

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра акушерства и гинекологии

**ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ
(НОРМАЛЬНЫЕ) РОДЫ
ОБЕЗБОЛИВАНИЕ
РОДОВ**

**Лауреат Государственной премии Украины, профессор
Жарких Анатолий Васильевич**

Родовой акт – это сложный многозвеньеовой физиологический процесс, который возникает и завершается в результате взаимодействия многих систем организма (Чернуха Е.А., 1991 г.)

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ РОДОВ В ЕВРОПЕ

1. Где рожать?

- акушерский стационар

- родильный центр (специализированный стационар)

- роды на дому

2. Санитарная обработка рожениц

3. Медикализация родов (родовозбуждение, обезболивание родов)

4. Мониторинг плода и сократительной активности матки (кардиотокография)

5. Положение женщины в родах

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВЕДЕНИЯ РОДОВ В ЕВРОПЕ

6. Рассечение промежности?
7. Проблема оперативного родоразрешения (акушерские щипцы, вакуум-экстракция, кесарево сечение)
8. Ранний контакт между родителем и новорожденным
9. Грудное вскармливание

Нормальные роды – это одноплодные роды со спонтанным началом и прогрессированием родовой деятельности в сроке беременности 37 – 42 недели в затылочном предлежании плода, течение которых было неосложненным на протяжении всего периода родов при удовлетворительном состоянии матери и новорожденного после родов.

(приказ МЗ Украины №624 от 2008г.)

ПРИЧИНЫ НАСТУПЛЕНИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- Роль центральной нервной системы.
- Психологическая готовность женщины к родам – измененные состояния сознания, связанные с физиологическими родами.
- Роль калликреин-кининовой системы.
- Значение катехоломинов.
- Роль гормонов коры надпочечников плода.
- Роль эндокринных факторов.
- Роль окситоцина.
- Значение простагландинов.
- Роль витаминов группы В и аскорбиновой кислоты.

На современном этапе организации акушерской помощи в Украине оптимальным является проведение нормальных родов в условиях акушерского стационара с обеспечением права роженицы привлечения близких к поддержке ее в родах.

Основная цель оказания помощи женщине в родах является обеспечение безопасности женщине и ребенку при минимальном вмешательстве в физиологический процесс.

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ

- - составление плана ведения родов и обязательное его согласование с женщиной/семьей
- - поощрение эмоциональной поддержки роженицы во время родов (организация партнерских родов);
- - мониторинг состояния плода, матери и развития родов;
- - использование партограммы для принятия решения по течению родов, а также необходимость и объем вмешательств;
- - широкое использование немедикаментозных методов обезболивания родов;
- - привлечение женщины к свободному передвижению во время родов и обеспечение свободного выбора положения для рождения ребенка;
- - оценка состояния ребенка при рождении, обеспечение контакта «шкіра до шкіри» между матерью и новорожденным, прикладывание к груди до появления поискового и сосательного рефлекса;
- - профилактика послеродового кровотечения, обусловленного атонией матки путем использования методики активного ведения третьего периода родов.

ДИАГНОСТИКА И ПОДТВЕРЖДЕНИЕ РОДОВ

- - у беременной после 37 недель появляются схваткообразные боли внизу живота и пояснице с наличием слизисто-кровянистых или водянистых (околоплодные воды) выделений из влагалища;
- - наличие одной схватки в течение 10 минут продолжительностью 15-20 сек;
- - изменение формы и расположения шейки матки – прогрессивное ее укорочение и сглаживание, раскрытие шейки матки;
- - увеличение диаметра просвета шейки матки (в см.)
- - поступательное опускание головки плода в малый таз относительно плоскости входа в малый таз (по данным наружного акушерского исследования) или относительно *lin.interspinalis* (при внутреннем исследовании)

ПЕРИОДЫ РОДОВ

- I. **Период раскрытия** – с начала первых регулярных схваток до полного раскрытия шейки матки (**10 - 11 см**) и вставления головки во вход в малый таз.

- II. **Период изгнания** – от полного раскрытия шейки матки до изгнания плода из матки.

