МИНИСТЕРСТВО ТРАНСПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«РОССИЙСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ТРАНСПОРТА»
(РУТ (МИИТ)
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (ДИПЛОМНАЯ РАБОТА)

Тема: РЕАЛИЗАЦИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ВЕДЕНИИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ

Выполнила обучающаяся группы МЛД – 411 Орлова Виктория Олеговна

_____
(подпись)

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

Выпускная квалификационная работа решением заседания ЦК, протокол от «____»_____20___г. №____ рекомендована к защите

К защите допустить
Заместитель директора по учебной работе _____ И.Н. Куратцева

Руководитель:
Преподаватель высшей категории Степочкина А.С._____

Выпускная квалификационная работа выполнена с оценкой:
_____

Дата защиты «____»_____20___г.

Секретарь ГЭК_____ /_____

Москва, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ……3
1. ОСНОВЫ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ……....5
1.1. Причины наступления родов…….5
1.2. Периоды родов……8
1.3. Клиническое течение родов ……15
2. ИССЛЕДОВАНИЕ РАБОТЫ ФЕЛЬДШЕРА НА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ…….....21
2.1. Действия фельдшера скорой медицинской помощи при ведении физиологических родов.....21
2.2. Моделирование процесса родов……...…...27
ЗАКЛЮЧЕНИЕ……38
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ…….40
ПРИЛОЖЕНИЕ ……...41

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность. Физиологические роды – это естественный процесс, который протекает без каких-либо осложнений для матери и ребенка. Несмотря на это, является критическим периодом в жизни обоих, поскольку риск смертельного исхода может возрасти при возникновении осложнений и неоказании своевременной, квалифицированной помощи. Поэтому данная тема очень актуальна в настоящее время.

Физиологические роды – это роды одним плодом в сроке 37 – 41 недель гестации, в головном предлежании затылочного вида, при достижении плодом зрелости. Это сложный процесс, который всегда требует тщательного наблюдения за роженицей и ребенком и, если потребуется, оказания квалифицированной помощи медицинского работника. Правильность ведения родов во многом определяет состояние здоровья матери и ребенка в дальнейшем.

Основная задача при оказании помощи, во время физиологических родов – обеспечение безопасности, при минимально возможном вмешательстве в физиологический процесс.

У нас в стране роды, как правило, проводятся в специализированных учреждениях, оснащенных всем необходимым оборудованием. Но нередко случается так, что их приходится принимать вне лечебного учреждения (дома, в машине скорой помощи в самолете, на улице) и в любом периоде родового акта: раскрытия, изгнания, последовом и раннем послеродовом. И в этой ситуации именно фельдшер одним из первых сталкивается с роженицей и родами один на один. Поэтому, его профессиональные компетенции очень важны, для принятия своевременных и адекватных мер по ведению родов, которые позволят избежать многих осложнений.

Цель исследования – определить профессиональную деятельность фельдшера при ведении физиологических родов.

Задачи исследования:

1. Изучить теоретические основы физиологических родов.

2. Проанализировать работу фельдшера на скорой медицинской помощи при ведении физиологических родов.

Объект исследования: женщины репродуктивного возраста

Предмет исследования: особенности осуществления профессиональной деятельности фельдшера при ведении физиологических родов

1. ОСНОВЫ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ РОДОВ

1.1. Причины наступления родов

На сегодняшний момент причины наступления родовой деятельности (рис.1) являются открытым вопросом и изучаются многими учеными. Предлагаются различные теории, но наиболее вероятной является теория формирования родовой доминанты.

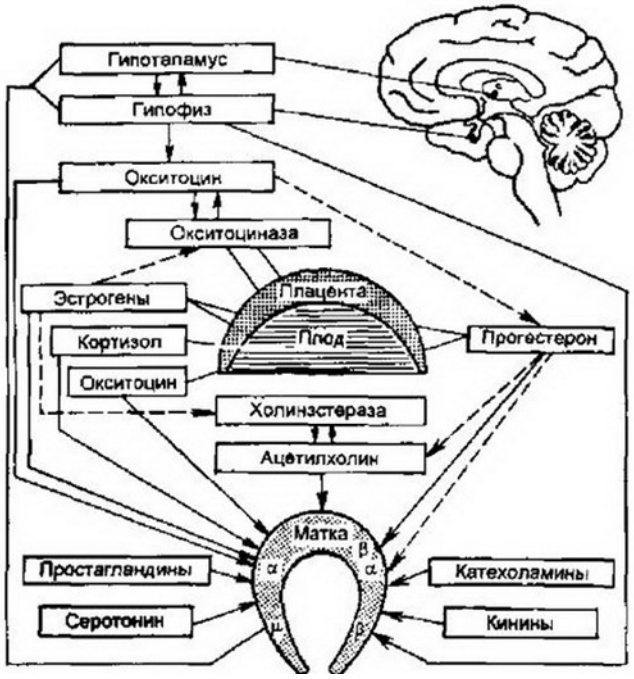


Рисунок 1. Схематическое изображение причин развития родовой деятельности

Родовая доминанта – это условная физиологическая единица, объединяющая и направляющая работу высших нервных центров и исполнительных органов в период беременности и родов.

Состоит из следующих факторов:

- нервного, который включает в себя нервно-рефлекторный и нейрогуморальный факторы;
- химического;
- механического;
- плодового;

Нервный фактор. С началом родов преобладает процесс торможения в коре головного мозга, а в подкорковых структурах доминирует процесс

растормаживания (гипоталамо-гипофизарной системы, в первую очередь спинного мозга). Это улучшает спинальные рефлексы, повышает рефлекторную и мышечную возбудимость матки.

Под влиянием нейрогуморальных изменений в матке, эффективность рецепторов доминирует. В клетках миометрия снижается количество мембран, усиливается их возбудимость, увеличивается активность. Аккумулируются энергетические вещества и электролиты, которые позволяют обеспечить сокращение миометрия. [1]

Химический фактор. Гормоны играют важную роль в развитии родовой деятельности. Активизируются внутренние железы, продуцирует фолликулин и количество прогестерона уменьшается.

Фолликулин – повышает чувствительность матки к окситоцину. Прогестерон – подавляет спонтанную активность матки. Сокращение его продукции способствует активизации сократительной деятельности миометрия. Эстрогены – способствуют формированию простагландинов (возбуждают матку, образуются в мышцах матки в децидуальной оболочке) и катехоламинов (гормоны стресса). Простагландины – на их образование оказывают влияние: окситоцин и эстрогены. Простагландины активизируют акт родов, накапливаются в околоплодных водах, способствуют выделению кальция, в результате чего матка сокращается. Кроме того, они стимулируют выброс окситоцина в заднюю часть гипофиза у матери и плода, и вызывают разрушение прогестерона. Окситоцин – повышает возбудимость клеточных мембран, способствует скоплению ацетилхолина. Ацетилхолин и окситоцин, усиливают друг друга, вызывая сокращение матки. Электролиты (соли кальция, магния) – воздействуют на плаценту и снижают количество прогестерона. [9]

Большое значение в сокращении матки принадлежит нейромедиаторам: серотонину, адреналину, норадреналину, гистамину (уровень которых повышается перед родами).

Серотонин – обеспечивает мембранную проницаемость для ионов

кальция, вызывает разрушение клеточных мембран. Катехоламины – увеличивают дееспособность матки, воздействуя на нее через адренергические рецепторы. [9]

Плодовый фактор. Кортизол, выделяемый надпочечниками плода, увеличивается перед родами. Оттуда он поступает в печень и становится предшественником эстрогенов. С кровотоком предшественники эстрогенов достигают плаценты, где они превращаются в эстрогены. Существует доказательство того, что вазопрессин, который выделяется гипофизом плода, действует так же, как кортикотропный гормон. Высвобождение вазопрессина связано с выделением окситоцина через гипофиз плода, который действует как окситоцин матери, который выделяется в больших количествах на последних стадиях беременности. [1]

Механический фактор. В последние месяцы беременности рост плода происходит быстрее, чем накопление околоплодных вод. Это приводит к физиологическому маловодию. Поэтому части плода располагаются ближе к стенкам матки, чем в ранние сроки беременности [8]. В связи с возрастанием двигательной активности плода к периоду зрелости, его движения приводят к усиленному раздражению нервных окончаний, стволов и сплетений матки, опускающаяся предлежащая часть, которая соприкасается со стенками нижнего сегмента шейкой матки, так же раздражает рецепторы и нервные сплетения.

