

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

шпаргалки



Используй сам,
передай 5 одноклассникам,
и будет вам слава
во время exams.

Акушерство и гинекология

Серия «Шпаргалки»

Текст предоставлен правообладателем
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=180357
Акушерство и гинекология: ЭКСМО; Москва; 2007
ISBN 978-5-699-21182-1

Аннотация

Информативные ответы на все вопросы курса «Акушерство и гинекология» в соответствии с Государственным стандартом.

Содержание

1. Анатомия женских половых органов	4
2. Анатомия женских половых органов (продолжение)	7
3. Физиология женской половой системы	10
4. Анатомия женского таза	13
5. Оплодотворение и развитие плодного яйца	16
6. Изменения в организме женщины во время беременности	19
7. Диагностика беременности	22
8. Признаки зрелости плода, размеры головки и туловища зрелого плода	25
9. Обследование роженицы	28
10. Физикальное обследование	31
11. Физикальное обследование (продолжение)	34
12. Физиологические роды	37
13. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Семь основных движений плода в родах	40
14. Обезболивание родов	43
Конец ознакомительного фрагмента.	45

А. И. Иванов

Акушерство и гинекология

1. Анатомия женских половых органов

Наружные половые органы – это лобок, большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, девственная плева. К внутренним относятся влагалище, матка, маточные трубы и яичники.

Наружные половые органы. Лобок представляет собой область, богатую подкожно-жировой клетчаткой, в половозрелом возрасте покрытую волосным покровом, треугольной формы, основанием обращенным вверх.

Большие половые губы образованы двумя складками кожи, содержащими жировую клетчатку, сальные и потовые железы. Соединены они между собой передней и задней спайкой, а разделены половой щелью. В толще нижней трети больших половых губ располагаются большие железы преддверия – бартолиниевы железы, щелочной секрет которых увлажняет вход во влагалище и разжижает семенную жидкость. Выводные протоки этих желез открываются в бороздке между малыми половыми губами и девственной плевой.

Малые половые губы представляют собой слизистую оболочку в виде двух складок. Они расположены внутри от больших половых губ.

Клиитор находится в переднем углу половой щели, состоит из двух пещеристых тел, богато снабженных кровеносными сосудами и нервными сплетениями.

Преддверие влагалища – пространство, ограниченное малыми половыми губами. В нем открываются наружное отверстие мочеиспускательного канала, выводные протоки больших желез преддверия, вход во влагалище.

Девственная плева представляет собой тонкую соединительно-тканную перегородку, разделяющую наружные и внутренние половые органы.

Внутренние половые органы. Влагалище представляет собой мышечно-фиброзную трубку длиной 8—10 см. Оно располагается в полости малого таза, примыкая спереди к мочеиспускательному каналу и мочевому пузырю, сзади – к прямой кишке. Стенки влагалища состоят из слизистой оболочки, мышечного слоя и окружающей клетчатки. Слизистая оболочка влагалища покрыта многослойным плоским эпителием, имеет розовый цвет и многочисленные поперечные складки, которые обеспечивают растяжимость его в родах. В соответствии с характером микрофлоры принято различать четыре степени чистоты влагалищного содержимого. Первая степень чистоты содержимого, имеет кислый характер, обнаруживаются только влагалищные палочки и отдель-

ные эпителиальные клетки. Вторая степень чистоты палочек становится меньше, появляются отдельные кокки, единичные лейкоциты, реакция остается кислой. Третья степень чистоты характеризуется щелочной реакцией, преобладанием лейкоцитов, кокков и других видов бактерий. При четвертой степени чистоты влагалищные палочки отсутствуют, в содержимом обнаруживаются разнообразная микробная патогенная флора, большое количество лейкоцитов.

Матка – полый гладкомышечный орган грушевидной формы, уплощенный в переднезаднем направлении. В матке различают тело, перешеек и шейку. Верхняя выпуклая часть тела называется дном матки. Полость матки имеет форму треугольника, в верхних углах которого открываются отверстия маточных труб. Внизу полость матки, сужаясь, переходит в перешеек и заканчивается внутренним зевом.

2. Анатомия женских половых органов (продолжение)

Шейка матки – это узкая цилиндрической формы нижняя часть матки. В ней различают влагалищную часть, вдающуюся во влагалище ниже сводов, и надвлагалищную верхнюю часть, располагающуюся выше сводов. Внутри шейки матки проходит узкий шеечный канал, верхний отдел которого заканчивается внутренним зевом, а нижний – наружным. Канал шейки матки содержит слизистую пробку, препятствующую проникновению микроорганизмов из влагалища в матку. Стенки матки состоят из трех слоев. Внутренний слой – слизистая оболочка (эндометрий) с множеством желез, покрытая мерцательным эпителием. В слизистой оболочке различают два слоя: слой, прилегающий к мышечной оболочке, и поверхностный слой – функциональный, который подвергается циклическим изменениям. Большую часть стенки матки составляет средний слой – мышечный (миометрий). Наружный – серозный (периметрий) слой представляет собой брюшину, покрывающую матку. Матка расположена в полости малого таза между мочевым пузырем и прямой кишкой на одинаковом расстоянии от стенок таза.

