ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.

1. **Ф.И.О**. - \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*
2. **Возраст** - 18 лет.
3. **Национальность** - русская
4. **Адрес** - \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*
5. **Профессия** - не работает.
6. **Дата поступления** - 24.04.03.
7. **Дата курации** - 24.04.03.
8. **Диагноз при поступлении**: доношенная беременность, предвестники родов.

# **I. ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ**

На схваткообразные боли в пояснице и внизу живота, на отеки на ногах, периодическое повышение давления.

#### II. АНАМНЕЗ

1. **Наследственность**. Беременность у матери протекала без осложнений. Многоплодия у родителей и ближайших родственников не было. Сердечно-сосудистыми заболеваниями, пороками развития никто из ближайших родственников не страдает. У отца ребенка – сахарный диабет.
2. **Анамнез жизни**. Родилась первым, единственным ребенком в семье служащих. Развивалась в соответствии с паспортным возрастом. В школу пошла с 7 лет. Образование среднетехническое. Профессиональных вредностей нет. Условия быта удовлетворительные: живет в благоустроенной квартире. Не курит, алкоголь не употребляет.
3. **Перенесенные общие заболевания**. Простудные заболевания: краснуха, пиелонефрит, хронический гастрит. Туберкулез гепатит и венерические заболевания отрицает.
4. **Гемотрансфузий** не было.
5. **Аллергологический анамнез**. Без особенностей
6. **Менструальная функция**. Менструации с 12 лет, нерегулярные, могут отсутствовать по несколько месяцев, умеренные, болезненность в 1-й день.
7. **Половая жизнь** - с 14 лет, контрацепция – презервативы, после отмены контрацептивов забеременела сразу.
8. **Перенесенные гинекологические заболевания**: кольпит, эндоцервицит, эрозия шейки матки.
9. **Беременность** вторая, роды первые.
10. **Первая беременность** - 2000г.- прерывание в 8 нед. по социальным показаниям.
11. **Течение настоящей беременности: срок 38 недель, беременность вторая**

* дата последней менструации: 29.07.2002.
* течение первой половины беременности: без особенностей
* дата первого шевеления плода –17 недель – октябрь 2002
* встала на учет в ЖК №1 в 26 недель.
* течение второй половины беременности: с 33 недель поставлен диагноз – поздний гестоз – на основании повышения давления, отеков на ногах и руках. По поводу позднего гестоза лечилась в роддоме № 2 (33-35 недель). Лечение дало положительный эффект, в 35 недель выписана.
* общая прибавка массы тела - 20 кг.
* околоплодные воды отошли 24.04.03 в 1020, прозрачные, без патологических примесей (преждевременное излитие)
* группа крови I(О), Rh"+".
* Консультации - у терапевта, проведена психопрофилактическая подготовка к родам.

**III. ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.**

**А. Осмотр по системам**

1. **Общее состояние** удовлетворительное, самочувствие хорошее, сознание ясное, положение активное, телосложение правильное, конституция нормостеническая.

Рост - 159 см.

Вес - 80 кг.

Кожные покровы телесного цвета, умеренно влажные, тургор в норме. Форма живота круглая. Полосы беременности отсутствуют. Молочные железы увеличены, мягкие, соски увеличены, пигментированы. Температура – 37,0.

2. **Органы дыхания.**

При осмотре верхних дыхательных путей патологических изменений не выявлено. Дыхание свободное, носом. Дыхательные движения симметричны и ритмичны. Тип дыхания –грудной. ЧДД = 24/мин. Грудная клетка правильной формы, обе ее половины симметричны и в равной степени участвуют в акте дыхания.

При поверхностной пальпации грудная клетка болезненных участков не имеет. Ширина эпигастрального угла составляет около 90°. Голосовое дрожание не изменено, одинаково на левой и правой половинах грудной клетки.

3. **Органы кровообращения.**

Патологической пульсации, набухания шейных вен и артерий нет. При поверхностной пальпации грудной клетки патологических выпячиваний не обнаружено, верхушечный толчок расположен в 4 межреберье на 2 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Верхушечный толчок: диаметр 2 см, средней высоты, умеренной силы, средней резистентности. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 уд/мин, сердечных шумов нет. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, частота - 72 уд/мин, дефицита пульса нет. АД при исследовании до беременности 120/80 мм рт.ст., во время беременности - от 100/60 до 130/80 мм рт.ст. На момент осмотра АД на привой руке 130/80, на левой руке 110/70.

Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы.

4. **Органы пищеварения.**

Аппетит не нарушен, жевание и глотание не затруднено, стул регулярный, оформленный. Язык розового цвета, нормальной влажности, обложен белым налетом, больше у корня. Имеются кариозные зубы. Слизистая ротовой полости бледно-розовая без видимых изъязвлений и трещин. Небные миндалины не увеличены. Живот увеличен из-за беременной матки, симметричен. Подкожная жировая клетчатка живота хорошо выражена, грыж и др. новообразований не обнаружено. При поверхностной пальпации живота патологических изменений нет. Печень не пальпируется, при перкуссии границы печени в норме. Селезенка не пальпируется.

5. **Органы мочевыделения.**

При общем осмотре поясничной области гиперемии кожных покровов в области почек и мочевого пузыря не выявлено. Левая и правая половины симметричны. При бимануальной пальпации почки не определяются, болезненность при пальпации. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание до 8 раз в сутки, безболезненное

6. **Эндокринная система.**

Вторичные половые признаки развиты. Оволосение по женскому типу. Щитовидная железа на глаз не видна и не пальпируется, симптомов тиреотоксикоза нет.

7. **Нервная система и органы чувств.**

Сознание ясное, поведение адекватное, сон не нарушен, зрительный, слуховой, вкусовой анализаторы - без патологии.

Б. **Специальное акушерское исследование.**

1. **Размеры таза.**

*Distantia spinarum* - расстояние между передними верхними остями подвздошных костей, норма-25-26 см. У роженицы - 25 см.

*Distantia cristarum* - расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей, норма-28-29 см. У роженицы - 28 см.

*Distantia trochanterica* - расстояние между большими вертелами бедренных костей, норма-30-31 см. У роженицы - 31 см.

*Conjugata externa* - прямой размер таза, от середины верхненаружного края лобкового симфиза до надкрестцовой ямки, норма-20-21 см. У роженицы - 20 см.

*Conjugata vera –* расстояние от верхневнутреннего края симфиза до крестцового мыса – в норме 11см, у роженицы 10 см.

**Признак Вастена** – отрицательный.

2. **Крестцовый ромб** - площадка на задней поверхности крестца:

верхний угол составляет углубление между остистым отростком V поясничного позвонка и началом среднего крестцового гребня; боковые углы соответствуют задневерхним остям подвздошных костей; нижний - верхушке крестца; сверху и снаружи ромб ограничивается выступами больших спинных мышц, снизу и снаружи - выступами ягодичных мышц. Норма- 11х11 см, у роженицы - 11х11 см.

3. **Индекс Соловьева** - окружность лучезапястного сустава у роженицы - 15 см.

4. **Высота дна матки** над лоном - 37 см.

5. **Окружность живота** - 102 см.

6. **Предполагаемая масса плода** - 3770 гр. (по Жордания)

7. **Наружное акушерское исследование**

1-й прием: цель-определение высоты стояния дна матки (40 см) и части плода, располагающейся в дне матки (тазовый конец).

2-й прием: цель-определение спинки и мелких частей плода (спинка - равномерная площадка, мелкие части - небольшие выступы, часто меняющие положение); определение позиции и вида - вторая позиция, передний вид. Матка возбудима, сокращения в ответ на раздражение пальпацией;

3-й прием: цель-определение предлежащей части плода - головка

(плотная, округлой формы, часть плода, с отчетливыми контурами, при пальпации подвижна - ощущается ее баллотирование).

4-й прием: подтверждается 3-й прием, определяется уровень стояния предлежащей части плода (над входом в малый таз).

Продольное положение плода, головное предлежание, вторая позиция и передний вид.

8. **Сердцебиение плода**: ясное, ритмичное, 148 уд/мин, выслушивается справа, ниже пупка.

