Государственное бюджетное учреждение Республики Марий Эл
среднего профессионального образования
«Йошкар-Олинский медицинский колледж»

Выпускная квалификационная работа

Особенности ведения первого периода родов в современных условиях

Выполнила: Саляхова Гузель Мидхатовна
студентка гр А-31
Руководитель: Чепайкин Александр Владимирович
заведующий родового отделения №1

г.Йошкар-ола,2016

Содержание

Введение……3
1.Теоретическая часть…….....4
1 Периоды физиологических родов……4
1.1 Роды и их особенности……..4
1.2 Механизм родов……17
1.3 Клиническое течение родов…….27
1.4 Ведение родов в первом периоде……32
1.5Особенности ведения первого периода родов в современных условиях…54
2.Практическая часть……60
2.1 Основные направления деятельности……...61
2.2 Общие положения акушерки родового отделения…….....65
2.3Статистика родов по неделям…….....68
Заключение…….……70
Список использованных источников…….…..71
Приложения……..74

Введение

Роды - это завершающий этап беременности, и от правильности его ведения во многом зависит дальнейшее состояние здоровья матери и плода. Благодаря своевременности и адекватности мер, принимаемых медицинским персоналом в течение родов, удается избежать многих осложнений, поэтому в нашей стране роды в основном проводятся в специализированных родовспомогательных учреждениях, оснащенным современным оборудованием. В последние десятилетия ведение родов носит выжидательно-активный характер, что подразумевает не только тщательное наблюдение за состоянием роженицы и плода во время родов, но и профилактику, и коррекцию отклонений в ходе родоразрешения, а при необходимости - и экстренное родоразрешения [5, с. 55].

Целью настоящей дипломной работы является изучение первого периода родов. В рамках выбранной темы необходимо решить следующие задачи: рассмотреть периоды физиологических родов; ознакомиться с ведением родов первого периода.

Объектом исследования данной работы является акушерское дело. Предмет исследования – ведение родов.

При написании настоящей работы для решения поставленной цели использован комплекс общенаучных методов, в частности: сравнения, наблюдения, типологии, абстрактно-логический.

Теоретической базой исследования выступила современная научная и периодическая литература по теме исследования.

Структура работы отражает логику и содержание исследования, проводимого в рамках настоящей дипломной работы.

1 Периоды физиологических родов

1.1 Роды и их особенности

По определению ВОЗ, «Нормальные роды - это роды, которые начинаются спонтанно у женщин низкого риска в начале родов и остаются таковыми в течение всех родов: ребенок рождается спонтанно в головном предлежании при сроке беременности от 37 до 42 полных недель, и после родов мать и ребенок находятся в хорошем состоянии».

Роды разделяют на три периода: период раскрытия, период изгнания и последовый период. Общая продолжительность родов зависит от многих обстоятельств: возраст, подготовленность организма женщины к родам, особенности костного таза и мягких тканей родовых путей, размера плода, характера предлежащей части и особенности ее вставления, интенсивность изгоняющих сил и др. [8, с. 48].

Средняя продолжительность физиологических родов составляет 7-12 (до 18) часов. Роды, продолжающиеся менее 6 часов, называют быстрыми, а 4 часа и менее - стремительными или штурмовыми. Если продолжительность превышает 18 часов, роды считаются затяжными. Быстрые, стремительные и затяжные роды являются патологическими, так как часто сопряжены с риском травмы плода, родовых путей, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах и другими осложнениями.

Длительность родов по периодам:

I период: 8-11 часов у первородящей; 6-7 часов у повторнородящей;

II период: первородящие – 45-60 мин; повторнородящие – 20-30 мин;

III период: -5-15 мин, максимум 30 мин.

Предвестники родов. Роды редко наступают неожиданно, внезапно. Обычно за 2-3 нед до их наступления появляется ряд признаков, которые принято называть предвестниками родов.

К их числу относятся:

1. Опускание предлежащей части плода ко входу в малый таз. За 2-3 нед до родов предлежащая часть плода, чаще всего головка, прижимается ко входу в малый таз, вследствие этого высота стояния дна матки уменьшается. Беременная при этом отмечает, что ей становится легче дышать;

2. Повышение возбудимости матки. В последние 2-3 нед беременности периодически возникают нерегулярные сокращения матки, сопровождающиеся болезненными ошущениями. Такие сокращения матки иазываются ложными схватками, схватками-предвестниками, подготовительными (прелиминарными) схватками. Ложные схватки никогда не носят регулярного характера и не приводят к изменениям в шейке матки;

3. В последние дни перед родами у беременной периодически появляются слизистые выделения из половых путей, происходит выделение слизистой пробки – содержимого шеечного канала, что также свидетельствует о близости наступления родового акта [12, с. 205].

Накануне родов наблюдаются изменения в шейке матки, совокупность которых характеризует состояние ее зрелости. Эти изменения легко распознаются при влагалищном исследовании и выражаются в следующем: зрелая шейка матки располагается в центре малого таза, укорачивается (длина зрелой шейки матки не превышает 2 см) и размягчается; шеечный канал становится проходимым для пальца (таблица 1).

Таблица 1 - Шкала оценки «зрелости» шейки матки

Признаки	0 баллов	1 балл	2 балла
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена, но в области внутреннего зева уплотнена	Мягкая
Длина шейки матки	Больше 2 см	1-2 см	Меньше 1 см и сглажена
Проходимость канала, зева	Наружный зев закрыт, пропускает кончик пальца	Канал шейки проходим для одного пальца, но определяется уплотнение в области	Больше одного пальца, при сглаженной шейке более 2 см

		внутреннего зева	
Положение шейки по отношению к проводной оси таза	Кзади	Кпереди	Срединное

В отличие от шкалы Бишопа, в данной таблице не учитывается отношение головки к плоскостям таза.

При оценке 0-2 балла - шейка считается «незрелой», 3-4 балла – «недостаточно зрелой», 5-8 баллов – «зрелой». «Созревание» шейки матки перед родами обусловлено морфологическими изменениями коллагена и эластина, повышением их гидрофильности и растяжимости. В результате происходят размягчение и укорочение шейки, открытие сначала внутреннего, а затем наружного зева. «Зрелость» шейки матки, определяемая при влагалищном исследовании и видоизмененой шкале Бишопа, является основным признаком готовности организма к родам.

Родовые изгоняющие силы.

К родовым изгоняющим силам относятся схватки и потуги. Началом родов считаются появление регулярных сокращений матки – родовых схваток. Схватки возникают непроизвольно, независимо от желания женщины. Родовые схватки носят периодический характер и нередко сопровождаются болевыми ощущениями. Промежутки между схватками называются паузами. Вначале схватки чередуются каждые 10-15 мин и длятся по 10-15 с. Впоследствии схватки учащаются и становятся более продолжительными. В конце первого периода родов схватки возникают каждые 3-4 мин и длятся по 40-45 с. С момента возникновения регулярной родовой деятельности и да окончания родов женщина называется роженицей [17, с. 194].

Другой разновидностью изгоняющих сил являются потуги. Кроме сокращения матки, потуга включает участие мышц брюшного пресса, диафрагмы, верхних и иижних конечностей. Потуги возникают рефлекторно вследствие раздражения нервных окончаний шейки матки, влагалища, мышц и фасций тазового дна продвигающейся по родовому каналу предлежащей

частью плода. Потуги возникают непроизвольно, но, в отличие от схваток, роженица мажет регулировать их силу и продолжительность. Это позволяет врачу и акушерке специальными приемами управлять родами в период изгнания. В результате одновременного согласованного действия сокращений матки и скелетных мышц происходит изгнание плода.

Начало родов характеризуется регулярными схватками через 15-20 мин. Выделяют три периода родов: первый период - раскрытие шейки матки; второй период - изгнание плода; третий период - последовый.

В настоящее время при широком использовании обезболивания, более активной тактике ведения родов их продолжительность уменьшилась и составляет у первородящих 12-16 ч, у повторнородящих - 8-10 ч. В руководствах XIX-XX веков нормальной называется продолжительность родов 15-20 ч у первородящих и 10-12 ч у повторнородящих.

Первый период родов - раскрытие шейки матки. Он начинается с момента появления регулярных схваток, которые способствуют укорочению, сглаживанию и раскрытию шейки матки. Первый период родов заканчивается полным раскрытием шейки матки [26, с. 96]. Продолжительность первого периода родов у первородящих составляет 10-12 ч, у повторнородящих - 7-9 ч.

Раскрытию шейки матки способствуют: а) своеобразные, характерные только для матки сокращения мышц (контракция, ретракция, дистракция); б) давление на шейку изнутри плодным пузырем, а после излития околоплодных вод - предлежащей частью плода из-за повышения внутриматочного давления.

Особенности сокращения матки определяются ее строением и расположением мышечных волокон. С акушерских позиций матка делится на тело и нижний сегмент, который начинает формироваться в середине беременности из шейки матки и перешейка. В теле матки преобладают мышечные волокна, расположенные продольно или косопродольно. В нижнем сегменте они расположены циркуляторно (рисунок 1).

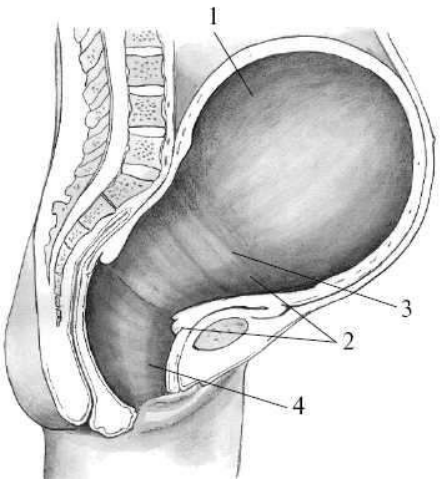

Рисунок 1 - Строение матки в родах. 1 - тело матки; 2 - нижний сегмент; 3 - контракционное кольцо; 4 - влагалище

Мышцы тела матки, сокращаясь, способствуют раскрытию шейки и изгнанию плода и последа. Механизм сократительной деятельности матки очень сложен и до конца не ясен. Общепризнана теория сокращения, которую предложили Caldeyro-Barcia и Poseiro в 1960 г. Исследователи вводили в стенку матки роженицы на разных уровнях эластичные микробаллончики, реагирующие на сокращение мышц, а в полость матки - катетер, реагирующий на внутриматочное давление, и регистрировали особенности сокращения мышц в различных ее отделах. Схема сокращения матки по Кальдейро-Барсия представлена на рисунке (рисунок 2).

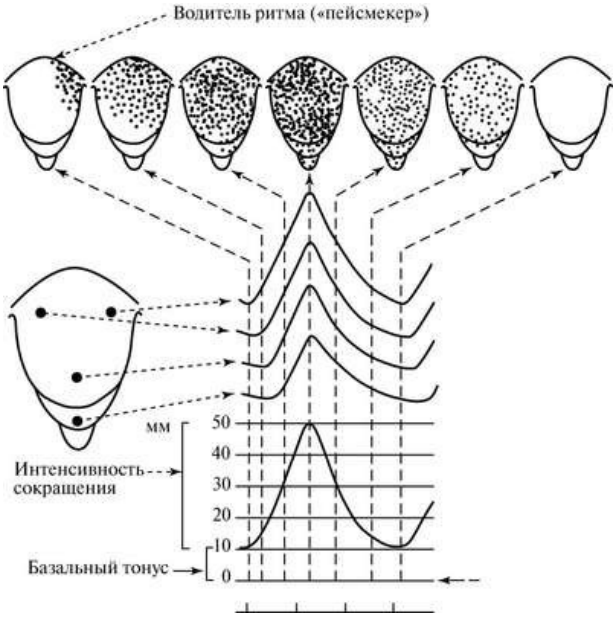

Рисунок 2 - Тройной нисходящий градиент (схема) (Caldeyro-Barcia R., 1965). 1 - водитель ритма; («пейсмейкер»); 2 - внутриматочное давление; 3 - интенсивность сокращения; 4 - базальный тонус

В результате исследований был сформулирован закон тройного нисходящего градиента, суть которого заключается в том, что волна сокращения матки имеет определенное направление сверху вниз (1-й градиент); уменьшение продолжительности (2-й градиент) и интенсивности (3-й градиент) сокращения мышц матки сверху вниз. Следовательно, верхние отделы матки по отношению к ниже расположенным сокращаются продолжительнее и интенсивнее, формируя доминанту дна матки [27, с. 241].

Возбуждение и сокращение матки начинается в одном из маточных углов (рисунок 2), в области водителя ритма («пейсмейкер»). Водитель ритма появляется только в родах и представляет собой группу гладкомышечных клеток, способных генерировать и суммировать высокие заряды клеточных мембран, инициируя волну сокращения мышц, которая перемещается к противоположному маточному углу, затем переходит на тело и нижний сегмент с убывающей продолжительностью и силой. Водитель ритма чаще формируется в маточном углу, противоположном расположению плаценты. Скорость распространения волны сокращения сверху вниз равна 2-3 см/с. В результате через 15-20 с сокращение охватывает всю матку. При нормальной координированной родовой деятельности пик сокращения всех слоев и уровней матки приходится на одно и то же время (рисунок 2). Суммарное действие сокращения мышц реализует активность матки и значительно повышает внутриамниотическое давление [28, с. 94].

Амплитуда сокращения, уменьшаясь по мере его распространения от дна к нижнему сегменту, создает в теле матки давление 50-120 мм рт. ст., а в нижнем сегменте всего 25-60 мм рт. ст., т.е. верхние отделы матки сокращаются в 2-3 раза интенсивнее, чем нижние. Благодаря этому в матке возможна ретракция - смещение мышечных волокон кверху. Во время схваток продольно расположенные мышечные волокна, растянутые в длину, сокращаясь, переплетаются между собой, укорачиваются и смещаются относительно друг друга. Во время паузы волокна не возвращаются в

первоначальное положение. Вследствие этого происходит смещение значительной части мускулатуры из нижних отделов матки в верхние. В результате стенка тела матки прогрессирующе утолщается, сокращаясь все интенсивнее и интенсивнее. С ретракционной перегруппировкой мышц тесно связан параллельно идущий процесс дистракции шейки матки - растяжение круговой мускулатуры шейки. Продольно расположенные мышечные волокна тела матки в момент контракции и ретракции натягивают и влекут за собой циркулярно расположенные мышечные волокна шейки матки, способст-вуя ее раскрытию.

При сокращении матки важное значение имеет взаимосвязь (реципрокность) ее различных отделов (тело, нижний сегмент). Сокращение продольно расположенных мышц должно сопровождаться растяжением поперечно расположенных мышц нижнего сегмента и шейки, что способствует ее раскрытию.

Второй механизм раскрытия шейки матки связан с образованием плодного пузыря, так как во время схваток в результате равномерного давления стенок матки околоплодные воды устремляются к внутреннему зеву в сторону наименьшего давления (рисунок 3 а), где нет сопротивления стенок матки. Под напором околоплодных вод нижний полюс плодного яйца отслаивается от стенок матки и внедряется во внутренний зев канала шейки (рисунок 3, б, в). Эта часть околоплодных вод оболочки нижнего полюса яйца называется плодным пузырем, расширяет шейку матки изнутри.

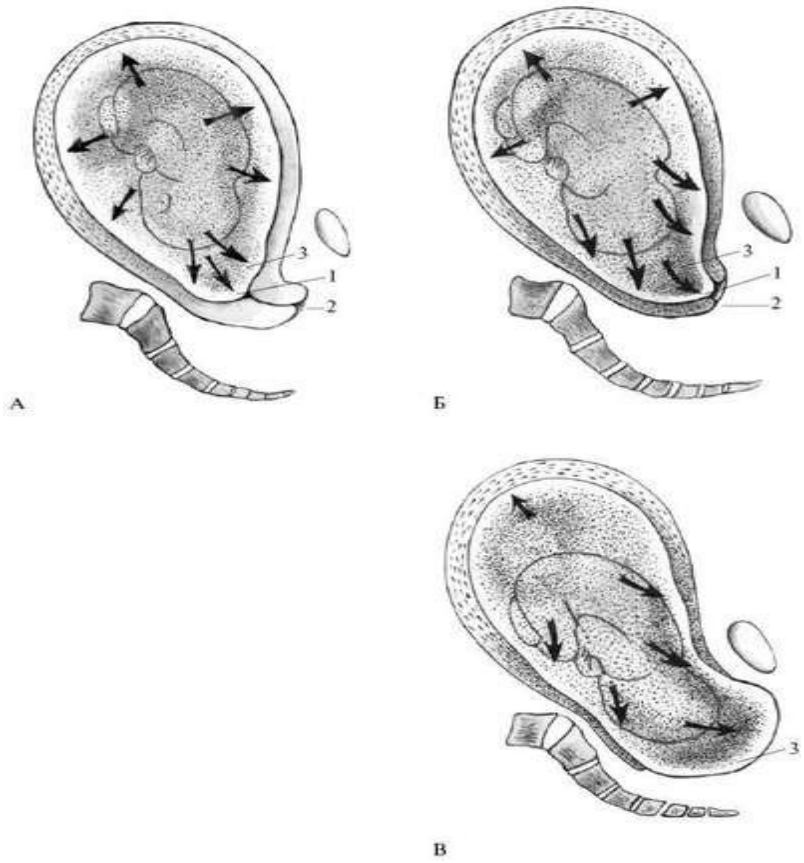

Рисунок 3- Повышение внутриматочного давления и образование плодного пузыря. А - беременность; Б - I период родов; В - II период родов.
1 - внутренний зев; 2 - наружный зев; 3 - плодный пузырь

По мере развития родовой деятельности происходят истончение и окончательное формирование нижнего сегмента из перешейка и шейки матки. Граница между нижним сегментом и телом матки называется контракционным кольцом. Высота стояния контракционного кольца над лонным сочленением соответствует раскрытию шейки матки: чем больше раскрывается шейка матки, тем выше располагается контракционное кольцо над лонным сочленением.

