ/КГ КАЖДЫЕ 8 ЧАСОВ, МАКСИМАЛЬНАЯ РАЗОВАЯ ДОЗА – 2000 МГ, МИНИМАЛЬНОЕ ВРЕМЯ ИНФУЗИИ 1 ЧАС ИЛИ 500 МГ ЗА 30 МИНУТ ПРИ РАЗОВОЙ ДОЗЕ БОЛЕЕ 1000 МГ.

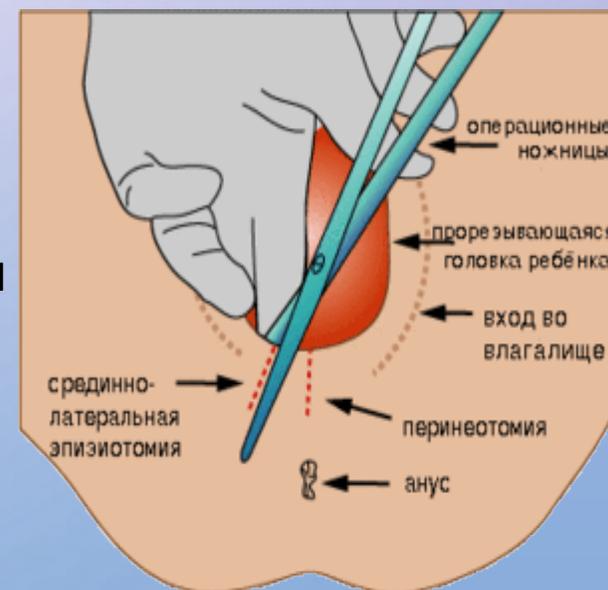


- НЕ РЕКОМЕНДОВАНО ВЛАГАЛИЩНОЕ РОДОРАЗРЕШЕНИЕ ПАЦИЕНТКАМ С ВИЧ ИНФЕКЦИЕЙ ПРИ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКЕ ПЕРЕД РОДАМИ  $> 1000$  КОПИЙ/МЛ, НЕИЗВЕСТНОЙ ВИРУСНОЙ НАГРУЗКЕ ПЕРЕД РОДАМИ ИЛИ ОТСУТСТВИИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ И/ИЛИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В РОДАХ;
- У КОТОРЫХ ПЕРВИЧНЫЙ ЭПИЗОД ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА ВОЗНИК ПОСЛЕ 34-Й НЕДЕЛИ БЕРЕМЕННОСТИ ИЛИ ЕСТЬ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЕНИТАЛЬНОГО ГЕРПЕСА НАКАНУНЕ РОДОВ.
- РАЗРЫВ ПЛОДНЫХ ОБОЛОЧЕК УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК ВОСХОДЯЩЕЙ ИНФЕКЦИИ И ПРОЛАПСА ПУПОВИНЫ. РУТИННАЯ АМНИОТОМИЯ НЕ СОКРАЩАЕТ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРВОГО ИЛИ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ И НЕ СНИЖАЕТ РИСК КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ.
- ОДНАКО, ЕСЛИ ОКОЛОПЛОДНЫЕ ВОДЫ НЕ ИЗЛИЛИСЬ РАНЕЕ, ПРИ НОРМАЛЬНОМ ТЕЧЕНИИ РОДОВ И НОРМАЛЬНОМ КОЛИЧЕСТВЕ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД АМНИОТОМИЮ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОИЗВЕСТИ В КОНЦЕ I ПЕРИОДА РОДОВ.
- У ПАЦИЕНТОК С АКТИВНЫМ ГЕПАТИТОМ В, ГЕПАТИТОМ С И ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ СЛЕДУЕТ ИЗБЕГАТЬ ВЫПОЛНЕНИЕ АМНИОТОМИИ ДЛЯ УМЕНЬШЕНИЯ РИСКА ВОСХОДЯЩЕЙ ИНФЕКЦИИ



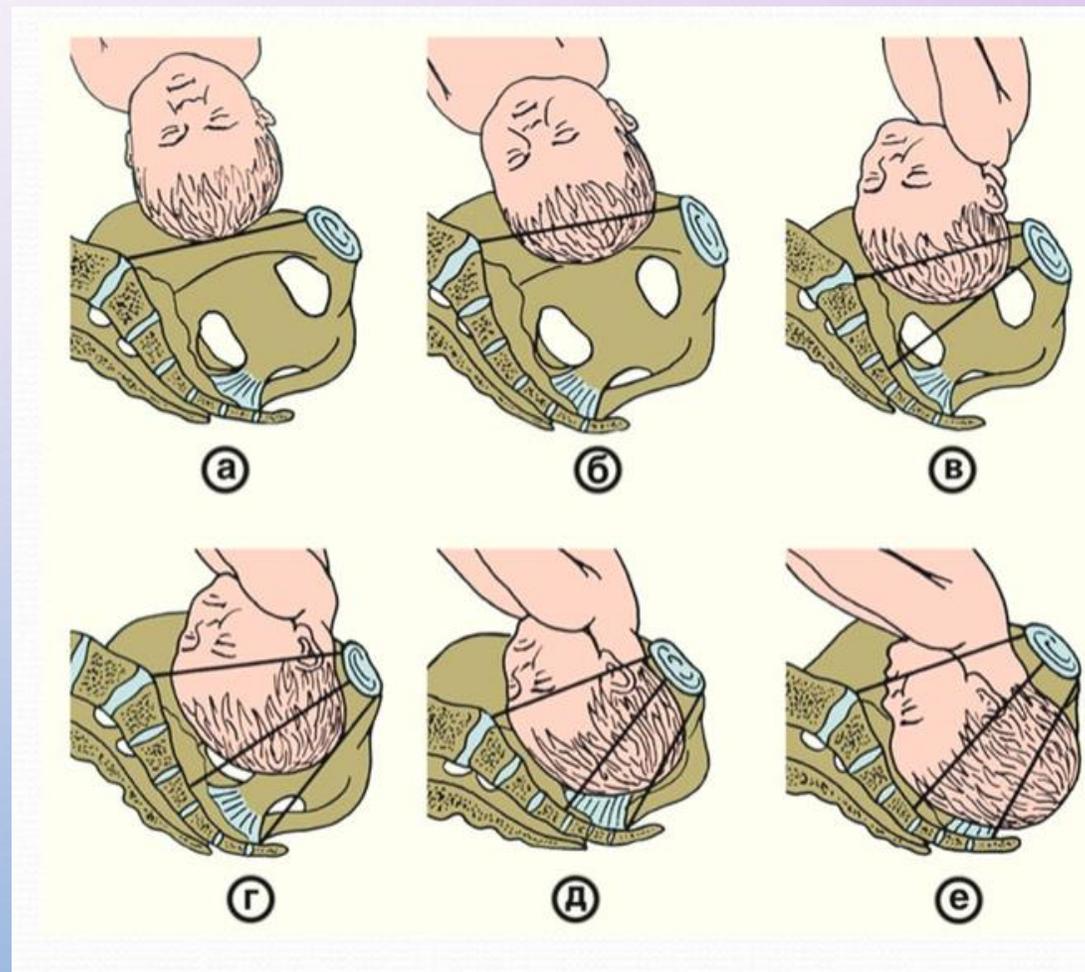
# ВЕДЕНИЕ 2 ПЕРИОДА РОДОВ

- РЕКОМЕНДОВАНО ПРОВОДИТЬ ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КАЖДЫЙ ЧАС С ЦЕЛЮ ОЦЕНКИ ПРОДВИЖЕНИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА ПО РОДОВОМУ КАНАЛУ.
- ПРОВОДИТЬ АУСКУЛЬТАЦИЮ ПЛОДА КАЖДЫЕ 5 МИНУТ, ИЛИ ПОСЛЕ КАЖДОЙ ПОТУГИ ИЛИ ПУТЕМ НЕПРЕРЫВНОГО МОНИТОРИНГА (КТГ) С ЦЕЛЮ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА.
- ИСПОЛЬЗОВАТЬ МЕТОДЫ, НАПРАВЛЕННЫЕ НА УМЕНЬШЕНИЕ ТРАВМЫ ПРОМЕЖНОСТИ И ОБЛЕГЧЕНИЯ САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ РОДОВ, ТАКИЕ КАК МАССАЖ ПРОМЕЖНОСТИ И ТЕПЛЫЙ КОМПРЕСС НА ПРОМЕЖНОСТЬ С УЧЕТОМ ПРЕДПОЧТЕНИЙ ПАЦИЕНТКИ И ИМЕЮЩИХСЯ ВОЗМОЖНОСТЕЙ .
- ПОСОБИЯ ПО ЗАЩИТЕ ПРОМЕЖНОСТИ МОГУТ БЫТЬ ИСПОЛЬЗОВАНЫ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ТРАВМ ПРОМЕЖНОСТИ И ОБЛЕГЧЕНИЯ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА.
- ПРИ ПОКАЗАНИЯХ К ПРОВЕДЕНИЮ ЭПИЗИОТОМИИ СЛЕДУЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬ СРЕДИННО-ЛАТЕРАЛЬНУЮ ЭПИЗИОТОМИЮ (НАЧИНАТЬ РАССЕЧЕНИЕ ОТ СРЕДНЕЙ ЛИНИИ ПРОМЕЖНОСТИ ПОД УГЛОМ 45°).