9. **Влагалищное исследование.**

Наружные половые органы при осмотре цианотичны. При внутреннем влагалищном исследовании: влагалище емкое, не рожавшей, без патологических изменений; шейка матки сглажена, края растяжимые, степень раскрытия 1,5-2 см, длина шейки матки – 1,5см. плодного пузыря нет.

Предлежащая часть – головка, на первой плоскости по Годжи, стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок у лона.

Мыс не достижим. Диагональная коньюгата не определяется. Костных изменений в малом тазу не обнаружено.

**IV. ДИАГНОЗ**

Беременность, 38 недель, легкий гестоз, преждевременное излитие околоплодных вод.

# **V. ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ**

Роды вести через естественные родовые пути. Учитывая отсутствие регулярной родовой деятельности и динамики со стороны шейки матки, решено начать родовозбуждение путем в/в введения энзопроста.

**VI. ПРОТОКОЛ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОДОВ.**

1. **Период раскрытия**

Схватки начались 24.04.03 в **1230**через 2-3 минуты по 25-30 секунд. Состояние удовлетворительное, жалоб нет, пульс 72 в мин., АД - 130/90 мм рт.ст., поведение спокойное.

**1400** Состояние удовлетворительное, жалоб нет, пульс 72 в мин., АД - 130/90 мм рт.ст., поведение спокойное.

**Влагалищное исследование**: шейка матки укорочена до 1,5 см, края маточного зева стали более растяжимыми, открытие-4 см, плодный пузырь цел. Головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Мыс не достижим. Подтекают околоплодные воды, светлые, в незначительном количестве.

Сердцебиение плода приглушено, ритмичное, 140 уд/мин.

В/в введение энзопроста – 18 капель в минуту..

**1630** Состояние удовлетворительное, жалоб нет, пульс 72 в мин., АД - 130/90 мм рт.ст. Схватки через 2 минуты по 35-40 секунд, умеренной силы. Подтекают светлые околоплодные воды. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 130 ударов в минуту. Головка плода во входе в малый таз.

В/в введение энзопроста – 38 капель в минуту.

2. **Период изгнания**

**1710** схватки приняли потужной характер, повторяются через 2 мин по 40-45 сек, головка опустилась на тазовое дно, женщина тужится. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 130 ударов в минуту.

**1725** на высоте очередной потуги самостоятельно родила живую, доношенную девочку – вес 3200 г, рост 51 см, оценка по АПГАР 8-9 баллов.

.

3. **Послеродовый период**

Через 10 мин, **1730** самостоятельно отделился и родился послед, дольки целые, оболочки все, пуповина 60 см. Кровопотеря в родах - 150 мл.

Метилэргометрин 1,0

**Продолжительность родов** – 5 часов 10 минут.

**Период раскрытия** – 4 часа 40 мин.

**Период изгнания** – 15 мин.

**Послеродовый период** – 10 мин.

**Данные осмотра родовых путей:**

Родовые пути осмотрены в зеркалах, обнаружены трещины слизистой в области малых половых губ (наложено 3 кетгутовых шва), произведена обработка йодом.

**1925** состояние удовлетворительное, ЧСС 78 ударов в минуту, жалоб нет. Живот мягкий безболезненный. Матка плотная, дно на 2 п/п ниже пупка, безболезненная. Мочеиспускание свободное. Переведена в 1 послеродовое отделение.

**1940** состояние удовлетворительное, ЧСС 78 ударов в минуту, жалоб нет. Матка плотная, безболезненная, дно на 14 см выше лона. Выделения из влагалища кровянистые, умеренные. Молочные железы увеличены, мягкие, безболезненные, соски без трещин. Мочеиспускание безболезненное.

Течение раннего послеродового периода: состояние удовлетворительное, t=36,7, ЧСС=72 уд/мин, АД=110/70 мм. рт ст, жалоб нет. Матка в тонусе, выделения кровянистые умеренные.

**VII. ДИАГНОЗ**

Первые срочные роды

###### **VIII.** **СОСТОЯНИЕ НОВОРОЖДЕННОГО**

Ребенок живой, пол женский, вес 3200 г, рост 51 см, оценка по АПГАР 8-9 баллов, после пережатия пуповины приложен к груди матери. Ребенок кричит, активно двигает конечностями.