Раскрытие шейки матки происходит неодинаково у первородящих и повторнородящих. У первородящих сначала раскрывается внутренний зев, шейка становится тонкой (сглаживается), а затем раскрывается наружный зев (рисунок 4). У повторнородящих наружный зев раскрывается почти одновременно с внутренним, и в это время происходит укорочение шейки матки (рисунок 5). Раскрытие шейки матки считается полным, когда зев

раскрывается до 10-12 см. Одновременно с раскрытием шейки матки в первом периоде, как правило, начинается продвижение предлежащей части плода по родовому каналу. Головка плода начинает опускаться в полость таза с началом схваток, находясь к моменту полного раскрытия шейки чаще всего большим сегментом во входе в малый таз или в полости малого таза.

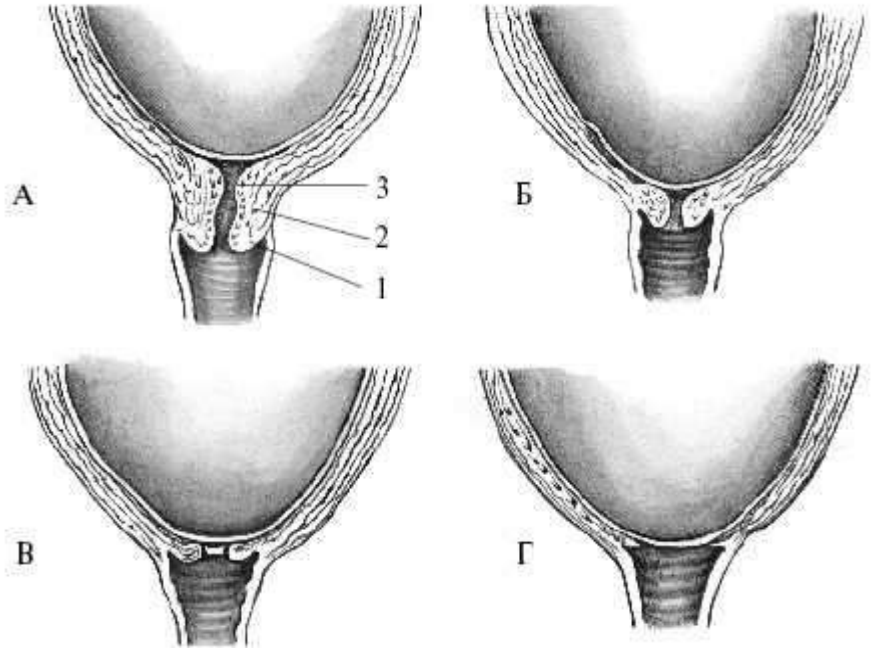

Рисунок 4 - Изменение в шейке матки при первых родах (схема). А - шейка сохранена: 1 - шейка матки, 2 - перешеек, 3 - внутренний зев; Б - начало сглаживания шейки; В - шейка сглажена; Г - полное открытие шейки матки

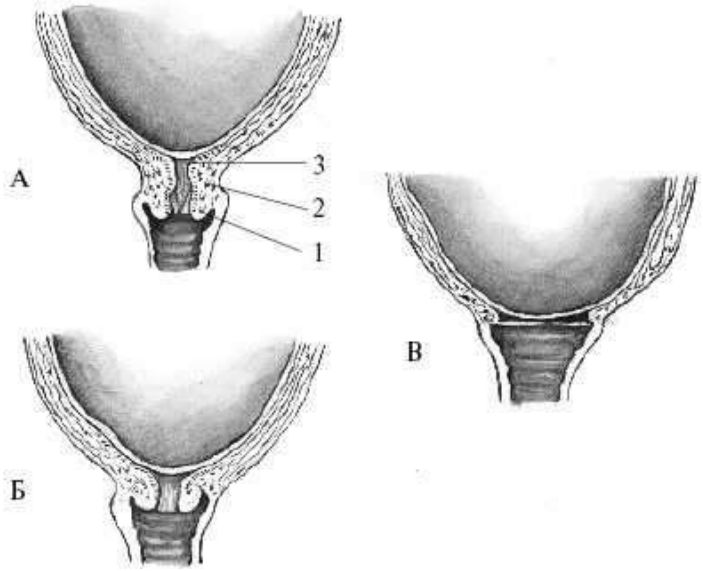

Рисунок 5 - Изменения в шейке матки при повторных родах (схема). А, Б - одновременное сглаживание и раскрытие шейки: 1 - шейка матки, 2 - перешеек, 3 - внутренний зев; В - полное раскрытие шейки матки

При головном предлежании по мере продвижения головки плода происходит разделение околоплодных вод на передние и задние, так как головка прижимает стенку нижнего сегмента матки к костной основе родового канала. Место охвата головки стенками нижнего сегмента называется внутренним поясом соприкосновения (прилегания), который делит околоплодные воды на передние, находящиеся ниже пояса соприкосновения, и задние - выше пояса соприкосновения (рисунок 6).

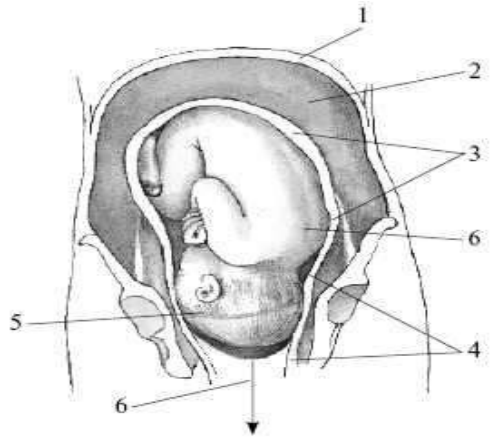

Рисунок 6- Схематическое изображение действия изгоняющих сил в период изгнания.1 - диафрагма; 2 - брюшная полость; 3 - тело матки; 4 - нижний сегмент матки; 5 - пояс соприкосновения; 6 - направление изгоняющих сил

К моменту полного раскрытия шейки матки плодный пузырь утрачивает свою физиологическую функцию и должен вскрыться. В зависимости от времени излития околоплодных вод различают:

- своевременное излитие, которое происходит при полном (10 см) или почти полном (8 см) открытии шейки матки;

- преждевременное или дородовое излитие - излитие вод до начала родовой деятельности;

- раннее излитие - излитие вод после начала родовой деятельности, но до полного раскрытия шейки матки;

- запоздалое излитие околоплодных вод, когда из-за чрезмерной плотности оболочек пузырь разрывается позже полного раскрытия шейки матки (если при запоздалом разрыве плодного пузыря не произвести

амниотомию - вскрытие оболочек плодного пузыря, то плод может родиться в амниотической оболочке – «сорочке»);

- высокий разрыв плодного пузыря - разрыв оболочек выше наружного зева шейки матки (если головка прижата к входу в малый таз, то разрыв тампонируется и при влагалищном исследовании определяется напрягающийся плодный пузырь) [35, с. 191].

При целом плодном пузыре давление на головку равномерное. После излития околоплодных вод внутриматочное давление становится выше, чем внешнее (атмосферное), что приводит к нарушению венозного оттока из мягких тканей головки ниже пояса соприкосновения. В результате этого на головке в области ведущей точки образуется родовая опухоль (рисунок 7).

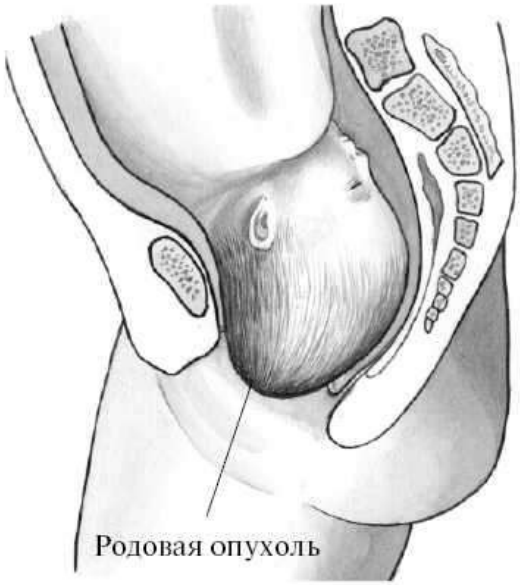

Рисунок 7 - Головка плода в плоскости выхода малого таза. В области ведущей точки родовая опухоль

Полным раскрытием шейки заканчивается первый период родов и начинается период изгнания.

Второй период - период изгнания продолжается с момента полного раскрытия шейки матки до изгнания плода. Его продолжительность у первородящих от 1 до 2 ч, у повторнородящих - от 20-30 мин до 1 ч. Во втором периоде развиваются потуги, представляющие собой сокращения

мышц матки, брюшной стенки (брюшного пресса), диафрагмы и тазового дна [36, с. 167].

Потуги являются непроизвольным рефлекторным актом и возникают благодаря давлению предлежащей части плода на нервные тазовые сплетения, нервные окончания шейки матки и мышц промежности. В результате этого формируется рефлекс Форгюста, т.е. неудержимое желание тужиться. Роженица, задерживая выдох, сокращает диафрагму и мышцы брюшной стенки. В результате потуг значительно повышается внутриматочное и внутрибрюшное давление. Матка фиксирована к стенкам таза связочным аппаратом (широкие, круглые, крестцово-маточные связки), поэтому внутриматочное и внутрибрюшное давление полностью направлено на изгнание плода, который, совершая ряд сложных движений, продвигается в направлении наименьшего сопротивления по родовым путям соответственно проводной оси таза. Опускаясь на тазовое дно, предлежащая часть растягивает половую щель и рождается, за ней рождается все туловище.

Вместе с рождением плода изливаются задние околоплодные воды. Рождением ребенка заканчивается второй период родов.

Третий период - последовый начинается после рождения ребенка и заканчивается рождением последа. В этот период происходит отслойка плаценты и оболочек от подлежащей маточной стенки и рождение последа (плацента с оболочками и пуповиной). Последовый период продолжается от 5 до 30 мин.

Отделению плаценты способствуют:

- значительное уменьшение полости матки после изгнания плода;

- схваткообразные сокращения матки, называемые последовыми;

- расположение плаценты в функциональном слое слизистой оболочки матки, который легко отделяется от базального слоя;

- отсутствие у плаценты способности к сокращению [41, с. 121].

Полость матки уменьшается из-за сокращения мышечной стенки, плацента приподнимается над плацентарной площадкой в виде валика,

обращенного в маточную полость, что ведет к разрыву маточно-плацентарных сосудов и нарушению связи между плацентой и стенкой матки. Изливающаяся при этом кровь между плацентой и стенкой матки скапливается и образует ретроплацентарную гематому. Гематома способствует дальнейшей отслойке плаценты, которая все больше выпячивается в сторону полости матки. Сокращение матки и увеличение ретроплацентарной гематомы вместе с силой тяжести плаценты, тянущей ее вниз, приводит к окончательной отслойке плаценты от стенки матки. Плацента вместе с оболочками опускается вниз и при потуге рождается из родовых путей, вывернутая наружу своей плодовой поверхностью, покрытая водной оболочкой. Этот вариант отслойки встречается наиболее часто и называется вариантом выделения последа по Шультце (рисунок 8 а).

При отделении плаценты по Дункану ее отслойка от матки начинается не с центра, а с краю (рисунок 8 б).

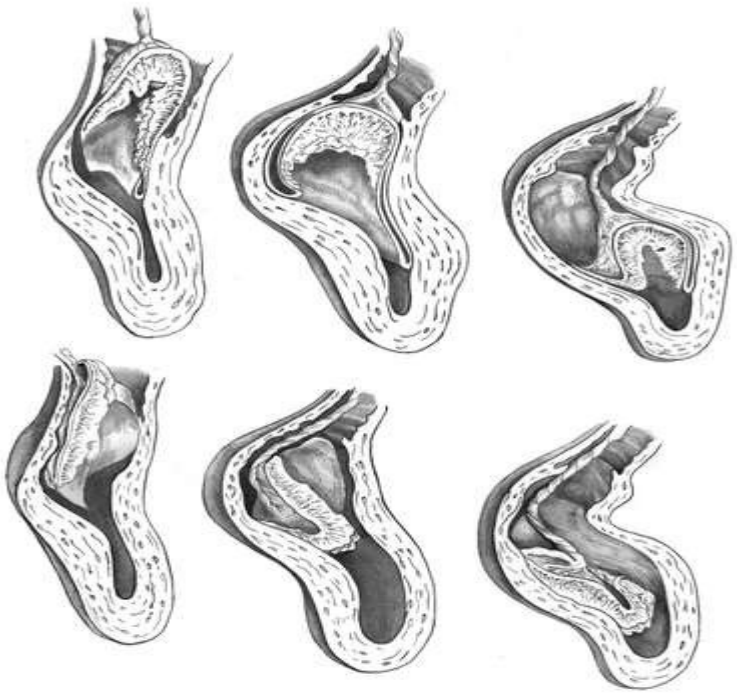

Рисунок 8 - Виды отделения плаценты и выделение последа. А - Центральное отделение плаценты (отделение начинается с ее центра) - выделение последа по Шультце; Б - периферическое отделение плаценты (отделение плаценты начинается с ее края) - выделение последа по Дункану

Кровь из разорвавшихся сосудов свободно стекает вниз, отслаивая на своем пути оболочки (ретроплацентарная гематома отсутствует). Пока плацента полностью не отделится от матки, с каждой новой последовой схваткой происходит отслойка все новых и новых ее участков. Отделению последа способствует собственная масса плаценты, край которой свисает в полость матки. Отслоившаяся плацента опускается вниз и при потуге рождается из родовых путей в сигарообразно сложенном виде с обращенной наружу материнской поверхностью.

Последовый период сопровождается кровотечением из матки, из плацентарной площадки. Физиологической считается кровопотеря не более 0,5 % массы тела (300-500 мл). Остановка кровотечения в последовом периоде обусловлена сокращением мышц матки, особенностями структуры маточных сосудов (спиральное строение); повышенным локальным гемостазом [45, с. 210].

После рождения последа мышцы матки, интенсивно сокращаясь, приводят к деформации, скручиванию, перегибам и смещению сосудов матки, что является важным фактором остановки кровотечения. Способствует гемостазу сужение терминальных отделов артерий, спиральное строение которых обеспечивает их сокращение и смещение в более глубокие мышечные слои, где они подвергаются дополнительному сдавливающему воздействию сокращающихся мышц матки. Активация локального гемостаза в сосудах матки в немалой степени определяется высокой тромбопластической активностью ткани хориона. Тромбообразование совместно с механическим пережатием сосудов приводит к остановке кровотечения.

После рождения последа женщину называют родильницей.

1.2 Механизм родов

Механизмом родов является совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через родовой канал. В результате этих движений головка стремится пройти через большие размеры таза наименьшими своими

размерами. Механизм родов запускается тогда, когда головка по мере перемещения встречает препятствие, мешающее ее дальнейшему движению [44, с. 117].

Движение плода под влиянием изгоняющих сил совершается по родовому каналу (рисунок 9) по направлению проводной оси таза, которая представляет собой линию, соединяющую середины всех прямых размеров таза. Проводная ось напоминает форму рыболовного крючка, в связи с изогнутостью крестца и наличием мощного пласта мышц тазового дна.

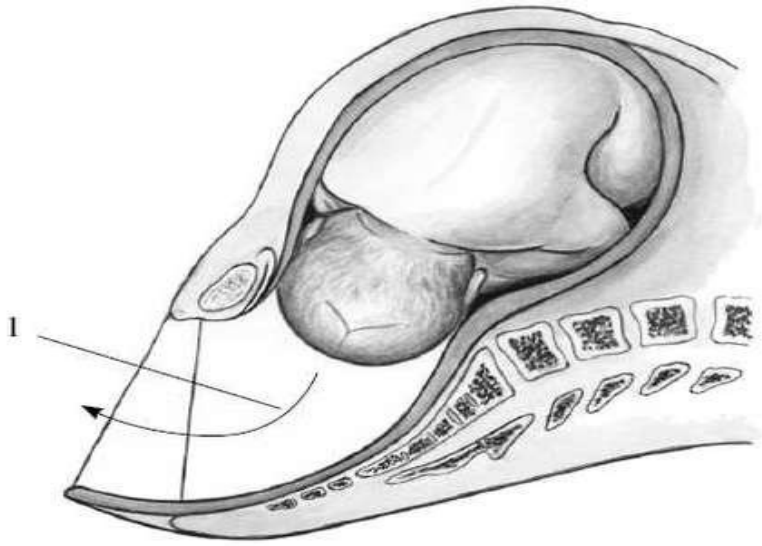

Рисунок 9 - Схематическое изображение родовых путей в период изгнания.
1 - проводная ось таза, по которой проходит головка малым размером

Мягкие ткани родового канала - нижний сегмент матки, влагалище, фасции и мышцы, выстилающие внутреннюю поверхность малого таза, промежность - по мере прохождения плода растягиваются, оказывая сопротивление рождающемуся плоду [42, с. 269].