Характеристика физиологических родов:

- беременность одним плодом;
- головное предлежание;
- соответствие головки плода и таза матери;
- здоровье плода при нормальном функционировании плаценты;
- доношенная беременность (37 – 42 недели);
- координированная родовая деятельность, не требующая коррекции;
- нормальный механизм родов, соответствующий костному тазу;
- своевременное излитие околоплодных вод (при раскрытии шейки матки

на 6 – 8 см);

- отсутствие акушерского травматизма роженицы и оперативных вмешательств в родах;
- продолжительность родов: у первородящих – от 7 до 14 часов, у повторнородящих – от 5 до 12 часов;
- отсутствие у ребёнка гипоксических, инфекционных или травматических осложнений, уродств или аномалий развития;
- физиологическая кровопотеря в последовом и раннем послеродовом периоде не превышает 0,5% массы тела роженицы и не больше 400 мл.

1.2. Периоды родов

Продолжительность физиологических родов составляет 10 – 12 часов. В родах различают три периода:

Первый период родов (раскрытия). Раскрытие шейки матки начинается с появления регулярных сокращений матки (схватки), которые приводят к структурным изменениям в шейке матки и заканчиваются полным открытием наружного зева.

Во время беременности происходит поэтапное, частичное замещение мышечной ткани соединительной тканью. Наблюдаются изменения в самой соединительной ткани шейки: образуются коллагеновые волокна, которые является очень гидрофильными и, следовательно, более гибкими, нежели коллагеновые волокна вне беременности. По мере развития беременности это постепенно приводит к увеличению гидрофильности тканей и разрушению коллагеновых волокон на коллагеновые фибриллы. Клинически это проявляется разрыхлением и укорочением шейки матки, открытием канала шейки матки. [1]

При раскрытии шейки матки важны два механизма:

- сокращение мышц матки;
- воздействие на шейку изнутри (плодным пузырем или предлежащей

частью, из-за увеличения внутриматочного давления).

Основным механизмом раскрытия шейки матки является, сокращение мышц матки. Тип сокращения основан на особенностях расположения мышечных волокон в теле матки (в основном в продольном направлении) и в нижнем сегменте (в основном, круговом). Из-за разного расположения мышц, тело матки и нижний сегмент выполняют разные функции: шейка матки открывается, а тело сжимается, чтобы открыть шейку матки, и изгнать плод и плаценту. [5]

Во время любой схватки в мышцах матки происходят три процесса одновременно:

- сокращение мышечных волокон матки (контракция),
- взаимное смещение волокон относительно друг друга (ретракция),
- растяжение мышечных волокон (дистракция).

Во время сокращений мышечные волокна укорачиваются, смещаются, переплетаются друг с другом, поэтому значительная часть мышц движется из нижней в верхнюю часть. В результате стенки матки утолщаются.

С ретракцией тесно связан, процесс дистракции шейки матки заключается в растяжение круговых мышц шейки матки. Мышечные волокна тела матки, расположенные в продольном направлении, во время контракции и ретракции растягиваются и вовлекаются, в расположенные по кругу мышечные волокна шейки, помогая раскрытию шейки матки. [6]

Во время сокращения, из-за давления со стороны матки, амниотическая жидкость попадает в нижний сегмент матки. В центре нижней части, в которой находится плод, расположен внутренний зев цервикального канала, в котором отсутствует сопротивление стенкам матки. Амниотическая жидкость движется к внутреннему зеву под влиянием повышенного внутриматочного давления. Под давлением околоплодных вод нижний полюс плодного яйца отслаивается от стенок матки и проникает во внутренний зев цервикального канала. Эта часть оболочек нижнего полюса яйца, которая вводится вместе с околоплодными водами в цервикальный канал, называется

плодным пузырем (рис. 2). Во время сокращений плодный пузырь плода проникает в цервикальный канал, раскрывая его изнутри. [7]

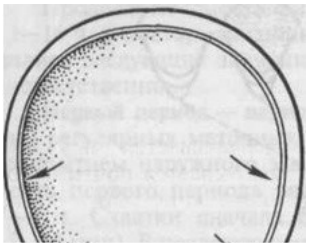


Рисунок 1. Повышение внутриматочного давления и образование плодного пузыря

Когда шейка матки  происходит истончение и окончательное формирование от перешейка и шейки матки. Граница между истонченным нижним сегментом и телом матки выглядит как борозда и называется контракционным кольцом (рис. 3). Чем больше открывается шейка матки, тем выше контракционное кольцо располагается над лонным сочленением. [3]

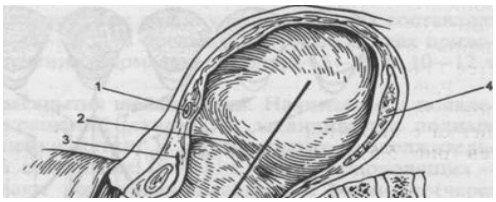


Рисунок 2. Родовые пути в период изгнания: 1 — краевая вена; 2 — контракционное кольцо; 3 — мочевой пузырь; 4 — плацента; 5 — заднепроходное отверстие; 6 — наружный зев

Поскольку  головка плода продвигается, и прижимает стенку нижнего сегмента матки к костному основанию родового канала, при головном предлежании, она разделяет околоплодные воды на передние и задние. Место охвата головки стенками нижнего сегмента называется внутренним поясом

соприкосновения (прилегания), который делит околоплодные воды на передние, ниже пояса соприкосновения, и задние выше пояса соприкосновения (рис. 4). [6]

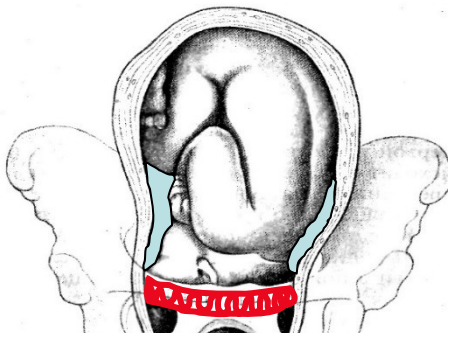


Рисунок 4. Формирование пояса соприкосновения (заштрихован) за счет прижатия головкой мягких тканей родового канала к стенкам таза

Когда шейка матки полностью или почти полностью открыта, оболочка плодного пузыря разрывается, под воздействием повышенного давления, и передние воды изливаются (своевременное излитие околоплодных вод). Полное раскрытие шейки матки, которое обычно совпадает со вскрытием плодного пузыря, указывает на окончание первого периода родов. [1]

Второй период родов (изгнания). Это промежуток времени от полного раскрытия шейки матки до рождения плода.