Произведен *первичный туалет новорожденного* и *первичная обработка пуповины*: ее протерт стерильным тампоном, смоченным в 96% спирте, и на расстоянии 10-15 см от пупочного кольца пересечен между двумя зажимами. Конец пуповины новорожденного вместе с зажимом завернут в стерильную салфетку. Веки протерты стерильными тампонами. Проведена профилактика бленнореи.. На обе ручки ребенка надеты браслетки, на которых несмывающейся краской пишут дату рождения, пол ребенка, фамилию и инициалы матери, номер истории родов, дату и время рождения.

Затем ребенка, завернутого в стерильную пеленку, перенесли в детскую комнату на пеленальный столик. На этом столике акушерка произвела первый туалет новорожденного и *вторичную обработку остатка пуповины.* Культю пуповины между зажимом и пупочным кольцом протирают 96% спиртом и перевязывают толстой шелковой лигатурой на расстоянии 1,5-2 см от пупочного кольца, если она очень толстая или необходима для дальнейшего лечения новорожденного. Пуповину отсекают на 2 см выше места перевязки ножницами. Поверхность разреза протирают стерильным марлевым тампоном и обрабатывают 10% раствором йода. Накладывают на пуповину пластиковый зажим.. Над скобкой пуповину отсекают, вытирают сухим марлевым тампоном и обрабатывают 5% раствором перманганата калия. В дальнейшем уход за пуповинным остатком производят открытым способом.

Участки кожи, густо покрытые сыровидной смазкой, обрабатывают ватным тампоном, пропитанным стерильным вазелиновым или подсолнечным маслом. После первичного туалета сантиметровой лентой измеряют рост, окружность головы, груди, живота новорожденного и его взвешивают, определяя массу плода. Затем его завертывают в теплое стерильное белье.

**IX. ДНЕВНИК**

25.04.03

Состояние родильницы удовлетворительное, жалоб нет. Матка плотная,

дно на 12 см выше лона, лохии кровянистые, умеренные. Молочные железы увеличены, мягкие, безболезненные, соски без трещин. Мочеиспускание безболезненное. Швы без особенностей. . t=36,8оС, ЧСС=80 уд/мин, АД=110/80 мм рт. ст.

Назначения: Аскорутин по 0,5 три раза в день

**XI. ЭПИКРИЗ**

\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\* 28 лет, поступила 24.04.03 г. в 11.50 в роддом №2 по поводу жалоб на на схваткообразные боли в пояснице и внизу живота, на отеки на ногах, периодическое повышение давления.

На основании данных наружного акушерского исследования (в дне матки располагается тазовый конец, спинка обращена к правой стороне матки, ее передней стенке, головка предлежит ко входу в малый таз), данных аускультации: сердечные тоны плода выслушиваются ниже пупка справа; на основании данных УЗИ поставлен следующий **клинический диагноз**: вторая беременность, 38 недель, (положение плода продольное, предлежание головное, вторая позиция, передний вид), осложнения: поздний гестоз 1 степени, преждевременное излитие околоплодных вод.

Применено родовозбуждение – энзопрост. Роды вели через естественные родовые пути. Родилась девочка - вес 3200 г, рост 51 см, оценка по АПГАР 8-9 баллов, мышечный тонус близкий к удовлетворительному, крик громкий, кожа розовая, дыхание пуэрильное, тоны сердца ясные, ритмичные.

**клинический диагноз**: первые срочные роды

**Осложнения в родах** - трещины слизистой в области малых половых губ (наложено 3 кетгутовых шва).

**Прогноз** для жизни и здоровья матери и новорожденного **благоприятный**.

**XII. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

***Родами*** называют сложный биологический процесс, в результате которого происходит изгнание плодного яйца из матки через естественные родовые пути после достижения плодом зрелости. Физиологические роды наступают на 280-й день беременности, начиная от первого дня последней менструации.

# ПЕРИОДЫ РОДОВ

*Роды разделяют* на три периода: первый - период раскрытия, второй - период изгнания, третий - последовый.