Костная основа родового канала имеет неодинаковые размеры в различных плоскостях. Продвижение плода принято относить к следующим плоскостям малого таза:

- входа в таз;

- широкой части полости малого таза;

- узкой части полости малого таза;

- выхода таза.

Для механизма родов важное значение имеют размеры не только таза, но и головки, а также ее способность к изменению формы, т.е. к конфигурации. Конфигурацию головки обеспечивают швы и роднички и определенная пластичность костей черепа. Под влиянием сопротивления мягких тканей и костной основы родового канала кости черепа смещаются относительно друг друга и заходят одна на другую, приспосабливаясь к форме и размерам родового канала.

Предлежащая часть плода, которая первой следует по проводной оси родового канала и первой показывается из половой щели, называется проводной точкой. В области проводной точки формируется родовая опухоль. По конфигурации головки и расположению родовой опухоли после родов можно определить вариант предлежания [1, с. 250].

Перед родами у первородящих в результате подготовительных схваток, давления диафрагмы и брюшной стенки на плод его головка в слегка согнутом состоянии устанавливается во входе в таз стреловидным швом в одном из косых (12 см) или поперечном (13 см) размере.

При вставлении головки в плоскость входа в таз стреловидный шов по отношению к лонному сочленению и мысу может располагаться синклитически и асинклитически.

При синклитическом вставлении головка находится перпендикулярно к плоскости входа в малый таз, стреловидный шов располагается на одинаковом расстоянии от лонного сочленения и мыса (рисунок 10).

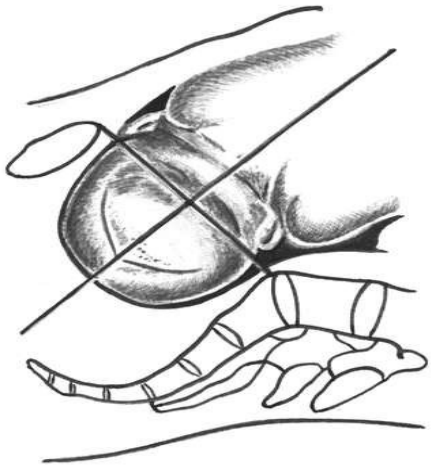

Рисунок 10 - Осевое (синклитическое) вставление головки

При асинклитическом вставлении вертикальная ось головки плода относится к плоскости входа в таз не строго перпендикулярно, а стреловидный шов располагается ближе к мысу - передний асинклитизм (рисунок 11а) или к лону - задний асинклитизм (рисунок 11б).

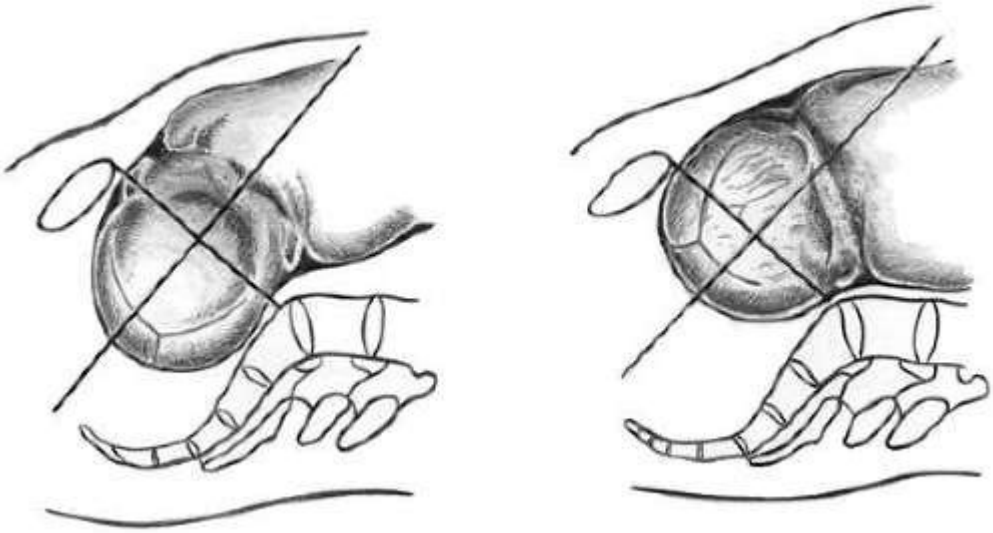

Рисунок 11 - Внеосевые (асинклитические) вставления головки: а - передний асинклетизм (переднетеменное вставление); б - задний асинклитизм (заднетеменное вставление)

При переднем асинклитизме первой вставляется теменная кость, обращенная кпереди, при заднем - теменная кость, обращенная кзади. При нормальных родах наблюдается либо синклитическое вставление головки, либо небольшой передний асинклитизм [3, с. 248].

Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Механизм родов начинается в тот момент, когда головка встречает препятствие для своего дальнейшего продвижения: в период раскрытия при вступлении головки в плоскость входа в малый таз или в период изгнания при переходе головки из широкой в узкую часть полости малого таза.

Различают четыре основных момента механизма родов.

Первый момент - сгибание головки. По мере раскрытия шейки матки и усиления внутриматочного давления, передаваемого по позвоночнику (рисунок 12а), головка сгибается в шейном отделе. Сгибание головки происходит с учетом правила неравномерного рычага. Проявление этого закона возможно потому, что место соединения позвоночника с основанием черепа находится не в центре черепа, а ближе к затылку, чем к подбородку. В связи с этим большая часть изгоняющих сил сосредоточивается на коротком плече рычага - на затылке. На конце длинного рычага находится личико плода с его наиболее выпуклой и объемистой частью - лбом. Лицевая часть головки встречает сопротивление со стороны безымянной линии таза. В результате внутриматочное давление давит сверху на затылок плода, который опускается ниже, а подбородок прижимается к грудной клетке. Малый родничок приближается к проводной оси таза, устанавливаясь ниже большого. В норме головка сгибается настолько, насколько это необходимо для ее прохождения по плоскостям таза до узкой части. При сгибании уменьшается размер головки, которым она должна пройти через плоскости таза. Головка при этом проходит окружностью, расположенной по малому косому размеру (9,5 см) или близкому к нему. В зависимости от степени сгибания головки проводная точка располагается или в области малого родничка, или рядом с ним на одной из теменных костей с учетом вида асинклитизма [14, с. 330].

Второй момент - внутренний поворот головки (рисунок 12 б, в). По мере продвижения из широкой в узкую часть головка одновременно со сгибанием осуществляет внутренний поворот, устанавливаясь стреловидным швом в прямом размере таза. Затылок приближается к лонному сочленению, лицевая

часть располагается в крестцовой впадине. В полости выхода стреловидный шов находится в прямом размере, а подзатылочная ямка - под лонным сочленением.

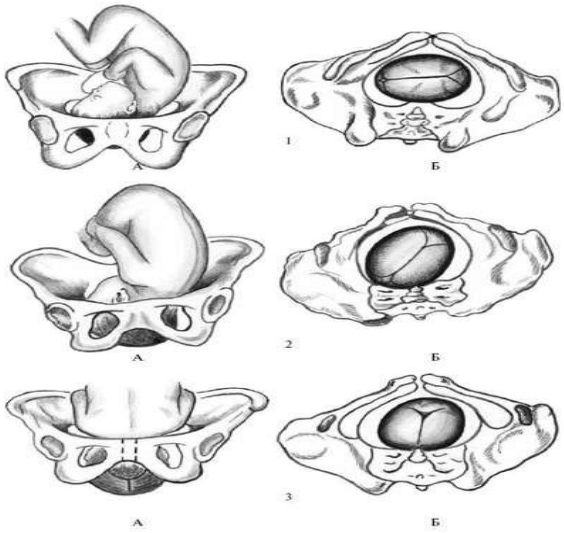

Рисунок 12 - Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания. 1. Сгибание головки (первый момент). А - вид со стороны передней брюшной стенки; Б - вид со стороны выхода таза (стреловидный шов в поперечном размере таза). 2. Начало внутреннего поворот головки (второй момент). А - вид со стороны передней брюшной стенки; Б - вид со стороны выхода таза (стреловидный шов в правом косом размере таза). 3. Завершение внутреннего поворота головки. А - вид со стороны передней брюшной стенки; Б - вид со стороны выхода таза (стреловидный шов стоит в прямом размере таза). 4. Разгибание головки (третий момент). 5. Внутренний поворот туловища и наружный поворот головки (четвертый момент). А - рождение верхней трети плечевой кости, обращенной кпереди; Б - рождение плечика, обращенного кзади

Для поворота головки имеет значение различное сопротивление передней и задней стенок костей таза. Короткая передняя стенка (лонная кость) оказывает меньшее сопротивление, чем задняя (крестец). В результате при поступательном движении головка, плотно охваченная стенками таза, скользит по их поверхностям, приспосабливаясь своими наименьшими размерами к большим размерам таза, из которых во входе в таз является поперечный, в широкой части таза - косой, узкой и в выходе из таза - прямой. Мышцы промежности, сокращаясь, также способствуют повороту головки.

Третий момент - разгибание головки начинается после того, как головка, располагаясь большим сегментом в полости выхода, упирается подзатылочной ямкой в нижний край лонного сочленения, образуя точку фиксации (гипомахлион). Головка, вращаясь вокруг точки фиксации, разгибается и рождается. В результате потуг из половой щели появляются теменная область, лоб, личико и подбородок (рисунок 12г).

Головка проходит через вульварное кольцо окружностью, образованной вокруг малого косого размера [18, с. 503].

Четвертый момент - внутренний поворот туловища и наружный поворот головки (рисунок 12 е). Плечики плода вставляются в поперечном размере входа в таз. По мере продвижения плода плечики переходят из поперечного в косой в узкой части полости малого таза и затем в прямой размер в плоскости выхода. Плечико, обращенное к переди, поворачивается к лонному сочленению, заднее - к крестцу. Поворот плечиков в прямой размер передается родившейся головке, при этом затылок плода поворачивается к левому (при первой позиции) или правому (при второй позиции) бедру матери. Ребенок рождается в следующей последовательности: верхняя треть плеча, обращенного кпереди; боковое сгибание позвоночника; плечико, обращенное кзади; туловище плода. Все перечисленные моменты механизма родов туловища и головки совершаются синхронно и связаны с поступательным движением плода (рисунок 13).

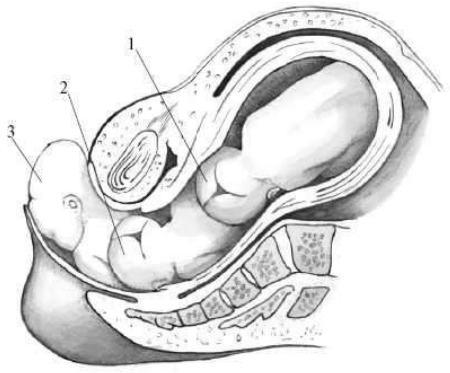

Рисунок 13 - Продвижение головки по проводной оси таза.1 - вход в полость малого таза; 2 - внутренний поворот головки в полости таза; 3 - разгибание и рождение головки

Каждый момент механизма родов можно обнаружить при влагалищном исследовании по расположению стреловидного шва, малого и большого родничков и опознавательным пунктам полостей малого таза.

До внутреннего поворота головки при ее расположении в плоскости входа или в широкой части полости малого таза стреловидный шов располагается в одном из косых размеров (рисунок 12 б). Малый родничок слева (при первой позиции) или справа (при второй позиции) спереди, ниже большого родничка, который соответственно справа или слева, сзади и выше. Отношение малого и большого родничков определяется степенью сгибания головки. До узкой части малый родничок несколько ниже большого. В узкой части полости малого таза стреловидный шов приближается к прямому размеру, а в плоскости выхода - в прямом размере (рисунок 11в).

Форма головки после рождения вытянута в сторону затылка - долихоцефалическая за счет конфигурации и образования родовой опухоли (рисунок 14 а, б).

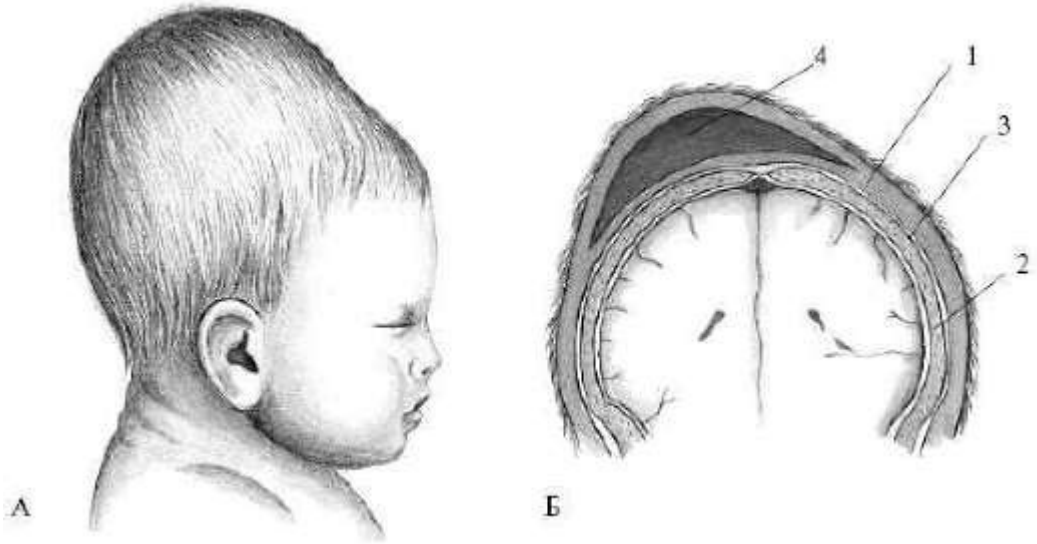

Рисунок 14 - А - Конфигурация головки при затылочном предлежании; Б - Родовая опухоль на головке новорожденного:1 - кожа; 2 - кость; 3 - надкостница; 4 - отек клетчатки (родовая опухоль)

Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания. В конце первого периода родов примерно в 35% случаев плод находится в заднем виде

затылочного предлежания и только в 1% он рождается в заднем виде. У остальных плод совершает поворот на 135° и рождается в переднем виде: при исходно заднем виде первой позиции головка вращается против часовой стрелки; стреловидный шов последовательно переходит из левого косого в поперечный, затем в правый косой и, наконец, в прямой размер [19, с. 230].

Первый момент - сгибание головки в плоскости входа или в широкой части малого таза. Головка при этом вставляется во вход в таз чаще в правом косом размере. Проводной точкой является малый родничок (рисунок 15 а).

Второй момент - внутренний поворот головки при переходе из широкой в узкую часть полости малого таза. Стреловидный шов переходит из косого в прямой размер, затылок обращен кзади. Проводной точкой становится область между малым и большим родничком (рисунок 15б).

Третий момент - максимальное дополнительное сгибание головки после поворота головки, когда передний край большого родничка подходит к нижнему краю лонного сочленения, образуя первую точку фиксации. Вокруг этой точки фиксации осуществляются дополнительное сгибание головки и рождение затылка. После этого подзатылочная ямка упирается в копчик, образуя вторую точку фиксации, вокруг которой происходят разгибание головки (четвертый момент) и ее рождение (рисунок 15 в).

Пятый момент - внутренний поворот туловища и наружный поворот головки происходят аналогично переднему виду затылочного предлежания.

Рождение головки происходит окружностью (33 см), расположенной вокруг среднего косого размера. Форма головки после рождения приближается к долихоцефалической. Родовая опухоль располагается на теменной кости ближе к большому родничку.

При заднем виде затылочного предлежания первый период протекает без особенностей. Второй период родов более длительный из-за необходимости дополнительного максимального сгибания головки [25, с. 190].