После того как, околоплодные воды излились схватки ненадолго ослабевают, затем схватки вновь усиливаются и продвигают плод через родовой канал. Способность продвижения плода по родовому каналу называется – биомеханизм родов (см. рис. 5). Предлежащая часть плода приближается к тазовому дну и оказывает на него все большее давление, в ответ на которое появляются потуги. Потуга отличается от схватки тем, что к рефлекторному непроизвольному сокращению гладких мышц матки присоединяется рефлекторное сокращение скелетной мускулатуры брюшного пресса, диафрагмы, тазового дна. Сила потуг может регулироваться, рожающей женщиной. Предлежащая часть плода растягивает половую щель и рождается. За ней рождается все туловище плода и изливаются задние

околоплодные воды. [6]

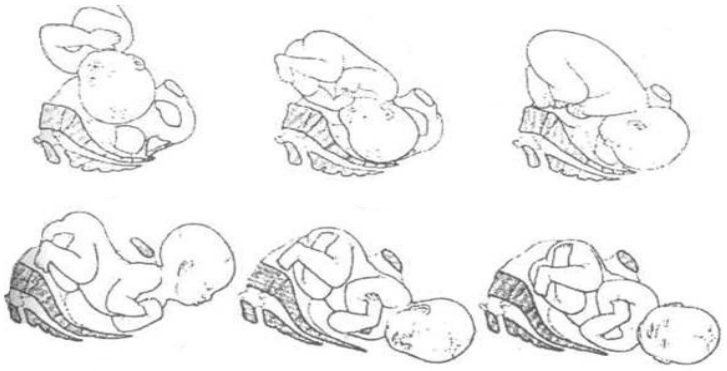


Рис ях

Биомеханизм родов в переднем виде затылочного предлежания состоит их четырех моментов:

- вставление головки во вход в малый таз и ее сгибание (когда головка плода касается плоскости входа в таз, сагиттальный шов устанавливается в одном из косых или в косопоперечном размере плоскости входа в таз, чему способствует форма головки в виде овала, суживающаяся в направлении лба и расширяющаяся к затылку. Задний родничок обращен кпереди. Сгибание головки происходит под действием изгоняющих сил. К концу процесса сгибания головка плотно фиксируется во входе в таз, а задний (малый) родничок располагается ниже безымянной линии. Область малого родничка становится ведущей точкой);
- внутренний поворот головки (начинается в плоскости широкой части таза и заканчивается в узкой части, для того, чтобы головка фиксировалась подзатылочной ямкой под нижним краем лонного сочленения и создала первую точку фиксации);
- разгибание головки (голоска разгибается и рождается);
- наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков (плечики плода производят внутренний поворот, в результате чего они устанавливаются в прямом размере выхода малого таза так, что переднее плечико располагается под лоном, а заднее обращено к

копчику. После рождения головки, в следующую потугу, головка поворачивается личиком к одному из бедер матери. В этот момент рождается переднее плечико и фиксируется под лонным сочленением образуется вторая точка фиксации. Туловище изгибается и рождается заднее плечико).

Третий период родов (последовый). Обычно через 5 – 7 минут после рождения ребенка появляются слабые, едва ощутимые сокращения, приводящие к отделению плаценты. С первой же последовой схваткой начинается отделение детского места, которое происходит в губчатом слое, отпадающей оболочки там, где расположено место его прикрепления к маточной стенке (плацентарная площадка). При последовых схватках сокращаются все мышцы матки, в том числе и область плацентарной площадки. [9]

Плацента не способна сокращаться, поэтому она приподнимается над уменьшающейся в размерах плацентарной площадкой в виде складки или бугра. В результате связь между плацентой и плацентарной площадкой нарушается, происходит разрыв сосудов, что приводит к образованию ретроплацентарной гематомы, которая представляет собой скопление крови между плацентой и стенкой матки. Ретроплацентарная гематома вместе с сокращениями матки способствует прогрессирующей отслойке плаценты. Рождению последа, способствуют потуги, которые возникают при опускании последа во влагалище и раздражении мышц тазового дна [8]. Отделившаяся плацента силой потуг рождается из полости матки со всеми оболочками.

Плацента выходит из половых путей амниотической оболочкой наружу. Материнская поверхность плаценты обращена внутрь родившегося последа. Этот наиболее часто встречающийся центральный вид отслойки (по Шультцу) плаценты (рис. 6а). Возможен вариант отслойки плаценты, когда отделение происходит не с центра, а с периферии. В этом случае излившаяся кровь не образует ретроплацентарной гематомы. Она стекает вниз, и отслаивает оболочки. С каждой последовой схваткой все новые участки плаценты

отслаиваются, пока она целиком не отделится от стенки матки. Послед рождается из родовых путей вперед нижним краем плаценты (ее материнской поверхностью), а амниотическая оболочка оказывается внутри – отделение плаценты (по Дункану) (см. рис.6б). [7]



Рисунок 6 (а). Центральное отделение плаценты по Шульцу

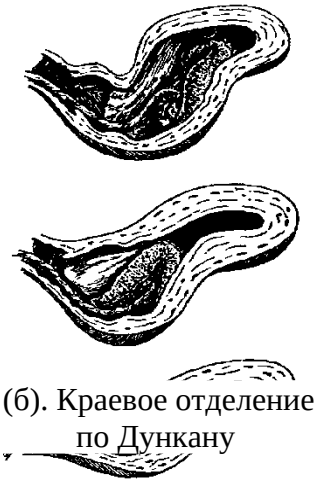


Рисунок 6 (б). Краевое отделение плаценты по Дункану

Существует ряд признаков, свидетельствующих о произошедшем отделении плаценты от стенки матки: [8]

- признак Шредера (изменение формы и высоты дна матки). Сразу после рождения плода матка приобретает округлую форму и располагается по средней линии. Дно матки находится на уровне пупка. После отделения плаценты матка растягивается (сужается), ее дно поднимается на 2 – 4 пальца выше пупка, и часто отклоняется вправо;
- признак Альфельда. Отделившаяся плацента опускается в нижний сегмент матки или влагалище. Соответственно зажим Кохера, наложенный на пуповину, опускается на 8 – 10 см или более;
- признак Кюстнера-Чукалова. Если пуповина не втягивается в родовые пути при надавливании ребром ладони на матку над лонным сочленением, это означает что плацента отделилась; если втягивается – не отделилась.
- признак Довженко. Если во время глубокого дыхания роженицы, во время вдоха пуповина не втягивается во влагалище, плацента

отделилась от стенки матки;

- признак Клейна. Если попросить роженицу потужиться, то при отделившейся плаценте, пуповина, после прекращения потуги, остается на месте;
- признак Микулича-Радецкого. После отслойки плаценты она опускается во влагалище и вызывает у роженицы позыв на потугу.

1.3. Клиническое течение родов

О начале родов свидетельствуют регулярные схватки, которые продолжаются по 10 – 15 секунд через 10 – 15 минут.

Средняя продолжительность физиологических родов у первородящих составляет 10 – 12 часов, а у повторнородящих 6 – 8 часов. Быстрыми родами называются роды продолжительностью 4 – 6 часов у первородящих и 2 – 4 часа у повторнородящих. Стремительными родами называются роды продолжительностью менее 4 – х и 2 – х часов.

Клиническое течение первого периода родов. Самым длительным является первый период родов. У первородящих он продолжается 10 – 11 часов, а у повторнородящих 6 – 7 часов. Признаками начала родовой деятельности являются регулярные схватки, которые приводят к изменениям шейки матки (укорочение, сглаживание, раскрытие). [10]

На основании оценки длительности, частоты, интенсивности схваток, активности матки, темпа раскрытия шейки и продвижения головки, в течении первого периода родов выделяют три фазы (см. таб. 1)

Таблица 1

Фазы раскрытия шейки матки в первом периоде родов

Первый период родов	**Первые роды**	**Повторные роды**
Латентная фаза (от начала регулярных схваток до раскрытия шейки матки до 3 – 4 см)		
Средняя продолжительность (час)	6,4	4,8
Максимально допустимая продолжительность (час)	8	8
Скорость раскрытия (см/час)	0,3	0,35
Частота схваток (за 10 минут)	Не меньше двух	
Продолжительность схваток (сек)	20 – 25	
Активная фаза (раскрытие шейки матки от 3 – 4 см до 10 см)		
Средняя продолжительность (час)	4,6	2,4
Максимально допустимая продолжительность (час)	11,7	5,2
Скорость раскрытия (см/час)	1	1
Частота схваток (за 10 мнут)	3 – 5	
Продолжительность схваток (сек)	40 – 50	
Фаза затухания (полное раскрытие маточного зева)		
Максимально допустимая продолжительность (час)	Продолжается 1 – 2 часа	
Продолжительность схваток (сек)	Схватки до 1 минуты, с паузами 3 – 4 минуты	

Схватки обычно сопровождаются болью, но каждый случай различен и индивидуален. Все будет зависеть от особенностей нервной системы роженицы. Боль во время схваток ощущается в области живота, пояснице, крестце, паховых областях. Иногда может возникать рефлекторная тошнота и рвота. Для некоторых женщин период раскрытия может быть совершенно безболезненным. Наблюдая за состоянием матки во время сокращений, можно обнаружить, что при каждой схватке круглые связки напрягаются и матка приближается дном к нижней части передней брюшной стенки, выпячивая ее. [8]

Во время сокращений дно матки поднимается выше уровня, на котором оно находилось во время паузы. Следовательно, это изменяет отношения

между осью плода и осью родового канала, что приводит к более легкому продвижению плода. Внутриматочное давление, которое увеличивается во время сокращений, передается через тазовый конец плода к позвоночному столбу и через него к головке плода, которая начинает продвигаться по родовому каналу.