***Периодом раскрытия*** *называют время от начала регулярных схваток до полного раскрытия шейки матки.* В настоящее время средняя продолжительность первого периода родов у первородящей равна 11-12 часам, а у повторнородящих - 7-8 часов.

***Периодом изгнания*** *называют время от момента полного открытия шейки матки до рождения плода.* В периоде изгнания к схваткам присоединяются сокращения брюшной стенки, диафрагмы и мышц тазового дна, развиваются *потуги*, изгоняющие плод из матки. Период изгнания у первородящих продолжается до 1-го часа, у повторнородящих - от 10 до 30 минут.

Вместе с рождением плода изливаются задние воды.

***Последовым периодом*** *называют время от рождения плода до рождения последа.* Послед - это плацента, плодные оболочки, пуповина.

После рождения плода матка находится несколько минут в состоянии покоя. Дно ее стоит на уровне пупка. Затем начинаются ритмические сокращения матки - *последовые схватки*, и начинается отделение плаценты от стенки матки, которое происходит двумя путями: с центра или с периферии.

Плацента отслаивается с центра, разрываются маточно-плацентарные сосуды, изливающаяся кровь образует ретроплацентарную гематому, которая способствует дальнейшей отслойке плаценты. Отделившаяся плацента с оболочками опускается вниз и при потуге рождается, вместе с ней изливается кровь. Чаще плацента отделяется с периферии, поэтому при каждой последовой схватке отделяется часть плаценты и наружу изливается порция крови. После полной отслойки плаценты от стенки матки она также опускается в нижние отделы матки и при потуге рождается. Последовый период продолжается от 7 до 30 минут. Средняя кровопотеря после родов составляет от 150 до 250 мл. Физиологической считают кровопотерю равную 0,5% массы тела роженицы.

После рождения последа наступает послеродовый период, и роженица называется *родильницей.* Первые 2 часа выделяют как ранний послеродовый период.

**КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ**

***Течение периода раскрытия***

Схватки характеризуются продолжительностью, паузами, силой и болезненностью. В начале родов схватки повторяются каждые 15-20 минут по 10-15 секунд, слабой силы, безболезненные или мало болезненные. Постепенно паузы между схватками укорачиваются, продолжительность схватки удлиняется, сила схватки увеличивается, и они становятся болезненней. Во время схваток круглые связки напрягаются, дно матки приближается к передней брюшной стенке. *Контракционное кольцо* становится все более выраженным и поднимается над лонной дугой. К концу периода раскрытия дно матки поднимается к подреберью, а контракционное кольцо - на 5 поперечных пальцев выше лонной дуги. Об эффективности схваток судят по степени раскрытия шейки матки, определяемой при влагалищном исследовании. В процессе раскрытия происходят нарушения (неглубокие) целости слизистой оболочки и мышечных волокон шейки матки. Плодный пузырь напрягается во время каждой схватки и при почти полном раскрытии маточного зева вскрывается, изливается около 100-200 мл светлых вод. Плодный пузырь, как правило, разрывается в пределах зева шейки матки.

***Ведение периода раскрытия***

Роженица поступает в родильный дом с обменной картой беременной, заполняемой в женской консультации, где имеются сведения о течении беременности, о состоянии здоровья беременной. В приемном отделении роженицу обследуют: собирают анамнез, производят общее и специальное акушерское исследование (измерение наружных размеров таза, высоты стояния дна матки, окружности живота, выслушивание сердцебиения плода и др.), влагалищное исследование.

В предродовой палате роженица проводит первый период родов. Наружное акушерское исследование в периоде раскрытия производят систематически, обращая внимание на состояние матки во время схваток и вне их, определяют все четыре свойства схваток. Производят записи в истории родов каждые 3 часа. Выслушивают сердцебиение плода каждые 15 минут. Наблюдают за характером вставления и продвижения головки плода по родовому каналу. Это можно определить наружными приемами пальпации, при влагалищном исследовании, выслушивании сердцебиения плода, ультразвуковом исследовании.

*Влагалищное исследование* производят при поступлении в родильный дом, при излитии околоплодных вод и при возникновении патологического течения родов.

Оценивают и фиксируют в истории родов общее состояние роженицы: окраска кожных покровов и видимых слизистых, пульс, артериальное давление, функция мочевого пузыря и кишечника. При излитии околоплодных вод определяют их количество, цвет, прозрачность, запах.