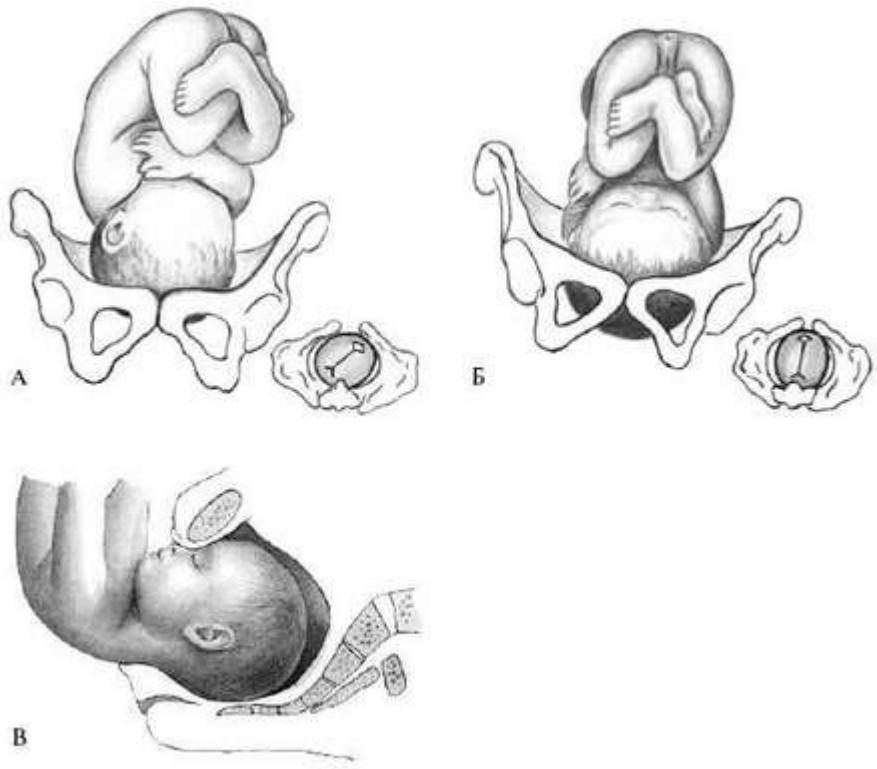

Рисунок 15 - Механизм родов при заднем виде затылочного предлежания. А - сгибание головки (первый момент); Б - внутренний поворот головки (второй момент); В - дополнительное сгибание головки (третий момент)

Если родовая деятельность хорошая, а головка продвигается медленно, то при нормальных размерах таза и плода можно предположить задний вид затылочного предлежания.

При заднем виде затылочного предлежания не исключены ошибки при определении расположения головки. При расположении головки затылком кзади создается ошибочное представление о ее более низком стоянии по отношению к плоскостям таза. Тщательное влагалищное исследование с определением опознавательных точек головки и малого таза и сопоставление полученных данных с наружным исследованием помогают правильно определить ее расположение [26, с. 214].

Длительный второй период родов и повышенное давление родовых путей, которое испытывает головка при максимальном сгибании, могут приводить к гипоксии плода, нарушению мозгового кровообращения, церебральным поражениям.

1.3 Клиническое течение родов

Во время родов весь организм роженицы осуществляет серьезную физическую работу, что особенно сказывается на сердечно-сосудистой, дыхательной системе и метаболизме.

Во время родов отмечаются тахикардия, особенно во втором периоде (100-110 в минуту), и повышение артериального давления на 5-15 мм рт. ст.

Одновременно изменяется частота дыхания: во время схваток экскурсия легких уменьшается и восстанавливается в паузах между схватками. При потугах дыхание задерживается, а затем учащается на 8-10 дыхательных движений в минуту.

В результате активации деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем формируется адекватный метаболизм, удовлетворяющий потребности роженицы. В первом и втором периодах родов определяется компенсированный метаболический ацидоз в связи с образованием недоокисленных продуктов обмена. Накопление молочной кислоты в тканях вследствие интенсивной мышечной работы вызывает у рожениц озноб после родов [29, с. 177].

Течение родов в периоде раскрытия (первый период родов). Период раскрытия начинается с момента появления регулярных схваток через 15-20 мин и заканчивается после полного раскрытия шейки матки.

В первом периоде родов выделяют латентную, активную фазу и фазу замедления. Латентная фаза начинается с началом родовой деятельности и заканчивается раскрытием шейки матки на 3-4 см. Скорость раскрытия шейки матки в латентной фазе составляет 0,35 см/ч.

Схватки в латентной фазе при целом плодном пузыре у большинства рожениц умеренно болезненные и не требуют обезболивания. У женщин со слабым типом высшей нервной деятельности схватки даже в латентной фазе могут быть резко болезненными.

Продолжительность латентной фазы определяется исходным состоянием шейки матки. Часто до развития родовой деятельности из-за прелиминарных сокращений матки шейка укорачивается, а иногда и сглаживается. В общей сложности продолжительность латентной фазы у первородящих составляет 4-8 ч, у повторнородящих - 4-6 ч. Раскрытие шейки матки в латентной фазе происходит постепенно, что отражено на партограмме (рисунок 16).



Рисунок 16- Партограмма

Активная фаза родов начинается с раскрытия шейки матки на 3-4 см и продолжается до раскрытия шейки на 8 см. В активной фазе родов происходит быстрое раскрытие шейки матки. Его скорость составляет 1,5-2 см/ч у первородящих и 2-2,5 см/ч у повторнородящих. По мере прогрессирования родовой деятельности интенсивность и продолжительность схваток увеличиваются, паузы между ними уменьшаются.К концу активной фазы родов схватки, как правило, чередуются через 2-4 мин, плодный пузырь напрягается не только во время схваток, но и между ними, и на высоте одной из них он самостоятельно вскрывается. При этом изливается 100-300 мл светлых вод [33, с. 105].

Задние околоплодные воды перемещаются кверху, в пространство между дном матки и ягодицами плода, в связи с чем не всегда можно определить их цвет. Скорость раскрытия в активной фазе отображена на партограмме (рисунок 16).

После излития околоплодных вод и раскрытия шейки матки на 8 см начинается фаза замедления, связанная как с захождением шейки матки за головку, так и с тем, что матка приспосабливается к новому объему, плотно обхватывая плод. В этой фазе может происходить восстановление энергетического потенциала матки, необходимого для интенсивного сокращения при изгнании плода. Фаза замедления в клинической практике очень часто трактуется как вторичная слабость родовой деятельности. Скорость раскрытия шейки матки в фазе замедления составляет 1,0-1,5 см/ч.

После полного раскрытия шейки матки и своевременного излития околоплодных вод наступает период изгнания [38, с. 421].

Течение родов в периоде изгнания (второй период родов). После полного открытия шейки матки и излития околоплодных вод родовая деятельность усиливается. На вершине каждой схватки к сокращениям матки присоединяются потуги. Сила потуг направлена на изгнание плода из матки. Под их влиянием головка, а за ней туловище опускаются по родовым путям ведущей точкой по проводной оси таза. По мере продвижения головка давит на нервные крестцовые сплетения, вызывая непреодолимое желание тужиться и вытолкнуть головку из родовых путей.

В норме скорость продвижения головки по родовому каналу у первородящих составляет 1 см/ч, у повторнородящих - 2 см/ч.

При продвижении головки и размещении ее на тазовом дне промежность растягивается сначала во время потуг, а затем и во время паузы. С давлением головки на прямую кишку связаны расширение и зияние заднепроходного отверстия. По мере продвижения головки раскрывается половая щель, и во время одной из потуг в ней показывается нижняя часть головки, которая скрывается в паузах между схватками (рисунок 17). Этот момент родов называется врезыванием головки. Во время врезывания заканчивается внутренний поворот головки. При дальнейшем продвижении головка выступает все больше и больше и, наконец, не уходит обратно за половую щель во время паузы. Это прорезывание головки (рисунок 17 а, б).

После прорезывания сначала рождается затылок, а затем теменные бугры. Промежность при этом максимально растягивается, возможны разрывы тканей. Вслед за рождением теменных бугров из половой щели в результате разгибания головки выходят лоб, а затем полностью личико (рисунок 17 в).

После рождения личико плода обращено кзади. После очередной потуги плод поворачивается плечевой линией в прямой размер плоскости выхода: одно плечико (переднее) обращено к лонному сочленению, другое обращено кзади, к крестцу. При повороте плечиков личико при первой позиции поворачивается к правому бедру (рисунок 17 г), при второй - к левому. При очередной потуге первым рождается плечико, обращенное кпереди, а затем - обращенное кзади (рисунок 17 д, е). Вслед за плечевым поясом рождаются туловище и ножки плода, одновременно изливаются задние воды.

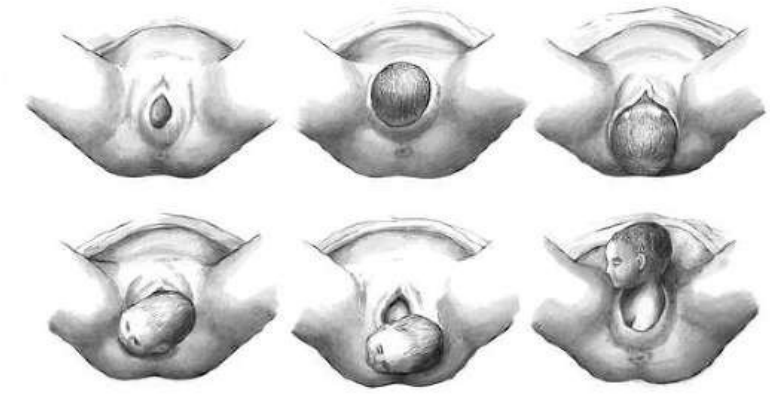

Рисунок 17 - Период изгнания при нормальных родах. А - врезывание головки; Б - прорезывание головки; В - рождение головки (обращена личиком кзади); Г - наружный поворот головки личиком к правому бедру матери; Д - рождение переднего плечика; Е - рождение заднего плечика.

Плод после рождения называется новорожденным. Он делает первый вдох и издает крик. Течение родов в последовом периоде (третий период родов). Последовый период наступает после изгнания плода. После большого эмоционального и физического напряжения во время потуг роженица успокаивается. Восстанавливаются частота дыхания и пульс. Из-за накопления в тканях недоокисленных продуктов обмена во время потуг в последовом периоде появляется непродолжительный озноб.

После изгнания плода матка располагается на уровне пупка. Появляются слабые последовые схватки [40, с. 243].

После отделения и перемещения плаценты в нижние отделы, тело матки отклоняется вправо (рисунок 18). При опускании плаценты вместе с ретроплацентарной гематомой в нижний отдел матки контуры ее меняются. В нижней ее части несколько выше лобка образуется неглубокая перетяжка, придающая матке форму песочных часов. Нижний отдел матки определяется в виде мягковатого образования.

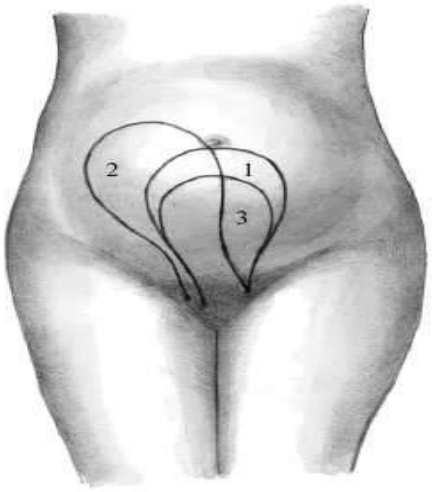

Рисунок 18 - Высота стояния дна матки в III периоде родов в процессе отделения и выделения последа. 1 - сразу после рождения плода; 2 - после отделения последа; 3 - после рождения последа

При опускании послед начинает давить на нервные крестцовые сплетения, вызывая последовые потуги, после одной из которых он рождается. Одновременно с последом выделяется 200-500 мл крови. При отделении последа по Дункану (с краев) кровопотеря больше, чем при начале отделения с центральных участков (по Шультце). После отделения последа матка располагается в срединном положении в состоянии максимального сокращения [41, с. 111].

Таким образом, можно сказать, что роды являются сложным физиологическим процессом, этот процесс необходимо вести, во избежании проблем с матерью и плодом.

1.4Ведение родов в первом периоде

Если роженицу необходимо забрать из дома и госпитализировать, то действия на вызове.

Впервую очерель диагностика.

Необходимо выполнить следующие действия.

1. Решить вопрос о возможности транспортировки роженицы в родильный дом.

2. Оценить данные общего и акушерского анамнеза:

- количество беременностей и родов в анамнезе, их течение, наличие осложнений;

- течение настоящей беременности: угроза прерывания беременности, общая прибавка в весе, динамика артериального давления, изменения в анализах крови (по данным обменной карты);

- данные общего объективного исследования.

Оценить период родов: начало схваток, их регулярность, продолжительность, интенсивность, болезненность. Провести 4 приема наружного исследования и определить высоту стояния дна матки, положение и позицию плода, характер предлежащей части и её отношение к плоскости входа в малый таз (подвижна над входом в таз, фиксирована малым сегментом, большим сегментом во входе в таз, в полости малого таза, на тазовом дне. Произвести аускультацию плода [2, с. 199].

Оценить характер выделений: наличие кровянистых выделений, подтекание околоплодных вод, наличие в них мекония.

При необходимости произвести влагалищное исследование.

Поставить диагноз родов:

- первые или повторные;

- срочные или преждевременные, или запоздалые;

- период родов - раскрытия, изгнания, последовый;

- характер излития околоплодных вод - преждевременное, раннее, своевременное;

- осложнения беременности и родов;

- особенности акушерско-гинекологического анамнеза;

- сопутствующая экстрагенитальная патология.

При наличии условий и возможностей транспортировки необходимо произвести срочную госпитализацию в акушерский стационар.

Обязательные вопросы.

Тщательный сбор анамнеза включает выяснение паритета беременной какая по счету беременность и роды), течение данной беременности, наличие каких-либо осложнений, жалобы.

Осмотр и физикальное обследование.

Четыре приёма наружного акушерского исследования беременной.

1-й приём - определение высоты стояния дна матки.

2-й приём - определение позиции плода.

3-й приём - определение предлежащей части плода.

4-й приём - определение предлежащей части (головка) к плоскости входа малого таза.

Ведение родов.

При отсутствии возможности транспортировки роженицы в родильный дом следует приступить к ведению родов. Роженице ставят очистительную клизму, сбривают волосы на лобке, наружные половые органы обмывают кипяченой водой с мылом, производят смену постельного белья, под него подкладывают клеёнку, готовят самодельный польстер - маленькую подушку, обернутую в несколько слоев простыней (желательно стерильной) [5, с. 320].

Польстер в родах подкладывают под таз роженицы, что придает ему возвышенное положение и открывает свободный доступ к промежности.

Ведение первого периода родов.

Ведение периода раскрытия, как правило, активно-выжидательное.

Следует наблюдать за развитием схваток, сердцебиением плода и продвижением предлежащей части (обычно - головки). Необходимо выяснять самочувствие - степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, расстройства зрения, выслушивать сердечные тоны, систематически измерять пульс, артериальное давление. Необходимо следить за мочеиспусканием и опорожнением прямой кишки. Переполнение этих органов ведет к нарушению периода раскрытия, изгнание плода и выделения последа.

Регулярно проводится оценка сократительной способности матки. Учитывается тонус матки, интервал между схватками, ритмичность и частота.

Одним из важных моментов ведения первого периода является контроль за состоянием плода. Наблюдение за сердцебиением плода в период раскрытия при ненарушенном плодном пузыре производится через каждые 15-20 мин, а после излития околоплодных вод - через 5-10 мин. При аускультации обращают внимание на частоту, ритм и звучность сердечных сокрашений плода [11, с. 384].

Женщина находится в предродовой палате, предварительно ей проводятся общие гигиенические процедуры (очистительная клизма, душ, бритье).

Систематически в период раскрытия производится наружное акушерское исследование, отмечается состояние матки в схватках, а также вне их. Каждые два часа производятся записи в истории ведения родов, а каждые 15 минут врач выслушивает сердцебиение плода. Наблюдение за постепенным продвижением головки ребенка по родовому каналу осуществляется с помощью следующих методов:

- Наружные приемы пальпации;
- Влагалищное исследование;
- Выслушивание сердцебиения плода;
- Ультразвуковое исследование.

Если схватки у роженицы слишком болезненны, то рекомендуется обезболивание для поддержания взаимного сокращения нижнего и верхнего сегментов матки и предотвращения разрывов в родах шейки матки.

Ведение родов в первом периоде не предполагает строгого соблюдения постельного режима. Женщина может ходить, сидеть, раскачиваться в кресле-качалке и т.д. Все это вполне допустимо, если нет акушерских или экстрагенитальных патологий.

Первый период родов – период раскрытия шейки матки. Традиционные роды в стационаре ведет врач совместно с акушеркой [15, с. 246].

1. Роженицы поступают в родильный дом в период раскрытия. На руках у каждой из них должна быть обменная карта, куда внесены все сведения о состоянии здоровья, результаты обследования в течение всей беременности. В приемном покое родильного стационара на каждую роженицу заполняется «История родов», проводится полная или частичная санитарная обработка, затем роженица переводится в родовое отделение.

2. В предродовой палате врач уточняет анамнестические данные, проводит дополнительный осмотр роженицы и детальное акушерское обследование(наружное акушерское исследование и влагалищное исследование), обязательно определяют группу крови и Rh-фактор, производят исследование мочи и морфологической картины крови. Данные заносят в историю родов.

3. Роженицу укладывают в постель, ходить разрешается при целых водах и прижатой головке плода, если головка подвижна – роженице рекомендуется лежать, лучше на боку (предупреждает развитие «синдрома нижней полой вены»). Для ускорения родов рекомендуется лежать на боку, где определяется затылок головки плода.

4. Питание женщины: во время родов пациентку не кормят, поскольку в любой момент может встать вопрос об оказании анестезиологического пособия (внутривенная анестезия, интубация, искусственная вентиляция легких).

5. В периоде раскрытия применяется обезболивание родов, при этом раскрытие шейки матки должно быть 3-4 см и более.

6. В период раскрытия следует следить:

- за состоянием роженицы - степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, расстройства зрения и др., сердечные тоны, пульс, АД (на обеих руках)

- за состоянием плода - при целом плодном пузыре сердцебиение следует выслушивать каждые 15-20 минут, а при излившихся водах – каждые 5-10 минут. В норме частота сердцебиения 120-140 (до 150) ударов в 1 мин. после схватки сердцебиение замедляется до 100-110 уд . в 1 мин., но через 10-15 сек. восстанавливается. Наиболее информативным методом слежения за состоянием плода и характером родовой деятельности является кардиомониторное наблюдение.