Контракционное кольцо определяется все более отчетливо во время схваток. В конце периода раскрытия дно матки уже находится непосредственно под мечевидным отростком, а контракционное кольцо находится на 10 см выше верхнего края лобкового сочленения и стоит поперечно. Процессы укорочения, сглаживания и раскрытия шейки матки хорошо определяются при влагалищном исследовании. В начале родов край маточного зева средней толщины, и раскрытие составляет 2 – 3 см. [8]

С развитием родов кайма зева истончается, расширяется и становится 8 – 10 см. При полном раскрытии (10 см) граница зева при влагалищном осмотре не определяется. Раскрытие маточного зева может привести к поверхностным нарушениям слизистой оболочки шеечного канала, разрывом краев зева. Появляются небольшие кровянистые выделения с примесью слизи. Причиной этих скудных сукровичных выделений может быть отслойка плодных оболочек от децидуальной оболочки. [5]

Напряжение плодного пузыря, во время схваток увеличивается, а в промежутках между схватками оно ослабевает. При полном или почти полном открытии маточного зева, плодный пузырь остается постоянно напряженным, как во время сокращений, так и в паузах между ними. На высоте одной из схваток плодный пузырь разрывается и изливаются передние воды в количестве 100 – 200 мл.

Преждевременное излитие околоплодных вод происходит, если плодный пузырь вскрывается до начала регулярной родовой деятельности. Излитие вод считается ранним, если оно происходит в первом периоде до полного или почти полного (7 – 8 см) раскрытия. Если при полном раскрытии маточного зева плодный пузырь остается неповрежденным в течении

некоторого времени, то излитие околоплодных вод окажется запоздалым. [7]

Клиническое течение второго периода родов. Это изгнание плода из полости матки. Период изгнания у первородящих продолжается от 1 – 2 часов, у повторнородящих — от 15 минут до 1 часа.

После излития околоплодных вод родовая деятельность на на короткое время ослабевает, а затем возобновляется. Стенки матки начинают плотно прилегать к плоду. Когда головка опускается, она оказывает большее раздражение на нервные сплетения, чем плодный пузырь. Сила и продолжительность сокращений увеличивается, а интервалы между ними уменьшаются. Схватки повторяются через каждые 2 – 3 мин. Среди прочего, на высоте каждой схватки присоединяются сокращения мышц брюшного пресса – потуги. Если предлежащая часть находится в полости малого таза, у роженицы появляется желание тужиться. [1]

Под влиянием повсеместных сокращений и потуг головка плода проходит через родовой канал и опускается на дно таза. В это время мышцы тазового дна начинают рефлекторно сокращаться. С увеличением давления в нижней части, частью плода, сила мышечного сокращения увеличивается. Боль, вызванная сокращением матки, сочетается с болью от давления головкой на крестцовое нервное сплетение. [1]

Если предлежащая часть находится на тазовом дне, у роженицы возникает непреодолимое желание тужиться. Лицо роженицы во время потуг багровеет, шейные вены вздуваются, тело покрывается потом. Пульс учащается, кровяное давление слегка повышается, при последующих поступательных движениях головки во время потуг, промежность начинает выпячиваться, анальное отверстие зияет и раскрываться половая щель. Через некоторое время эти изменения остаются и в промежутках между потугами. На высоте одной из потуг из открытой половой щели появляется нижний полюс головки, скрывающийся в половой щели после окончания потуги. С каждой новой потугой весь процесс повторяется. [5]

Появление головки из половой щели только во время потуг называется

– врезывание головки. Оно указывает на завершение внутреннего поворота головки, которая устанавливается в плоскости выхода малого таза. При дальнейшем течении родовой деятельности головка плода настолько глубоко врезывается в половую щель, что остается там и вне потуги и это называется – прорезыванием головки. С каждой новой потугой головка плода больше выходит из половой щели. Сначала прорезывается (рождается) затылочная область плода. Потом в половой щели устанавливаются теменные бугры. Напряжение промежности в это время максимальное. Наступает самый больной, несмотря на то, что краткосрочный момент родов. После рождения теменных бугров через половую щель проходит лоб и лицо плода. На данном этапе завершается рождение головки плода. [1]

После рождения головка совершает наружный поворот в соответствии с биомеханизмом родов. После наружного поворота головки фронтальное (переднее) плечико задерживается у лобка, рождается заднее плечико, потом весь плечевой пояс и все туловище плода вместе с изливающимися задними околоплодными водами. Задние воды могут содержать частички сыровидной смазки, примесь крови из-за разрывов мягких тканей родовых путей.

Роженица испытывает сильнейшее переутомление. Постепенно снижается частота пульса. После рождения малыша у роженицы может появится сильный озноб, который связан с большой потерей энергии во время сильных потуг.

Клиническое течение третьего периода родов. Самым коротким является третий период родов (последовый). Продолжительность последового периода составляет 10 – 12 мин, максимально допустимая – 30 мин.

Утомленная роженица лежит расслабленно, дыхание ровное. Пульс, после периода изгнания, снижается, кровяное давление возвращается к нормальному уровню. Кожные покровы имеют физиологическую окраску, температура тела нормальная. Появляющиеся последовые схватки обычно не ощущаются роженицей.

Дно матки после рождения плода располагается на уровне пупка. Во

время каждой последовой схватки матка становится плотной, равномерно уплощается, и дно ее поднимается (выше пупка) и отклоняется вправо. Это указывает на отделение плаценты от плацентарной площадки. Контуры матки меняются. В нижнем секторе матки, несколько выше лобка, появляется неглубокая перетяжка, которая придаёт матке форму песочных часов. Эти изменения говорят о том, что послед вместе с ретроплацентарной гематомой опустились в нижний сектор матки. В ряде всевозможных случаев, послед может опуститься во влагалище. У роженицы появляются потуги, и послед рождается. [5]

Из родовых путей выделяется около 250 мл крови. Если плацента отделялась с центра (по Шультцу), то ретроплацентарная гематома выделяется вместе с последом. Если отделение плаценты начиналось с края (по Дункану), часть крови выделяется до рождения последа, а часть – вместе с ним. Кровопотеря является физиологической, если она не оказывает негативного влияния на организм женщины и составляет 0,5% от массы тела роженицы, но не более 400 мл. [5]

После рождения последа матка резко сокращается. Она возвращается в срединное положение, выступает через переднюю брюшную стенку в виде плотного округлого образования. Дно ее располагается по средней линии между пупком и лобком.

2. ИССЛЕДОВАНИЕ РАБОТЫ ФЕЛЬДШЕРА НА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2.1. Действия фельдшера скорой медицинской помощи при ведении физиологических родов

Рассмотрев теоретическую часть, хотелось более углубленно узнать о деятельности фельдшера и освоить его профессиональные компетенции. Для этого была проведена работа на детской реанимационной бригаде под руководством врача и фельдшера подстанции скорой медицинской помощи № 11.