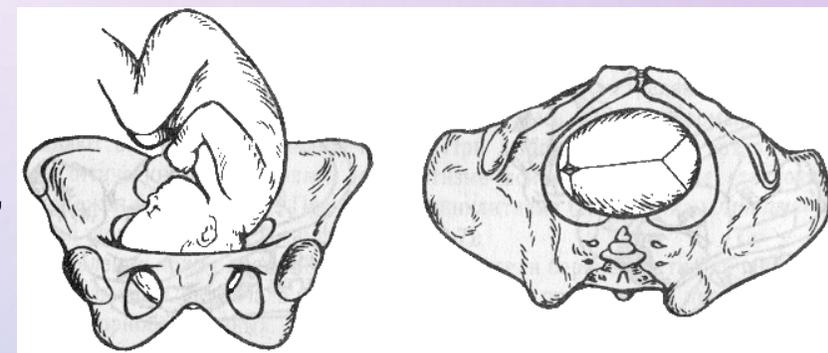
# БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ

- СОВОКУПНОСТЬ ДВИЖЕНИЙ, СОВЕРШАЕМЫХ ПЛОДОМ ПРИ ПРОХОЖДЕНИИ ЧЕРЕЗ МАЛЫЙ ТАЗ И МЯГКИЕ РОДОВЫЕ ПУТИ.

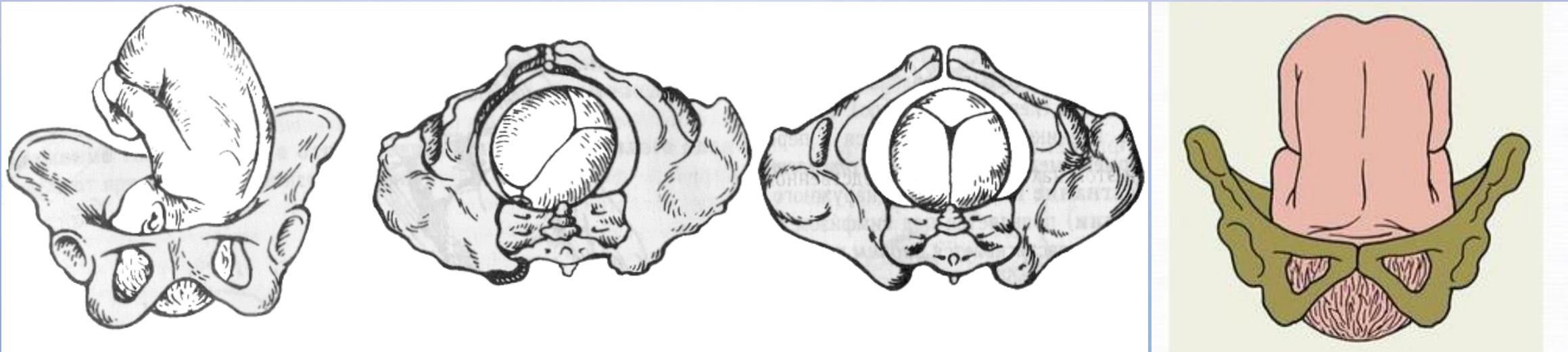


# БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ

- **ПЕРВЫЙ МОМЕНТ - СГИБАНИЕ ГОЛОВКИ.** СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ РАСПОЛАГАЕТСЯ В ПОПЕРЕЧНОМ ИЛИ СЛЕГКА В ОДНОМ ИЗ КОСЫХ РАЗМЕРОВ ВХОДА ТАЗА. ШЕЙНАЯ ЧАСТЬ ПОЗВОНОЧНИКА СГИБАЕТСЯ, ПОДБОРОДОК ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ГРУДНОЙ КЛЕТКЕ, ЗАТЫЛОК ОПУСКАЕТСЯ ВНИЗ, А ЛОБ ЗАДЕРЖИВАЕТСЯ НАД ВХОДОМ В МАЛЫЙ ТАЗ. ПО МЕРЕ ОПУСКАНИЯ ЗАТЫЛКА МАЛЫЙ РОДНИЧОК УСТАНАВЛИВАЕТСЯ НИЖЕ БОЛЬШОГО, ТАКИМ ОБРАЗОМ, ЧТО ВЕДУЩЕЙ ТОЧКОЙ (САМАЯ НИЗКО РАСПОЛОЖЕННАЯ ТОЧКА НА ГОЛОВКЕ, КОТОРАЯ НАХОДИТСЯ НА ПРОВОДНОЙ СЕРЕДИННОЙ ЛИНИИ ТАЗА) СТАНОВИТСЯ ТОЧКА НА СТРЕЛОВИДНОМ ШВЕ БЛИЖЕ К МАЛОМУ РОДНИЧКУ. ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ ГОЛОВКА СГИБАЕТСЯ ДО МАЛОГО КОСОГО РАЗМЕРА И ПРОХОДИТ ИМ ВО ВХОД В МАЛЫЙ ТАЗ И В ШИРОКУЮ ЧАСТЬ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА. СЛЕДОВАТЕЛЬНО, ГОЛОВКА ПЛОДА ВСТАВЛЯЕТСЯ ВО ВХОД В МАЛЫЙ ТАЗ В СОСТОЯНИИ УМЕРЕННОГО СГИБАНИЯ, СИНКЛИТИЧЕСКИ, В ПОПЕРЕЧНОМ ИЛИ В ОДНОМ ИЗ КОСЫХ ЕГО РАЗМЕРОВ.



- **ВТОРОЙ МОМЕНТ - ВНУТРЕННИЙ ПОВОРОТ ГОЛОВКИ.** ГОЛОВКА ПЛОДА, ПРОДОЛЖАЯ СВОЕ ПОСТУПАТЕЛЬНОЕ ДВИЖЕНИЕ В ПОЛОСТИ ТАЗА, ВСТРЕЧАЕТ ПРОТИВОДЕЙСТВИЕ ДАЛЬНЕЙШЕМУ ПРОДВИЖЕНИЮ, ЧТО, В ЗНАЧИТЕЛЬНОЙ СТЕПЕНИ, ОБУСЛОВЛЕНО ФОРМОЙ РОДОВОГО КАНАЛА, И НАЧИНАЕТ ПОВОРАЧИВАТЬСЯ ВОКРУГ СВОЕЙ ПРОДОЛЬНОЙ ОСИ. ПОВОРОТ ГОЛОВКИ НАЧИНАЕТСЯ ПРИ ЕЕ ПЕРЕХОДЕ ИЗ ШИРОКОЙ В УЗКУЮ ЧАСТЬ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА. ПРИ ЭТОМ ЗАТЫЛОК, СКОЛЬЗЯ ПО БОКОВОЙ СТЕНКЕ ТАЗА, ПРИБЛИЖАЕТСЯ К ЛОННОМУ СОЧЛЕНЕНИЮ, ПЕРЕДНИЙ ЖЕ ОТДЕЛ ГОЛОВКИ ОТХОДИТ К КРЕСТЦУ. СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ ИЗ ПОПЕРЕЧНОГО ИЛИ ОДНОГО ИЗ КОСЫХ РАЗМЕРОВ В ДАЛЬНЕЙШЕМ ПЕРЕХОДИТ В ПРЯМОЙ РАЗМЕР ВЫХОДА ИЗ МАЛОГО ТАЗА, А ПОДЗАТЫЛОЧНАЯ ЯМКА УСТАНАВЛИВАЕТСЯ ПОД ЛОННЫМ СОЧЛЕНЕНИЕМ.