- за отношением предлежащей части ко входу в малый таз (прижата, подвижна, в полости малого таза, скорость продвижения).

- за состоянием матки, раскрытием шейки матки.

- за характером родовой деятельности: регулярность, количество, продолжительность, сила схваток. Характер родовой деятельности можно определить, высчитав Единицу Монтевидео (ЕМ) = Количество схваток за 10 мин. × интенсивность схватки, в норме 150-300 ЕМ [20, с. 318].

Для регистрации родовой деятельности можно использовать:

а) клиническую регистрация сократительной деятельности матки – подсчет количества схваток путем пальпации живота;

б) наружную гистерографию (используя капсулу Морея, которую поочередно ставят на дно, тело и нижний сегмент матки, для регистрации тройного нисходящего градиента);

в) внутреннюю гистерографию (токографию) или радиотелеметрический метод (используя аппарат «Капсула», в полость матки можно ввести капсулу для регистрации общего давления в полости матки: максимальное давление в

полости матки в норме составляет 50-60 мм рт. ст., минимальное – 10 мм рт. ст.).

При всех видах регистрации сократительной деятельности матки в первом и втором периодах родов регистрируются волны определенной амплитуды и продолжительности, соответствующие сокращениям матки. Тонус Матки, определяемый при гистерографии, повышается по мере развития родового процесса, в норме составляя 8-12 мм рт. ст. Интенсивность Схваток усиливается по мере развития родов. В норме в первом периоде колеблется от 30 до 50 мм рт. ст. Продолжительность Схваток в первом периоде родов по мере их прогрессирования увеличивается с 60 до 100 сек. Интервал между схватками уменьшается, составляя 60 сек. В норме происходит 4-4,5 схватки за 10 минут.

- за течением родов – для оценки течения родового процесса ведется Партограмма. При этом учитывается и продвижение предлежащей части плода (головки, тазового конца) по родовому каналу.

- за состоянием плодного пузыря, за характером околоплодных вод.

- за функцией мочевого пузыря роженицы - каждые 2-3 часа женщина должна мочиться, при необходимости проводится катетеризация мочевого пузыря.

- за опорожнением кишечника - очистительная клизма роженице ставится при поступлении в родильное отделение и каждые 12-15 часов, если она не родила.

- за соблюдением правил гигиены - обработка наружных половых органов должна проводиться каждые 5-6 часов, и после акта мочеиспускания и дефекации, перед влагалищным исследованием. С этой целью применяют 0,5% раствор перманганата калия в кипяченой воде.

7. Состояние матки и находящегося в ней плода можно определить при наружном акушерском обследовании. Оно производится систематически и многократно, записи в истории родов должны производиться не реже чем каждые 4 часа.

8. Влагалищное исследование обязательно проводится Дважды – При поступлении женщины и при отхождении околоплодных вод; дополнительные влагалищные исследования могут проводиться при необходимости выяснения динамики раскрытия шейки матки, при возникновении осложнений у матери, при ухудшении состояния плода, в родильном зале. Первоначально производят осмотр наружных половых органов (варикозные узлы, рубцы и др.) и промежности (высота, старые разрывы и др.). При влагалищном исследовании выясняют состояние мышц тазового дна (упругие, дряблые), влагалища (широкое, узкое, наличие рубцов, перегородок), шейки матки. Отмечают степень сглаживания шейки, началось ли раскрытие и степень раскрытия (в сантиметрах), состояние краев зева (толстые, тонкие, мягкие или ригидные), наличие в пределах зева участка плацентарной ткани, петли пуповины, мелкой части плода. При целом плодном пузыре, определяют степень его напряжения во время схватки и паузы. Чрезмерное его напряжение даже во время паузы указывает на многоводие, уплощение – на маловодие, дряблость - на слабость родовой деятельности. Определяют предлежащую часть плода и опознавательные пункты на ней. При головном предлежании прощупывают швы и роднички и по их отношению к плоскостям и размерам таза судят о позиции, предлежании, вставлении, наличии сгибания (малый родничок ниже большого) или разгибания (большой родничок ниже малого или на одном уровне). При влагалищном исследовании выясняют также особенности костной основы родовых путей, исследуют поверхность стенок таза (нет ли деформаций, экзостозов и др.). На основании влагалищного исследования определяют отношение головки плода к плоскостям таза. Различают следующие положения головки: над входом в малый таз, малым или большим сегментом во входе в таз, в широкой или узкой части полости малого таза, в выходе таза [28, с. 200].

Определенные положения ведения первого периода родов:

Должны проводиться следующие мероприятия:

- Поддержите и успокойте пациентку, и сообщайте ей относительно прогрессирования родов.

- Заполните историю родов и партограмму.

- Проверяйте пульс, температуру и артериальное давление каждые 2 часа.

- Контролируйте частоту, силу и интенсивность маточных сокращений.

Контролируйте частоту сердечных сокращений плода, как только началась активная стадия родов, каждые 15 минут в первом периоде родов и каждые 5 минут во втором периоде родов. Нормальный диапазон – 120 - 160 ударов в минуту. Если ЧСС плода между сокращениями ниже 100 ударов в минуту и, если в водах содержится примесь мекония, то это свидетельствует о патологическом состоянии плода, и ситуация должна быть оценена клинически. Хотя сердце плода обычно хорошо выслушивается между сокращениями, более информативным является выслушивание сердца немедленно после сокращения. В некоторых родильных домах практикуется непрерывный мониторинг сердца плода.

Обсудите с пациенткой ее потребность в аналгезирующих средствах или эпидуральной анестезии [30, с. 306].

Определять позицию плода, деля материнский таз на сегменты под углом в 45 градусов.

Определять проводную точку: лицо затылок или ягодицы.

Прием роженицы проводится в приемно-пропускном фильтре, где решается вопрос о госпитализации роженицы в физиологическое или обсервационное отделение.

У поступающей на госпитализацию в роддом:

- Взять направление на госпитализацию, обменную карту (уч. ф. №113/У), паспорт, страховой полис.

- Занести данные о роженице в журнал учета приема беременных, рожениц, родильниц (уч. ф. №002/У).

- Заполнить паспортную часть истории родов (уч. ф. №096/У), вещевик, алфавитную книгу.

- Собрать анамнез.

- Подсчитать пульс, измерить АД на обеих руках.

- Измерить температуру тела

- Произвести осмотр: на педикулез (брови, голову, лобок); на гнойничковые заболевания (кожные покровы); одноразовым шпателем осмотреть полость рта, зев на воспалительные заболевания; на грибковые заболевания (ногти на руках и ногах).

- Произвести антропометрию: рост, вес.

- Определить, оценить характер родовой деятельности.

- Приемами Леопольда Левицкого определить ВДМ, позицию, вид позиции плода, предлежащую часть, отношение предлежащей части ко входу в малый таз.

- Выслушать сердцебиение плода.

- Произвести наружную пельвиометрию.

- Определить окружность живота и высоту стояния дна матки (сантиметровой лентой).

После использования стетоскоп, тазомер, сантиметровую ленту дважды протереть ветошью, смоченной 0,2% раствором Сульфохлорантина Д. Также обработать клеенку [32, с. 340].

В смотровой.

- Взять из вены кровь в пробирку (5 мл).

- Определить группу крови.

- Подготовить врачу все необходимое для проведения влагалищного исследования с целью определения акушерской ситуации.

- По назначению врача определить белок в моче с помощью сульфасалициловой кислоты.

- Определение белка в моче с помощью сульфосалициловой кислоты.

- Налить в пробирки по 4-5 мл мочи.

- Добавить в одну из пробирок пипеткой 6-8 капель 20% раствора сульфосалициловой кислоты.

- Сравнить содержимое пробирок на прозрачность мочи на темном фоне.

Положительная проба - помутнение мочи в пробирке с сульфосалициловой кислотой.

В помещении для санитарной обработки:

- Произвести санитарно-гигиеническую обработку роженицы.

- Поставить очистительную клизму по назначению врача

- Принять душ роженице.

- Выдать роженице стерильное нательное белье, обеззараженные кожаные тапочки.

- После этого роженица переводится в родильное отделение.

При поступлении роженицы в родильное отделение проводится повторное определение группы крови и резус-фактора. В определении этих показателей должна быть полностью исключена ошибка.

В тех родильных учреждениях, где нет круглосуточного дежурного врача, наблюдение за роженицей с нормальным течением родов проводит акушерка. В учреждениях, где имеется круглосуточно дежурный врач, наблюдение за роженицей дублируется. Акушерка постоянно находится в родильном зале и проводит наблюдение непрерывно, включая, в том числе психопрофилактическую подготовку в родах. Запись в истории родов каждые 2–3 часа [39, с. 412].

В динамике наблюдений за беременной необходимо:

- оценивать общее состояние роженицы

- выяснять жалобы, справляться о самочувствии – усталость, головная боль, головокружение, расстройство зрения, боли в эпигастрии

- оценивать состояние кожных покровов и видимых слизистых

- измерять артериальное давление и пульс

- следить за соблюдением роженицы рекомендуемого режима.

В первом периоде родов, до отхождения вод, роженица может занимать произвольное положение, если нет специальных показаний к созданию вынужденного положения.

При подвижной головке (косое положение плода, разгибательное предлежание) роженица должна лежать на стороне затылка плода: при первой позиции - на левом боку, при второй - на правом. При таком положении роженицы туловище плода перемещается в сторону позиции, а головной конец в противоположную сторону, что способствует вставлению затылка.

После вставления головки положение роженицы может быть произвольным. После излития околоплодных вод роженица должна лежать в положении на спине. Она не должна ходить, стоять и занимать другое вынужденное положение, которое при недостаточно плотной фиксации предлежащей части в малом тазу может привести к выпадению пуповины или мелких частей плода и осложнить течение родов.

Положение на спине с приподнятым туловищем является наиболее физиологичным положением роженицы, способствующим более быстрому продвижению плода по родовому каналу. Давление, создаваемое сокращением мышцы матки, а в дальнейшем и сокращением скелетных мышц, суммируется по продольной оси плода и создает необходимые условия для его продвижения по родовому каналу. Продольная ось плода и родового канала в данном случае совпадают. При их совпадении потеря энергии сокращения матки на сопротивление продвижению плода будет минимальной [7, с. 302].

При смещении оси плода в сторону происходит значительная потеря энергии. То же происходит и при горизонтальном положении плода.

Пальпаторно оценивать характер родовой деятельности (частота, сила, продолжительность схваток и пауз).

Определение продолжительности схваток и пауз (производится без перчаток).

Положить руку на область дна матки (правый трубный угол с переходом на тело матки).

Дождаться наибольшего напряжения матки.

По секундомеру отметить продолжительность напряжения матки до полного расслабления (это продолжительность схватки).

Не снимать руки с матки, отметить продолжительность с полного расслабления до следующего наивысшего напряжения матки (это пауза между схватками).

Более точно и объективно позволяет оценить интенсивность сокращений матки гистерография. Обычно пользуются методом наружной гистерографии, которая дает отчетливые результаты.

Обращать внимание на форму матки во время, вне схваток, следить за высотой стояния контракционного кольца, которое определяется в виде поперечно идущей борозды, которая по мере раскрытия шейки матки поднимается вверх. При высоте стояния контракционого кольца можно предположительно судить о степени раскрытия шейки матки.

Если кольцо находится на 1 поперечный палец (2 см) выше лона – шейка раскрыта на 2–2,5 см.

В конце периода раскрытия кольцо расположено на 4-5 поперечных пальцев выше лона, что соответствует полному раскрытию шейки матки (10–12 см) – признак Шатца–Унтербергера–Занченко

Оценивать скорость раскрытия шейки матки:

- вначале родов составляет 0,35 см\ч,

- в активной фазе (открытие от 3 до 8 см) – у первородящей - 1,5–2 см\ч, у повторнородящей 2–2,5 см\ч.

Нижняя граница нормальной скорости раскрытия маточного зева в активной фазе у перво- 1,2 см\ч, у повторно- 1,5 см\ч

При отставании скорости раскрытия шейки матки от контрольной составляется план дальнейшего ведения родов [9, с. 337].

Проводить медикаментозное обезболивание родов (начинается при раскрытии шейки на 3–4 см, прекращается за 2–3 часа до родов – предупреждение рождения ребенка в состоянии наркозной депрессии)

Многократно проводить наружное и внутренне акушерское исследование для определения предлежания и степени вставления головки с обязательным сопоставлением этих исследований, что позволяет правильно оценить степень вставления предлежащей части (рисунок 19).

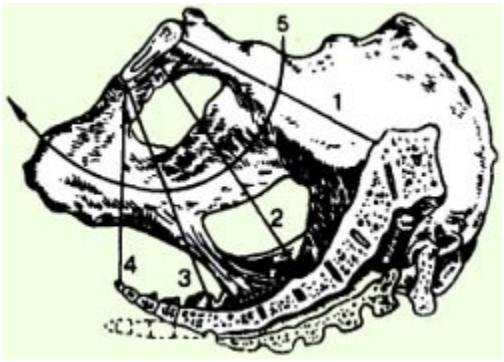

Рисунок 19-Схема плоскости таза. Плоскости таза: 1 – вход; 2 - широкая часть полости таза; 3 - узкая часть полости таза; 4 – выход; 5 - проводная ось таза

Вставление головки - положение головки в момент пересечения плоскости входа в малый таз. Вставление считают нормальным, если вертикальная ось головки перпендикулярна плоскости входа в малый таз, а стреловидный шов находится приблизительно на одинаковом расстоянии от мыса и лона.

Нормальное вставление называют осевым, или синклитическим. При любом отклонении вставление считают асинклитическим. При преднем асинклитизме (асинклитизм Негеле) стреловидный шов расположен ближе к мысу. При заднем асинклитизме (асинклитизм Литцмана) стреловидный шов приближен к симфизу.

Степень вставления головки определяется величиной сегмента головки, который находится ниже полости входа в малый таз [12, с. 425].

Представьте часть шара, отграниченного от другой части плоскостью. Это будет сегмент. В применении к головке «сегмент» – это часть головки, отграниченная плоскостью входа в малый таз. Так как головка овоидной формы, то если ее условно рассечь по наибольшему диаметру, то площадь середины овоида будет наибольшей. Если провести плоскости разрезов по

серединам образовавшихся двух половин овоида, то их площади будут значительно меньше.

Наибольшая площадь серединной плоскости головки, а вместе с тем и наибольшая ее окружность получили условное название большого сегмента. Плоскости, размещенные выше и ниже от большого сегмента, называются малым сегментом. Нетрудно себе представить, что при различных разгибательных состояниях головки большой сегмент будет находиться на различных уровнях предлежащей части.

Определение сегмента вставления головки во входе в малый таз является одним из важнейших показателей динамики продвижения плода по родовому каналу; оно дает возможность судить о ходе ро дов, основываясь на поступательном движении головки через самую узкую и неподатливую часть родового канала - костное кольцо таза, а именно - вход его. Внимание акушера к этой фазе родов дает возможность оказать своевременную помощь роженице и избежать тяжелых осложнений [14, с. 279].

Определение сегмента вставления головки в малый таз должно проводиться методами наружного, а при необходимости и внутреннего (влагалищного) исследования. При влагалищном исследовании определяют положение нижнего полюса головки по отношению к седалищным остям таза (плоскость узкой части таза)(рисунок 20).

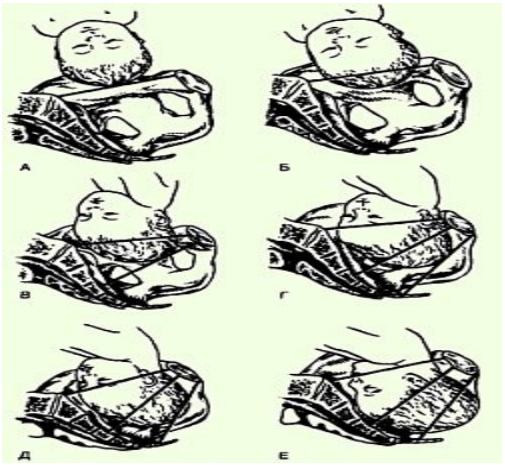

Рисунок 20 - Отношение головки плода к плоскостям таза.
А - головка над входом в малый таз; Б - головка малым сегментом во входе в таз; В - головка большим сегментом во входе в таз; Г - головка в

широкой части полости таза; Д - головка в узкой части полости таза; Е - головка в выходе таза

Головка подвижна над входом. Четвертым приемом акушерского исследования она определяется вся (между головкой и верхним краем горизонтальных ветвей лонных костей можно свободно подвести пальцы обеих рук), включая ее нижний полюс. Головка баллотирует, т. е. легко перемещается в боковые стороны при ее отталкивании в процессе наружного исследования.

При влагалищном исследовании она не достигается, полость малого таза свободна (можно пропальпировать пограничные линии таза, мыса, внутренней поверхности крестца и симфиза), с трудом можно достигнуть нижнего полюса головки при условии ее фиксации или смещения книзу наружно расположенной рукой. Как правило, сагиттальный шов соответствует поперечному размеру таза, расстояния от мыса до шва и от симфиза до шва приблизительно одинаковы. Большой и малый роднички расположены на одном уровне.