Действия фельдшера скорой медицинской помощи при физиологических родах. Основными и важными профессиональными компетенциями фельдшера при ведении физиологических родов являются:

- решение вопроса о возможности транспортировки роженицы в родильный дом;
- диагностика родов, оценка их течения и выбор тактики ведения родов;
- оказание психологической помощи роженице;

Тактика ведения родов будет полностью зависеть от правильности проведения диагностических мероприятий. Поэтому на вызове фельдшер должен:

- провести объективное обследование роженицы (обратить внимание на: рост, телосложение, деформацию позвоночника и нижних конечностей, цвет и состояние кожи и видимых слизистых оболочек, пигментацию лица, рубцевание во время беременности, состояние молочных желез, размер и форму живота. При обследовании живота можно обнаружить отклонения от нормального течения беременности. При нормальной беременности и правильном положении плода живот имеет овоидную (яйцевидную) форму. У беременных в обязательном порядке измеряют артериальное давление, пульс, частоту дыхательных движений. Также важно обратить внимание на поведение роженицы);

- выяснить жалобы роженицы;
- ознакомиться с обменной картой (при наличии) беременной, уточнить срок беременности, положение плода, предлежащую часть, изменения в анализах, изменение артериального давления, сопутствующие заболевания;
- узнать, сколько было беременностей и родов, как они прошли, каковы были осложнения, как они закончились;
- уточнить время начала родов (начало регулярных схваток), оценить их периодичность и интенсивность. Используют секундомер, по которому засекают продолжительность следующих друг за другом схваток, и измеряют интервал между ними (оценка схваток – не менее двух схваток за 10 минут, продолжительностью 20 секунд и более);
- выполнить наружное акушерское обследование, приемы Леопольда-Левицкого. Эти методы, позволяют получить необходимый минимум данных, определяющих тактику ведения родов на этапе скорой медицинской помощи;
- выслушивать сердцебиение плода (в начале первого периода – не реже, чем каждые 30 минут, в активной фазе – не реже, чем каждые 15 минут, в течение 1 полной минуты после окончания схватки; во время потуг – каждые 5 минут или после каждой потуги);
- выяснить наличие выделений из половых путей;
- определить целостность плодного пузыря, для этого используют информацию женщины о факте излития околоплодных вод. В случае излития вод уточняют их количество и характер (цвет, примесь крови, мекония);
- сформулировать диагноз родов с учетом: первые или повторные; срочные, преждевременные или запоздалые; какой период родов; характер излития околоплодных вод; осложнений беременности и родов; особенностей акушерско-гинекологического анамнеза; сопутствующей экстрагенитальной патологии;

- выяснить возможность госпитализации в стационар (экстренная госпитализация беременной необходима при осложнениях, требующих срочного врачебного вмешательства: гестоз, преждевременный разрыв плодного пузыря, отслойка плаценты, угрожающие преждевременные роды, кровотечения, выпадение мелких частей плода. Роды на месте проводят: у повторнородящих, где промежуток между схватками равен пяти минутам и менее; если у роженицы появилась потребность тужится; если из половой щели видна головка плода).

Важным фактором безопасного течения родов является психологический комфорт роженицы. Чтобы создать комфорт, роженица должна чувствовать, заинтересованность и особую чуткости со стороны медицинского работника, способного оказать ей психологическую поддержку. Оказывая поддержку в родах, фельдшеру нужно понимать, что женщина находится в зависимом положении из-за сложившейся ситуации и поэтому она полностью доверяет себя и своего ребенка медицинскому работнику. В этой ситуации фельдшер должен стремиться завоевать расположение роженицы, и всеми возможными способами показать ей желание действовать только в ее интересах. Важно, чтобы фельдшер был способен дать женщине почувствовать: безопасность, свободу, профессионализм в его действиях.

Таким образом, выполненный порядок действий на начальном этапе, позволит фельдшеру скорой медицинской помощи полностью определиться с акушерской ситуацией на месте вызова: определить период родов, возможность доставки роженицы в акушерский стационар или необходимость приема родов на месте.

После того как фельдшер определился с акушерской ситуацией в его работе появляются следующие профессиональные компетенции:

- принятие родов, оказание акушерского пособия в родах;
- осуществление контроля за состоянием роженицы и ребенка;

- организация и оказание неотложной медицинской помощь на догоспитальном этапе;
- организация профилактических мероприятий, направленных на снижение возникновения осложнений в любом периоде родов;
- проведение транспортировки роженицы в стационар.

При начавшейся родовой деятельности фельдшер приступает к ведению родов. **Ведение первого периода родов.** Для правильного ведения первого периода необходимо:

- провести психологическую подготовку роженицы;
- оценить общее состояние роженицы: выяснить жалобы, оценить состояние кожных покровов, видимых слизистых оболочек, определить пульс, измерить артериальное давление и вести записи в документации;
- оценить характер родовой деятельности (частоту, силу, продолжительность схваток и пауз);
- неоднократно проводить наружное акушерское исследование, приемы Леопольда-Левицкого (Христиан Герхард Леопольд, 1846 – 1911, немецкий акушер-гинеколог): первый прием: позволяет определить высоту дна матки; второй прием: позволяет определить положение, позицию и вид плода; третий прием: позволяет определить предлежащую часть плода и ее отношение ко входу в малый таз; четвертый прием: позволяет определить положение предлежащей части плода ко входу в малый таз;
- обращать особое внимание на форму матки, во время и вне схваток, следить за высотой контракционного кольца;
- произвести влагалищное исследование в родах;
- для оценки сердечной деятельности плода: аускультацию сердцебиения плода проводят при целых водах через 15 – 20 минут, а после излития околоплодных вод через 5 – 10 минут. Нормальная частота сердечных сокращений плода 120 – 140 ударов в минуту;

- для профилактики гипоксии плода ввести (глюкозу 40% раствор 20 мл, витамин С 5% раствор 1 – 2 мл, Аденозинтрифосфат 1 мл, Кокарбоксилазу 100 – 200 мл);
- следить за опорожнением мочевого пузыря роженицы. Роженица должна опорожнять мочевой пузырь каждые 2 – 3 часа. Если происходит задержка самостоятельного мочеиспускания до 3 – 4 часов, необходимо произвести катетеризацию мочевого пузыря;
- обрабатывать наружные половые органы дезинфицирующим раствором один раз в 5 – 6 часов, после каждого мочеиспускания, перед влагалищным исследованием.

Ведение второго периода родов. Во втором периоде родов следует усилить наблюдение за состоянием роженицы. Фельдшеру необходимо:

- оценить общее состояние роженицы во время родов: выяснить жалобы, оценить состояние кожных покровов и видимых слизистых оболочек, определить пульс, артериальное давление;
- определить характер родовой деятельности (частоту, силу, продолжительность схватки, потуг);
- определить состояние нижнего маточного сегмента (есть ли чрезмерное растяжение, боль);
- определить высоту стояния контракционного кольца;
- определить тонус круглых связок матки, оценить состояние наружных половых органов, характер выделений из влагалища;
- определить скорость, с которой головка движется по родовому каналу;
- оценить сердцебиение плода (слушать после каждой потуги);
- подготовить место для родов, объяснить роженице правильное положение, поведение во время потуги – как только роженица почувствует приближение потуги необходимо: набрать полную грудь воздуха, упереться ногами в ногодержатели, руками обхватить свои

ноги и максимально натянуть их на себя, слегка приподнимая плечевой пояс (смотреть на пупок), попробовать направить набранный воздух на тазовое дно; тужиться 20 секунд, затем сделать плавный выдох через рот, снова наполнить полную грудь воздухом и повторить вновь. За одну потугу необходимо потужиться 3 раза. В паузах между потугами нужно расслабиться и отдохнуть;

- при прорезывании головки приступить к оказанию акушерского пособия и приему родов. Акушерское пособие в родах состоит из 5 моментов: (первый – предупреждение преждевременного разгибания головки; второй – защита промежности, в паузах между потугами осуществлять заем тканей; третий – регулировать потуги; четвертый – бережное выведение головки из родовых путей; пятый – освобождение плечевого пояса);
- при прорезывании теменных бугров внутривенно вводят 0,02% раствор Метилэргометрина 1 мл на 40% растворе глюкозы, чтобы предотвратить кровотечение в третьем периоде и в раннем послеродовом периоде;
- после рождения ребёнка первичный туалет новорожденного проводится по алгоритму.