- III. **Последовый период** – отделение плаценты и выделение последа.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПЕРИОДОВ РОДОВ

| | Первородящие | Повторнородящие |
|--------------------------------|----------------------|---------------------|
| I. | 10-11 часов | 6-7 часов |
| II. | До 2 часов | До 1 часа |
| III. | до 30 мин | до 30 мин |
| Общая продолжительность | 10 – 16 часов | 8 – 12 часов |

ДИАГНОСТИКА ПЕРИОДОВ И ФАЗ РОДОВ:

| Симптомы и признаки | Период | Фаза |
|---|---|-----------------------|
| Шейка не раскрытая | Ложные роды <i>/отсутствие родовой деятельности/</i> | |
| Шейка раскрыта меньше, чем на 3 см | Первый | Латентная |
| Шейка раскрыта на 3-9 см. Скорость раскрытия шейки матки не менее (или более) - 1 см/час Начало опускания головки плода | Первый | Активная |
| Полное раскрытие шейки матки (10 см). Головка плода в полости таза. Нет позывов к потугам | Второй | Ранняя |
| Полное раскрытие шейки (10 см). Передлежащая часть плода достигает дна таза. Родильница начинает тужиться | Второй | Поздняя (потужная) |
| Третий период родов начинается с момента рождения ребенка и заканчивается изгнанием последа | Третий | |

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ В СЛУЧАЕ НОРМАЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ РОДОВ

Во время госпитализации роженицы в акушерский стационар дежурный врач в приемно-смотровом отделении:

- -внимательно знакомится с обменной картой женщины. Изучает данные общего, инфекционного и акушерско-гинекологического анамнеза, клинико-лабораторного обследования, течения беременности.
- - характер жалоб;
- - обследование: общий осмотр, температура тела, пульс, АД, ЧДД, состояние внутренних органов;

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ В СЛУЧАЕ НОРМАЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ РОДОВ

- - измерение ВДМ, окружности живота, размеров таза, определение срока беременности и предполагаемой массы плода;
- - оценка движений плода самой роженицей и аускультация сердцебиения плода;
- - наружное и внутреннее акушерское исследование: положение, вид и позиция плода, характер родовой деятельности, раскрытие шейки матки и период родов, нахождение головки плода относительно плоскостей малого таза;
- - установление акушерского диагноза, определение плана ведения родов и согласование его с роженицей.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ В СЛУЧАЕ НОРМАЛЬНОГО ТЕЧЕНИЯ РОДОВ

- **Не рекомендуется рутинное назначение очистительной клизмы и бритье лобка роженицы**

Младшая медсестра:

- - предлагает женщине принять душ, одеть чистую домашнюю одежду; партнеру также необходима смена одежды на чистую домашнюю;
- - роженицу и ее партнера сопровождают в индивидуальный родильный зал.

НАБЛЮДЕНИЕ И ПОМОЩЬ РОЖЕНИЦЕ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ

Оценка общего состояния матери

- Температура тела каждые 4 часа
- Пульс каждые 2 часа
- АД каждые 2 часа
- Количество мочи каждые 4 часа

Аускультация сердечных тонов плода (на протяжении 1 минуты)

Проводится каждые 30 минут в латентной фазе родов и каждые 15 минут в активной фазе I-го периода родов (норма 110-170 уд/мин)

НАБЛЮДЕНИЕ И ПОМОЩЬ РОЖЕНИЦЕ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ

Оценка прогрессирования родов

1. Скорость раскрытия шейки матки (оценивается путем внутреннего акушерского исследования каждые 4 часа).
2. Частота и длительность схваток регистрируется в латентной фазе каждый час, в активной фазе – каждые 30 минут.

Адекватная родовая деятельность в латентной фазе – 2 схватки за 10 минут, в активной фазе – 3-5 схваток за 10 минут по 40 секунд и более

3. Продвижение головки плода определяют по данным наружного и внутреннего акушерского исследования.