- **ТРЕТИЙ МОМЕНТ - РАЗГИБАНИЕ ГОЛОВКИ.** ГОЛОВКА ПЛОДА ПРОДОЛЖАЕТ ПРОДВИГАТЬСЯ ПО РОДОВОМУ КАНАЛУ И ОДНОВРЕМЕННО С ЭТИМ НАЧИНАЕТ РАЗГИБАТЬСЯ. РАЗГИБАНИЕ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДАХ ПРОИСХОДИТ В ВЫХОДЕ ТАЗА. ПОДЗАТЫЛОЧНАЯ ЯМКА УПИРАЕТСЯ В НИЖНИЙ КРАЙ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ, ОБРАЗУЕТСЯ ТОЧКА ФИКСАЦИИ, ОПОРЫ. ГОЛОВКА ВРАЩАЕТСЯ СВОЕЙ ПОПЕРЕЧНОЙ ОСЬЮ ВОКРУГ ТОЧКИ ОПОРЫ - НИЖНЕГО КРАЯ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ - И В ТЕЧЕНИЕ НЕСКОЛЬКИХ ПОТУГ ПОЛНОСТЬЮ РАЗГИБАЕТСЯ. РОЖДЕНИЕ ГОЛОВКИ ЧЕРЕЗ ВУЛЬВАРНОЕ КОЛЬЦО ПРОИСХОДИТ МАЛЫМ КОСЫМ ЕЕ РАЗМЕРОМ (9,5 см). ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНО РОЖДАЮТСЯ ЗАТЫЛОК, ТЕМЯ, ЛОБ, ЛИЦО И ПОДБОРОДОК.



- **ЧЕТВЕРТЫЙ МОМЕНТ - ВНУТРЕННИЙ ПОВОРОТ ПЛЕЧИКОВ И НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТ ГОЛОВКИ ПЛОДА.**
- ВО ВРЕМЯ РАЗГИБАНИЯ ГОЛОВКИ ПЛЕЧИКИ ПЛОДА УЖЕ ВСТАВИЛИСЬ В ПОПЕРЕЧНЫЙ РАЗМЕР ВХОДА В МАЛЫЙ ТАЗ ИЛИ В ОДИН ИЗ КОСЫХ ЕГО РАЗМЕРОВ. ПО МЕРЕ СЛЕДОВАНИЯ ГОЛОВКИ ПО МЯГКИМ ТКАНЯМ ВЫХОДА ТАЗА ПЛЕЧИКИ ВИНТООБРАЗНО ПРОДВИГАЮТСЯ ПО РОДОВОМУ КАНАЛУ, Т. Е. ДВИГАЮТСЯ ВНИЗ И В ТО ЖЕ ВРЕМЯ ВРАЩАЮТСЯ. ПРИ ЭТОМ ОНИ СВОИМ ПОПЕРЕЧНЫМ РАЗМЕРОМ ПЕРЕХОДЯТ ИЗ ПОПЕРЕЧНОГО РАЗМЕРА ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА В КОСОЙ, А В ПЛОСКОСТИ ВЫХОДА ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА - В ПРЯМОЙ РАЗМЕР. ЭТОТ ПОВОРОТ ПРОИСХОДИТ ПРИ ПЕРЕХОДЕ ТУЛОВИЩА ПЛОДА ЧЕРЕЗ ПЛОСКОСТЬ УЗКОЙ ЧАСТИ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА И ПЕРЕДАЕТСЯ РОДИВШЕЙСЯ ГОЛОВКЕ. ПРИ ЭТОМ ЗАТЫЛОК ПЛОДА ПОВОРАЧИВАЕТСЯ К ЛЕВОМУ (ПРИ ПЕРВОЙ ПОЗИЦИИ) ИЛИ ПРАВому (ПРИ ВТОРОЙ ПОЗИЦИИ) БЕДРУ МАТЕРИ. ПЕРЕДНЕЕ ПЛЕЧИКО ВСТУПАЕТ ТЕПЕРЬ ПОД ЛОННУЮ ДУГУ. МЕЖДУ ПЕРЕДНИМ ПЛЕЧИКОМ В МЕСТЕ ПРИКРЕПЛЕНИЯ ДЕЛЬТОВИДНОЙ МЫШЦЫ И НИЖНИМ КРАЕМ СИМФИЗА ОБРАЗУЕТСЯ ВТОРАЯ ТОЧКА ФИКСАЦИИ, ОПОРЫ. ПОД ДЕЙСТВИЕМ РОДОВЫХ СИЛ ПРОИСХОДИТ СГИБАНИЕ ТУЛОВИЩА ПЛОДА В ГРУДНОМ ОТДЕЛЕ ПОЗВОНОЧНИКА И РОЖДЕНИЕ ПЛЕЧЕВОГО ПОЯСА ПЛОДА. ПЕРЕДНЕЕ ПЛЕЧИКО РОЖДАЕТСЯ ПЕРВЫМ, ЗАДНЕЕ ЖЕ НЕСКОЛЬКО ЗАДЕРЖИВАЕТСЯ КОПЧИКОМ, НО ВСКОРЕ ОТГИБАЕТ ЕГО, ВЫПЯЧИВАЕТ ПРОМЕЖНОСТЬ И РОЖДАЕТСЯ НАД ЗАДНЕЙ СПАЙКОЙ ПРИ БОКОВОМ СГИБАНИИ ТУЛОВИЩА. ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ПЛЕЧИКОВ ОСТАЛЬНАЯ ЧАСТЬ ТУЛОВИЩА, БЛАГОДАРЯ ХОРОШЕЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ РОДОВЫХ ПУТЕЙ РОДИВШЕЙСЯ ГОЛОВКОЙ, ЛЕГКО ОСВОБОЖДАЕТСЯ.



# БИОМЕХАНИЗМ РОДОВ ПРИ ЗАДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ

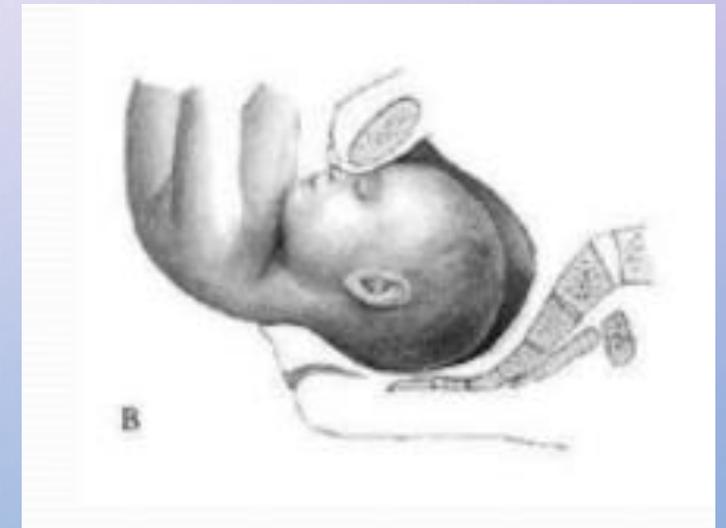
- **ПЕРВЫЙ МОМЕНТ – СГИБАНИЕ ГОЛОВКИ ПЛОДА.** СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ СИНКЛИТИЧЕСКИ В ОДНОМ ИЗ КОСЫХ РАЗМЕРОВ ТАЗА, В ЛЕВОМ (ПЕРВАЯ ПОЗИЦИЯ) ИЛИ В ПРАВОМ (ВТОРАЯ ПОЗИЦИЯ), А МАЛЫЙ РОДНИЧОК ОБРАЩЕН ВЛЕВО И КЗАДИ, К КРЕСТЦУ (ПЕРВАЯ ПОЗИЦИЯ) ИЛИ ВПРАВО И КЗАДИ, К КРЕСТЦУ (ВТОРАЯ ПОЗИЦИЯ). СГИБАНИЕ ГОЛОВКИ ПРОИСХОДИТ ТАКИМ ОБРАЗОМ, ЧТО ОНА ПРОХОДИТ ЧЕРЕЗ ПЛОСКОСТЬ ВХОДА И ШИРОКУЮ ЧАСТЬ ПОЛОСТИ МАЛОГО ТАЗА СВОИМ СРЕДНИМ КОСЫМ РАЗМЕРОМ (10,5 см). ВЕДУЩЕЙ ТОЧКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ТОЧКА НА СТРЕЛОВИДНОМ ШВЕ, РАСПОЛОЖЕННАЯ МЕЖДУ БОЛЬШИМ И МАЛЫМ РОДНИЧКАМИ.