Ведение третьего периода родов. Тактика ведения родов в этом периоде сводится к выжиданию. Фельдшер контролирует цвет кожных покровов роженицы, пульс и артериальное давление, а также контролирует состояние мочевого пузыря, поскольку переполненный мочевой пузырь мешает сокращению матки и, следовательно, нарушает нормальное течение отделения плаценты. Послед обычно рождается самостоятельно примерно через 10 – 15 мин. (до 30 минут) после рождения ребенка. После рождения плаценты, ее помещают с наложенным зажимом в пакет и доставляют в стационар вместе с родильницей (если нет признаков отделения плаценты, нельзя извлекать ее насильно). В случае кровотечения из мягких тканей после родов, необходимо наложить швы до транспортировки в акушерский

стационар или наложить давящую повязку (кровотечение из разрыва промежности, области клитора), возможна тампонада влагалища стерильными марлевыми салфетками. После рождения последа родильницу кладут на носилки, предварительно постелив одноразовую стерильную пеленку, которой можно будет прикрыть таз родильницы. Родильницу и ребенка тепло укрывают, закрепляют ремнями на носилках и транспортируют в стационар.

В время принятия родов, фельдшер должен помнить и проводит профилактические мероприятия, направленные на снижение возникновения осложнений. Наиболее распространенные осложнения: слабость родовой деятельности (включает комплексное введение эстрогенов, глюкозы, витаминов и препаратов кальция. Внутримышечно вводят: синестрол 2 % 0,5 – 1 мл тиамина хлорид 5 % 1 мл, пиридоксина гидрохлорид 5 % 1 мл Внутривенно вводят: глюкоза 40 % 20 мл, аскорбиновая кислота 5 % 5 мл, кальция глюконат 10 % 10 мл или кальция хлорид 10 % 10 мл); разрывы шейки матки (используют спазмолитики: Но-шпа 2 % 2 мл); гипоксия плода включает (оксигенотерапию, регуляцию родовой деятельности, введение спазмолитиков, внутривенное введение глюкозы с аскорбиновой кислотой); профилактика кровотечений в последовом и раннем послеродовом периоде включает в себя обязательное применение утеротоников (внутривенно вводят окситоцин 1 мл в 400 мл изотонического раствора натрия хлорида, 10 – 15 капель в минуту, начинают в конце периода раскрытия). Для предотвращения травм матери и ребенка во время родов фельдшер должен грамотно и профессионально оказывать акушерское пособие в родах. [7]

2.2. Моделирование процесса родов

Приехав на вызов, фельдшер сразу оценивает ситуацию и определяется с тактикой ведения родов. Если транспортировать роженицу в стационар не удается по какой-либо причине, фельдшер обязан принять роды на месте.

В первом периоде родов фельдшер контролирует показатели родовой

деятельности (подсчитывает частоту, время, интенсивность схваток), состояние роженицы (производит измерение артериального давления, пульса, частоты дыхательных движений), состоянием плода (выслушивает сердцебиение плода).

С появлением потуг и начала прорезывания головки фельдшер готовится к приему родов. Любая попытка транспортировки роженицы может привести к осложнениям из-за невозможности предоставить во время движения машины необходимого контроля за состоянием роженицы и плода, а также невозможности надлежащего оказания акушерского пособия. [2]

Фельдшер создает условия для приема родов: теплое, без сквозняков, хорошо освещенное помещение. Обязательно используются две стерильные пеленки, одну подкладывают под таз женщины, другой прикрывают живот. Обычное положение роженицы – это положение на спине с приподнятым туловищем. Небольшую подушку помещают под таз женщины, чтобы обеспечить свободный доступ к промежности и возможность проводить акушерские манипуляции.

Фельдшер выполняет измерение пульса и артериального давления у роженицы. Содержимое пакета неотложной акушерской помощи раскладывают на столе в том порядке, в котором он будет использоваться: кожный антисептик, медицинская маска, стерильные перчатки, акушерский стетоскоп, согретый комплект пеленок, три зажима Кохера (или одноразовые скобы для пуповины), стерильная вата, раствор этилового спирта, ножницы, баллончик резиновый, шприцы, жгут и периферический венозный катетер, инфузионная система, флакон с инфузионным раствором, почкообразный лоток, уретральный катетер, гипотермический пакет, детское одеяло.

Фельдшер обрабатывает руки кожным антисептиком, надевает медицинскую маску и стерильные перчатки. Наружные половые органы роженицы обрабатывает кожным антисептиком (0,5% спиртовым раствором хлоргексидина, биглюконата или 10% раствором повидон-йод). Просит роженицу во время родов согнуть ноги в коленных и тазобедренных суставах,

развести и удерживать их руками, объясняя роженице, что в таком положении ей будет удобно тужиться, а медицинскому персоналу удобно оказывать необходимую помощь.

Второй период родов требует постоянного контроля за состоянием роженицы, характером родовой деятельности и состоянием плода. Фельдшер выслушивает сердцебиение плода, после каждой потуги. Фельдшер скорой медицинской помощи объясняет роженице, как правильно тужиться: при начале следующей потуги вам нужно набрать в легкие максимальное количество воздуха, крепко взяться за ручки кровати (или сзади за свои ноги), сгруппироваться (голову и верхнюю половину туловища приподнять от кровати, прижать подбородок к грудине, смотреть на свой пупок) и направить все свои усилия в промежность. Во время потуг фельдшер говорит роженице о том, что важно слушать его, правильно дышать, периодически отдыхать, не стремиться контролировать свой кишечник и мочевой пузырь, ни кричать, ни нервничать.

В то время как головка плода прорезывается, фельдшер приступает к оказанию акушерского пособия. Фельдшер встает справа от роженицы и кладет на промежность первым и вторым пальцами, чтобы защитить от разрыва. Концевые фаланги пальцев левой руки фельдшера находятся на затылке плода, сгибают головку кзади в сторону промежности, и препятствуют ее быстрому продвижению во время потуги. В промежутках между потугами левая рука удерживается на головке, а правая рука высвобождает мягкие ткани в области клитора и малых половых губ и опускает их в сторону промежности, создавая «заем тканей».

Выведение головки должно осуществляться без усилий и вне потуги. Фельдшер говорит роженице, что тужится нельзя, но вам нужно глубоко дышать через рот. В это время фельдшер снимает с теменных бугров головки ткани вульварного кольца, головку захватывает левой рукой и осторожно разгибает, в результате над промежностью рождаются лоб и личико плода. Удерживает правую руку на промежности роженицы, предохраняя ее от

разрыва.

После рождения головки пальцем проводит по шее плода к плечу: проверяет, не обвилась ли пуповина вокруг шеи. После рождения головки во время следующей потуги осуществляется внутренний поворот плечиков, которые устанавливаются в прямом размере выхода таза. Фельдшер захватывает головку двумя руками, чтобы ладони поместились на ушках плода, кончики пальцев были обращены к лицу, и подтягивает книзу, при этом переднее плечико плода фиксируется у нижнего края лобкового симфиза. Затем он поднимает головку вверх, помогая тем самым родиться заднему плечику. После рождения плечиков происходит рождение туловища плода. При рождении туловища, фельдшер двумя руками охватывает грудную клетку плода в области подмышечных впадин и направляет ее вверх. После рождения ребенка, фельдшер проводит первичный туалет новорожденного по алгоритму.

После рождения ребенка, фельдшер катетеризирует мочевой пузырь роженице, потому что переполненный мочевой пузырь мешает эффективному сокращению матки и нормальному течению следующего периода. Обеспечивает надежный венозный доступ, для поддержания которого проводят инфузию 0,9 % раствора натрия хлорида.

