ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.

1. **Ф.И.О**. – \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*
2. **Возраст** – 28 лет.
3. **Национальность** - русская
4. **Адрес** – \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*
5. **Профессия** - бухгалтер.
6. **Дата поступления** - 4.05.03г. в 10.00 часов
7. **Дата курации** - 30.04.03г – 8.05.03г.
8. **Диагноз при поступлении:** беременность 35-36 недель, преждевременное излитие околоплодных вод.
9. **Диагноз клинический**: роды первые, преждевременные, преждевременное излитие околоплодных вод, дискоординация родовой деятельности. Мышечная слабость.

# **ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ:**

На схваткообразные боли внизу живота, преждевременное излитие околоплодных вод.

#### 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.
2. **Анамнез жизни**. Родилась первым, единственным ребенком в семье. Развивалась в соответствии с возрастом. В школу пошла с 7 лет. Образование высшее. Профессиональных вредностей нет. Условия быта удовлетворительные: живет в частном доме. Не курит, алкоголь не употребляет.
3. **Перенесенные общие заболевания**. Простудные заболевания: краснуха, ангины, хронический гастрит, в 15 лет перенесла пневмонию. Туберкулез, гепатит и венерические заболевания отрицает.
4. **Гемотрансфузий** не было.
5. **Аллергологический анамнез.** Сыпь на макропен.
6. **Менструальная функция**. Менструации с 14 лет, 5 дней через 28 дней, умеренные, болезненность в 1-й день.
7. **Половая жизнь** - с 18 лет, брак первый, контрацепция – презервативы.
8. **Перенесенные гинекологические заболевания**: уреоплазмоз, микоплазмоз, лечение макролидами.
9. **Беременность** первая.
10. **Течение настоящей беременности: срок 36 недель.**

* последняя менструация – 16.08.02г.
* течение первой половины беременности: без особенностей.
* дата первого шевеления плода – 27.12.02г.
* встала на учет в поликлинике в 6 недель – 14.10.02г.
* течение второй половины беременности: патологическая прибавка в весе в 31 и в 35 недель.
* околоплодные воды отошли 4.05.03г. в 930, прозрачные, без патологических примесей (преждевременное излитие).
* группа крови IV(AB), Rh"+"? Hb 120 г/л.
* Консультации - у терапевта, проведена психопрофилактическая подготовка к родам.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ:**

**Осмотр по системам**

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

Рост - 158 см.

Вес - 65 кг.

t = 37,5 oC

Кожные покровы чистые, умеренно влажные, тургор в норме. Форма живота круглая. Полосы беременности отсутствуют. Молочные железы увеличены, мягкие, соски увеличены, пигментированы.

2. **Органы дыхания.**

При осмотре верхних дыхательных путей патологических изменений не выявлено. Дыхание свободное, осуществляется через нос. Дыхательные движения симметричные, ритмичные. 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 - 75 уд/мин, дефицита пульса нет. Артериальное давление на привой руке 140/80, на левой руке 130/70.

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, окружность живота 95 см, высота стояния дна матки 35 см. 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.

**Специальное акушерское исследование:**

1. **Размеры таза.**

*Distantia spinarum* – расстояние между передними верхними остями подвздошных костей, норма – 25-26 см. У роженицы – 23 см.

*Distantia cristarum* - расстояние между наиболее отдаленными точками гребней подвздошных костей, норма – 28-29 см. У роженицы – 30 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 – 19,5 см.

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

*Признак Вастена* – отрицательный.

2. **Крестцовый ромб:**

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 - 35 см.

5. **Окружность живота** - 95 см.

6. **Предполагаемая масса плода** - 2770 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).

***Заключение:*** Продольное положение плода, головное предлежание, вторая позиция, передний вид.

8. **Сердцебиение плода**: ясное, ритмичное, 140 уд/мин, выслушивается справа, ниже пупка.

9. **Влагалищное исследование.**

Наружные половые органы: развиты нормально, кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски, отходят светлые околоплодные воды. При внутреннем влагалищном исследовании: влагалище емкое, не рожавшей, без патологических изменений; шейка матки укорочена до 2 см, длина шейки матки – 1,5 см. Цервикальный канал проходим для 1 поперечного пальца за внутренний зев. Плодный пузырь отсутствует.

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.

**ДИАГНОЗ:**

Беременность 35-36 недель. Преждевременное излитие околоплодных вод. Кольпит. Мышечная слабость.

# **ПЛАН ВЕДЕНИЯ РОДОВ:**

Роды начать вести консервативно, через естественные родовые пути с использованием спазмолитиков и анальгетиков.

**ПРОТОКОЛ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РОДОВ:**

1. **Период раскрытия 4.05.03г.**

Начало потуг **1010** .

Схватки начались 4.05.03г. в **1400**через 5-7 минуты по 20-25 секунд. Состояние удовлетворительное, жалоб нет, пульс 84 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 довскрыт. Головка плода прижата ко входу в малый таз, стреловидный шов в правом косом размере. Мыс не достижим. Подтекают околоплодные воды, светлые, в количестве 50 мл.

Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин.

Sol. Promedoli 2,0 – 2%

D.t.d. N1 in ampull.

S. Подкожно

**1700**

Состояние удовлетворительное, жалоб нет, пульс 84 в мин., АД - 140/90 мм рт.ст. Схватки через 5-6 минуты по 20-25 секунд, умеренной силы. Подтекают светлые околоплодные воды. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в минуту.

**Влагалищное исследование**: шейка матки укорочена до 1,5 см, цервикальный канал проходим для 2 поперечных пальцев за внутренний зев. Головка прижата ко входу в малый таз в правом косом размере. Мыс не достижим. Экзостозов нет.

**2030**

Состояние удовлетворительное, жалоб нет, пульс 84 в мин., АД - 140/90 мм рт.ст. Схватки через 1,5-2 минуты по 40-45 секунд. Матка расслабляется медленно. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в минуту.

**Влагалищное исследование**: шейка матки укорочена до 2,5 см, цервикальный канал проходим для 2 поперечных пальцев за внутренний зев. Головка прижата ко входу в малый таз в правом косом размере. Мыс не достижим. Экзостозов нет.

1. **Период изгнания 5.05.03г.**

**1010** схватки приняли потужной характер, повторяются через 2 мин по 40-45 сек, головка опустилась на тазовое дно, женщина тужится. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 ударов в минуту.

**1025** на высоте очередной потуги самостоятельно родила живого, доношенного мальчика – вес 2790 г, рост 49 см, окружность головки 34 см, груди 35 см. Оценка по АПГАР 8-9 баллов. Проведена профилактика гонобленореи новорожденного (Sol. Albucidid 20%).

3. **Послеродовый период**

Через 10 мин, в **1035** самостоятельно отделился и родился послед, дольки целые, оболочки все, пуповина 60 см. Кровопотеря в родах – 200 мл.

**Продолжительность родов** – 24 часа 10 минут.

**Период раскрытия** – 18 часа 10 мин.

**Период изгнания** – 15 мин.

**Послеродовый период** – 10 мин.

**Данные осмотра родовых путей:**

Родовые пути осмотрены в зеркалах, обнаружены разрыв слизистой в области малой половой губы справа (наложены швы), произведена обработка йодом.

**1235** 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 послеродовое отделение.

**1320** 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=120/80 мм. рт ст, жалоб нет. Матка в тонусе, выделения кровянистые умеренные.

**ДИАГНОЗ:**

**Клинический:** первые преждевременные роды, преждевременное излитие околоплодных вод, дискоординация родовой деятельности.

**Осложнения в родах:** разрыв слизистой оболочки в области малой половой губы справа.

**ДНЕВНИК:**

6.05.03г.

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=120/80 мм рт. ст.

**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.

**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