Для оценки течения родов целесообразно вести партограмму.

В течение родов различают *латентную и активную фазы* (Е.А. Чернуха). *Латентная фаза* - это промежуток времени от начала регулярных схваток до появления структурных изменений в шейке матки, а это - *сглаживание и раскрытие шейки матки до 3-4 см.* Длительность латентной фазы 6,4 часа у первородящих и 4,8 часа у повторнородящих.

За латентной фазой наступает *активная фаза*. Скорость раскрытия шейки матки в активной фазе у первородящих - 1,5-2 см в час, у повторнородящих - 2-2,5 см в час. При полном раскрытии маточного зева и начале периода изгнания роженицу переводят в родильный зал.

***Течение родов в периоде изгнания***

В периоде изгнания схватки - через 2-3-4 минуты по 50-60 секунд и к каждой схватке рефлекторно присоединяется сокращение (произвольное) брюшного пресса. Этот процесс называется *потугами.* Под действием потуг плод постепенно рождается через родовой канал, впереди идет предлежащая часть - головка. Рефлекторно сокращаются мышцы тазового дна, особенно когда головка опускается на тазовое дно, присоединяется боль от давления головки на нервы крестцового сплетения. В этот момент появляется желание изгнать головку из родовых путей.

Поступательное движение головки вскоре можно увидеть: выпячивается промежность, затем она растягивается, цвет кожи становится синюшным. Задний проход выпячивается и зияет, половая щель раскрывается и, наконец, появляется нижний полюс головки плода. По окончании потуги головка скрывается за половой щелью. И так несколько раз головка то показывается, то скрывается. Это называется *вырезыванием головки.* Через некоторое время головка по окончания потуги не скрывается - начинается *прорезывание головки*, которое совпадает с началом третьего момента биомеханизма родов - разгибанием головки (рождение до теменных бугров). Путем разгибания головка постепенно выходит из-под лонной дуги, затылочная ямка находится под лонным сочленением, теменные бугры плотно охвачены растянутыми тканями. Через половую щель рождается лоб и лицо при соскальзывании с них промежности. Головка родилась, совершает наружный поворот, затем рождаются плечики и туловище вместе с изливающимися задними водами.

Головка плода изменяет свою форму, приспосабливаясь к форме родового канала, кости черепа заходят друг за друга - это называют *конфигурацией головки плода.* Кроме этого, на головке образуется *родовая опухоль* - отек кожи подкожной клетчатки, расположенной ниже внутреннего пояса соприкосновения. В этом месте сосуды резко наполняются кровью, в клетчатку, окружающую сосуды, уходит жидкость и форменные элементы крови. Родовая опухоль возникает только после излития вод и только у живого плода. При затылочном предлежании родовая опухоль располагается в области малого родничка, а точнее на одной из примыкающих к нему теменных костей. Родовая опухоль не имеет четких контуров, мягкой консистенции, может переходить через швы и роднички, располагается между кожей и надкостницей. Опухоль самостоятельно рассасывается через несколько дней после родов.

Родовую опухоль приходится дифференцировать с *кефалогематомой* (головная кровяная опухоль), возникающей при патологических родах и представляющей собой кровоизлияние под надкостницу.

***Ведение периода изгнания***

В периоде изгнания проводят неотступное наблюдение за общим состоянием роженицы, плода и родовыми путями. После каждой потуги обязательно выслушивают сердцебиение плода, так как в этот период чаще возникает острая гипоксия плода и может наступить внутриутробная гибель плода.

Продвижение головки плода в периоде изгнания должно проходить постепенно, постоянно, и она не должна стоять в одной и той же плоскости большим сегментом более часа. Во время прорезывания головки приступают к оказанию ручного пособия. При разгибании головка плода оказывает сильное давление на тазовое дно, и оно сильно растягивается, может произойти разрыв промежности. С другой стороны, головка плода подвергается сильному сдавлению со стороны стенок родового канала, плод подвергается угрозе травмы - нарушению кровообращения головного мозга. Оказание ручного пособия при головном предлежании снижает возможность этих осложнений.