Последовый период всегда сопровождается кровопотерей. Физиологическая (допустимая) кровопотеря в последовом и раннем послеродовом периоде составляет 200 – 250 мл (до 0,5% от массы женщины). Если кровопотеря не превышает физиологического объема, то тактика фельдшера в течение 30 минут является наблюдательной.

Фельдшер контролирует состояние роженицы, окраску кожи и видимых слизистых оболочек, появление жалоб, частоту пульса и уровень артериального давления. Под таз женщины помещает лоток для сбора и учета теряемой крови. После рождения последа проводит его осмотр. Послед обязательно доставляется в акушерский стационар, так как необходима тщательная оценка его целости врачом – акушером.

После осмотра последа фельдшер оценивает тонус и появление сокращений матки через переднюю брюшную стенку женщины. Важно убедиться, что матка хорошо сократилась и не расслабляется (становится мягкой). Затем на низ живота родильницы помещают гипотермический пакет или пузырь со льдом, который сохраняется до тех пор, пока родильницу не доставят в акушерский стационар.

После окончания родов и проведения первичного туалета новорожденного родильница и новорожденный доставляются в акушерский стационар, перед началом транспортировки необходимо уведомить приемное отделение. Родильница госпитализируется только на носилках, ребенок – в положении на боку для предупреждения аспирации.

Наблюдение из практики 1

Женщина 33 лет. Повод к вызову: 2-ые роды.
Диагноз: Срочные, дорожные II роды в сроке 40 недель. Второй период родов.

Жалобы: потуги через 2 – 3 минуты по 45-60 секунд с 18:00

Анамнез: Схватки с 9:00, околоплодные воды излились в 17:30. По поводу беременности наблюдается в женской консультации. Обследована. Данная беременность протекала с угрозой выкидыша в 5 – 6 недель.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, по шкале Глазго 15 баллов. Положение активное. Кожные покровы: сухие, физиологической окраски. Отеков нет. Температура тела 36,5 частота дыхательных движений 20 в минуту, дыхание везикулярное. Пульс 90 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 110/80 мм рт. ст., привычное 110/80 мм рт. ст., максимальное 130/90 мм рт. ст.

Живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки. Мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика выслушивается, печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Рвоты нет. Стул оформленный,

регулярный

Патологические симптомы (Образцова, Ровзинга, Ситковского, Ортнера, Мерфи, Щеткина-Блюмберга) – не выявлены.

Status localis: высота стояния дна матки 38 см, матка в повышенном тонусе, расслабляется между схватками. Потуги через 1 – 2 минуты, по 40 – 50 сек., хорошей силы, регулярные.

Положение плода продольное, предлежит головка плода. Сердцебиение плода ритмичное, ясное 147 в минуту. Выделения из половых путей слизисто-геморрагические

Оказанная помощь и ее эффект:

Учитывая акушерскую ситуацию, принято решение вести роды в машине скорой медицинской помощи. Оказано акушерское пособие в родах.

В 18:30 родилась живая, доношенная девочка, оценка по шкале Апгар 8 баллов (дыхание 44 в минуту, крик громкий, сердцебиение 144 в минуту). Ребенок принят в теплые пеленки, согрет. Из носа и рта произведена аспирация слизи стерильной грушей. После предварительной обработки 70% этиловым спиртом, пуповина пересечена, на остаток пуповины наложен стерильный зажим, поверхность среза обработана 70% этиловым спиртом, наложена асептическая повязка. Оценка по шкале Апгар через 5 минут 10 баллов.

У роженицы катетеризирован мочевой пузырь. Моча соломенно-желтая, прозрачная, 100 мл.

В 18:50 самостоятельно отделился и выделился послед. Осмотрен. Цел. Матка сократилась, плотная. Общая кровопотеря 250 мл.

Транспортировку в роддом на носилках перенесла удовлетворительно. Артериальное давление 110/70, частота дыхания 20 в минуту, пульс 80 в минуту. Холод на низ живота.

Послед доставлен в стационар.

Наблюдение из практики 2

Женщина 29 лет. Повод к вызову: роды

Диагноз: Состоявшиеся, преждевременные, домашние III роды в сроке 28 недель.

Жалобы*:* нет

Анамнез: Беременность третья 28 недель. Состоит на учете в женской консультации. В первом триместре беременность протекала с угрозой выкидыша. В 22 недели переболела ОРВИ.

Со слов 2 дня беспокоили схваткообразные боли внизу живота, сначала были слабовыраженные, сегодня стали чаще и усилились, в 14:00 излились околоплодные воды. Вызвала бригаду скорой помощи. В 14:40 родился ребенок.

На момент прибытия скорой помощи на руках у женщины находился живой новорожденный ребенок.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, по шкале Глазго 15 баллов. Положение активное. Кожные покровы: влажные, физиологической окраски. Отеков нет. Температура тела 36,6 частота дыхательных движений 20 в минуту, дыхание везикулярное. Пульс 86 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 110/80 мм рт. ст., привычное 110/80 мм рт. ст., максимальное 120/90 мм рт. ст.

Патологические симптомы (Образцова, Ровзинга, Ситковского, Ортнера, Мерфи, Щеткина-Блюмберга) – не выявлены.

St.localis*:* родилась недоношенная девочка, состояние тяжелое, по шкале Глазго 14 баллов, сразу не закричала, кожные покровы цианотичные, частота дыхания Гаспинг, частота сердечных сокращений 98 в минуту, тоны сердца глухие, мышечный тонус снижен, рефлексы ослаблены. Оценка по шкале Апгар 4 – 5 баллов.

Оказанная помощь и ее эффект:

В соответствии с алгоритмами раздела «Акушерство и гинекология», принято решение о медицинской эвакуации.

Ребенок помещен в кювез, наложен датчик пульсоксиметра на правое

запястье.

Проведена искусственная вентиляция легких мешком Амбу через маску с кислородом 30% 2 литра в минуту, на фоне масочной вентиляции легких дыхательная недостаточность сохраняется, показатели оксигенации ниже 70%

Проведена интубация трахеи, эндотрахеальной трубкой № 3 и начата искусственная вентиляция легких, мешком Амбу через эндотрахеальную трубку. На фоне терапии кожные покровы порозовели, оксигенация 93%. Частота сердечных сокращений 140 в минуту.

У роженицы катетеризирован мочевой пузырь. Моча соломенно-желтая, прозрачная, 100 мл.

В 15:00 самостоятельно отделился и выделился послед. Осмотрен. Цел. Матка сократилась, плотная. Общая кровопотеря 200 мл.

Транспортировку в роддом на носилках перенесла удовлетворительно. Артериальное давление 127/75, частота дыхания 20 в минуту, пульс 90 в минуту. Холод на низ живота.

Послед доставлен в стационар. Новорожденный в стабильном тяжелом состоянии доставлен в отделение реанимации родильного дома.

Наблюдение из практики 3

Женщина 35 лет. Повод к вызову: роды

Диагноз: Срочные домашние роды в сроке 40 недель.

Жалобы: на схваткообразные боли в животе через каждые 3 минуты, излитие околоплодных вод.

Анамнез: с 11 часов беспокоят схваткообразные боли внизу живота регулярного характера. В 13:00 излились околоплодные воды. Состоит на учете по беременности, обследована. Последняя менструация 03.06.2019.

Родов – 2: 2006 г., 2013г., срочные, самопроизвольные, без осложнений.

Абортов – 3: 2002г., 2007г., 2009г. До 12 недель, без осложнений.

Выкидыш – 1: 2014 г. на сроке 10 недель, без осложнений.

Гинекологические заболевания отрицает. Аллергоанамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, по шкале Глазго 15 баллов. Положение активное. Кожные покровы: сухие, физиологической окраски. Отеков нет. Температура тела 36,6 частота дыхательных движений 18 в минуту, дыхание везикулярное. Пульс 82 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст., привычное 120/80 мм рт. ст., максимальное 140/90 мм рт. ст.

