

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 многозвеньевой 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	Брадикардия, 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 послеродовый 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

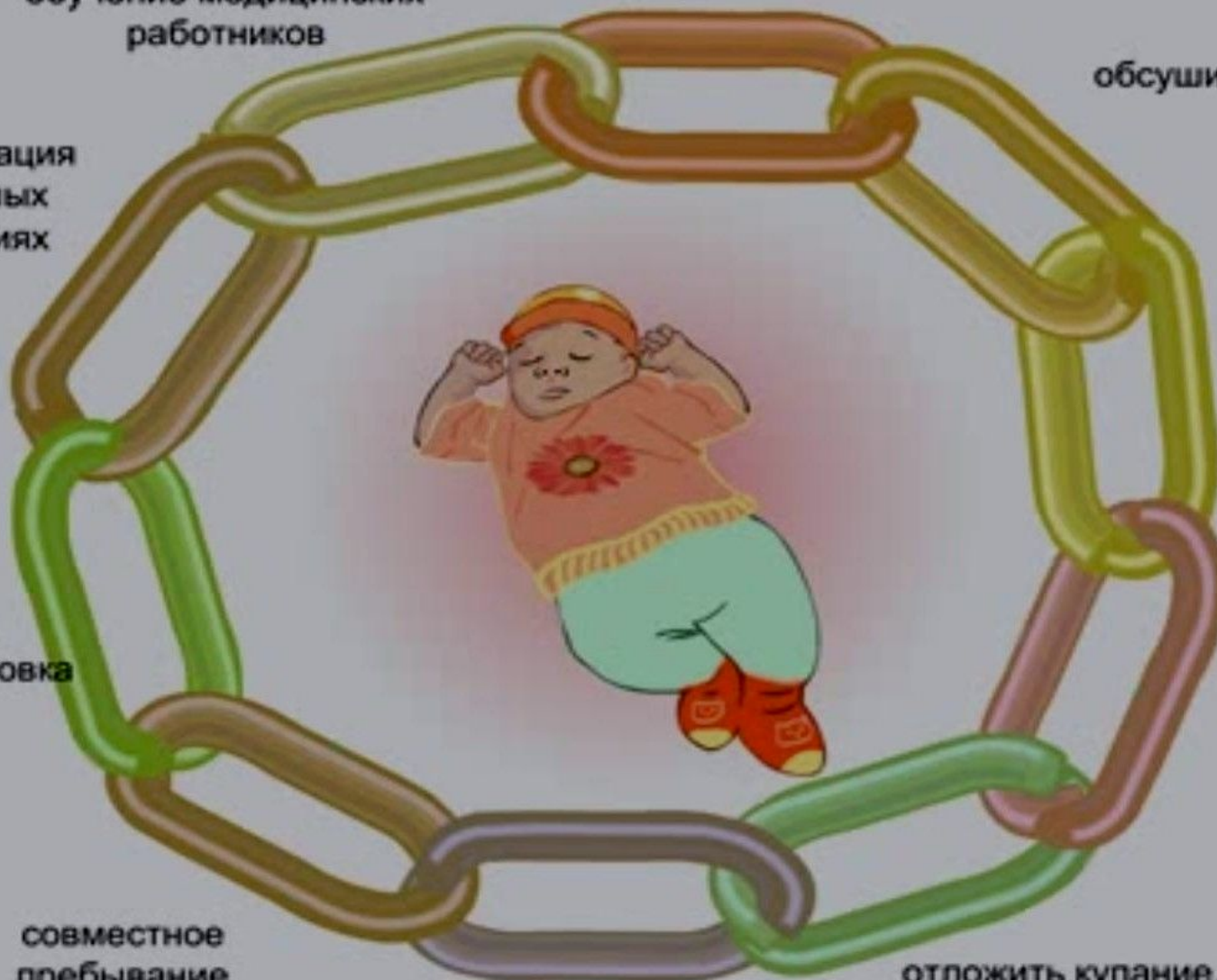
кормление грудью

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 !