Если головка находится над плоскостью входа в малый таз, ее вставление отсутствует [16, с. 211].

Головка малым сегментом во входе в малый таз (прижата ко входу в малый таз). Четвертым приемом она пальпируется вся над входом в таз, за исключением нижнего полюса, который прошел плоскость входа в малый таз и который исследующие пальцы охватить не могут. Головка фиксирована. Она может быть смещена вверх и в стороны при приложении определенного усилия (лучше этого не пытаться делать). При наружном исследовании головки (как при сгибательных, так и при разгибательных вставлениях) ладони рук, фиксированные на головке, будут расходиться, их проекция в полости малого таза представляет собой верхушку острого угла или клина. При затылочном вставлении область затылка, доступная пальпации, выше безымянной линии на 2,5-3,5 поперечных пальца и со стороны лицевой части - на 4-5 поперечных пальцев.

При влагалищном исследовании полость малого таза свободна, пальпируется внутрення поверхность симфиза, промонториум с трудом достижим согнутым пальцем или недостижим. Крестцовая впадина свободна. Нижний полюс головки может быть доступен для пальпации;при надавливании на головку она смещается вверх вне схватки. Большой родничок находится выше малого (за счет сгибания головки). Сагиттальный шов расположен в поперечном размере (может составлять с ним небольшой угол).

Головка большим сегментом во входе в малый таз. Четвертым приемом определяется только небольшая часть ее над входом в таз. При наружном исследовании плотно приложенные к поверхности головки ладони сходятся вверху, образуя своей проекцией острый угол за пределами большого таза. Часть затылка определяется на 1-2 поперечных пальца, а лицевая часть - на 2,5-3,5 поперечных пальца.

При влагалищном исследовании верхняя часть крестцовой впадины заполнена головкой (пальпации недоступны мыс, верхняя треть симфиза и крестца). Стреловидный шов находится в поперечном размере, но иногда при небольших размерах головки можно отметить и начинающийся ее поворот. Мыс недостижим [21, с. 610].

Головка в широкой части полости малого таза. При наружном исследовании головка не определяется (затылочная часть головки не определяется), лицевая часть определяется на 1-2 поперечных пальца. При влагалищном исследовании крестцовая впадина заполнена в большей ее части (пальпируется нижняя треть внутренней поверхности лобкового сочленения, нижняя половина крестцовой впадины, IV и V крестцовые позвонки и седалищные ости). Пояс соприкосновения головки образуется на уровне верхней половины лонного сочленения и тела первого крестцового позвонка. Нижний полюс головки (черепа) может находиться на уровне верхушки крестца или несколько ниже.Стреловидный шов может быть в одном из косых размеров.

Головка в узкой части полости малого таза. При влагалищном исследовании головка легко достигается, стреловидный шов в косом или прямом размере. Внутрення поверхность лобкового сочленения недостижима. Началась потужная деятельность.

Головка на тазовом дне или в выходе малого таза. При наружном исследовании определить головку не удается. Крестцовая впадина полностью заполнена. Нижний полюс соприкосновения головки проходит на уровне верхушки крестца и нижней половины лонного сочленения. Головка определяется сразу же за половой щелью. Стреловидный шов в прямом размере. При потуге начинает раскрываться анус и выпячивается промежность. Головку, находящуюся в узкой части полости и у выхода таза, можно прощупать и путем пальпации ее через ткани промежности [32, с. 325].

По данным наружного и внутреннего исследования совпадение наблюдается у 75- 80% обследованных рожениц. Различная степень сгибания головки и смещения костей черепа (конфигурация) могут изменять данные наружного исследования и служить ошибкой в определении сегмента вставления. Чем выше опыт акушера, тем меньше ошибок допускается в определении сегментов вставления головки. Более точным является метод влагалищного исследования.

В истории родов необходимо отмечать конкретные данные наружного и влагалищного исследования, а не просто констатировать наличие сегмента вставления, определение понятия которого может носить субъективный характер.

Оценивать сердечную деятельность плода. При головном предлежании сердцебиение плода лучше прослушивается ниже пупка, ближе к головному концу, на стороне спинки (позиции плода). При каждом выслушивании сердцебиения необходимо считать число ударов, определять четкость тонов и ритм. Оценка возможна с использованием кардиотокографии, фонографии, электрокардиографии сердцебиений плода.

В первой половине периода раскрытия (при открытии шейки до 5-6 см) исследование роженицы и выслушивание сердцебиения плода должно проводиться не реже одного раза в 2-3 часа (возможно через 15–20 минут), после излития околоплодных вод через 5–10 минут.

В норме сердцебиение плода 120 – 140 ударов в минуту, ясное, ритмичное.

Во время схватки – физиологическая тахикардия (160 ударов в минуту).

После схватки – физиологическая брадикардия – 100-110 ударов в минуту.

Через 30 секунд после схватки сердцебиение выравнивается.

В историю родов должны быть внесены все данные, полученные в результате исследования, с указанием об общем состоянии роженицы. Особенно четко должны проводиться записи данных о продвижении предлежащей части [37, с. 290].

По назначению врача проводить профилактику гипоксии плода.

При излитии вод в первом периоде отметить их характер (светлые, с примесью мекония или крови), количество. При образовании плотного кольца пояса соприкосновения после отхождения передних вод задние воды подтекают в незначительном количестве. При отсутствии плотного кольца соприкосновения предлежащей части задние воды могут вытекать полностью. Величина истечения вод обычно определяется степенью смачивания подкладных пеленок. После отхождения вод следует провести влагалищное исследование.

В первом периоде родов у части рожениц отмечается истечение из родовых путей слизисто-серозных или кровянистых выделений. Наличие небольших кровянистых выделений обычно указывает на интенсивное открытие шейки матки и нарушение ее целости. Шейка ко времени родов представляет собой своеобразное кавернозное тело, в ее толще имеется большая сеть расширенных кровеносных сосудов. Травма ее тканей продвигающейся предлежащей частью может приводить к появлению

кровянистых выделений. При обильном кровотечении необходимо установить его причину (предлежание плаценты).

Если к концу периода раскрытия не произошло излития вод, следует произвести влагалищное исследование и вскрыть плодный пузырь. Для этого берут одну или обе ветви пулевых шприцов и под контролем пальца производят разрыв плодного пузыря в момент его максимального напряжения. Истечение вод должно быть постепенным, что можно регулировать пальцами исследующей руки, которые несколько уменьшают отверстие в пузыре. По истечении передних вод уточняют состояние родовых путей, предлежащей части и исключают возможность выпадения мелких частей плода [42, с. 363].

Разрыв плодного пузыря при невставившейся предлежащей части или начальной степени вставления может создать благоприятные условия для выпадения мелких частей плода. Воды в подобных случаях должны выпускаться очень медленно, под контролем руки, введенной в канал шейки матки.

Влагалищное исследование в родах.

- Обработать руки одним из способов.

- Надеть стерильные перчатки.

- По общепринятой схеме обработать наружные половые органы дезинфицирующим раствором.

- 1 и 2 пальцами левой руки раздвинуть большие и малые половые губы.

- Осмотреть половую щель, вход во влагалище, клитор, наружное отверстие уретры, промежность.

- Ввести во влагалище 3 и 2 пальцы правой руки (1 палец отведен кверху, 4 и 5 - прижаты к ладони).

- Определить ширину просвета и растяжимость стенок влагалища. Выяснить нет ли рубцов, опухолей, перегородок, других патологических изменений.

- Определить расположение, форму, величину, консистенцию, степень зрелости, раскрытие шейки матки.

- Исследовать состояние наружного зева шейки матки (форма круглая или щелевидная, степень раскрытия).

- Определить состояние краев зева (мягкие или ригидные, толстые или тонкие), и степень его раскрытия.

- Выяснить состояние плодного пузыря (цел, степень напряжения, нарушен).

- Определить предлежащую часть (головка, ягодицы, ножки): где она находится (над входом в малый таз, во входе малым или большим сегментом, в полости широкой или узкой части, в выходе таза); опознавательные пункты на ней (на головке - швы, роднички; на тазовом конце - седалищные бугры, крестец, щель между ягодицами, заднепроходное отверстие, половые органы плода).

- Исследовать внутреннюю поверхность крестца, симфиза, боковых стенок таза. Выявить деформацию костей таза (костные выступы, утолщения крестца, неподвижность крестцово-копчикового соединения и др.). Определить емкость таза.

- Измерить диагональную конъюгату.

- Оценить характер выделений из половых путей (воды, кровь, гноевидные выделения).

- Для определения степени раскрытия маточного зева в зев ввести кончик одного или обоих пальцев и выяснить, степень раскрытия (степень раскрытия точнее определить в см.; вычисление приблизительное с учетом толщины пальца исследующего - один палец 1,5-2 см.). Раскрытие считается полным на 10-12 см.

- При целом плодном пузыре устанавливаем степень его напряжения во время схватки, паузы. Если плодный пузырь плоский - это указывает на маловодие. Если плодный пузырь вялый - на слабость родовых сил. Если он чрезмерно напряжен даже в паузе - на многоводие

. У некоторых рожениц в конце первого и в начале второго периода родов появляется рвота. В этом случае за 15-20 минут до приема пищи следует

делать инъекцию аминазина (25 мг), внутрь назначать 0,25% раствор новокаина (50-100 мл) [7, с. 134].

Следить за физиологическими отправлениями (стул, мочеиспускание). К концу первого периода родов необходимо опорожнить нижний отдел кишечника и мочевой пузырь: переполненный мочевой пузырь может явиться причиной торможения сокращения матки.

И все время помнить о профилактике болевых ощущений и уменьшении болей при их появлении. Сильный болевой раздражитель может явиться одним из основных факторов патологического течения родов (слабость родовой деятельности, нарушение функции эндокринных органов, повышение нервно-психической возбудимости и др.). Психопрофилактическая подготовка должна продолжаться в родильной комнате, а при необходимости (женщинам с повышенной нервно-психической возбудимостью) - при срыве физиопсихопрофилактической подготовки, дополняться медикаментозным обезболиванием, т.к. сильные родовые боли нередко дезорганизуют родовую деятельность; их устранение служит профилактикой аномалий сокращения матки [3, с. 73].

Итак, первый период беременности, является начальным этапом сложного процесса родов. Диагностика и ведение роженицы в этот период, будет основополагающим во всем процессе родов. Поэтому необходимо четко выполнять все пункты ведения беременности и оказывать роженице необходимую медицинскую помощь. Квалифицированная помощь во время первого периода родов, обеспечит благоприятное течение родов.

1.5 Особенности ведения первого периода родов

Партограмма: С целью оценки динамики родов используют линейное графическое изображение укорочения шейки матки и открытия маточного зева в зависимости от продолжительности родовой деятельности .

Цель партограммы – точное отражение динамики родового процесса с обязательной характеристикой состояния матери и плода.

Наиболее важными составляющим партограммы являются:

-Графическое изображение динамики раскрытия шейки матки;

-Продвижение предлежащей части плода;

-Графическое отображение наиболее выраженных критериев состояния матери, плода и течения родов – Ps, АД, температура тела, конфигурация головки, сердцебиение плода.

Многоцентровые исследования ВОЗ доказали преимущественную эффективность партограммы, по сравнению с рутинной записью в истории родов.

Введение в партограмму.

Партограмма представляет собой запись всех наблюдений за состоянием женщины в динамике родов. Особенностью партограммы является динамика раскрытия шейки матки, установленная на основе вагинального обследования. Первые отметки о раскрытии шейки матки в активной фазе родов делаются вдоль Линии бдительности. В идеальной ситуации роды протекают вдоль Линии бдительности. Ведется наблюдение, но действий не требуется. Если роды протекают медленнее (слабость родовой деятельности или другие причины), то данная кривая будет перемещаться в направлении Линии действия или за пределами ее, тогда необходимо подумать о соответствующем вмешательстве. Значение этих линий заключается в том, что они помогают профессионалам распознать отклонения в течении родов раньше, чем это было бы в случае только словесного описания.

При физиологическом течении родового процесса графическое изображение фиксируется вдоль линии бдительности. Ведется наблюдение и психологическая поддержка роженицы, но не проводится никаких коррективных действий медицинского или инструментального характера.

Партограмма (инструкция по заполнению)

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

Частота сердечных сокращений плода: фиксируется каждые полчаса (выслушивается каждые 15 минут) – отмечается точкой.

Околоплодные воды: цвет амниотической жидкости отмечается при каждом вагинальном обследовании.

I – плодный пузырь цел

С – околоплодные воды светлые, чистые

М – воды с меконием

В – примесь крови в водах

А – отсутствие вод, выделений

Конфигурация головки:

0 – конфигурации нет

+ - швы легко разъединяются

++ - швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании

+++ - швы находят друг на друга, не разъединяются

Раскрытие шейки матки: оценивается при каждом влагалищном исследовании и отмечается крестиком (х)

Линия бдительности: линия должна начинаться от точки раскрытия шейки на 3 см. и продолжаться до точки полного раскрытия с шагом 1 см в час.

Линия действия: проходит параллельно линии бдительности, отступя на 4 часа вправо.

Опускание головки: оценку прохождения головки следует проводить путем сначала абдоминального обследования и лишь затем вагинального:

5/5 – головка на 5 пальцев выше лона – над входом в малый таз

4/5 - головка на 4 пальцев выше лона – прижата к входу в малый таз

3/5 - головка на 3 пальцев выше лона – прощупывается большая часть головки над лоном

2/5 - головка на 2 пальцев выше лона – над лоном прощупывается меньшая часть головки

1/5 - головка в полости малого таза

Время: отмечается слева от линии. Для удобства заполнения лучше записывать числом кратным 30 мин. например, 13.00 или 13.30

Сокращения матки: наряду с раскрытием шейки матки и продвижением головки плода сокращения матки (схватки) служат четким показателем родовой деятельности. Периодичность схваток откладывается по оси времени. Каждая клеточка означает одно сокращение. Различная интенсивность штриховки отражает интенсивность схваток.

Точки – продолжительность схватки 20 секунд

Штриховка - продолжительность схватки 20-40 секунд

Сплошная - продолжительность схватки более 40 секунд

Окситоцин: при назначении записывается его количество/концентрация и вводимая доза в минуту (в каплях или единицах) каждые 30 минут.

Назначения лекарств: фиксируются любые дополнительные назначения лекарств.

Пульс: каждые 30 минут отмечается точкой.

Артериальное давление: фиксируется каждые 4 часа и отмечается линией посередине соответствующей клеточки.

Температура тела: фиксируется каждые 4.

Протеин, ацетон и количество мочи: записывается при каждом мочеиспускании.

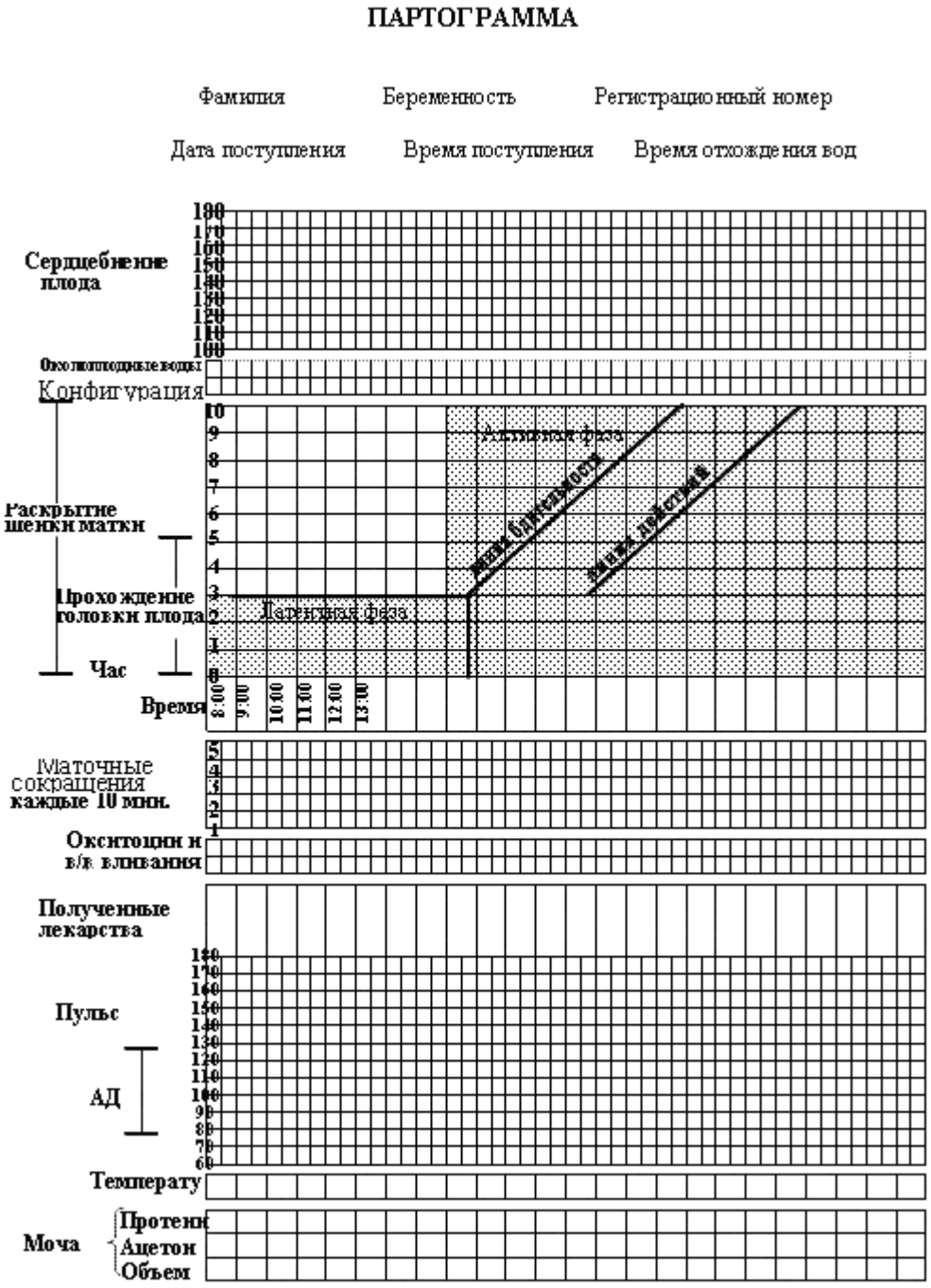

Рис. Партограмма (ВОЗ)

На этом же графике отражают продвижение головки плода относительно плоскостей малого таза. На партограмме ВОЗ выделяют две линии:линия бдительности и линия действия. Линия бдительности – это граница ,за которой скорость раскрытия маточного зева ниже 1 см.ч,когда наблюдение еще возможно. Динамика открытия маточного зева при физиологических родах должна распологаться вдоль линии бдительности на 4 ч. Если линия раскрытия

маточного зева будет смещаться в сторону линии действия или пересекать ее,то следует начать стимуляцию родовой деятельности или полностью пересмотреть план ведения родов.