Живот, овоидной формы, мягкий безболезненный во всех отделах. Перистальтика выслушивается, печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Рвоты нет. Стул оформленный, регулярный

Патологические симптомы (Образцова, Ровзинга, Ситковского, Ортнера, Мерфи, Щеткина-Блюмберга) – не выявлены.

St.localis: живот овоидной формы, увеличен за счет беременной матки. Высота стояния дна матки 36 см., матка в повышенном тонусе, расслабляется между схватками.

Потуги через 1 – 2 минуты, по 45 – 50 сек., хорошей силы, регулярные. Положение плода продольное, предлежит головка на тазовом дне. Сердцебиение плода ясное, ритмичное 140 в минуту. Выделения из половых путей: подтекают светлые околоплодные воды.

Оказанная помощь и ее эффект:

Учитывая акушерскую ситуацию, принято решение вести роды на месте.

Оказано акушерское пособие в родах.

В 14:30 родился живой, доношенный мальчик. Закричал сразу, крик громкий. Кожные покровы розовые. Частота сердечных сокращений 142 в минуту, дыхание 45 в минуту. Произведена аспирация слизи из носа и рта, стерильной грушей. После предварительной обработки 70% этиловым спиртом, пуповина пересечена, на остаток пуповины наложен

стерильный зажим, поверхность среза обработана 70% этиловым спиртом, наложена асептическая повязка.

Новорожденный завернут в теплые пеленки, согрет. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

Проведена катетеризация мочевого пузыря у роженицы. Мочка соломенно-желтая, около 100 мл.

В 14:40 самостоятельно отделилась плацента и выделился послед. Послед осмотрен: дольки, оболочки целы. Матка сократилась, плотная. Кровопотеря 150 мл.

Состояние родильницы удовлетворительное. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст., пульс 86 в минуту, частота дыхательных движений 18 в минуту.

Транспортировку в роддом на носилках перенесла удовлетворительно. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст., пульс 84 в минуту, частота дыхательных движений 18 в минуту. Холод на низ живота.

Послед доставлен в стационар.

Таким образом, после изучения профессиональной деятельности фельдшера на скорой медицинской помощи при ведении физиологических родов и проанализировав карты вызова, можно сделать вывод о том, что на этапе скорой медицинской помощи случаются выезды не только на физиологические роды, но и на патологические (преждевременные роды). В любой ситуации, фельдшер должен быстро и грамотно диагностировать роды, что определит тактику ведения родов и возможность немедленной госпитализации роженицы в стационар. Фельдшер работает в экстремальных условиях, где зачастую нет подходящих условий и всего необходимого оборудования, которое имеется в специализированных стационарах, поэтому фельдшер несет еще большую ответственность за жизнь и благополучие рожающей женщины и ее ребенка. Он должен обеспечить такие условия для приема родов, чтобы риск осложнений был сведен к минимуму.

Именно при правильном ведении родов, при соблюдении всех профессиональных компетенций, исход родов будет благоприятный, а риск развития осложнений снизится.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исходя из теоретической и практической части, можно сделать вывод о том, что актуальность выбранной темы: «Реализация компетенций фельдшера при ведении физиологических родов», имеет большое значение. Физиологические роды – это естественный процесс, протекающий без осложнений для матери и ребенка. Важной задачей является обеспечить безопасность роженице и ребенку, при минимальном вмешательстве в физиологический процесс. Чтобы не допустить осложнений в родах, чтобы физиологические роды не перешли в патологические, требуется оказание квалифицированной медицинской помощи.

Роды в настоящее время принимаются не только в специализированных учреждениях, но и дома, в машине, самолете и абсолютно в экстремальных условиях и, исход таких родов напрямую связан, с оказанными фельдшером, профессиональными компетенциями, и с его грамотно выбранной тактикой ведения родов. Фельдшер должен иметь широчайший диапазон знаний и умений. От него требуется максимальная концентрация внимания, безотлагательное реагирование. Он должен быстро ориентироваться в сложной ситуации и грамотно принимать решения.

Для этого фельдшер должен четко знать свои профессиональные компетенции:

- уметь диагностировать периоды родов, оценивать их течение;
- определять тактику ведения родов;
- оказывать акушерское пособие в родах;
- осуществлять контроль состояния роженицы и ребенка:
- организовывать специализированный сестринский уход за роженицей и
- ребенком;
- организовывать оказание психологической помощи роженице;
- оформлять медицинскую документацию;
- проводить диагностику неотложных состояний, возникших во время

родов;

- организовывать и оказывать неотложную медицинскую помощь на догоспитальном этапе;
- определять показания к госпитализации и проводить транспортировку роженицы в стационар;
- организовывать профилактические мероприятия, направленные на снижение возникновения осложнений в любом периоде родов.

Только при постоянном совершенствовании теоретических и практических навыков, фельдшер может быть компетентным специалистом в современных условиях, оказывая помощь при различных ситуациях, в том числе и родах.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян Э.К., Новиков Б.Н., Палинка Г.К. Акушерство: Учебник 9-е изд., перераб. и доп. – СПб.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – 432 с.
2. Вёрткин А.Л., Свешников К.А. Руководство по скорой медицинской помощи: для врачей и фельдшеров. – М.: Эксмо, 2019. – 445 с.
3. Иванов А.И. Акушерство и гинекология: Учебник. – М.: Феникс, 2015. – 115 с.
4. Прилепская В.Н., Радзинский В.Е. Руководство по акушерству и гинекологии для фельдшеров и акушеров. – М.: ГОЭТАР – Медиа, 2015. – 493 с.
5. Радзинский В.Е., Фукс А.М. Акушерство: Учебник. – М.: ГОЭТАР – Медиа, 2016. – 256 с.
6. Савельева Г.М. Акушерство: Учебник. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 517 с. : ил.
7. Серова В.Н., Сухих Г.Т. Акушерство и гинекология: учебник 4-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2015. – 375 с.
8. Славянова И.К. Акушерство и гинекология: Учебник. – М.: Феникс, 2015. – 350 с.
9. Сластухина О.Н. Акушерство: Учебное пособие. – М.: РИОР, 2016. – 216 с.
10. Хилькевич Е.Г. Акушерство и гинекология. – М.: Литтера, 2017. – 320 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

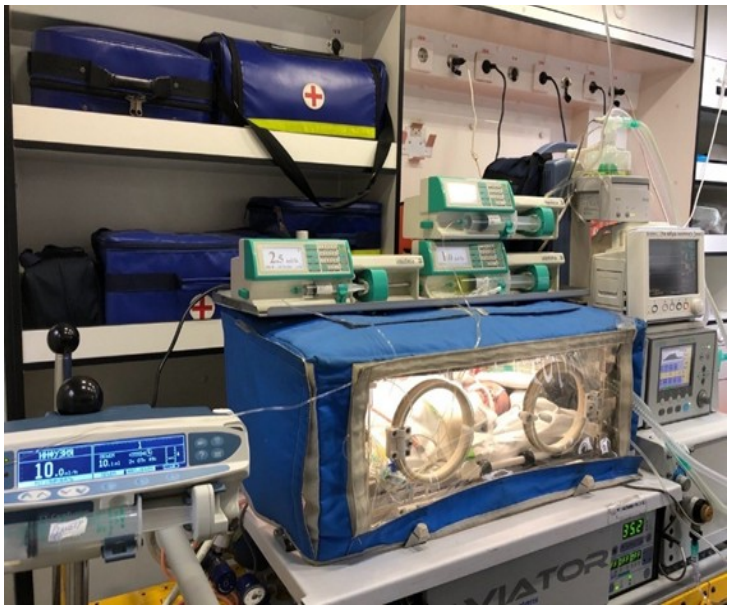


Рисунок 1. Недоношенный новорожденный (28 недель) в кювезе



Рисунок 2. Недоношенный новорожденный (29 недель) в кювезе



Рисунок 3. Искусственная вентиляция легких у недоношенного новорожденного (28 недель) в кювезе



Рисунок 3. Дорожные роды. Доношенный новорожденный 40 недель