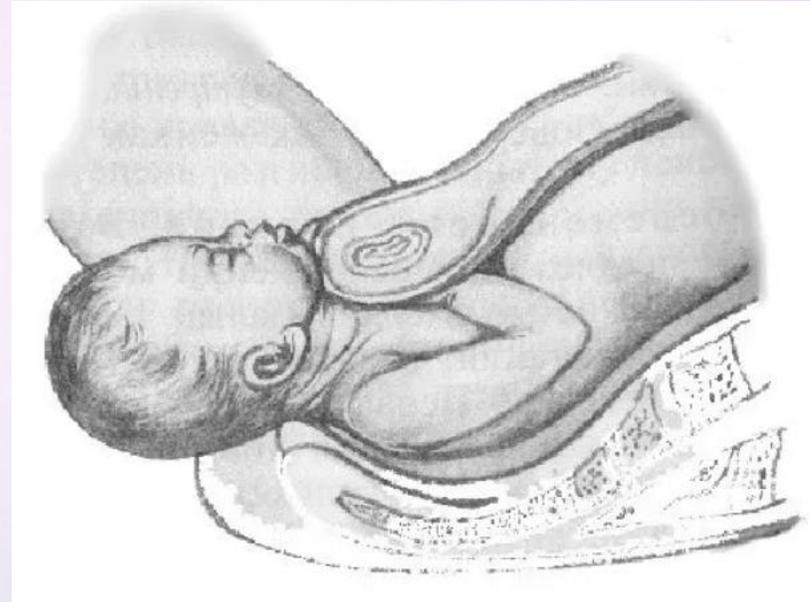
- **ВТОРОЙ МОМЕНТ - ВНУТРЕННИЙ НЕПРАВИЛЬНЫЙ ПОВОРОТ ГОЛОВКИ.** СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ ИЗ КОСЫХ ИЛИ ПОПЕРЕЧНОГО РАЗМЕРОВ ДЕЛАЕТ ПОВОРОТ НА 45°, ТАК, ЧТО МАЛЫЙ РОДНИЧОК ОКАЗЫВАЕТСЯ СЗАДИ У КРЕСТЦА, А БОЛЬШОЙ – СПЕРЕДИ У ЛОНА. ВНУТРЕННИЙ ПОВОРОТ ПРОИСХОДИТ ПРИ ПЕРЕХОДЕ ЧЕРЕЗ ПЛОСКОСТЬ УЗКОЙ ЧАСТИ МАЛОГО ТАЗА И ЗАКАНЧИВАЕТСЯ В ПЛОСКОСТИ ВЫХОДА МАЛОГО ТАЗА, КОГДА СТРЕЛОВИДНЫЙ ШОВ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ В ПРЯМОМ РАЗМЕРЕ.



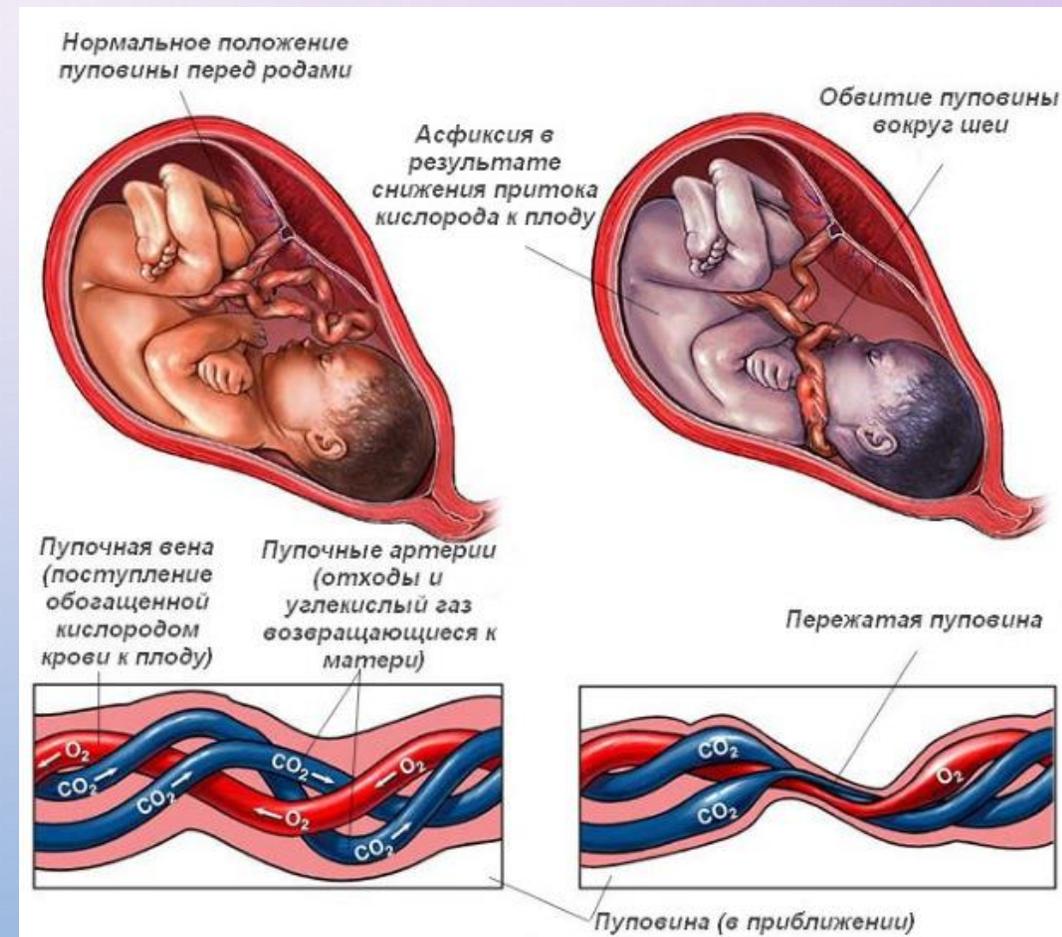
- **ТРЕТИЙ МОМЕНТ - ДАЛЬНЕЙШЕЕ (МАКСИМАЛЬНОЕ) СГИБАНИЕ ГОЛОВКИ.** КОГДА ГОЛОВКА ПОДХОДИТ ГРАНИЦЕЙ ВОЛОСистой ЧАСТИ ЛБА (ТОЧКА ФИКСАЦИИ) ПОД НИЖНИЙ КРАЙ ЛОННОГО СОЧЛЕНЕНИЯ, ПРОИСХОДИТ ЕЕ ФИКСАЦИЯ, И ГОЛОВКА ДЕЛАЕТ ДАЛЬНЕЙШЕЕ МАКСИМАЛЬНОЕ СГИБАНИЕ, В РЕЗУЛЬТАТЕ ЧЕГО РОЖДАЕТСЯ ЕЕ ЗАТЫЛОК ДО ПОДЗАТЫЛОЧНОЙ ЯМКИ.



- **ЧЕТВЕРТЫЙ МОМЕНТ - РАЗГИБАНИЕ ГОЛОВКИ.** ОБРАЗОВАЛИСЬ ТОЧКА ОПОРЫ (ПЕРЕДНЯЯ ПОВЕРХНОСТЬ КОПЧИКА) И ТОЧКА ФИКСАЦИИ (ПОДЗАТЫЛОЧНАЯ ЯМКА). ПОД ДЕЙСТВИЕМ РОДОВЫХ СИЛ ГОЛОВКА ПЛОДА ДЕЛАЕТ РАЗГИБАНИЕ, И ИЗ-ПОД ЛОНА ПОЯВЛЯЕТСЯ СНАЧАЛА ЛОБ, А ЗАТЕМ ЛИЦО, ОБРАЩЕННОЕ К ЛОНУ.
- **ПЯТЫЙ МОМЕНТ - НАРУЖНЫЙ ПОВОРОТ ГОЛОВКИ, ВНУТРЕННИЙ ПОВОРОТ ПЛЕЧИКОВ.** ПРОИСХОДИТ ТАК ЖЕ, КАК И ПРИ ПЕРЕДНЕМ ВИДЕ ЗАТЫЛОЧНОГО ПРЕДЛЕЖАНИЯ.