***Ручное пособие при головном предлежании*** направлено на защиту промежности. Оно состоит из нескольких моментов, совершаемых в определенной последовательности.

***Первый момент*** *- воспрепятствование преждевременному разгибанию головки.* Головка, прорезываясь через половую щель, должна пройти самой наименьшей своей окружностью (32 см), проведенной по малому косому размеру (9,5 см) в состоянии сгибания.

Принимающий роды становится справа от роженицы, кладет ладонь левой руки на лобок, а ладонные поверхности четырех пальцев располагает на головке, закрывая всю ее поверхность, показывающуюся из половой щели. Легким давлением задерживает разгибание головки и предупреждает быстрое ее продвижение по родовому каналу.

***Второй момент*** *- уменьшение напряжения промежности.* Для этого правую руку кладут на промежность так, чтобы четыре пальца плотно были прижаты к левой стороне тазового дна в области большой половой губы, а большой палец - к правой стороне. Мягкие ткани осторожно всеми пальцами натягивают и низводят по направлению к промежности, уменьшая этим напряжение промежности. Ладонью этой же руки поддерживают промежность, прижимая ее к прорезывающейся головке. Избыток мягких тканей уменьшает напряжение промежности, восстанавливает кровообращение и предотвращает разрыв.

***Третий момент*** *- выведение головки из половой щели вне потуг.* По окончании потуги большим и указательным пальцами правой руки бережно растягивают вульварное кольцо над прорезывающейся головкой. Головка постепенно выводится из половой щели. При начале следующей потуги прекращают растягивание вульварного кольца и вновь препятствуют разгибанию головки. Так повторяют до тех пор, пока головка не подойдет теменными буграми к половой щели. В этот период резко растягивается промежность, возникает опасность разрыва ее.

***Четвертый момент*** *- регулирование потуг.* Наибольшее растяжение и угроза разрыва промежности возникает, когда головка в половой щели находится теменными буграми. В этот же момент головка испытывает максимальное сдавление, создавая угрозу внутричерепной травмы. Для исключения травматизма матери и плода необходимо регулирование потуг, т.е. выключение и ослабление их или, наоборот, удлинение и усиление. Это осуществляют следующим образом: когда головка плода установилась теменными буграми в половой щели, а подзатылочная ямка находится под лонным сочленением, при возникновении потуги роженицу заставляют глубоко дышать, чтобы снизить силу потуги, так как во время глубокого дыхания потуги невозможны. В это время обеими руками задерживают продвижение головки, пока схватка не закончится. Вне потуги правой рукой сдавливают промежность над личиком плода таким образом, что она соскальзывает с личика, левой рукой медленно приподнимают головку вверх и разгибают ее. В это время женщине предлагают потужиться, чтобы рождение головки происходило при малой силе напряжения. Таким образом, ведущий роды командами "тужься", "не тужься" достигает оптимального напряжения тканей промежности и благополучного рождения самой плотной и большой части плода - головки.

***Пятый момент*** *- освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода.* После рождения головки роженица должна потужиться. При этом происходит наружный поворот головки, внутренний поворот плечиков (при первой позиции головка лицом поворачивается в сторону противоположную позиции - к правому бедру матери, при второй позиции - к левому бедру). Обычно рождение плечиков происходит самопроизвольно. Если это не произошло, то головку захватывают ладонями в области правой и левой височных костей и щечек. Головку легко и осторожно оттягивают книзу и кзади, пока под лонное сочленение не подойдет переднее плечико. Затем левой рукой, ладонь которой находится на нижней щеке, захватывают головку и приподнимают ее верх, а правой рукой бережно выводят заднее плечико, сдвигая с него ткани промежности. Плечевой пояс родился. Акушерка вводит указательные пальцы рук со стороны спинки плода в подмышечные впадины, и туловище приподнимают кпереди (вверх, на живот матери). Ребенок родился.

В зависимости от состояния промежности и размеров головки плода не всегда удается сохранить промежность и происходит ее разрыв. Учитывая, что резаная рана заживает лучше, чем рваная, в случаях, где неминуем разрыв, производят перинеотомию или эпизиотомию.