Продвижение головки может не наблюдаться до раскрытия шейки матки на 7-8 см

НАБЛЮДЕНИЕ И ПОМОЩЬ РОЖЕНИЦЕ В ПЕРВОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ

- Результаты наблюдения за развитием родов, состоянием матери и плода заносятся врачом в партограмму.
- **Партограмма** - графическое отображение результатов динамического наблюдения во время родов за процессом раскрытия шейки матки и продвижением головки плода, родовой деятельностью, состоянием матери и плода.
- Правильное заполнение и интерпретация партограммы способствует раннему выявлению отклонений в течении родов, состоянию матери и плода и помогает своевременно принять обоснованное решение, касающееся дальнейшей тактики ведения родов и определить объем необходимых вмешательств.

ПРАВИЛА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАРТОГРАММЫ

- Партограма используется во время первого периода родов.
- Партограмма заполняется во время родов, а не после их окончания.
- При возникновении осложнений ведение партограммы прекращается.

СОСТАВНЫЕ ЧАСТИ ПАРТОГРАММЫ

- Состояние плода – частота сердечных сокращений (110-170 в минуту), состояние плодного пузыря и околоплодных вод, конфигурация головки.
- Течение родов – темп раскрытия шейки матки, опускание головки плода, сокращения матки.
- Состояние женщины: пульс, АД, температура, диурез (объем, белок, ацетон), режим введения окситоцина и лекарств, какие вводятся во время родов.

Оценка состояния плода в родах осуществляется путем:

- периодической аускультации с помощью акушерского стетоскопа;
- ручной доплеровский анализатор;
- по показаниям - с помощью электронного фетального мониторинга (кардиотокография).

Для определения физиологичности течения родов, динамики раскрытия шейки матки следует выделять фазы первого периода родов по Фридману (1992): латентная, активная и фаза замедления.

Латентная фаза

- не должна превышать 8 часов,
- темп раскрытия шейки матки 0,3 см/час
- за это время происходит сглаживание ш/матки и ее раскрытие на 3-4 см.

Активная фаза

- длительность не зависит от темпа раскрытия ш/матки;
- темп раскрытия не менее 1 см/час;

Фаза замедления

- характеризуется ослаблением родовой деятельности в течение 1 – 1,5 часа перед началом потуг.

Длительность родов в среднем не превышает:

- повторные роды - **12** часов
- первые роды - **16** часов

НАБЛЮДЕНИЕ И ПОМОЩЬ РОЖЕНИЦЕ ВО II ПЕРИОДЕ РОДОВ

- Предупреждение бактериальных и вирусных инфекций (включая ВИЧ) – обработка рук, стерильные перчатки, одноразовые халаты и маски.
- Оценка состояния плода: аускультация каждые 5 минут в раннюю фазу II периода и после каждой потуги в активной фазе.
- Оценка общего состояния роженицы (АД, пульс – каждые 15 минут).
- Оценка прогрессирования родов – оценивают продвижение головки по родовому каналу и родовую деятельность (частота и продолжительность схваток)

ПОЛОЖЕНИЕ ЖЕНЩИНЫ ПРИ РОЖДЕНИИ РЕБЕНКА

- Оно должно быть удобным для нее. Рутинное положение на спине («литотомическая» позиция) сопровождается увеличением частоты случаев нарушения состояния плода и связанных с ними оперативных вмешательств в сравнении с вертикальными положениями (стоя, сидя), а также на боку.
- Эпизиотомия проводится по показаниям (тазовые предлежания, дистоция плечиков, акушерские щипцы, вакуумэкстракция плода, дистресс плода, рубцовые изменения промежности) и под обезболиванием.
- **Рутинная катетеризация мочевого пузыря не рекомендуется.**

ВЕДЕНИЕ III ПЕРИОДА РОДОВ

Существует две тактики ведения III периода родов – активная и выжидательная.

Активная тактика

(позволяет снизить частоту послеродовых кровотечений на 60%)

Женщина должна быть проинформирована и дать согласие на активное ведение III периода родов.