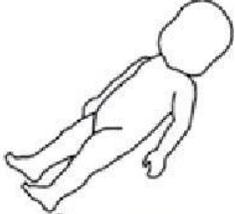
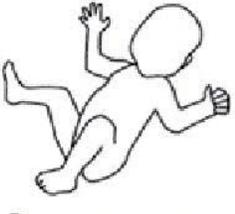


- С ЦЕЛЬЮ ПРОФИЛАКТИКИ ГИПОКСИИ ПЛОДА И АСФИКСИИ НОВОРОЖДЕННОГО РЕКОМЕНДОВАНО ПРЕДПРИНЯТЬ ПОПЫТКУ ПЕРЕКИНУТЬ ПУПОВИНУ ЧЕРЕЗ ГОЛОВКУ ПЛОДА, ЕСЛИ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ ГОЛОВКИ ПЛОДА ПУПОВИНА РАСПОЛОЖЕНА ВОКРУГ ЕГО ШЕИ.
- ЕСЛИ ПЕРЕКИНУТЬ ПУПОВИНУ ЧЕРЕЗ ГОЛОВКУ ПЛОДА НЕ УДАЕТСЯ, СЛЕДУЕТ ПРЕДПРИНЯТЬ ПОПЫТКУ РОДИТЬ ТЕЛО РЕБЕНКА ЧЕРЕЗ ПЕТЛЮ ПУПОВИНЫ И ВЫПОЛНИТЬ ПРИЕМ «САЛЬТО». ЧТОБЫ ВЫПОЛНИТЬ ПРИЕМ «САЛЬТО», НУЖНО ПОМЕСТИТЬ ЛАДОНЬ РУКИ НА ЗАТЫЛОК ПЛОДА И ОТКЛОНИТЬ ГОЛОВКУ ПЛОДА ЛИЦОМ ПО НАПРАВЛЕНИЮ К БЕДРУ МАТЕРИ, ЧТО ПОЗВОЛИТ РОДИТЬСЯ ПЛЕЧИКАМ, ЗАТЕМ ТЕЛУ И НОГАМ ПЛОДА.
- ЕСЛИ ПРИЕМ «САЛЬТО» ВЫПОЛНИТЬ НЕ УДАЕТСЯ, СЛЕДУЕТ ПЕРЕСЕЧЬ ПУПОВИНУ МЕЖДУ ДВУМЯ ЗАЖИМАМИ, ОДНАКО ЭТО УВЕЛИЧИВАЕТ РИСК ГИПОВОЛЕМИИ, АНЕМИИ И ГИПОКСИЧЕСКИ-ИШЕМИЧЕСКОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ У НОВОРОЖДЕННОГО.



- РЕКОМЕНДОВАНО ПРИ ВЕДЕНИИ РОДОВ У ВСЕХ ЖЕНЩИН ПРОВОДИТЬ ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО С ОЦЕНКОЙ ЕГО СОСТОЯНИЯ ПО ШКАЛЕ АПГАР.
- ПЕРВЫЙ ОСМОТР НОВОРОЖДЕННОГО НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ НЕПОСРЕДСТВЕННО ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ, С ЦЕЛЮ ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО, ИСКЛЮЧЕНИЯ ВИДИМЫХ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ.
- ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ РЕБЕНКА ПО ШКАЛЕ АПГАР ПРОИЗВОДИТСЯ ЧЕРЕЗ 1 МИНУТУ (60 СЕКУНД) И 5 МИНУТ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ.
- ТЕРМИН АСФИКСИЯ НЕ ДОЛЖЕН ПРИМЕНЯТЬСЯ, ЕСЛИ НЕТ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ НАРУШЕНИЙ ГАЗООБМЕНА (КИСЛОТНО-ОСНОВНОГО СОСТОЯНИЯ КРОВИ).

Таблица для оценки новорожденного по шкале Апгар

Признаки	Баллы	0 баллов	1 балл	2 балла
<b>A – appearance</b> Внешний вид (цвет кожных покровов)		 Генерализованная бледность или генерализованный цианоз	 Розовая окраска тела и синюшная окраска конечностей (акроцианоз)	 Розовая окраска всего тела и конечностей
<b>P – pulse</b> Пульс (ЧСС за 1 минуту)		Отсутствует	< 100	> 100
<b>G – grimace response</b> Мимический ответ (рефлексы и раздражительность)		 Не реагирует	 Реакция слабо выражена (grimаса, движение)	 Реакция в виде движения, кашля, чиханья, громкого крика
<b>A – activity</b> Активность и мышечный тонус		 Отсутствуют, конечности свисают	 Снижены, некоторое сгибание конечностей	 Выражены активные движения
<b>R – respiration</b> Дыхание		Отсутствует	Нерегулярное, крик слабый (гиповентиляция)	Нормальное, крик громкий

- РЕКОМЕНДОВАНО ОТСРОЧЕННОЕ ПЕРЕСЕЧЕНИЕ ПУПОВИНЫ (ОБЫЧНО ЧЕРЕЗ 1-3 МИНУТЫ ОТ МОМЕНТА РОЖДЕНИЯ ПЛОДА) ВНЕ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИЧ-СТАТУСА ПАЦИЕНТКИ С ЦЕЛЬЮ УЛУЧШЕНИЯ ПОСТНАТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ.
- У ДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ ОСНОВНЫМ ПРЕИМУЩЕСТВОМ ОТСРОЧЕННОГО ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ПУПОВИНЫ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЕЕ ВЫСОКИЙ ЗАПАС ЖЕЛЕЗА У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ ОТ РОЖДЕНИЯ ДО ШЕСТИ МЕСЯЦЕВ, А ТАКЖЕ ЛУЧШЕЕ ПСИХОМОТОРНОЕ РАЗВИТИЕ.
- У ВИЧ ИНФИЦИРОВАННЫХ РОЖЕНИЦ, У ПАЦИЕНТОК, ЖИВУЩИХ С ВИЧ-ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ПАРТНЕРОМ, И У ПАЦИЕНТОК С НЕИЗВЕСТНЫМ ВИЧ СТАТУСОМ НЕТ ДОКАЗАТЕЛЬСТВ ТОГО, ЧТО ОТСРОЧЕННОЕ ПЕРЕСЕЧЕНИЕ ПУПОВИНЫ УВЕЛИЧИВАЕТ ВЕРОЯТНОСТЬ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ К НОВОРОЖДЕННОМУ. СЛИШКОМ ПОЗДНЕЕ ПЕРЕЖАТИЕ ПУПОВИНЫ СОПРОВОЖДАЕТСЯ ЗНАЧИМЫМ ПОВЫШЕНИЕМ КОЛИЧЕСТВА ЭРИТРОЦИТОВ И УРОВНЯ ГЕМОГЛОБИНА, ЧТО МОЖЕТ ПРИВОДИТЬ К МЕТАБОЛИЧЕСКИМ НАРУШЕНИЯМ, КОТОРЫЕ СОПРОВОЖДАЮТСЯ ГИПЕРБИЛИРУБИНИЕЙ И УВЕЛИЧЕНИЕМ ПОКАЗАНИЙ К ПРОВЕДЕНИЮ ФОТОТЕРАПИИ.