***Течение родов в последовом периоде***

После рождения плода начинается третий период родов. Роженица утомлена. Кожные покровы нормальной окраски, пульс выравнивается, артериальное давление нормальное.

Дно матки стоит на уровне пупка. Несколько минут матка находится в состоянии покоя, возникающие схватки безболезненны. При схватке матка становится плотной. Кровотечение из матки незначительное или отсутствует. После полного отделения плаценты от плацентарной площадки дно матки поднимается выше пупка и отклоняется вправо. Контуры матки несколько изменяются, она приобретает форму песочных часов, так как в нижнем отделе ее находится отделившееся детское место. При появлении потуги послед рождается. Кровопотеря с последом не превышает 150-250 мл (0,5% массы тела роженицы). После рождения последа матка становится плотной, округлой, располагается посередине, дно ее находится между пупком и лоном.

***Ведение последового периода***

В последовом периоде нельзя пальпировать матку, чтобы не нарушить естественный ход последовых схваток и правильное отделение плаценты, а этим избежать кровотечения. В этот период уделяют внимание новорожденному, общему состоянию роженицы и признакам отделения плаценты.

Последовый период ведут выжидательно. Врач наблюдает за роженицей: кожные покровы не должны быть бледные, пульс - не превышать 100 ударов в 1 минуту, артериальное давление не должно снижаться более чем на 15-20 мм рт. ст. по сравнению с исходным. Следить за состоянием мочевого пузыря, он должен быть опорожнен, т.к. переполненный мочевой пузырь препятствует сокращению матки и нарушает нормальное течение отслойки плаценты.

Чтобы диагностировать, отделилась ли плацента от матки, пользуются *признаками отделения плаценты.* Плацента отделилась и опустилась в нижний отдел матки, дно матки поднимается вверх выше пупка, отклоняется вправо, нижний сегмент выпячивается над лоном (признак **Шредера**). Лигатура, наложенная на культю пуповины у половой щели, при отделившейся плаценте опускается на 10 см и более (признак **Альфельда**). При надавливании ребром кисти руки над лоном матка поднимается вверх, пуповина не втягивается во влагалище, если плацента отделилась, пуповина втягивается во влагалище, если плацента не отделилась (признак **Кюстнера-Чукалова**). Роженица делает глубокий вдох и выдох, если при вдохе пуповина не втягивается во влагалище, следовательно, плацента отделилась (признак **Довженко**). Роженице предлагают потужиться: при отслоившейся плаценте пуповина остается на месте; а если плацента не отделилась, пуповина после потуг втягивается во влагалище (признак **Клейна**). Правильный диагноз отделения плаценты ставят по совокупности этих признаков. Роженицу просят потужиться, и послед рождается. Если этого не происходит, то применяют *наружные способы выделения последа* из матки. Способ **Абуладзе** (усиление брюшного пресса). Переднюю брюшную стенку захватывают обеими руками в складку так, чтобы прямые мышцы живота были плотно охвачены пальцами, расхождение мышц живота устраняется, уменьшается объем брюшной полости. Роженице предлагают потужиться. Отделившийся послед рождается.

Способ **Гентера** (имитация родовых сил). Кисти обеих рук, сжатые в кулаки, кладут тыльными поверхностями на дно матки. Постепенно давлением книзу послед медленно рождается. Способ **Креде-Лазаревича** (имитация схватки) может явиться менее бережным, если не выполнить основные условия при выполнении этой манипуляции. Условия следующие: опорожнение мочевого пузыря, приведение матки в срединное положение, легкое поглаживание матки в целях ее сокращения. Техника метода: дно матки обхватывают кистью правой руки, ладонные поверхности четырех пальцев располагаются на задней стенке матки, ладонь - на дне ее, а большой палец - на передней стенке матки; одновременно всей кистью надавливают на матку в сторону к лонному сочленению, пока послед не родится.

**XIII. ЛИТЕРАТУРА**

1. **В.И. Бодяжина**

Акушерство – М.: Медицина, 1986 г.

1. **Айламазян Э.К.**

Акушерство: Учебник для мед. вузов. – 2-е изд. испр. – С-Пб.: СпецЛит, 1999