Маточные трубы начинаются от углов матки, идут в стороны к боковым стенкам таза. Стенки труб состоят из трех

слоев: внутреннего – слизистого, покрытого однослойным мерцательным эпителием, реснички которого мерцают в сторону матки, среднего – мышечного и наружного – серозного. В трубе различают интерстициальную часть, проходящую в толще стенки матки, истмическую – наиболее суженную среднюю часть и ампулярную – расширенную часть трубы, заканчивающуюся воронкой.

Яичники являются парными железами миндалевидной формы, размером. Располагаются по обе стороны матки, позади широких связок, прикрепляясь к их задним листкам. Яичник покрыт слоем эпителия, под которым располагается белочная оболочка, глубже размещается корковое вещество, в котором находятся многочисленные первичные фолликулы в разной стадии развития, желтые тела. В период половой зрелости в яичниках ежемесячно ритмично происходит процесс созревания и выхода в брюшную полость зрелых яйцеклеток, способных к оплодотворению. Эндокринная функция яичников проявляется в выработке половых гормонов, под влиянием которых в период полового созревания происходит развитие вторичных половых признаков и половых органов.

Связочный аппарат половых органов и клетчатка малого таза. Подвешивающий аппарат матки состоит из связок, к которым относятся парные круглые, широкие, воронкотазовые и собственные связки яичников.

Молочные железы. В период половой зрелости молоч-

ная железа имеет гроздьевидное строение и состоит из множества пузырьков – альвеол, образующих крупные дольки. Каждый молочный проток перед выходом на поверхность соска образует расширение в виде мешочка – молочный синус. Междольковые пространства заполнены прослойками волокнистой соединительной и жировой ткани. Дольки молочных желез содержат клетки, продуцирующие секрет – молоко. На поверхности железы располагается сосок, покрытый нежной, морщинистой кожей и имеющий коническую или цилиндрическую форму.

3. Физиология женской половой системы

Женская половая система обладает четырьмя специфическими функциями: менструальной, половой, детородной и секреторной.

Менструальным циклом называются ритмически повторяющиеся сложные изменения в половой системе и во всем организме женщины, подготавливающие ее к беременности. Изменения во время менструального цикла наиболее выражены в органах половой системы, особенно в яичниках и слизистой оболочке матки. Важная роль в регуляции менструального цикла принадлежит гипоталамо-гипофизарной системе. Под влиянием релизинг-факторов гипоталамуса в передней доле гипофиза происходит выработка гонадотропных гормонов, стимулирующих функцию половых желез: фолликулостимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ) и лютеотропного (ЛТГ). ФСГ способствует созреванию фолликулов в яичниках и продукции фолликулярного (эстрогенного) гормона. ЛГ стимулирует развитие желтого тела, а ЛТГ – выработку гормона желтого тела (прогестерона) и секрецию молочных желез. В первую половину менструального цикла преобладает выработка ФСГ, во вторую половину – ЛГ и ЛТГ. Под влиянием этих гормонов происходят

циклические изменения в яичниках.

Яичниковый цикл. Этот цикл составляют три фазы:

- 1) развитие фолликула – фолликулярная фаза;
- 2) разрыв созревшего фолликула – фаза овуляции;
- 3) развитие желтого тела – лютеиновая (прогестероновая) фаза.

В фолликулярной фазе яичникового цикла происходит рост и созревание фолликула, что соответствует первой половине менструального цикла.

Овуляцией называется процесс разрыва зрелого фолликула и выход из его полости созревшей яйцеклетки, покрытой снаружи блестящей оболочкой и окруженной клетками лучистого венца. Яйцеклетка попадает в брюшную полость и далее в маточную трубу, в ампулярном отделе которой происходит оплодотворение. Если оплодотворения не произошло, то через 12–24 ч яйцеклетка начинает разрушаться. Овуляция происходит в середине менструального цикла.

Фаза развития желтого тела (лютеиновая) занимает вторую половину менструального цикла. На месте разорвавшегося фолликула после овуляции образуется желтое тело, продуцирующее прогестерон. Под его влиянием происходят секреторные превращения эндометрия, необходимые для имплантации и развития плодного яйца. Если произошло оплодотворение и наступила беременность, то желтое тело продолжает расти и функционировать в течение первых месяцев беременности и носит название желтого тела бере-

менности.

Маточный цикл. Этот цикл сводится к изменениям в слизистой оболочке матки и имеет одинаковую продолжительность с яичниковым. В нем различают две фазы – пролиферацию и секрецию с последующим отторжением функционального слоя эндометрия. Первая фаза маточного цикла начинается после того, как заканчивается отторжение (десквамация) эндометрия при менструации. Фаза пролиферации эндометрия совпадает с фолликулярной фазой яичникового цикла. Фаза секреции занимает вторую половину менструального цикла, совпадая с фазой развития желтого тела.