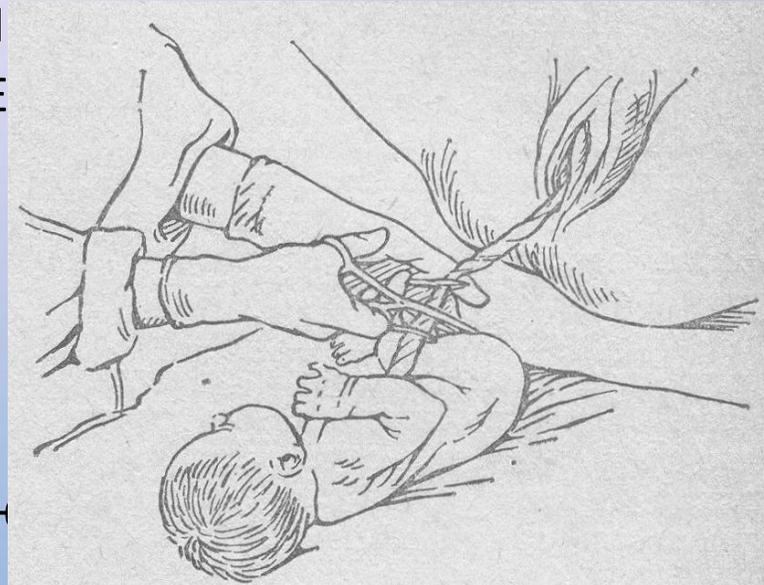


Рис. 84. Рассечение пуповины между двумя зажимами.

- НЕ РЕКОМЕНДОВАНО РУТИННОЕ ОБМЫВАНИЕ РЕБЕНКА В ПЕРВЫЕ 24 ЧАСА ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ.
- РЕКОМЕНДОВАНА АНТИМИКРОБНАЯ ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА ВСКОРЕ ПОСЛЕ РОДОВ ДЛЯ ВСЕХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГЛАЗ.
- РЕКОМЕНДУЕТСЯ ИСПОЛЬЗОВАТЬ МАЗЬ ГЛАЗНУЮ ЭРИТРОМИЦИНА 10 000 ЕД/Г (В ИНДИВИДУАЛЬНОЙ УПАКОВКЕ). МАЗЬ НАНОСЯТ В АСЕПТИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ, ПОСЛЕ ПРОТИРАНИЯ КАЖДОГО ВЕКА СТЕРИЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ МАРЛЕЙ, ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ПОМЕЩАЕТСЯ В КАЖДЫЙ НИЖНИЙ КОНЪЮНКТИВАЛЬНЫЙ МЕШОК В ВИДЕ ПОЛОСЫ ДЛИНОЙ 1 СМ. СРЕДСТВО СЛЕДУЕТ НАНОСИТЬ ЛЕГКИМ МАССАЖЕМ ВЕК, А ИЗБЫТОК РАСТВОРА ИЛИ МАЗИ МОЖНО УДАЛИТЬ ЧЕРЕЗ ОДНУ МИНУТУ.



# ВЕДЕНИЕ 3 ПЕРИОДА РОДОВ

- РЕКОМЕНДОВАНО ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ВВЕДЕНИЕ ОКСИТОЦИНА ИЛИ КАРБЕТОЦИНА В ТРЕТЬЕМ ПЕРИОДЕ РОДОВ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕРОДОВОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ АТОНИИ МАТКИ.
- ОКСИТОЦИН ВВОДЯТ ВНУТРИМЫШЕЧНО В БОКОВУЮ ПОВЕРХНОСТЬ БЕДРА В ДОЗЕ 2 МЛ (10 ЕД) ИЛИ ВНУТРИВЕННО В ДОЗЕ 5 ЕД В 500 МЛ РАСТВОРА НАТРИЯ ХЛОРИДА ИЛИ ДЕКСТРОЗЫ. ВОЗМОЖНО ВВЕДЕНИЕ ОКСИТОЦИНА ВНУТРИВЕННО В ДОЗЕ 5 ЕД В 50 МЛ РАСТВОРА НАТРИЯ ХЛОРИДА СО СКОРОСТЬЮ 16,2 МЛ/ЧАС С ПОМОЩЬЮ ПЕРФУЗОРА.
- АГОНИСТ ОКСИТОЦИНА КАРБЕТОЦИН ВВОДЯТ ВНУТРИМЫШЕЧНО ИЛИ ВНУТРИВЕННО МЕДЛЕННО СРАЗУ ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА В ДОЗЕ 100 МКГ/МЛ.
- ПРИ НЕВОЗМОЖНОСТИ ВВЕДЕНИЯ ОКСИТОЦИНА ИЛИ КАРБЕТОЦИНА ВВОДЯТ МЕТИЛЭРГОМЕТРИН ВНУТРИВЕННО МЕДЛЕННО (В ТЕЧЕНИЕ 60 СЕКУНД) В КОНЦЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ ГОЛОВЫ ИЛИ ПЕРЕДНЕЙ ЧАСТИ ПЛЕЧА ПЛОДА В ДОЗЕ 0,2 МГ. СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ КРАТКОВРЕМЕННОСТЬ ДЕЙСТВИЯ МЕТИЛЭРОМЕТРИНА И ВОЗМОЖНОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ.



- ПОСЛЕД МОЖЕТ БЫТЬ ВЫДЕЛЕН ПУТЕМ КОНТРОЛИРУЕМЫХ ТРАКЦИЙ ЗА ПУПОВИНУ, КОТОРЫЕ ДОЛЖЕН ВЫПОЛНЯТЬ ТОЛЬКО ОБУЧЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ПЕРСОНАЛ, ПРИНИМАЮЩИЙ РОДЫ. ПРИ ОТСУТСТВИИ НАВЫКОВ У МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА НЕОБХОДИМО ДОЖДАТЬСЯ ПРИЗНАКОВ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ И ИЗВЛЕЧЬ ПОСЛЕД НАРУЖНЫМИ МЕТОДАМИ. ПРОВЕДЕНИЕ КОНТРОЛИРУЕМЫХ ТРАКЦИЙ ЗА ПУПОВИНУ УМЕНЬШАЕТ РИСК ЗАДЕРЖКИ ПОСЛЕДА И РУЧНОГО УДАЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ.
- РЕКОМЕНДОВАНА ОЦЕНКА ТОНУСА МАТКИ ПОСЛЕ РОДОВ ПУТЕМ ЕЕ ПАЛЬПАЦИИ С ЦЕЛЬЮ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПОТОНИИ МАТКИ.

## Признаки отделения плаценты

**Признак Шредера** – матка отклоняется вправо.

**Признак Довженко** - при глубоком вдохе пуповина не втягивается во влагалище.

**Признак Малиновского** – выпячивание над симфизом.

**Признак Микулича** - появляется позыв на потугу.

**Признак Альфельда** – удлинение наружного отрезка пуповины.

**Признак Клейна** – при натуживании пуповина не втягивается.

**Признак Кюстнера-Чукалова** - при надавливании ребром ладони на матку над лонным сочленением пуповина не втягивается в родовые пути - значит, плацента отделилась; если втягивается - значит, не отделилась.

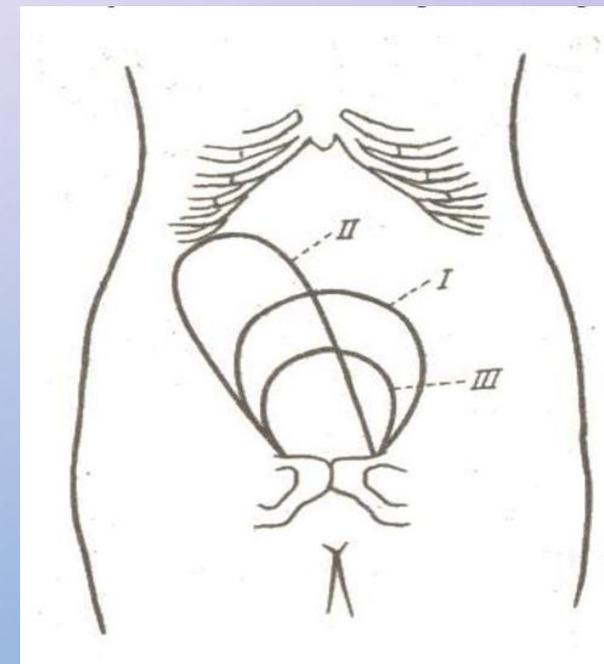
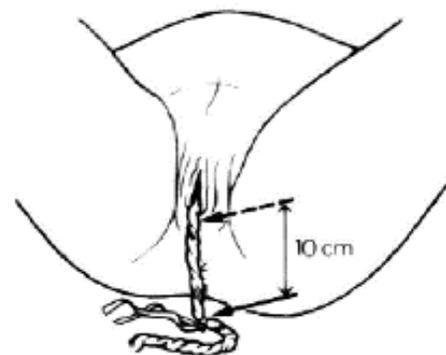




Рис. 68. Способ внешнего пособия по Абульказе.