В первом периоде нормальных родов не рекомендуется:

-родостимуляция посредством амниотомии и окситоцина

-рутиная амниотомия при открытии маточного зева менее 7 см

-медикаметозное усиление маточных сокращений в первом периоде родов :от рутинного использования утеротоников (окситоцина) для ускорения родов следует отказаться

-заставлять пациентку тужиться раньше того времени, пока она сама не пожалутся на чувство сильного давления на задний проход.

Не рекомендуется рутинное рассечение промежности в родах(перинео- и эпизиотомия)

Рассечение промежности в родах также не следует выполнять и у панциенток, имеющих в анамнезе разрыв промежности 3-4-й степени.

В настоящее время ВОЗ ограничило использование рассечения промежности в родах:

-осложненными вагинальными родами (тазовое предлежание,дистоция плечиков плода,наложение щипцов)

-рубцовыми изменениями половых органов в результате жеского обрезания или плохо заживших разрывов 3 и 4 степени.

-дистрессом (острая гипоксия)плода.

В родах не следует

–переводить роженицу в родильный зал (на родильную кровать)до момента врезывания(вне потуги –головка не уходит).

-выполнять рутинную эпизио-,перинеотомию. Понятие ригидная промежность предпологает препятствие для продвижения (рождения) головки в течение 1ч и более

-исполозовать утеротоники для укорочения второго периода родов

-противойдействовать разгибанию головки

-управлять потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе (прием Вальсальвы)

-форсировать рождение ребенка за одну потугу

Поднимать ребенка при непережатой пуповине выше тела матери (уровня плаценты)

-использовать метилэргометрин во втором периоде родов для профилактики кровотечения.

2.Практическая часть

Объект исследования - ГБУ РМЭ «Перинатальный центр» города Йошкар-олы

ГБУ РМЭ «Перинатальный центр» — единственное специализированное учреждение родовспоможения в Республике Марий Эл, которое обеспечивает оказание амбулаторной, консультативной, лечебно - диагностической помощи женщинам Республики Марий Эл по широкому кругу проблем, связанных с подготовкой молодого поколения к материнству, охраной репродуктивного здоровья женщин, снижением риска материнской смертности и перинатальных потерь.

Перинатальный центр — база подготовки врачебных кадров по акушерству и гинекологии, неонатологии, анестезиологии и реаниматологии, средних медицинских работников, в том числе акушерок, фельдшеров, медицинских сестер и клинических лаборантов для всей Республики Марий Эл, база прохождения производственной практики для студентов медицинских университетов и медицинского колледжа.

Центр оснащен современным медицинским оборудованием и аппаратурой. Обеспечивается высокий уровень комплексной диагностики, отрабатывается тактика ведения, лечения и родоразрешения при акушерской патологии, патологии плода и новорожденного.



В становлении, развитии акушерско - гинекологической и педиатрической службы города Йошкар-Олы и Республики Марий Эл большая заслуга принадлежит сотрудникам ГБУ РМЭ «Перинатальный центр» — врачам, акушеркам и медицинским сестрам, ведущим специалистам,

профессионалам, преданным медицине, воспитавшим не одно поколение врачей и средних медицинских работников.

2.1 Основные направления деятельности

-Предпочтительное ведение родов через естественные родовые пути

-Оказание специализированной медицинской помощи в родах женщинам с патологическим течением беременности, высоким инфекционным риском, экстрагенитальными заболеваниями

-Предоставление возможности близким людям разделить с мамой радость рождения малыша.

Внедрение современных и новых медицинских технологий

-Использование одноразового материала, инструментария и современных дезинфекционных и лекарственных средств при работе с роженицами и новорожденными

-Круглосуточный УЗИ- и КТГ-мониторинг

-Применение новых методов лечения гипоксии плода и профилактики неонатальных осложнений; снижение уровня родового травматизма

-Использование современных антибактериальных и противовирусных препаратов у рожениц группы высокого инфекционного риска

-Внедрение современных аспектов в лечении и ведении преждевременных родов, в том числе при экстремально низкой массе детей.

Структура Перинатального центра

1. Консультативно-диагностическая поликлиника:

-медико-генетическая консультация

-отделение пренатальной диагностики (УЗИ)

-отделение планирования семьи и репродукции

-кабинеты специализированного приема акушера-гинеколога, детского гинеколога, стоматолога

-физиотерапевтический кабинет

-малая операционная

-процедурный кабинет

-бактериологическая лаборатория



2. Акушерский стационар — 256 коек:

-акушерское отделение патологии беременности № 1

-акушерское отделение патологии беременности № 2

-дневной стационар акушерского отделения патологии беременности

-родовое отделение № 1 (физиологическое) с операционными

-родовое отделение № 2 (обсервационное) с изолятором и операционной

-отделение анестезиологии-реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии

-акушерское физиологическое отделение с совместным пребыванием матери и ребенка

-акушерское обсервационное отделение.

3. Педиатрический стационар — 148 коек:

- отделение новорожденных в составе акушерского физиологического отделения
с совместным пребыванием матери и ребенка

-отделение новорожденных акушерского обсервационного отделения

-отделение реанимации и интенсивной терапии новорожденных детей с палатой
для недоношенных новорожденных детей.

4. Гинекологический стационар — 144 койки:

-хирургическое гинекологическое отделение № 1

-хирургическое гинекологическое отделение № 2

-дневной стационар гинекологического отделения.

Перинатальный центр выполняет следующие задачи:

1) оказывает консультативно-диагностическую помощь беременным группы высокого риска для выбора тактики ведения беременности, родов, а также определение уровня оказания медицинской помощи;

2) осуществляет стационарную акушерскую, гинекологическую, неонатологическую помощь группе высокого риска по материнской и перинатальной заболеваемости;

3) принимает все преждевременные роды;

4) проводит реабилитационные мероприятия больным новорожденным, осуществляет уход за недоношенными новорожденными;

5) сотрудничает с организациями первичной медико-санитарной помощи и родильными домами (отделениями) региона;

6) организует и проводит семинары, конференции по актуальным вопросам оказания акушерско-гинекологической и неонатологической помощи;

7) участвует в разработке и внедряет протоколы диагностики и лечения в акушерско-гинекологической и неонатологической службах;

8) проводит консультации по оказанию медицинской помощи новорожденным с использованием телекоммуникационных информационно - аналитических систем;

9) обменивается информацией по принципу "обратной связи" с республиканскими организациями здравоохранения;

10) проводит реабилитацию женщин после осложненного течения беременности, родов и послеродового периода.

Функциями Перинатального центра являются:

1) оказание консультативно-диагностической, лечебной и реабилитационной помощи беременным, роженицам и родильницам групп высокого риска и новорожденным, а также женщинам с нарушением репродуктивной функции на основе использования современных лечебно - диагностических технологий;

2) проведение планового консультирования беременных группы высокого риска, осуществление контроля по соблюдению уровня оказания медицинской помощи, своевременности госпитализации и необходимости реабилитации в послеродовом периоде;

3) обеспечение специализированной медицинской помощью беременных, рожениц, родильниц и новорожденных, нуждающихся в интенсивной терапии;

4) оказание реанимационной помощи и интенсивной терапии новорожденным, в том числе с низкой и экстремально низкой массой тела;

5) проведение сбора и анализа статистических данных основных показателей акушерско-гинекологической и неонатологической служб региона;

6) осуществление экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листов нетрудоспособности по беременности и родам, гинекологическим больным, направление женщин с признаками стойкой утраты трудоспособности на медико-социальную экспертизу;

7) организация выездных форм помощи женщинам и новорожденным (анестезиолого-реанимационная бригада, акушерско-гинекологическая бригада, неонатальная бригада);

8) использование в своей деятельности современных и эффективных медицинских технологий профилактики, диагностики и лечения, направленных на снижение материнской и перинатальной заболеваемости и смертности, сохранение и восстановление репродуктивного здоровья женщин;

9) проведение экспертизы качества оказания акушерской, гинекологической, неонатологической помощи;

10) систематизация данных о результатах лечения и реабилитации новорожденных детей с различной патологией;

11) осуществление медико-психологической помощи женщинам;

12) организация методической работы, включая повышение профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала по вопросам перинатальной помощи, проведение конференций / совещаний по актуальным вопросам акушерства, гинекологии и перинатологии, а также проведение мастер-классов на местах;

13) обеспечение реализации программ общественного здравоохранения для населения по вопросам перинатальной помощи, репродуктивного здоровья и безопасного материнства.

2.2 Общие положения акушерки родового отделения

1.1 Акушерка относится к категории специалистов.

1.2 На должность акушерки назначается лицо, имеющее среднее медицинское образование по специальности "Акушерское дело" и (имеющее; не имеющее)(I, II, высшую) квалификационную(ой) категорию(и).

1.3 Назначение на должность и освобождение от нее производится приказом руководителя учреждения.

1.4 Акушерка должна знать:

-законы Российской Федерации и иные нормативные правовые акты по вопросам здравоохранения;

-основы гигиены женщины в период беременности и после родов;

-течение нормальных родов и их варианты;

-ведение беременности при осложнениях, основные методы профилактики и борьбы с осложнениями.

-правила асептики и антисептики, санитарно-противоэпидемический режим родовспомогательных учреждений;

-принципы профилактики гинекологических заболеваний, основы контрацепции и здорового образа жизни;

-законодательство о труде и охране труда Российской Федерации;

-правила внутреннего трудового распорядка;

-правила и нормы охраны труда, техники безопасности, производственной санитарии и противопожарной защиты;

2. Должностные обязанности акушерки

Акушерка выполняет следующие должностные обязанности:

2.1 Проводит лечебно-профилактическую санитарно-просветительскую работу, уход за пациентами в соответствии с профилем отделения под руководством врача.

2.2 Проводит подготовительную работу для лечебно-диагностической деятельности врача акушера-гинеколога и собственной деятельности.

2.3 Осуществляет лечебно-диагностическую помощь беременным, роженицам, родильницам, гинекологическим больным по назначению врача или совместно с ним в отделении, на приеме в женской консультации, на дому.

2.4 Оказывает медицинскую помощь при неосложненных родах самостоятельно или с врачом акушером-гинекологом при патологии родов, послеродового периода, проводит первичную обработку и при необходимости первичную реанимацию новорожденных.

2.5 Оказывает неотложную доврачебную медицинскую помощь при острых заболеваниях и несчастных случаях по профилю деятельности с последующим вызовом врача или направлением пациента в лечебно-профилактическое учреждение.

2.6 Сообщает врачу акушеру-гинекологу, старшей акушерке, заведующему отделением или дежурному врачу об экстремальных ситуациях в состоянии пациентов, происшествиях в отделении, палатах, кабинетах.

2.7 Ассистирует при некоторых акушерских и гинекологических операциях.

2.8 Наблюдает за состоянием здоровья и развитием детей первого года жизни.

2.9 Осуществляет патронаж на дому беременных, родильниц, гинекологических больных с выполнением организационных и лечебных мер.

2.10 Проводит профилактические осмотры женщин с целью выявления гинекологических заболеваний (совместно с врачом или самостоятельно), работу по планированию семьи.

2.11 Выполняет меры по соблюдению санитарно-гигиенического режима (соблюдение правил асептики и антисептики, правильное хранение, обработка, стерилизация инструментов, приборов, перевязочного материала) в отделении (женской консультации, кабинете).

2.12 Оформляет установленную Минздравом России медицинскую документацию для соответствующего подразделения.

3. Права акушерки

Акушерка имеет право:

3.1 Получать необходимую информацию для четкого выполнения своих обязанностей.

3.2 Давать указания младшему медицинскому персоналу по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима отделения (кабинета).

3.3 Вносить предложения по совершенствованию работы младшего и среднего медицинского персонала.

3.4 Входить в состав Совета акушерок и медицинских сестер, принимать участие в работе профессиональных медицинских ассоциаций.

3.5 Повышать свою квалификацию.

3.6 Получать квалификационную категорию.

4. Ответственность акушерки

Акушерка несет ответственность:

4.1 За ненадлежащее исполнение или неисполнение своих должностных обязанностей, предусмотренных настоящей должностной инструкцией - в пределах, определенных действующим трудовым законодательством Российской Федерации.

4.2 За правонарушения, совершенные в процессе осуществления своей деятельности - в пределах, определенных действующим административным, уголовным и гражданским законодательством Российской Федерации.

4.3 За причинение материального ущерба - в пределах, определенных действующим трудовым и гражданским законодательством Российской Федерации.

2.3Статистика родов по неделям

По статистике, в России число преждевременных родов составляет 7 %. Большинство случаев прерывания беременности выпадает на срок беременности 34–37 недель — более 55 %.

Наиболее часто начинаются роды на 40 неделе. Но роды на 38 неделе беременности также нормальное, хоть и более редкое явление.

При родах на 27-36 неделе беременности малыш имеет шанс стабилизироваться. К этому сроку легкие плода еще не достаточно развиты для жизнедеятельности, но медикаментозная поддержка может выровнять ситуацию. Если роды случились раньше шансов на благополучный исход гораздо меньше.Роды на 41-42 неделе очень часто происходят по средствам стимуляции. В этот период беременность считается переношенной, и промедление может грозить осложнениями.

Заключение

Беременность и роды, важнейший период в жизни женщины, связанный с деторождением.

Сложный физиологический процесс роды, представляет собой работу не только самой роженицы, но и медицинского персонала, который оказывает родовспоможение.

Очень важным этическим принципом, на котором базируются отношения между медицинским работником и пациентом, является не причинение вреда. В комплексе с бережным ведением родов, индивидуальным подходом и соблюдением всех правил асептики и антисептики информационная подготовленность пациентов поможет свести к минимуму возникновение осложнений послеродового периода.

Акушерка должна быть постоянно готова оказать компетентную помощь пациентам независимо от их возраста, характера заболевания, расовой или национальной принадлежности, религиозных или политических убеждений, социального или материального положения или других различий.

Чаще всего именно акушерка сопровождает роженицу в процессе родов от начала до конца. Именно этот человек первым видит новорожденного и берет его на руки.

Помимо сугубо медицинских задач, хорошая и квалифицированная акушерка дает женщине ощущение безопасности в родах. Ведь в такой момент важно знать, что о тебе заботятся, понимать, что не оставляют одну.

Особенно это важно, если роды не партнерские, а, значит, женщина находится в роддоме одна.

Врач в родах – как полководец в бою. Он обязан определить наиболее удачную стратегию, чтобы процесс родоразрешения прошел максимально удачно. Вряд ли кто-то будет оспаривать утверждение, что чем профессиональнее врач, тем успешнее роды.

Список использованных источников

1. Абрамченко В.В.: Активное ведение родов. - СПб.: Специальная литература, 2013.-325 с.

2. Абрамченко В.В.: Ведение родов. - СПб.: Специальная литература, 2010.-350 с.

3. Абрамченко В.В.: Беременность и роды высокого риска. - М.: Медицинское информационное агентство, 2014.-375 с.

4. Абрамченко В.В.: Обезболивание родов. - Элиста: Медицинская книга: Изд-во НГМА: АПП «Джангар», 2010.-241 с.

5. Абрамченко, В.В.: Руководство для акушерки. - СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2011.-360 с.

6. Айламазян Э.К. и др.: Акушерство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.-421 с.

7. Афонин И.Н.: Здоровый и счастливый ребенок. - СПб.: Питер, 2013.-345 с.

8. Бадирова З.А.: Классные часы и беседы для девушек 6-11 кл.. - М.: Сфера, 2013.-200 с.