4. Анатомия женского таза

Строение костного таза женщины имеет очень важное значение в акушерстве, так как таз служит родовым каналом, по которому продвигается рождающийся плод. Таз состоит из четырех костей: двух тазовых, крестца и копчика.

Тазовая (безымянная) кость состоит из трех сросшихся между собой костей: подвздошной, лонной и седалищной. Подвздошная кость состоит из тела и крыла, расширенного кверху и заканчивающегося гребнем. Спереди гребень имеет два выступа – передневерхнюю и передненижнюю ости, сзади имеются задневерхняя и задненижняя ости. Седалищная кость состоит из тела и двух ветвей. Верхняя ветвь идет от тела книзу и заканчивается седалищным бугром. Нижняя ветвь направляется кпереди и кверху. На задней поверхности ее имеется выступ – седалищная ость. Лонная кость имеет тело, верхнюю и нижнюю ветви. На верхнем крае верхней ветви лонной кости проходит острый гребень, который спереди заканчивается лонным бугорком.

Крестец состоит из пяти сросшихся позвонков. На передней поверхности основания крестца выступ – крестцовый мыс (промонторий). Верхушка крестца подвижно соединена с копчиком, состоящим из четырех—пяти неразвитых сросшихся позвонков. Различают два отдела таза: большой и малый таз, между ними проходит пограничная, или безымян-

ная линия. Большой таз доступен для наружного исследования и измерения в отличие от малого таза. В малом тазе различают вход, полость и выход. В полости таза имеются узкая и широкая части. Соответственно этому условно выделяют четыре плоскости малого таза. Плоскость входа в малый таз является границей между большим и малым тазом. Во входе в таз наибольшим размером является поперечный.

В полости малого таза условно выделяют плоскость широкой части полости малого таза, в которой прямой и поперечный размеры равны, и плоскость узкой части полости малого таза, где прямые размеры несколько больше поперечных. В плоскости выхода малого таза и плоскости узкой части малого таза прямой размер преобладает над поперечным. В акушерском отношении важными являются следующие размеры малого таза: истинная конъюгата, диагональная конъюгата и прямой размер выхода таза. Истинная, или акушерская, конъюгата равна 11 см.

Диагональная конъюгата определяется при влагалищном исследовании, она равна 12,5—13 см. Прямой размер выхода малого таза равен 9,5 см. В процессе родов при прохождении плода через малый таз этот размер увеличивается на 1,5–2 см за счет отклонения верхушки копчика кзади. Мягкие ткани таза покрывают костный таз с наружной и внутренней поверхности и представлены связками, которые укрепляют сочленения таза, а также мышцами. Важное значение в акушерстве имеют мышцы, расположенные в выхо-

де таза. Они закрывают снизу костный канал малого таза и образуют тазовое дно.

Акушерской (передней) промежностью называют ту часть тазового дна, которая находится между анусом и задней спайкой половых губ. Часть тазового дна между заднепроходным отверстием и копчиком называется **задней промежностью**.

5. Оплодотворение и развитие плодного яйца

Оплодотворение – процесс соединения мужской и женской половых клеток. Оно происходит в ампулярной части маточной трубы.

Миграция оплодотворенного яйца. Оплодотворенное дробящееся яйцо продвигается по трубе в сторону матки и на 6—8-ой день достигает ее полости.

Имплантация оплодотворенного яйца. Слизистая оболочка матки ко времени попадания в полость матки оплодотворенного яйца резко утолщенная и рыхлая. В эндометрии вследствие влияния гормона желтого тела накапливается гликоген. Слизистая оболочка матки во время беременности называется **децидуальной**, или **отпадающей оболочкой**. Оплодотворенное яйцо, наружный слой которого представляет собой трофобласт, благодаря наличию протеолитических ферментов расплавляет децидуальную оболочку, погружается в ее толщу и прививается.

Плацента. В конце 1-го месяца беременности плодное яйцо со всех сторон окружено ворсинами хориона. Постепенно происходит васкуляризация хориона: в его ворсины вырастают сосуды зародыша. На 2—3-м месяце беременности начинается атрофия ворсин хориона на одном полюсе плод-

ного яйца, обращенном в полость матки. На противоположном участке хориона, погруженном в слизистую оболочку, ворсины пышно разрастаются и в начале 4-го месяца превращаются в плаценту. Помимо ворсин хориона, в ее формировании принимает участие децидуальная оболочка матки (материнская часть плаценты). Плацента выделяет в материнский организм сложный комплекс гормонов и биологически активных веществ. К концу беременности плацента имеет диаметр 15–18 см, толщину 2–3 см и массу 500–600 г. В плаценте различают две поверхности: внутреннюю (плодовую) и наружную (материнскую). На плодовой поверхности, покрытой водной оболочкой, проходят сосуды, радиально расходящиеся от пуповины. Материнская поверхность состоит из 15–20 долек. Плацента осуществляет функцию обмена веществ между матерью и плодом, барьерную функцию, а также является мощной железой внутренней секреции. Материнская кровь изливается в межворсинчатое пространство и омывает ворсины хориона. Кровь матери и плода не смешивается.

Пуповина. Представляет собой шнуровидное образование, в котором проходят две артерии и одна вена. По артериям течет венозная кровь от плода к плаценте, по вене притекает к плоду артериальная кровь. Прикрепление пуповины может быть центральным, эксцентричным, краевым или оболочечным. Нормальная длина пуповины в среднем 50 см. Послед образуется из плаценты, пуповины, оболочек плода

(амниона и хориона) и изгоняется из матки после рождения плода.

Околоплодные воды. Образуются в результате секреции эпителием амниона, транссудации из крови матери и деятельности почек плода. К концу беременности накапливается примерно 1–1,5 л вод. В водах содержатся гормоны, белок в количестве 2–4 г/л, ферменты, макро– и микроэлементы, углеводы и другие вещества.

6. Изменения в организме женщины во время беременности

В связи с развитием плода в организме беременной происходит большая перестройка деятельности важнейших систем и органов. Масса тела женщины увеличивается, особенно во второй половине беременности. Еженедельная прибавка в этот период составляет 300–350 г. В среднем масса тела к концу беременности увеличивается на 12 кг.

Сердечно-сосудистая система. В матке значительно увеличивается количество сосудов, появляется новое (маточно-плацентарное) кровообращение. Это приводит к усиленной работе сердца. Частота пульса увеличивается на 10–12 ударов в минуту. Объем циркулирующей крови начинает возрастать еще в I триместре. Во II триместре беременности прирост ОЦК максимальный. В конце III триместра ОЦК в 1,4–1,5 раза превышает исходный.

Органы дыхания. К концу беременности минутный объем дыхания рожениц возрастает в среднем в 1,5 раза за счет увеличения объема вдоха и частоты дыхания. Физиологической гипервентиляции в родах сопутствует гипокапния, которая является важнейшим условием нормальной трансплацентарной диффузии углекислого газа от плода к матери.

Органы пищеварения. Изменения выражаются в тош-

ноте, утренней рвоте, повышенном слюноотделении, снижении и даже извращении вкусовых ощущений. Функция кишечника характеризуется склонностью к запорам, поскольку кишечник отодвигается кверху и смещается в сторону беременной маткой.

Органы мочевыделения. Испытывают максимальную нагрузку по выведению продуктов обмена матери и плода. Мочеточники во время беременности находятся в состоянии гипотонии и гипокинезии, что приводит к замедлению оттока мочи, расширению мочеточников и почечных лоханок. Почечный кровоток во время беременности возрастает.

Нервная система. В ранние сроки беременности наблюдается снижение возбудимости коры головного мозга, повышение рефлекторной деятельности подкорковых центров и спинного мозга. Этим объясняются повышенная раздражительность, утомляемость, сонливость, быстрая смена настроения, снижение внимания.

Эндокринная система. Начинает функционировать — **желтое тело.** Оно существует в яичнике в течение первых 3—4-х месяцев беременности. Желтое тело беременности выделяет гормон прогестерон, который создает в матке необходимые условия для имплантации оплодотворенной яйцеклетки, снижает ее возбудимость и тем самым благоприятствует развитию зародыша.

Половые органы. Наружные половые органы, влагалище, шейка матки разрыхляются, становятся сочными, лег-

корастяжимими, приобретают синеватую окраску. Особенно сильно размягчается и растягивается перешеек матки, который на 4-м месяце беременности вместе с частью нижнего отдела матки превращается в нижний маточный сегмент. Объем полости матки увеличивается. Связочный аппарат подвергается значительному утолщению и удлинению.

7. Диагностика беременности

Диагностика ранних сроков беременности производится на основании выявления предположительных (сомнительных) и вероятных признаков беременности.

Предположительные (сомнительные) признаки. Связаны с общими изменениями в организме беременной. Наблюдается изменение аппетита и вкуса, обоняния, появляются тошнота, иногда рвота по утрам, недомогание, раздражительность.

Вероятные признаки беременности. Это объективные изменения, со стороны половых органов женщины, молочных желез, увеличение молочных желез и выделение из них при надавливании молозива, синюшная окраска слизистой оболочки влагалища и шейки матки, увеличение матки. Беременность ранних сроков характеризуется определенными признаками.

1. Увеличение матки становится заметным с 5—6-й недели. В конце 2-го месяца размеры матки достигают величины гусиного яйца. К концу 3-го месяца дно матки определяется на уровне верхнего края симфиза.

2. Признак Горвица—Гегара – появление размягчения в области перешейка.

3. Признак Снегирева – изменение консистенции матки при ее пальпации (после исследования матка становится бо-

лее плотной).

4. Признак Пискачека – взбухание одного из углов матки, связанного с развитием плодного яйца.

5. Признак Гентера – на передней поверхности матки по средней линии прощупывается гребневидный выступ.

Диагностика поздних сроков беременности основывается на регистрации достоверных признаков, как то: движение плода, выслушивание сердечных тонов плода, прощупывание частей плода, данные рентгенологического и ультразвукового обследования.

Биологические и иммунологические методы диагностики беременности. Реакция Ашгейма—Цондека.

С наступлением беременности в моче женщины появляется большое количество хориального гонадотропина, экскреция которого достигает максимума на 8—11-й неделе беременности. Этот гормон можно обнаружить в моче уже со 2-го дня после имплантации. Для исследования берут утреннюю порцию мочи.

Реакция Фридмана. Для диагностики беременности используется половозрелая крольчиха в возрасте 3–5 месяцев массой от 900 до 1500 г. В ушную вену половозрелой крольчихи 6 раз в течение 2 суток вводят по 4 мл мочи, взятой у обследуемой женщины. Через 48–72 ч после последней инъекции под эфирным наркозом с соблюдением правил асептики вскрывают брюшную полость и осматривают половые органы. При положительной реакции в яичниках и мат-

ке наблюдаются изменения, аналогичные выявленным у мышей. Через 6–8 недель при положительной реакции и через 4 недели при отрицательной крольчиха может быть взята для повторного исследования. Точность реакции – 98–99 %.

Иммунологические методы исследования основаны на обнаружении в моче обследуемой женщины хорионического гонадотропина.

8. Признаки зрелости плода, размеры головки и туловища зрелого плода

Длина (рост) зрелого доношенного новорожденного колеблется от 46 до 52 см и более, составляя в среднем 50 см. Средняя масса тела зрелого доношенного новорожденного 3400–3500 г. У зрелого доношенного новорожденного хорошо развит подкожный жировой слой; кожа розовая, эластичная; пушковый покров не выражен, длина волос на голове достигает 2 см; ушные и носовые хрящи упругие; ногти плотные, выдаются за края пальцев. Пупочное кольцо находится на середине расстояния между лоном и мечевидным отростком. У мальчиков яички опущены в мошонку. У девочек малые половые губы прикрыты большими. Крик ребенка громкий. Мышечный тонус и движения достаточной силы. Сосательный рефлекс хорошо выражен.

Главной особенностью черепной части головки является то, что ее кости соединены фиброзными перепонками – швами. В области соединения швов находятся роднички – широкие участки соединительной ткани. Крупная головка может менять свою форму и объем, так как швы и роднички позволяют костям черепа заходить друг за друга. Благодаря такой пластичности головка приспособляется к родо-

вым путям матери. Наиболее важными швами, соединяющими кости черепа плода, являются следующие: стреловидный шов, проходящий между двумя теменными костями; лобный шов – между двумя лобными костями; венечный шов – между лобной и теменной костью; лямбдовидный (затылочный) шов – между затылочной и теменными костями. Среди родничков на голове плода практическое значение имеют большой и малый роднички. Большой (передний) родничок имеет ромбовидную форму и находится на месте соединения стреловидного, лобного и венечного швов. Малый (задний) родничок имеет треугольную форму и представляет собой небольшое углубление, в котором сходятся стреловидный и лямбдовидный швы.

Головка доношенного зрелого плода имеет следующие размеры:

- 1) прямой размер (от переносицы до затылочного бугра) – 12 см, окружность головки по прямому размеру – 34 см;
- 2) большой косой размер (от подбородка до затылочного бугра) – 13–13,5 см; окружность головки – 38–42 см;
- 3) малый косой размер (от подзатылочной ямки до переднего угла большого родничка) – 9,5 см, окружность головки – 32 см;
- 4) средний косой размер (от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба) – 10 см; окружность головки – 33 см;
- 5) отвесный, или вертикальный, размер (от верхушки те-

мени до подъязычной области) – 9,5—10 см, окружность головки – 32 см;

6) большой поперечный размер (наибольшее расстояние между теменными буграми) – 9,5 см;

7) малый поперечный размер (расстояние между наиболее отдаленными точками венечного шва) – 8 см.

Размеры **туловища** плода следующие:

1) размер плечиков (поперечник плечевого пояса) – 12 см, окружность плечевого пояса – 35 см;

2) поперечный размер ягодиц – 9 см, окружность – 28 см.

9. Обследование роженицы

С началом родовой деятельности беременная поступает в приемное отделение родильного дома, где проводится ее обследование и составляется план ведения родов.

При обследовании роженицы учитываются анамнез, физикальный осмотр, данные лабораторных исследований и оценка состояния плода.

Анамнез по течению настоящей беременности, предыдущим беременностям, хроническим заболеваниям

Течение настоящей беременности. Оценивают, основываясь на данных анамнеза и медицинской карты роженицы. Необходимо уточнить некоторые данные независимо от результатов родового наблюдения.

Определение срока беременности. Предполагаемую дату родов вычисляют, отсчитав 40 недель от 1-го дня последней менструации. Если известна дата последней овуляции или день зачатия, от этого дня отсчитывают 38 недель. Дата последней овуляции определяется по графику измерения базальной температуры. Также имеют значение следующие признаки: определение сердцебиения плода методом доплеровского исследования (с 10—12-й недели), а начиная с 18—20-й недели беременности сердцебиение можно определять при помощи акушерского стетоскопа. Женщина на-

чинает чувствовать первое шевеление плода чаще всего с 17-й недели беременности. Также учитывается срок беременности, определенный по размерам матки в первые недели беременности. Кроме того, важны размеры плода, выявленные при УЗИ до 24-й недели беременности.

Если точная дата последней менструации не установлена и отсутствуют данные дородового обследования, точное установление сроков беременности усложняется. Поскольку наблюдение течения доношенной, недоношенной и переношенной беременностей имеет различие, то необходимо проведение УЗИ для установления или уточнения сроков беременности или в некоторых случаях амниоцентеза для определения степени зрелости легких плода.

Заболевания в течение настоящей беременности. Женщину расспрашивают о течении беременности, подробно выясняя все жалобы. Необходимо обратить внимание на заболевания в анамнезе женщины.

Обследование в родах

Схватки. Важно выяснить время начала схваток, частоту, силу и их продолжительность. Если родовая деятельность проходит нормально, частота схваток регулярная, они сильные, с выраженным болевым компонентом, при этом роженица не может ходить и разговаривать, часто при этом могут быть кровянистые выделения из влагалища.

Отхождение околоплодных вод происходит во время схваток или до них. Если при сборе анамнеза сообщается

об одномоментном обильном отхождении жидкости из влагалища, то можно сделать вывод, что это именно околоплодные воды. Если выделения скудные, проводится влагалищное исследование и делается микроскопия мазка для выяснения природы этих выделений. Это может быть моча, отделяемое из влагалища или же околоплодные воды. Длительный безводный период создает возможность для развития хориоамнионита.

Кровянистые выделения из влагалища. Необильные кровянистые выделения наблюдаются при нормальном течении родов. При обильном выделении крови необходимо срочное обследование.

10. Физикальное обследование

Общий осмотр

Основные физиологические показатели. Измеряют частоту пульса, величину АД измеряют в паузах между схватками.

Наружное акушерское исследование

Размеры матки. К концу 1-го акушерского месяца матка достигает размеров куриного яйца. При влагалищном исследовании определить беременность обычно не представляется возможным. К концу 2-го месяца (8-й недели) матка увеличивается до размеров гусиного яйца. К концу 3-го месяца (12-й недели) отмечается ассиметрия матки (признак Пискачека), она увеличивается до размеров мужского кулака, дно ее достигает верхнего края симфиза. К концу 4-го месяца (16-й недели) дно матки определяется на середине расстояния между симфизом и пупком или на 6 см выше пупка. К концу 5-го месяца (20-й недели) дно матки располагается на 11–12 см над лоном или на 4 см ниже пупка. К концу 6-го месяца (24-й недели) дно матки находится на уровне пупка или на 22–24 см над лоном. К концу 7-го месяца (28-й недели) дно матки определяется на два поперечных пальца выше пупка или на 25–28 см над лоном. К концу 8-го месяца (32-й недели) дно матки располагается на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком выше лона на 30–

32 см.

К концу 9-го месяца (36-й недели) дно матки достигает мечевидного отростка и реберных дуг. К концу 10-го месяца (40-й недели) дно матки опускается до уровня 32-недельной беременности. Методом пальпации матки определяют приблизительные размеры плода, количество околоплодных вод.

Наружное акушерское исследование включает в себя четыре приема Леопольда.

Расположение плода в матке. Согласно основным методикам исследования можно без затруднений определить положение плода в матке, членорасположение его, позицию и вид плода.

Положение плода – это отношение продольной оси тела плода к продольной оси тела матери. Положение плода бывает продольным, поперечным и косым.

Предлежание плода. Это отношение крупной части плода ко входу в малый таз. Предлежащая часть – эта часть тела плода, которая располагается над входом в малый таз. Предлежать могут головка, таз плода или плечико. Если над входом в малый таз располагается тазовая часть плода, предлежание называется тазовым. Тазовое предлежание может быть чисто ягодичным, смешанным ягодичным, ножным полным и неполным.

Позицией плода называется отношение спинки плода к левой или правой стенке матки. Различают первую (левую)

и вторую (правую) позиции плода.

Вид плода – отношение его спинки к передней стенке матки. Первая позиция чаще сочетается с передним видом, вторая – с задним видом.

Аускультацию сердца плода в последнее время все чаще заменяют КТГ. Этот метод помогает регистрировать ЧСС и вариабельность сердечного ритма (акцелерации и децелерации).

Проведение влагалищного исследования начинается с осмотра и пальпации области промежности и таза. При отхождении околоплодных вод могут обнаруживаться при вагинальном осмотре ягодицы плода, или головка, или петли пуповины.

11. Физикальное обследование (продолжение)

Шейка матки

Степень раскрытия шейки матки измеряется в сантиметрах: от 0 (шейка матки закрыта) до 10 см (раскрыта полностью).

Сглаживание шейки матки является одним из показателей ее зрелости и готовности к родам. У первородящих женщин сначала происходит сглаживание, а после раскрытие шейки матки. При повторных родах сглаживание и раскрытие шейки матки происходит практически одновременно.

Предлежание плода определяется пальпаторно. При затылочном предлежании можно пропальпировать швы и роднички на головке плода, при тазовом – определить ягодичцы и стопы, при лицевом – лицевую часть головки плода.

Позиция плода. При передней позиции предлежащая часть обращена к лобковому сочленению, при задней позиции – к крестцу. Поперечная (правая или левая) позиция – предлежащая часть обращена к правой или левой стенке малого таза. При тазовом предлежании – по крестцу плода, при лицевом – по расположению подбородка. При передней позиции затылочного предлежания затылок повернут к лобковому симфизу. При правой поперечной позиции затылочно-

го предлежания – к правой влагалищной стенке.

Исследуют кости таза. Размеры и форма малого таза определяются по размерам большого таза.

Вход в малый таз спереди образован верхним краем лобкового сочленения симфиза, сзади – вершиной промонториума, боковые границы – дугообразные линии подвздошных костей. Прямой размер малого таза определяется по величине диагональной конъюгаты, которая в норме составляет 12 см и более.

Полость малого таза спереди образована задней поверхностью лобкового симфиза, сзади – передней поверхностью крестцовых позвонков, а боковые стенки – седалищными костями. Поперечный размер полости малого таза в норме более 9 см.

Выход из малого таза спереди находится в области нижнего края лобковой дуги, сзади – в области верхушки копчика, по бокам – между седалищными буграми. Поперечный размер малого таза не менее 8 см при нормальных размерах. Острый подлобковый угол чаще всего свидетельствует об узком тазе. Обычно встречается сочетанное уменьшение всех размеров малого таза.

Роженицам проводятся лабораторные исследования: общий анализ крови и мочи и серологическое исследование на сифилис, при принадлежности к группе высокого риска – и на HBsAg.

Оценка состояния плода в родах проводится с целью

ранней диагностики внутриутробной гипоксии и гибели плода. Для этого ведется ряд обследований: аускультация сердца плода через некоторые промежутки времени, непрерывная КТГ (прямая или непрямая), определение кислотно-основного состава крови.

Аускультацию сердца плода в фазе первого периода родов проводят каждые 15 мин, а во втором периоде родов – каждые 5 мин (или после каждой потуги).

12. Физиологические роды

Периоды родов

Период раскрытия – это первый период. Он начинается с первой схваткой. Они частые, интенсивные, длительные. Первый период делится на две фазы – фазу медленного раскрытия и фазу быстрого раскрытия. Во время первой фазы шейка матки раскрывается до 4 см, во время второй – от 4 до 10 см. Переход от схваток к потугам и отхождение околоплодных вод завершает первый период.

Второй период (изгнания) характеризуется изгнанием плода.

Третий период (последовый). Начало – момент рождения ребенка, окончание – отделение плаценты и рождение последа.

Первый период родов. Продолжительность его у первородящих составляет около 12 ч, при повторных родах – примерно 7 ч.

Сразу после начала схваток необходимо контролировать ЧСС плода.

Амниотомия производится по следующим показаниям:

- 1) многоводие, плоский плодный пузырь, краевое предлежание плаценты, преждевременная отслойка плаценты;
- 2) необходимость непосредственного доступа к плоду для

инвазивных процедур;

3) родовозбуждение и родостимуляция.

Второй период родов. Период изгнания начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается рождением ребенка. Длительность второго периода у первородящих примерно около часа, у повторнородящих он короче в 2 раза. В этом периоде появляются потуги. В некоторых случаях этот период у первородящих по ряду причин может удлиниться до 2 часов и более.

Третий период родов заканчивается рождением последа. Продолжительность его 10–20 мин.

Родоразрешение через естественные родовые пути

Рождение головки. При потугах половая щель растягивается головкой плода. Сначала отмечается врезывание головки – головка показывается в половой щели лишь во время потуг, исчезая с их прекращением.

Рождение плечиков. Чаще всего плечики появляются сразу за наружным поворотом головки и рождаются самостоятельно.

Прием родов при головном предлежании

Регулирование продвижения прорезывающейся головки. Для предотвращения разгибания головки в родах во время потуги тремя пальцами правой руки необходимо придерживать головку.

Выведение головки. После рождения затылка плода роженице советуют глубоко и ритмично дышать, чтобы сдер-

жать потуги.

Освобождение плечевого пояса. Поворот головки лицом к бедру роженицы в правую или левую сторону происходит после ее рождения. Одновременно с этим плечики встают в прямом размере таза (внутренний поворот плечиков)

Рождение туловища. После освобождения плечиков ладони с обеих сторон помещают на грудку плода и направляют его туловище вверх. Происходит рождение нижней части туловища.

13. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Семь основных движений плода в родах

Биомеханизм родов заключается в процессе адаптации положения головки плода при прохождении через различные плоскости таза. Этот процесс необходим для рождения ребенка и включает семь последовательных движений. Отечественная школа акушеров выделяет при переднем виде затылочного предлежания четыре момента механизма родов. Эти моменты соответствуют 3-, 4-, 5- и 6-му движениям плода во время родовой деятельности.

Вставление головки – это расположение головки при пересечении плоскости входа в малый таз. Нормальное вставление головки называется осевым, или синклитическим. Оно осуществляется при перпендикулярном положении вертикальной оси по отношению к плоскости входа в малый таз. Стреловидный шов при этом находится приблизительно на одинаковом расстоянии от мыса и лобкового симфиза. При любом отклонении от расстояния вставление будет считаться асинклитическим.

Продвижение. Первое условие для рождения ребенка –

прохождение плода по родовым путям. Если вставление головки плода уже произошло к началу родов (у первобеременных), продвижение можно наблюдать до начала второго периода родов. При повторных родах продвижение обычно сопровождается вставлением.

Сгибание головки происходит в норме, когда опускающаяся головка плода встречает сопротивление со стороны шейки матки, стенок таза и тазового дна. Это считается первым моментом биомеханизма родов (согласно отечественной классификации). Подбородок приближается к грудной клетке.

При сгибании головка плода предлежит своим наименьшим размером. Он равен малому косому размеру и составляет 9,5 см.

При внутреннем повороте головки предлежащая часть опускается. Поворот завершается при достижении головкой уровня седалищных остей. Движение состоит из постепенного поворота затылка кпереди по направлению к симфизу. Это считается вторым моментом механизма родов (согласно отечественной классификации).

Разгибание головки начинается, когда область подзатылочной ямки (точка фиксации) подходит к лобковой дуге. Затылок при этом находится в непосредственном контакте с нижним краем лобкового симфиза (точкой опоры), вокруг которого головка разгибается.

При разгибании из половых путей последовательно рож-

даются теменная область, лоб, лицо и подбородок.

Наружный поворот головки и внутренний поворот туловища. Родившаяся головка возвращается в исходное положение. Затылок снова занимает сначала косое положение, переходя затем в поперечную позицию (левую или правую). При этом движении поворачивается туловище плода, и происходит установка плечиков в переднезаднем размере выхода таза, что составляет четвертый этап механизма родов.

Изгнание плода. Рождение переднего плечика под симфизом начинается после наружного поворота головки, промежность вскоре растягивает заднее плечико. После появления плечиков происходит быстрое рождение ребенка.

14. Обезболивание родов

Обезболивание родов – это процесс, который должен быть эффективным и обязательно безопасным для плода.

Психопрофилактическая подготовка

Основная цель психопрофилактической подготовки – научить женщину не бояться родов, слушаться указаний врача во время родов и переключать внимание с болевых ощущений на что-либо другое, обучить разным способам дыхания во время схваток и в момент рождения головки плода. Это самый безопасный метод обезболивания родов.

Медикаментозное обезболивание

Для снятия возбуждения, уменьшения тошноты и рвоты в качестве компонентов медикаментозного обезболивания используются транквилизаторы и седативные препараты. При открытии шейки матки более 4 см в активную фазу родов и возникновении болезненных схваток рекомендуется назначение седативных препаратов в сочетании с наркотическими анальгетиками.

В зависимости от периода родов назначают различные анальгетики. Во время медленного раскрытия шейки матки эффективно использование барбитуратов короткого действия и транквилизаторов (секобарбитала, гидроксизина, пентобарбитала). Несмотря на то что гидроксидин быстро проникает через плаценту, он не оказывает угнетающего

влияния на ЦНС плода и на оценку новорожденного по шкале Апгар. Наркотические анальгетики в сочетании со спазмолитическими средствами применяют только в фазе быстрого раскрытия шейки матки (у первородящих после раскрытия шейки матки на 3–4 см, а у повторнородящих – на 5 см). За 2–3 ч до изгнания плода необходимо прекратить введение наркотических анальгетиков во избежание его наркотической депрессии.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.