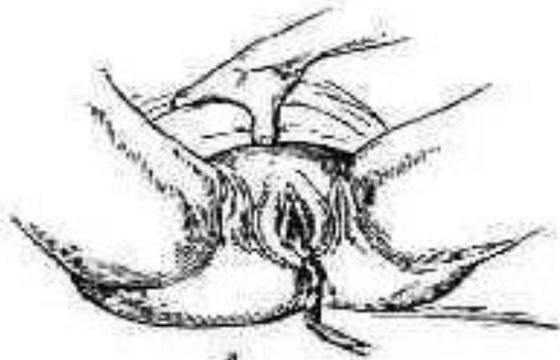


Рис. 69. Способ внутреннего пособия по Крисе — Визиревичу (а), схема (б).

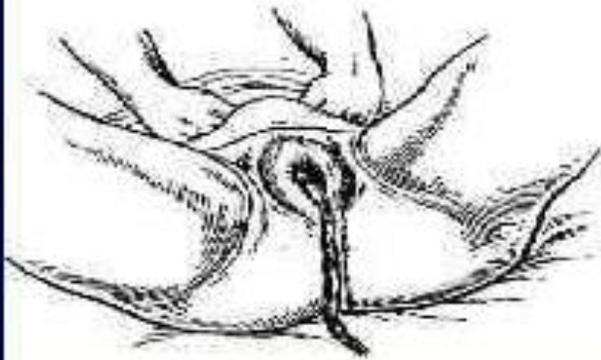
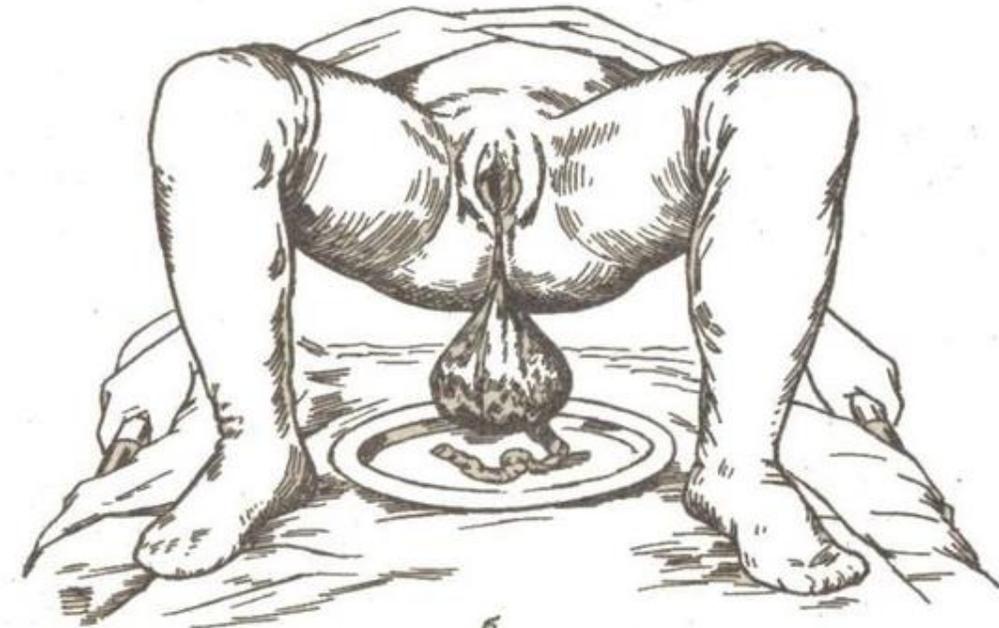
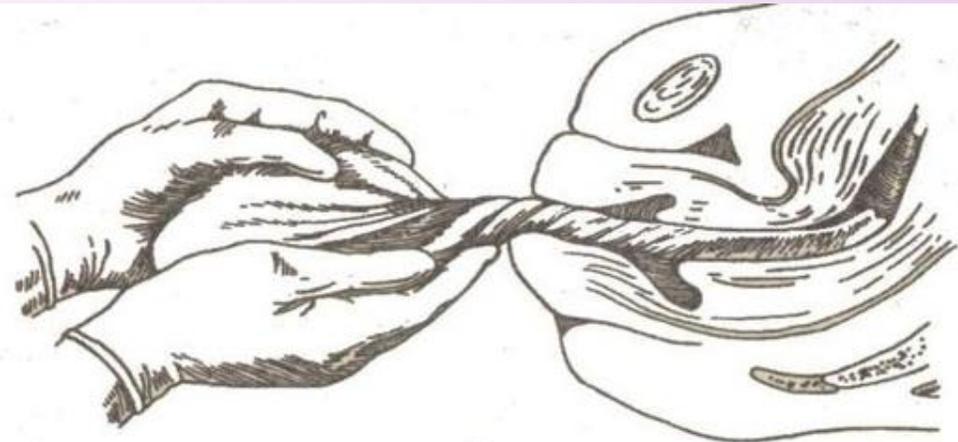
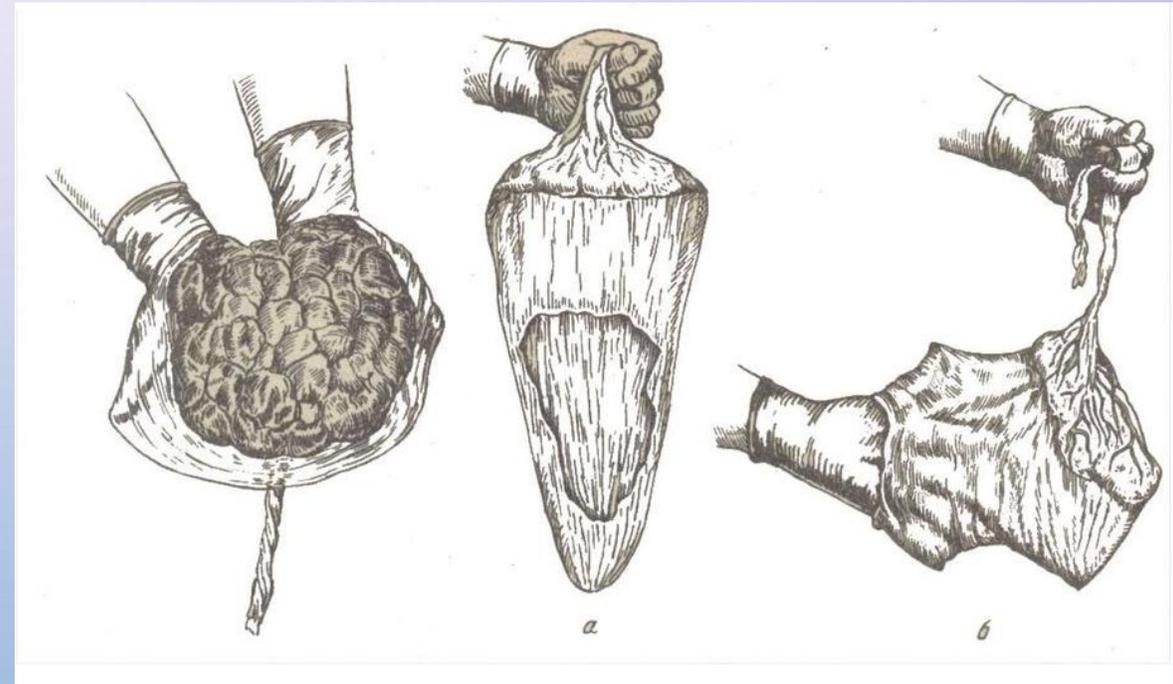


Рис. 70. Способ внешнего пособия по Гейгеру.