Этапы ведения:

- Введение утеротоников (окситоцин 10 ЕД в/м, эргометрин 0,2 мг в/м).
- Рождение последа путем контролируемой тракции за пуповину с одновременной контртракцией на матку.
- Массаж матки через переднюю брюшную стенку после рождения последа.
- Отсутствие одного из компонентов исключает активное ведение III периода родов
- Пузырь со льдом на низ живота в раннем послеродовом периоде не применяется.

ВЕДЕНИЕ III ПЕРИОДА РОДОВ

Выжидательное ведение III периода родов

(см. учебники акушерства)

- Осмотр родовых путей после родов проводится с помощью тампонов.
- Вагинальные зеркала применяются по показаниям (кровотечение, оперативное вагинальное родоразрешение, стремительные, а также внебольничные роды).

ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ЗДОРОВЫМ НОВОРОЖДЕННЫМ

1. При условии удовлетворительного состояния плода при рождении ребенок выкладывается на живот матери, обсушивание сухой пеленкой, клеммирование пуповины через 1 минуту после рождения и пересечение пуповины.
2. При необходимости – удаление слизи из ротовой полости.
3. Одеваются шапочка, носочки. Ребенок укладывается на груди матери, накрывается вместе с матерью одеялом для обеспечения условий «тепловой цепочки».
4. При появлении поискового и сосательного рефлексов акушерка помогает осуществить первое раннее прикладывание ребенка к груди.
5. Термометрия через 30 минут после рождения.

6. После проведения контакта матери и ребенка «глаза в глаза» (но не позднее первого часа жизни ребенка) акушерка проводит профилактику офтальмии 0,5% эритромициновой или 1% тетрациклиновой мазью.
7. Контакт «шкіра до шкіри» проводится не менее двух часов в родзале в условиях удовлетворительного состояния матери и ребенка.
8. После завершения контакта на теплом пеленальном столе обработка и клеммирование пуповины, измерение роста, окружности головки и грудной клетки, взвешивание.
9. Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар на 1 и 5 минуте.

ШКАЛА АПГАР

| Параметр | Оценка в баллах | | |
|---|--|---|--------------------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| Частота сердцебиений, уд/мин | Отсутствует | Менее 100 | Более 100 |
| Дыхание | Отсутствует | Брадикапноэ, нерегулярное | Нормальное, громкий крик |
| Окраска кожи | Генерализованная бледность или генерализованный цианоз | Розовая окраска и синюшная окраска конечностей (акроцианоз) | Розовая |
| Мышечный тонус | Отсутствует | Легкая степень сгибания конечностей | Активные движения |
| Рефлекторная возбудимость (реакция на отсасывание слизи из ВДП, раздражение подошв) | Отсутствует | Гримаса | Кашель |

10. Ранний послеродовой период предусматривает наблюдение за состоянием родильницы, сокращением матки, характером выделений из половых путей на протяжении 2-х часов в родзале и 2-х часов в послеродовой палате.