9. Бакшеев В.И.: Женская консультация. - Ростов н/Д ; Красноярск: Феникс; Издательские проекты, 2014.- 450 с.

10. Башкирова Н.: Планируем ребенка. - СПб.: Питер, 2012.-350 с.

11. Бенедиктов И.И.: Акушерская фармакотерапия. - Свердловск: Изд-во Уральского университета, 2010.- 400 с.

12. Бодяжина, В.И.: Акушерство. - Ростов н/Д: Феникс, 2011.-512 с.

13. Бодяжина, В.И.: Акушерство и родовспоможение. - Ростов н/Д: Феникс, 2012.-523 с.

14. Бонтеев М.Ю.: Беременность и роды. - М.: Эксмо, 2014.-468 с.

15. Бреусенко В.Г.: Руководство к практическим занятиям по акушерству. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.-311 с.

16. Будник И.В.: Практикум по курсу акушерства и гинекологии для студентов IV курса медицинского факультета специальности «Стоматология». - Белгород: БелГУ, 2013.-298 с.

17. Гилязутдинова З.Ш.: Беременность и роды при заболеваниях центральной и периферической нервной системы. - Казань: Казанский университет, 2011.-380 с.

18. Гомеева, И.И.: Акушерство. - Ростов н/Д: Феникс, 2015.-720 с.

19. Грищенко В.И.: Антенатальная смерть плода. - М.: Медицина, 2012.-345 с.

20. Жиляев, Н.И.: Оперативное акушерство. - Киев: Гидромакс, 2014.-431 с.

21.Илюхин Ю.А., А.С. Переверьзев, Д.В. Щукин и др.; Рец.: С.Б. Петров, Л.М. Гориловский: Урогинекологический атлас. - Белгород: Областная типография, 2011.-800 с.

22. Карпов П.А, Будник И.В.: Практикум по акушерству. - Белгород: БелГУ, 2012.-257 с.

23. Карпов П.А.: Биомеханизмы родов. - Белгород: БелГУ, 2010.-300 с.

24. Кретова Н.Е.: Акушерство и гинекология. - М.: Медицина, 2012.-478 с.

25. Кулаков В.И. и др.: Обезболивание родов. - М.: Триада-Х, 2012.-200 с.

26. Кулаков В.И.: Экстренное родоразрешение. - Н. Новгород: НГМА, 2011.-311 с.

27. Кустаров В.Н.: Ведение родов при гипертензивных токсикозах беременных. - Л.: Медицина, 2010.-316 с.

28. Манухин И.Б.: Руководство по акушерству и гинекологии для фельдшеров и акушерок. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.-278 с.

29. Подтетенев А.Д.: Аномалии родовой деятельности. - М.: Медицинское информационное агентство, 2012.-346 с.

30. Пэрну Л.: Я жду ребенка. - М.: Медицина, 2014.-437 с.

31. Савельева Г.М. и др.: Акушерство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.-380 с.

32. Савельева Г.М.: Акушерство. - М.: Медицина, 2013.-460 с.

33. Санина Е.: Секреты успешной беременности. - М.: Медицинская литература, 2013.-274 с.

34. Сидельникова В.М.: Преждевременные роды. Недоношенный ребенок. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.-290 с.

35. Сидорова, И.С.: Методы исследования при беременности и в родах. - М.: МЕДпресс-информ, 2015.-280 с.

36. Славянова, И.К.: Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. - Ростов н/Д: Феникс, 2012.-349 с.

37. Славянова, И.К.: Акушерство и гинекология. - Ростов н/Д: Феникс, 2013.-390 с.

38. Сольский Я.П.: Практическое акушерство. - Киев: Здоровья, 2010.-480 с.

39. Трифонова, Е.В.: Акушерство и гинекология. - М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2012.-600 с.

40. Федорова М.В.: Плацента и ее роль при беременности. - М.: Медицина, 2012.-320 с.

41. Цвелев Ю.В.: Ургентная гинекология. - СПб.: Фолиант, 2012.-290 с.

42. Цхай В.Б.: Перинатальное акушерство. - Ростов н/Д; Красноярск: Феникс; Издательские проекты, 2012.-460 с.

43. Чернуха Е.А.: Переношенная и пролонгированная беременность. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.-370 с.

44. Чернуха Е.А.: Родовой блок. - М.: Триада-Х, 2011.-290 с.

45. Чернуха Е.А.: Тазовое предлежание плода. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.-290 с.

Приложение 1

Беседа

Методы немедикамементозного обезболивания:

Методы немедикаментозного обезболивания абсолютно безвредны, очень просты и эффективны, их можно применять на любом этапе родов. К самообезболивающим методам относится родовой массаж, специальные дыхательные техники, расслабляющие позы и двигательные методики, использование фитбола (гимнастического мяча) и акватерапии в родах. Для того чтобы овладеть этими приемами, требуется только одно — желание!

Активная позиция

Первым и важнейшим фактором снижения боли от схваток является активное поведение в родах. Этот термин обозначает свободное поведение роженицы, постоянную смену поз и передвижение по палате, поиск наиболее удобного положения тела. Сами по себе движения значительно снижают общее ощущение боли. И не только потому, что любое действие отвлекает.

Движения в процессе родов могут быть самыми разнообразными. Если роды протекают без осложнений, выбор типа движений во время схватки остается за роженицей. В этом случае существует одно, но очень важное ограничение. Ни на каком этапе родов не следует делать резких, порывистых движений. Вот примеры наиболее распространенных видов активного поведения во время схватки:

-ходьба по палате или коридору;

-наклоны в стороны и вперед;

-потягивания и повороты всем корпусом;

-покачивающие и вращающие движения тазом;

-переминание с ноги на ногу;

-перенос веса тела с носков на пятки и обратно;

-полуприседания;

-прогибание и выгибание позвоночника;

-в положении лежа: качание тазом, повороты с боку на бок, пружинящие движения бедрами, сведение и разведение ног.

Во время схваток следует вести себя свободно, выбирая наиболее удобное положение тела. Существует много известных поз, снижающих дискомфорт во время схваток и помогающих расслабиться.

-Встаньте у кровати (раковины, подоконника, прикроватной тумбочки), слегка расставив ноги. Обопритесь руками о кровать, расслабьте спину и живот, как бы перенося тяжесть своего тела на руки и на ноги. Покачивайтесь из стороны в сторону, вперед-назад, переминайтесь с ноги на ногу, покачивайте тазом.

-Встаньте в позу борца сумо: ноги широко разведены и полусогнуты в коленях, корпус слегка наклонен вперед, руки опираются на середину бедер. Переминайтесь с ноги на ногу или покачивайтесь из стороны в сторону.

-Опуститесь на корточки, широко расставив ноги и опираясь на полную ступню. За спиной должна находиться неподвижная опора (спинка кровати, прикроватная тумбочка, стена). Поставьте ноги на ширине плеч, руки положите на бедра. Покачайтесь влево-вправо, вперед-назад. Встаньте на кровати на четвереньки, слегка расставив ноги. Попеременно выгибайте и прогибайте спину в позвоночнике.

-Встаньте на кровати в коленно-локтевую позицию, слегка расставив ноги, и покачивайтесь из стороны в сторону. Под локти можно положить подушку. Встаньте на коленях на кровати, руками обопритесь о спинку кровати,

Переминайтесь с одного колена на другое. Встаньте на корточки лицом к кровати. Руки и голову можно положить на кровать.

-Сядьте на судно, расположив его на стуле или специальной скамеечке (на сам стул садиться нельзя — это создает излишнее давление на промежность и может навредить малышу). Ноги согните в коленях и разведите широко в стороны (и судно, и скамеечка всегда есть в палате).

-Встаньте у спинки кровати или прикроватной тумбочки. Положите на нее согнутые в локтях руки. Опускайтесь на корточки, как бы провисая на руках,

-Если вы устали и хотите прилечь, ложитесь на бок, согнув ноги в коленях и тазобедренных суставах.

В последнее время во многих роддомах роженицам разрешают для обезболивания родов пользоваться фитболом. Фитбол — это резиновый гимнастический мяч, который обычно используют для занятий аэробикой и пилатесом. С помощью фитбола можно принимать самые разнообразные позы, легко меняя одну на другую, гарантированно расслабляясь и непрерывно двигаясь, экономя при этом силы. Для использования во время схваток фитбол надувают не до конца, чтобы он оставался мягким и пружинящим. На мяче можно принимать все позы, перечисленные выше; кроме того, есть специальные позы с фитболом:

-качаться, вращать тазом, пружинить, перекатываться из стороны в сторону, сидя на мяче;

-встать на четвереньки, грудью, руками и подбородком опираясь на мяч и качаясь на нем;

-лечь на бок, подложив мяч под бок и руку и пружиня на нем;

-опереться на мяч спиной в положении полулежа-полусидя с широко разведенными ногами;

-качаться, отталкиваясь спиной от мяча; сидеть или стоять на коленях, опираясь на мяч вытянутыми руками и пружиня;

-лежать на боку, поместив мяч между икрами ног и пружиня ими.

Как видите, активное поведение в родах не требует специальной физической подготовки. Для того чтобы пользоваться "активным" обезболиванием родов, нужны лишь знания и желание роженицы быть участницей родов, а не пассивной пациенткой.

Обезболивающее дыхание

Самый эффективный способ обезболивания родов — специальные дыхательные техники.

Дыхательными техниками можно пользоваться на любом этапе родов без ограничений. Они применимы в любом положении тела, одинаково эффективно помогают как при нормальном течении родов, так и при развитии различных отклонений родовой деятельности.

В начале родов, когда схватки практически безболезненны, рекомендуется использовать "дыхание животом". В начале схватки роженица делает расслабленный медленный вдох носом, а затем долго выдыхает воздух ртом (как будто дует на воду). Такое дыхание помогает расслабиться, снимает нервное возбуждение и обеспечивает высокое насыщение крови кислородом, стимулируя и обезболивая схватки.

К середине первого периода родов, когда схватки нарастают и становятся болезненными, хорошо помогает "дыхание свечой". Это частое поверхностное дыхание, при котором короткий вдох производится через нос, а выдох — ртом (как будто мы задуваем свечу). По мере усиления схваток дыхание становится более интенсивным, но по-прежнему остается очень частым. Дышать таким образом следует только во время схватки;

по окончании болевых ощущений роженица делает глубокий вдох и выдох, выравнивая дыхание, и отдыхает до следующей схватки.

В момент полного раскрытия шейки матки, когда схватки становятся особенно длинными и частыми, эффективнее всего дышать "паровозиком", Это дыхание представляет собой чередование предыдущих техник. В начале схватки будущая мама использует дыхание животом, экономя силы. По мере усиления боли дыхание учащается и на пике схватки становится максимально интенсивным. Затем, по мере "стихания" схватки, роженица успокаивает и выравнивает дыхание.

Во втором периоде родов, когда плод начинает продвигаться по родовым путям, каждая схватка сопровождается ложным позывом на дефекацию (желание освободить кишечник). Такое ощущение вызвано давлением головки плода на прямую кишку, расположенную рядом с влагалищем. На этом этапе роженице необходимо избежать преждевременных потуг и максимально расслабиться, помогая малышу опускаться по родовому каналу. Для достижения этой цели во время схватки нужно дышать "собачкой". Это частое поверхностное дыхание ртом, действительно напоминающее дыхание собаки. При дыхании "собачкой" диафрагма — основная мышца брюшного пресса — находится в непрерывном движении, что делает потугу невозможной. Дыхание обладает максимальным обезболивающим и расслабляющим эффектом.

Волшебные прикосновения

Еще одним эффективным способом немедикаментозного обезболивания родов является массаж, Стимулируя во время схваток определенные точки и зоны на теле, будущая мама может самостоятельно регулировать болевой импульс, снижая уровень боли и расслабляясь.

Самой "популярной" у рожениц массажной зоной является поясница, а точнее — крестцовая область. Крестец — неподвижное соединение

позвонков в нижней части позвоночника. В этой области спинного мозга расположено крестцовое нервное сплетение: нервный узел, иннервирующий матку и другие органы малого таза. Стимулируя во время схватки крестцовую зону (нижняя часть спины посередине), роженица блокирует передачу нервного импульса, снижая таким образом болевые ощущения. Массаж можно осуществлять как одной, так и двумя руками, массируя зону подушечками и костяшками пальцев, основанием кулака, основанием ладони, внутренней стороной ладони или ручным массажером. Движения во время массажа могут быть поглаживающими, надавливающими, можно похлопывать, пощипывать и даже легонько постукивать область воздействия. Чтобы на коже крестцовой области не возникло раздражения, можно периодически смазывать ее кремом или маслом. Если вы не запаслись маслом для массажа — не расстраивайтесь: попросите у акушерки жидкое вазелиновое масло, которое всегда есть в роддоме.

Во время схватки можно стимулировать выступы тазовых костей по бокам от живота. На эти косточки следует воздействовать так же, как и на крестцовую зону. Можно пробовать разные методы: сдавливать, нажимать и отпускать, поглаживать, пощипывать. Выбирайте тот вид массажной стимуляции, который эффективнее всего снижает боль именно вам. Этот метод является своего рода отвлекающим маневром, переносящим источник болевых ощущений.

Периодически в течение схватки нежно поглаживайте полукругом низ живота, область дна матки (самую верхнюю часть). Такие же поглаживающие движения можно совершать, двигая руки от боковых выступов тазовых костей вдоль паховой складки по направлению к промежности и обратно. Эти движения успокаивают роженицу, помогают расслабиться и улучшают кровообращение в области матки

Приложение 2

Беседа

Физическая подготовка к родам

Беременность — серьезная нагрузка на организм женщины, поэтому и до, и во время беременности, а также после родов необходимо поддерживать хорошую физическую форму. Физическая подготовка к процессу родов включает несколько важных аспектов. Рассмотрим наиболее значимые из них.

Движение и закаливание

Малоподвижный образ жизни негативно сказывается на состоянии здоровья любого человека, а будущим мамам особенно важно помнить об этом. Необходимо стараться чаще проводить время на свежем воздухе, а при отсутствии противопоказаний — больше двигаться и обязательно включить в распорядок дня пешие прогулки. Несомненно, с учетом нынешнего состояния, при любой физической активности нужно не забывать и об отдыхе, чередуя его с умеренной нагрузкой.

Специальные упражнения

Физическая подготовка должна сопоставляться с возрастом женщины и сроком беременности, особенностями телосложения, а также общими медицинскими показаниями. Лучше, когда занятия проводятся в группе, под бдительным присмотром профессионалов. Если до беременности вы занимались спортом, после консультации с врачом стоит продолжать поддерживать физическую активность, при необходимости внеся коррективы в формат занятий и снизив уровень нагрузок.

Если ранее вы не занимались фитнесом, стоит начать выполнять специальные комплексы упражнений.

Гимнастика для беременных, как правило, очень благотворно сказывается на физическом состоянии женщины и течении родов, а именно:

-укрепляет сердечно-сосудистую и дыхательную систему матери;

-способствует правильному развитию ребенка;

-повышает иммунитет;

-адаптирует организм к повышенным физическим нагрузкам;

-снижает риск осложнений во время родов;

-способствует быстрому восстановлению в послеродовой период.

Существуют также комплексы упражнений, направленных именно на подготовку организма женщины к родам. Основной их целью является укрепление мышц, участвующих в родовой деятельности, поддержание общего тонуса, а также регулирование дыхания.

Важно учитывать, что занятия любым видом фитнеса, в том числе и упражнения для беременных, эффективны лишь в том случае, если тренировки носят регулярный характер.

Очень благотворно при беременности и плавание в природных водоемах или бассейне. Во время плавания работают все мышцы: ног, рук, спины, промежности и брюшного пресса, тело становится сильнее и выносливее. В воде можно выполнять множество полезных для будущих мам упражнений: например, на растяжку, задержку дыхания и другие. Кроме того, вода — одно из лучших средств для расслабления. Плавание может стать естественной тренировкой по релаксации, что поможет во время родов, ведь между схватками вам пригодится умение расслабляться и отдыхать.

Массаж

Физическая подготовка к родам может включать в себя и такие процедуры, как массаж. Сегодня массажисты предлагают специализированные курсы массажа для беременных, где во время сеансов используются специальные кушетки. Однако можно обойтись

и обычным массажным столом: в первом триместре следует проходить процедуру лежа на животе, на более поздних сроках — лежа на боку или сидя. Массаж для беременных отличается от обычных сеансов более плавными и мягкими движениями, отсутствием нажимов и активных разминаний, а также исключением области живота.

Массаж для беременных — приятная и полезная процедура, он поможет в решении некоторых проблем, часто сопровождающихся дискомфортом, а именно:

-снимает мышечное напряжение, тяжесть в ногах, болезненные ощущения в пояснице;

-уменьшает отечность;

-активизирует кровообращение и способствует поступлению кислорода к ребенку;

-улучшает самочувствие и настроение.

Рождение ребенка — самое замечательное событие в жизни женщины. Конечно, процесс, предшествующий этому событию, требует от будущей мамы много сил и терпения. Но ждать от родов мук и невыносимой боли не стоит; роды — это благодарный труд. И если женщина готовилась к родам, умеет себе помогать и идет рожать с улыбкой, это волнующее событие становится настоящим праздником. А боли на празднике не место!