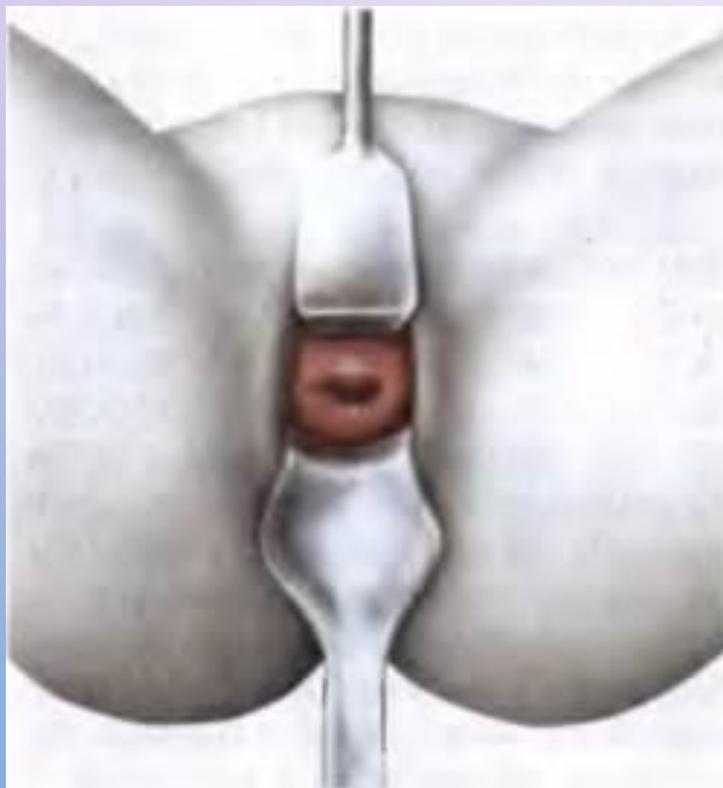


# НАБЛЮДЕНИЕ ЗА СОСТОЯНИЕМ МАТЕРИ В ПЕРВЫЕ 2 ЧАСА ПОСЛЕ РОДОВ

- ДЛЯ ОЦЕНКИ ОБЪЕМА КРОВОПОТЕРИ РЕКОМЕНДОВАНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ ГРАВИМЕТРИЧЕСКИЙ МЕТОД - ПРЯМОЙ СБОР КРОВИ В ГРАДУИРОВАННЫЕ МЕРНЫЕ ЕМКОСТИ СОВМЕСТНО СО ВЗВЕШИВАНИЕМ ПРОПИТАННЫХ КРОВЬЮ МЯГКИХ МАТЕРИАЛОВ.
- ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ КРОВОПОТЕРЯ В РОДАХ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННЫЕ РОДОВЫЕ ПУТИ СОСТАВЛЯЕТ  $<10\%$  ОЦК ИЛИ  $<0,5-0,7\%$  ОТ МАССЫ ТЕЛА, ИЛИ  $<5$  МЛ/КГ ( $<500$  МЛ) .
- РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНИТЬ ПОСЛЕРОДОВЫЙ ОСМОТР ПОСЛЕДА С ЦЕЛЬЮ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ НАРУШЕНИЯ ЕГО ЦЕЛОСТНОСТИ И ЗАДЕРЖКИ ЧАСТИ ПОСЛЕДА В РОДОВЫХ ПУТЯХ.



- РЕКОМЕНДОВАНО ПОСЛЕ РОДОВ ПРОВЕСТИ ОСМОТР ВЛАГАЛИЩА, ПРОМЕЖНОСТИ И ШЕЙКИ МАТКИ В ЗЕРКАЛАХ С ЦЕЛЮ СВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ РАЗРЫВОВ И ПРОВЕСТИ ЗАШИВАНИЕ РАЗРЫВОВ.
- РЕКОМЕНДОВАНО КАЖДЫЕ 15 МИНУТ В ТЕЧЕНИЕ ПЕРВЫХ ДВУХ ЧАСОВ ПОСЛЕ РОДОВ ПРОВОДИТЬ КОНТРОЛЬ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТКИ: АД, ПУЛЬС, ТОНУС МАТКИ, ОБЪЕМ КРОВЯНИСТЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ВЛАГАЛИЩА.



- 1) I степень - разрывы шейки матки с одной или двух сторон не более 2 см.
- 2) II степень - разрывы более 2 см, но не достигающие до сводов влагалища.
- 3) III степень - достигающие до свода влагалища или переходящие на него.

- РЕКОМЕНДОВАНА КОМПЛЕКСНАЯ ПОДГОТОВКА К РОДАМ С ЦЕЛЮ СНИЖЕНИЯ ТРЕВОГИ И СТРАХА ПЕРЕД РОДАМИ, И УВЕЛИЧЕНИЯ ВЕРОЯТНОСТИ УСПЕШНЫХ ВЛАГАЛИЩНЫХ РОДОВ И ГРУДНОГО ВСКАРМЛИВАНИЯ.



# ОКАЗАНИЕ АКУШЕРСКОГО ПОСОБИЯ В РОДАХ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

1	Объяснил (озвучил) пациентке цель выполнения процедуры/манипуляции
2	Проверил положение роженицы (роженница находится на родовом столе в положении на спине с разведенными ногами, согнутыми в тазобедренных и коленных суставах (после обязательного опорожнения мочевого пузыря)
3	Вскрыл упаковку перчаток (с соблюдением правил асептики), обработал руки дезинфицирующим раствором, одел перчатки
4	Встал справа от роженицы, приступил к оказанию пособия при прорезывании головки
5	Положил ладонь левой руки на лобок, а ладонные поверхности четырех пальцев расположил на головке, закрывая всю ее поверхность, показывающуюся из половой щели
6	Сдержал разгибание головки легким давлением, предупредил быстрое ее продвижение по родовому каналу
7	Положил ладонь правой руки на промежность так, чтобы четыре пальца плотно прилегали к области левой, а максимально отведенный большой палец — к области правой половой губы
8	Развел пальцами мягкие ткани промежности, низводя их книзу, уменьшая при этом напряжение промежности
9	Придавил ладонью правой руки ткани промежности к прорезывающейся головке, поддерживая их
10	Определил, что головка установилась теменными буграми в половой щели, а подзатылочная ямка подошла под лонное сочленение, приподняв левую руку. Положил левую руку сверху на головку так, чтобы четыре пальца прилегали к левой, а большой палец — к правой большой половой губе.
11	Предложил роженице во время потуги глубоко и часто дышать открытым ртом (озвучил).
12	Осуществил выведение головки вне потуги. Снял правой рукой соскальзывающими движениями ткани промежности с личика плода.левой рукой в это время сдерживал быстрое разгибание головки и снимал ткани родового канала сверху.
13	После рождения и поворота головки расположил ладони обеих рук на височно-щечных областях головки, осуществил тракцию кзади до тех пор, пока треть плечика, обращенного кпереди, не подошла под лонное сочленение
14	Приподнял головку левой рукой вверх, правой рукой снял ткани промежности с заднего плечика вне потуги
15	Ввел указательные пальцы обеих рук в подмышечные впадины, туловище приподнял кпереди, соответственно проводной оси таза. Извлек ребенка. Выложил на грудь матери



Первый момент акушерского пособия –  
воспрепятствование преждевременному разгибанию  
головки.

Второй момент акушерского пособия: бережное  
выведение головки из половой щели вне потуги.

Третий момент - уменьшение напряжения промежности в  
период прорезывания и рождения теменных бугров.

Четвертый момент: регулирование потуг.

Пятый момент: освобождение плечиков и рождение  
туловища.

# ПРАКТИЧЕСКИЙ НАВЫК



Красноярский государственный  
медицинский университет  
им. проф. В.Ф.Войно-Ясенецкого

**Оказание акушерского пособия в родах  
при головном предлежании**

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**



# СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ РОДЫ ОДНОПЛОДНЫЕ, САМОПРОИЗВОЛЬНОЕ РОДРАЗРЕШЕНИЕ В ЗАТЫЛОЧНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ (НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ), 2021 Г.
- КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ НОРМАЛЬНАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ 2020 Г.
- УЧЕБНИК АКУШЕРСТВО Г.М. САВЕЛЬЕВА, Р.И. ШАЛИНА, Л.Г. СИЧИНАВА И ДР. 2020
- НАЦИОНАЛЬНОЕ РУКОВОДСТВО АКУШЕРСТВО ПОД РЕД. Г. М. САВЕЛЬЕВОЙ, Г. Т. СУХИХ, В. Н. СЕРОВА, В. Е. 2018 Г.
- УЧЕБНИК АКУШЕРСТВО ПОД РЕД. В.Е. РАДЗИНСКОГО, А.М. ФУКСА 2019 Г.
- УЧЕБНИК АКУШЕРСТВО Э.К. АЙЛАМАЗЯН, И.Т. РЯБЦЕВА, М.С ЗАЙНУЛИНА 2016 Г.