ТЕПЛОВАЯ ЦЕПОЧКА

Меню

обучение медицинских работников

теплая родовая комната

обсушивание

реанимация в теплых условиях

контакт кожа к коже

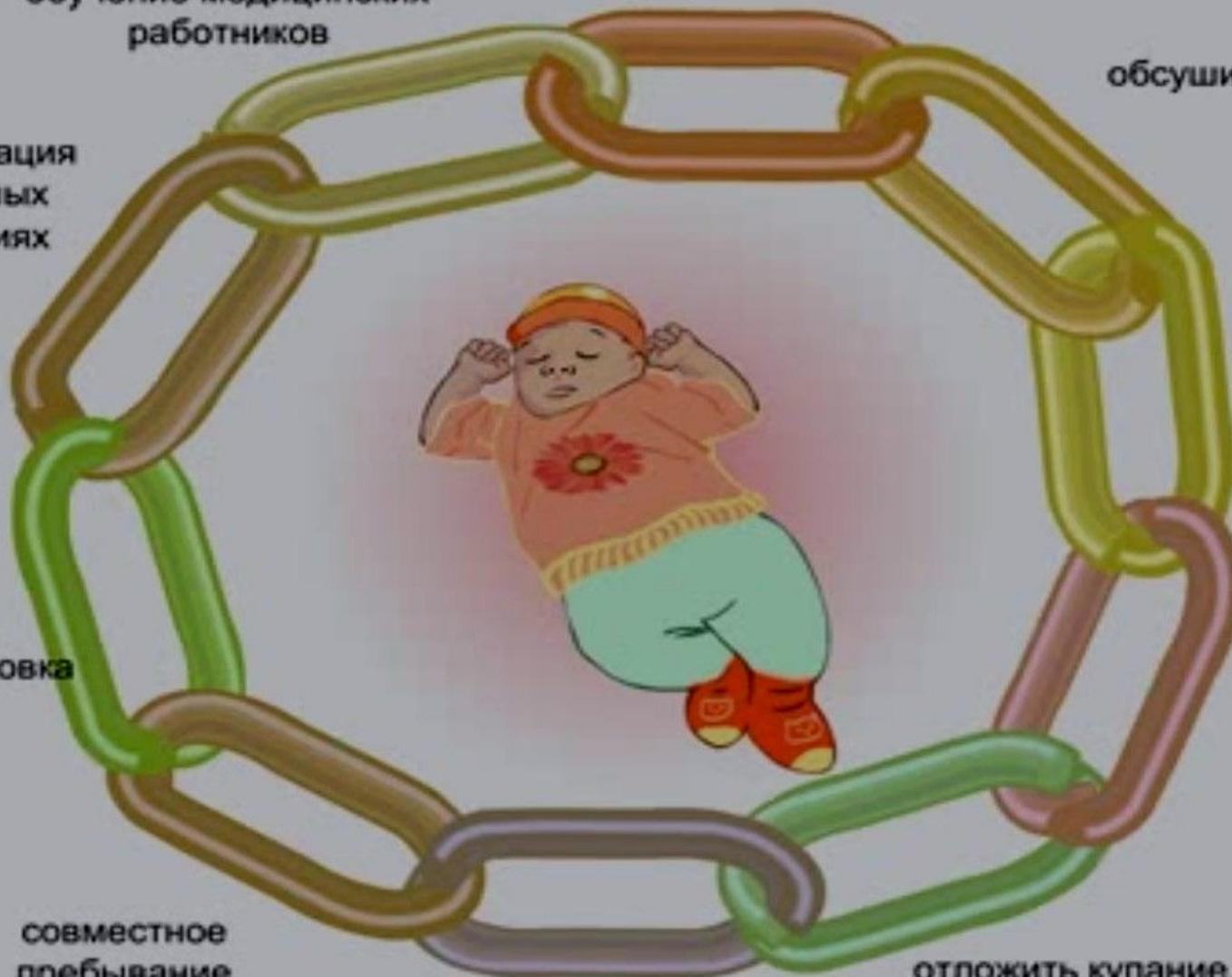
кормление грудью

теплая транспортировка

совместное пребывание

свободная одежда

отложить купание, осмотр и взвешивание



ПОСЛЕРОДОВОЙ ПЕРИОД

- начинается сразу после окончания родов и продолжается 8 недель
- ранний – 2 часа
- поздний – 8 недель

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛИ В РОДАХ

- 1) Раскрытие шейки матки.
- 2) Сокращение матки, натяжение маточных связок и париетальной брюшины.
- 3) Растяжение нижнего маточного сегмента.
- 4) Растяжение крестцово-маточных связок.
- 5) Сокращение и расслабление во время сокращения матки кровеносных сосудов.
- 6) Изменение химизма тканей и накопление кислых продуктов обмена в миометрии.
- 7) Условно-рефлекторный компонент (страх боли).

**В женской консультации работает Школа
подготовки семьи к родам**

(приказ МЗ Украины №417 от 2011 г.)

Цель – подготовка семейной пары к ответственному родительству, рождение здорового ребенка, и сохранение здоровья матери путем консультативной адаптации до беременности, подготовка к родам.

Задачи:

1. Психопрофилактическая подготовка беременной к родам.
2. Адаптация женщины к беременности и родам.
3. Подготовка мужа к участию в родах, осознание своей роли в процессе беременности и родов.
4. Освоение теоретических и практических навыков поведения во время беременности, в родах и послеродовом периоде.
5. Обучение будущих родителей правилам ухода за новорожденным.

Занятия проводят: акушер-гинеколог и психолог, квалифицированные акушерки

- Во время первого посещения ЖК беременную информируют о работе «Школы ответственного родительства», возможность ее посещать вместе с мужем или партнером (друг, мать, сестра)
- ФППП беременных к родам проводится участковым врачом, специально подготовленной акушеркой.

СИСТЕМА ФППП БЕРЕМЕННЫХ К РОДАМ

- **это комплекс акушерских, педагогических и организационных мер:**
1. Дородовая ФППП беременных в ЖК проводится во время беременности за 4 недели до родов, в родах и послеродовом периоде (ЛФК, УФО и специальные занятия).
 2. Подготовка и воспитание персонала лечебного учреждения, который хорошо ознакомлен с ФППП и умеет его применить.
 3. Правильное, рациональное, внимательное ведение родов со своевременным предупреждением всевозможных осложнений.
 4. Лечебно-охранительный режим в родильном доме.

ДОРОДОВАЯ ФППП БЕРЕМЕННЫХ

Суть ФППП состоит в достижении у беременных и рожениц положительной психоэмоциональной установки на роды как на физиологический процесс, т.е. вырабатывается правильное сознательное поведение в родах, что повышает резистентность к болевым ощущениям.

Основная цель метода - создание нормального взаимодействия между корой и подкорковыми образованиями путем формирования новых условных рефлексов (через вторую сигнальную систему).

При этом достигаются такие результаты:

- 1.Снижение возбуждения в подкорковых центрах;
- 2.Уравновешивание процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга;
- 3.Устранение негативных эмоций, воспитание новых положительных условно - рефлекторных связей относительно материнства;
- 4.Снятие у беременных страха перед родами и родовой болью;
- 5.Привлечение рожениц и ее близких к активному участию в родах.

Обезболивание родов проводится с согласия женщины

- Помощь женщине во время родов является задачей персонала и присутствующего партнера. Уменьшение болевых ощущений может быть достигнуто применением **простых немедикаментозных методов обезболивания:**

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ

(Основные требования)

1. Полная безопасность для матери и плода;
2. Отсутствие угнетающего влияния на моторную функцию матки;
3. Укорочение длительности родового акта;
4. Предупреждение и устранение спазма мышц шейки матки и нижнего маточного сегмента;
5. Достаточный болеутоляющий эффект;
6. Сохранение сознания роженицы, активное участие ее в процессе родов;
7. Отсутствие вредного влияния на лактацию и течение послеродового периода;
8. Доступность метода обезболивания.

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ

I. Ингаляционные анестетики

- закись азота
- трилен
- фторотан

II. Неингаляционные анестетики

- барбитураты (гексенал, барбамил, тиопентал натрия)
- производные фенотиазина: дипразин, сибазон (как противосудорожное средство)
- дроперидол - нейролептик

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ

III. Наркотические анальгетики:

- морфин, омнопон
- промедол
- фентанил
- дипидолор
- оксibuтират натрия, виадрил

IV. Спазмолитики (НО-ШПА, папаверин, апрофен, атропин, баралгин, бускопан, галидор)

V. Транквилизаторы (диазепам, триоксазин, аминазин, пропазин, пипольфен)

VI. Нейролептаналгезия (дроперидол + фентанил)

ДРУГИЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

1. Местная регионарная анестезия

(новокаин 0,25 - 0,5 %, тримекаин 0,5 - 1,0 %, лидокаин 0,25 - 0,5 %).

2. Пудендальная анестезия (новокаин 0,25 - 0,5 %).

3. Перидуральная анестезия (тримекаин, лидокаин).

4. Акупунктура, электроакупунктура.

5. Абдоминальная декомпрессия.

6. Электроаналгезия.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ !

