

АКТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ РОДОВ



ВЫПОЛНИЛА СТУДЕНТКА 4 КУРСА

1 МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

ГРУППЫ Л1-171В

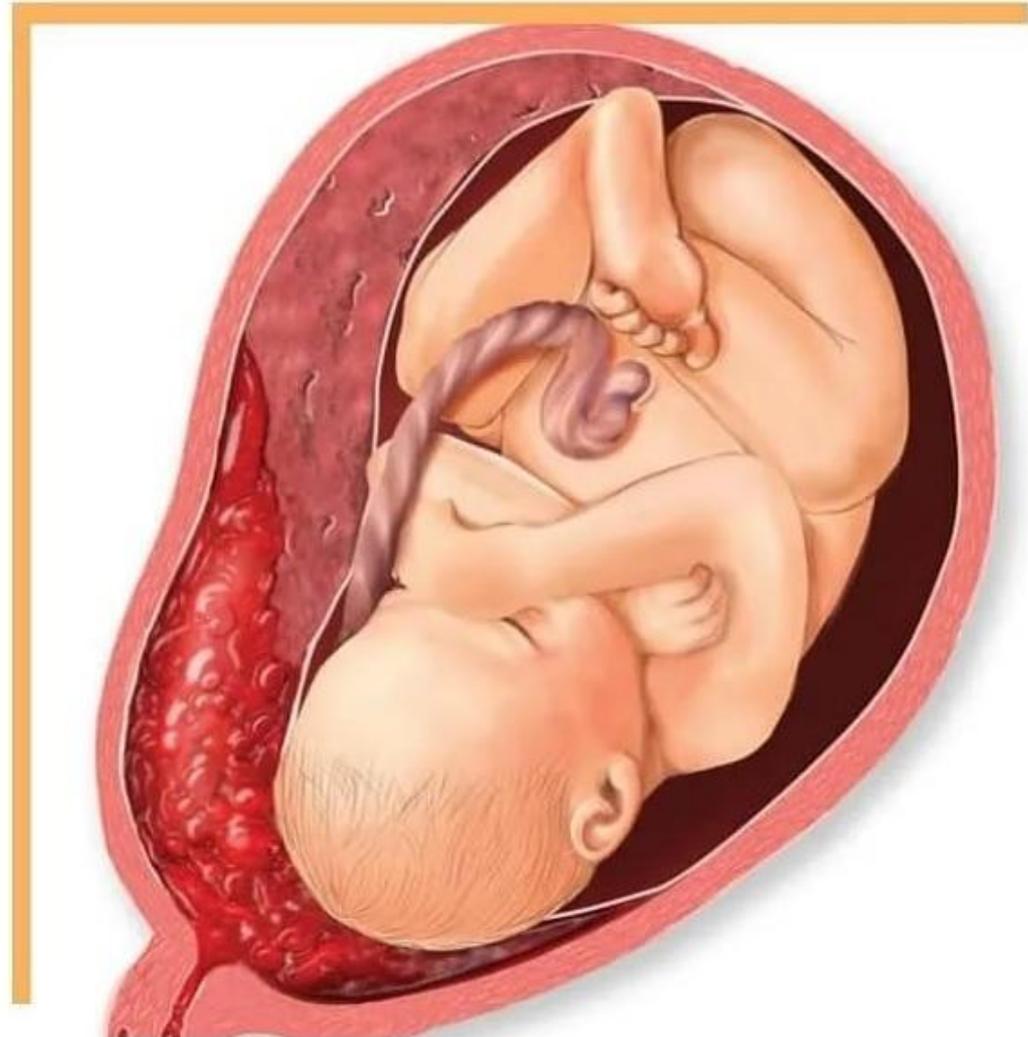
СТЕПАНОВА ТАТЬЯНА

Роды – это сложный многозвеньевой процесс изгнания продукта зачатия (плода и плаценты) из матки по достижению плодом жизнеспособности под действием изгоняющих сил



Наступлению родов предшествует появление так называемых предвестников родов.

Предвестники родов - это признаки близкого их наступления, возникающие за несколько дней до начала родов и проявляющиеся.



Предвестники родов

- Опускается дно матки, беременной легче дышать.
- Предлежащая часть прижимается ко входу в малый таз
- Понижается масса тела (выведения жидкости из организма)
- Выделяется слизистая пробка из цервикального канала
- Шейка матки, укорачивается и размягчается
- Появляются ложные схватки.

ПЕРИОДЫ РОДОВ

1. Период раскрытия
2. Период изгнания
3. Последовый период



Период раскрытия начинается с первой регулярной схватки и заканчивается полным раскрытием маточного зева.

Схватки - это периодические, произвольные сокращения матки. Во время схватки происходит сокращение мышечных волокон (контракция) и их смещение относительно друг друга (ретракция).

При повышении внутриматочного давления околоплодные воды устремляются к внутреннему зеву.

Под напором околоплодных вод нижний полюс плодного яйца отслаивается от стенок матки и внедряется во внутренний зев канала шейки матки.

Нижний сегмент матки тонкостенный. С развитием регулярных схваток начинает обозначаться граница между утолщающейся верхней частью матки и истончающимся тонкостенным нижним сегментом. Эта граница носит название контракционного кольца. Нижний сегмент матки охватывает подлежащую часть плода плотным кольцом, образуя внутренний пояс соприкосновения.

У первородящих раскрывается внутренний зев, шейка матки укорачивается и сглаживается, края маточного зева оттягиваются в стороны. У повторнородящих раскрытие внутреннего и наружного зева происходит одновременно и параллельно с укорочением шейки матки. При полном или почти полном открытии маточного зева происходит разрыв плодного пузыря.

Первый период родов подразделяется на 3 периода на основании длительности, частоты и интенсивности схваток.

1 фаза (латентная) начинается с регулярных схваток и продолжается до 4 см раскрытия маточного зева. Она длится от 5 ч у повторнородящих до 6,5 ч у первородящих. Скорость раскрытия шейки матки составляет 0,35 см в ч.

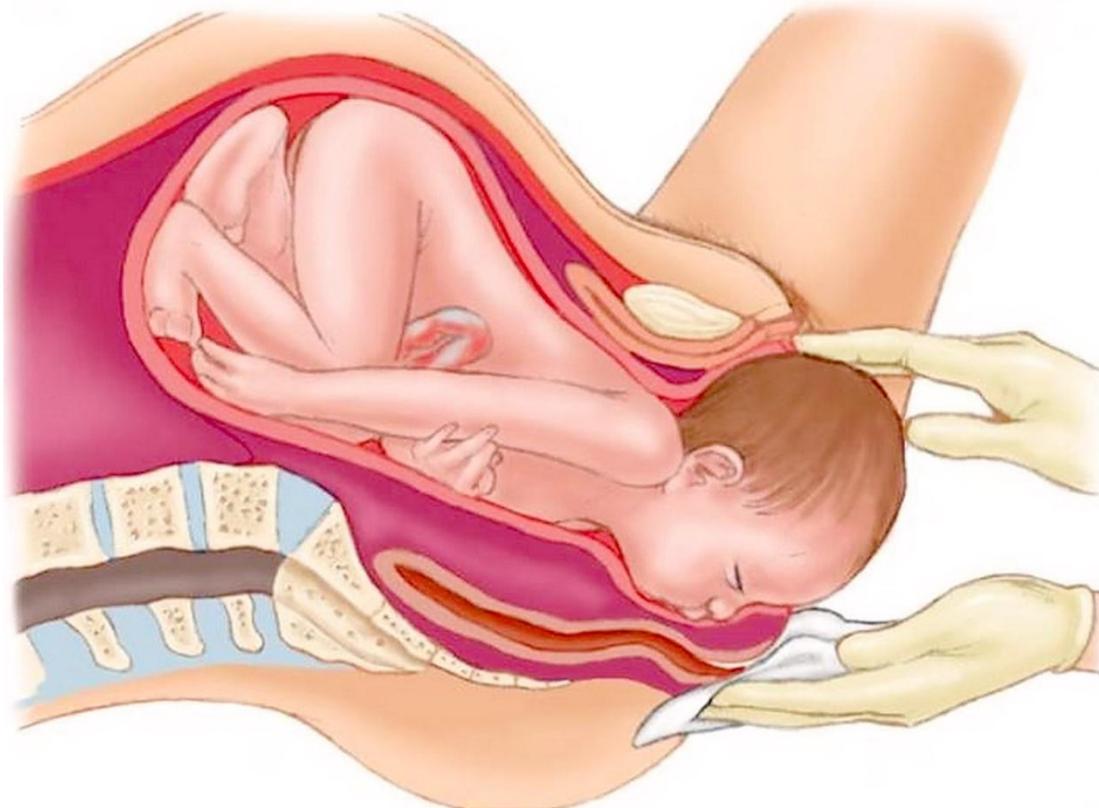
2 фаза (активная) характеризуется усилением родовой деятельности. Она продолжается 1,5-3 ч. Раскрытие маточного зева - от 4 до 8 см. Скорость раскрытия шейки матки 1,5-2 см в ч у первородящих, 2-2,5 см в ч у повторнородящих.

3 фаза характеризуется некоторым замедлением. Она продолжается 1-2 ч и заканчивается полным раскрытием шейки матки. Скорость раскрытия 1-1,5 см в ч.

ВЕДЕНИЕ I ПЕРИОДА РОДОВ

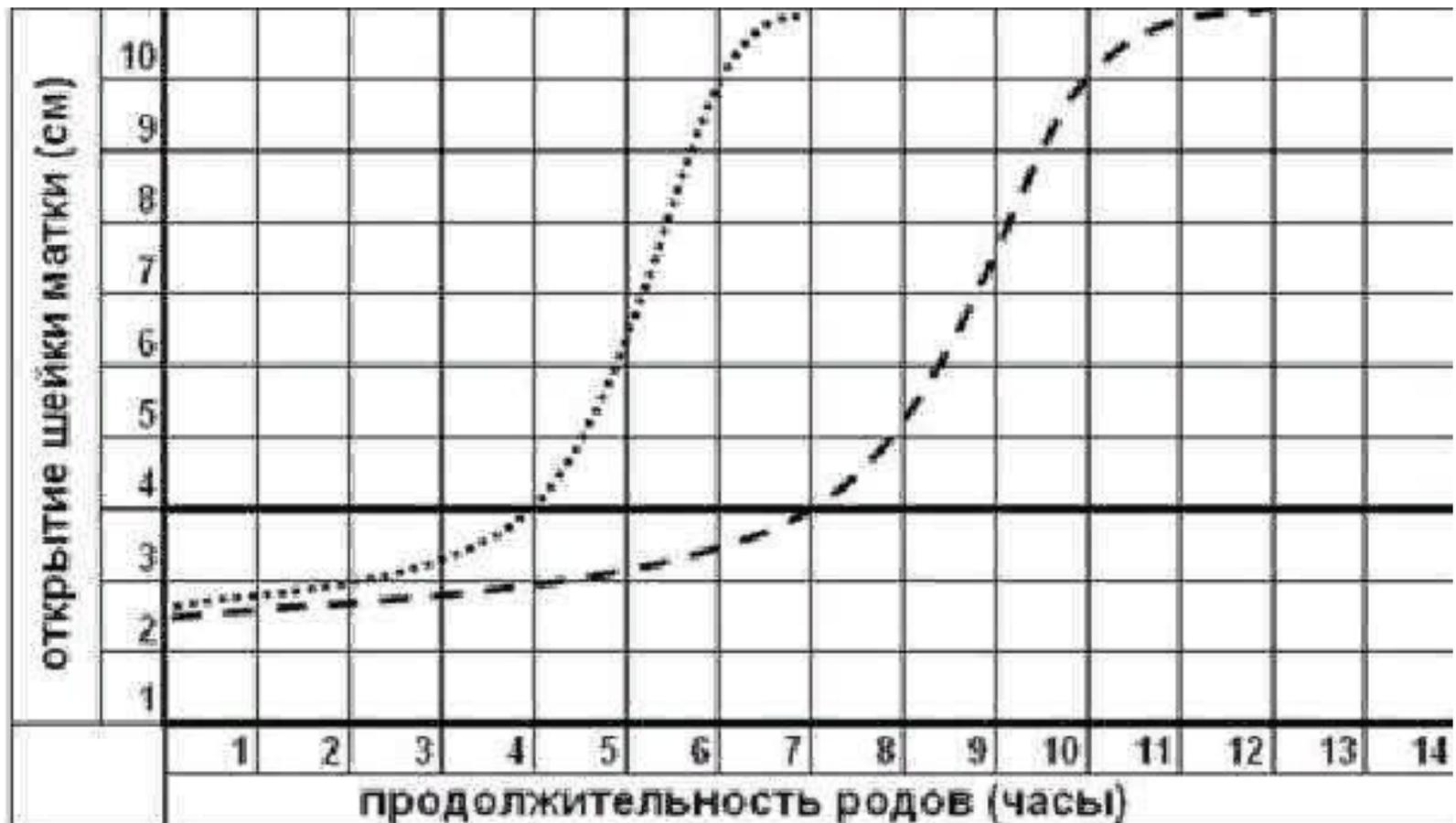
Принципы ведения I периода родов:

- контроль за динамикой родовой деятельности,
- профилактика аномалий родовых сил,
- функциональная оценка таза: признаки Вастена, Цангемейстера
- Профилактика гипоксии плода: внутривенное капельное введение 500-1000 мл 5% раствора глюкозы, ингаляция кислорода, кардиомониторное наблюдение.



1. наружное и внутреннее акушерское исследование
2. наблюдение за состоянием матери и плода
3. КТГ-контроль

Какой-либо медикаментозной коррекции или обезболивания при нормальном течении родов в латентную фазу I периода родов не требуется.



Активная фаза I периода родов:

1. спазмолитики
2. обезболивание
3. контроль за характером родовой деятельности



ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ РОДОВ

Первоначальная оценка состояния роженицы:

- выслушивание показаний роженицы, определение ее эмоциональных и психических потребностей и осмотр ее медицинской карты;
- физическое обследование роженицы (температура, пульс, артериальное давление, продолжительность, сила и частота схваток);
- определение высоты и стояния дна матки, положение плода в матке и предлежание плода;
- определение характера влагалищных выделений (кровянистые выделения, амниотическая жидкость);
- оценка боли, испытываемой роженицей, включая ее желание применить один из методов обезболивания. Помочь роженице справиться с болевыми ощущениями – одна из основных задач медицинского персонала во время родов (приложение №1).

В дополнение к этому:

- ЧССП плода должна выслушиваться в течении одной минуты после схваток. Пульс матери должен ощупываться, чтобы не перепутать пульс матери и ЧССП;
- если у беременной есть подозрение на начало родов или установлен диагноз первый период родов, то следует предложить провести влагалищное исследование;
- медицинские работники, проводящие влагалищное исследование, должны получить согласие женщины на исследование, обеспечить конфиденциальность и комфорт;
- объяснить причину осмотра, и полученные данные;
- графическое ведение записи родов (партограмма) должно быть использовано, как только первый период родов был установлен.

Рекомендации по определению затянувшегося первого периода родов:

Диагноз задержки установленной первой стадии родов необходимо принимать во внимание все аспекты прогресса в родах и должен включать в себя:

- раскрытие шейки матки менее чем на 2 см через 4 часа при первых родах;
- раскрытие шейки матки менее чем на 2 см через 4 часа/замедление в прогрессе при вторых/последующих родах;
- отсутствие/остановка продвижения головки плода;
- изменения силы, продолжительности и частоты схваток.

Необходимо оказать психоэмоциональную поддержку, гидратацию, обезболивание.

Роженицам с целым плодным пузырем, у которых подтверждается задержка на первом периоде родов, рекомендуется провести амниотомию. Через 2 часа повторить влагалищное исследование, и если открытие составляет меньше 1 см, ставится диагноз затянувшаяся активная фаза родов. Далее рекомендуется применение окситоцина.

Перед началом применения окситоцина следует предложить эпидуральную) анестезию.

Роженице рекомендуется провести влагалищное исследование через 4 часа после назначения окситоцина в родах. Если раскрытие шейки матки составило менее, чем 2 см после 4-х часов применения окситоцина, необходимо рассмотреть вопрос о родоразрешении путем операции кесарево сечение. Если открытие шейки матки составило 2 см или больше, влагалищное исследование рекомендуется проводить каждые 4 часа.

Показания для вызова врача:

- тахикардия плода выше 160 ударов в минуту и брадикардии ниже 110 ударов в минуту;
- излитие мекониальных околоплодных вод;
- изменение характера околоплодных вод — зеленые, геморрагические;
- отклонение от линии бдительности на партограмме в любую сторону;
- появление кровянистых выделений из половых путей;
- появление головных болей, головокружения, боли в эпигастрии, тошноты, рвоты, мелькания мушек перед глазами;
- повышение температуры тела выше $37,5^{\circ}\text{C}$, АД 140/90 мм рт. ст. и выше, пульс выше 90 ударов в минуту;

Второй период родов - период изгнания - начинается с момента полного раскрытия шейки матки и заканчивается рождением плода.

После излития околоплодных вод предлежащая часть плода опускается на тазовое дно, оказывая на него возрастающее давление, в результате чего к схваткам присоединяются потуги - рефлекторные сокращения поперечно-полосатой мускулатуры брюшного пресса, диафрагмы, тазового дна. Перерывы между схватками укорачиваются до 2-3 мин.

В результате плод совершает поступательные движения по родовому каналу и происходит его рождение. Период изгнания у первородящих продолжается 1-2 ч, у повторнородящих от 15 мин. до 1 ч.

ПЕРИОДЕ

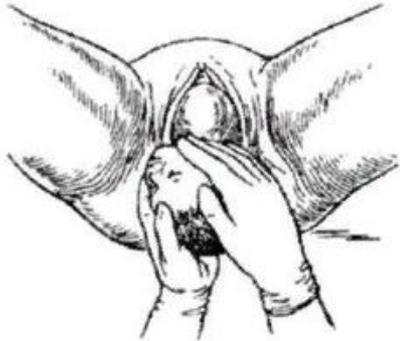
Препятствие
преждевременному
разгибанию головки



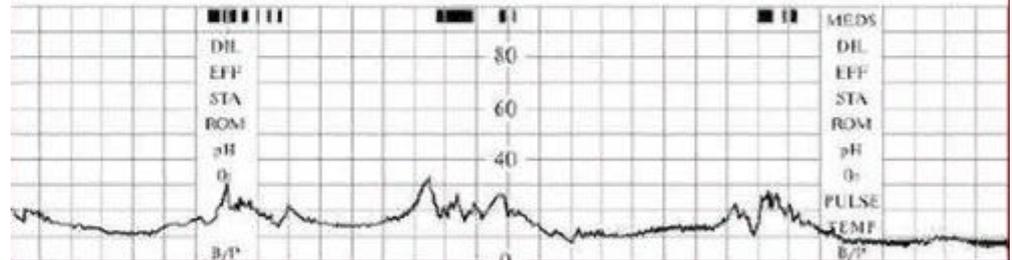
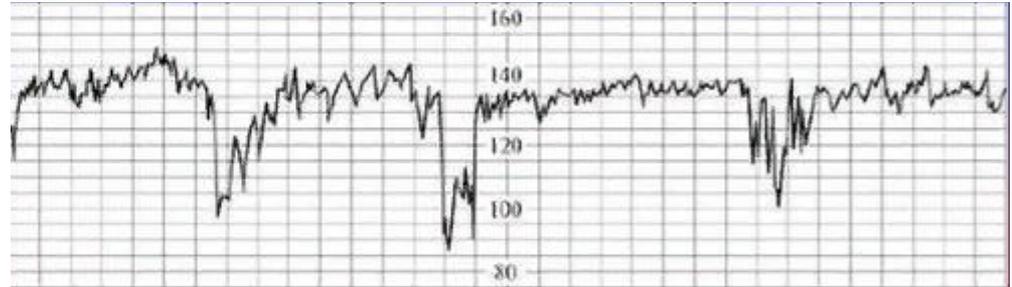
Уменьшение
напряжения промежности



Высвобождение
переднего плечика



Высвобождение
заднего плечика



Рекомендации по наблюдению во втором периоде родов:

Наблюдения акушерки за роженицей во втором периоде родов включают (все наблюдения регистрируются в партограмме):

- ежечасное измерение артериального давления и пульса;
- измерение температуры каждые 4 часа;
- влагалищное исследование, предлагаемое ежечасно во время активного второго периода/по желанию женщины (после пальпации живота и оценки влагалищных выделений);
- документирование частоты схваток каждые полчаса;
- частота опорожнения мочевого пузыря;
- постоянное удовлетворение эмоциональных и физиологических потребностей женщины;

Дополнительно:

- промежуточная аускультация сердцебиения плода должна проводиться после каждой схватки в минимум течение одной минуты каждые 5 минут. Пульс матери должен прощупываться в случае подозрения на фетальную брадикардию/любые другие аномалии ЧССП для различения между двумя сердцебиениями.
- необходимо постоянно учитывать положение женщины, потребность в питье, копинг-стратегии и облегчение боли в течение второго периода.

Во втором периоде родов необходимо усилить наблюдение за плодом, сердцебиение плода следует выслушивать после каждой потуги.

С профилактической целью рекомендуется внутривенное капельное введение утеротонических средств (окситоцин). К концу второго периода родов для предупреждения спазма шейки матки рекомендуется ввести 1,0 мл 0,1 % раствора сульфата атропина, или 2,0 мл 2,0 % раствора папаверина гидрохлорида, или другие спазмолитические средства.

С момента врезывания ягодиц роженицу укладывают так, чтобы ее таз находился на краю родильной кровати. Во время потуг роженице рекомендуют стопами упираться в подставки, а руками удерживаться за специальные приспособления или прижимать руками бедра к животу для усиления потуг .

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ II ПЕРИОДА РОДОВ

- контроль динамики продвижения головки в полости малого таза;
- профилактика гипоксии плода;
- профилактика кровотечения, возможного в III и раннем послеродовом периоде 1 ;
- профилактика травматизма матери и плода (эпизиотомия или перинеотомия, изменение положения роженицы и угла наклона таза).

АКУШЕРСКОЕ ПОСОБИЕ ПРИ ГОЛОВНОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ

Первый момент — профилактика преждевременного разгибания головки. Для воспрепятствования преждевременному разгибанию головки акушерка кладет левую руку на лонное сочленение и прорезывающуюся головку. При этом ладонные поверхности плотно прилегающих друг к другу четырех пальцев левой руки располагаются плашмя на головке, бережно задерживая ее разгибание и быстрое продвижение по родовому каналу. Сгибание головки осуществляется до тех пор, пока подзатылочная ямка не подойдет под лонное сочленение и не образуется точка фиксации.

Второй момент — уменьшение напряжения тканей промежности. Правую руку ладонной поверхностью кладут на промежность таким образом, чтобы четыре пальца плотно прилегали к области левой, а максимально отведенный палец — к области правой половой губы. Осторожно надавливая концами всех пальцев на мягкие ткани вдоль больших половых губ, низводят их книзу, к промежности, уменьшая при этом ее напряжение.

Третий момент — регулирование потуг. Для этого, роженице предлагают глубоко и часто дышать открытым ртом. В это время обеими руками задерживают продвижение головки до окончания потуги. После окончания, потуги правой рукой соскальзывающими движениями снимают ткани с личика плода.левой же рукой в это время медленно поднимают головку кпереди, разгибая ее. При необходимости роженице предлагают произвольно потужиться с силой, достаточной для полного выведения головки из половой щели.

Четвертый момент — освобождение плечевого пояса и рождение I туловища плода. Для этого роженице предлагают потужиться. Во время потуги головка поворачивается лицом к правому бедру при первой позиции, а при второй позиции к левому бедру. Возможно при этом самостоятельное рождение плечиков. Если этого не происходит, то ладонями захватывают головку за височно-щечные области и осуществляют тракции кзади до тех пор, пока треть переднего плечика не подойдет под лонное сочленение.

ПОМОЩЬ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ:

- рождение ребенка может происходить в любом положении, которая выбрала сама женщина (нежелательно - положение на спине);
- потуги регулируются самой роженицей;
- если потуги неэффективны могут применяться поддержка, изменение позы, опорожнение мочевого пузыря и поощрение;
- в потужном периоде необходимо проводить аускультацию сердцебиения плода в течение одной минуты – не реже, чем каждые 5 минут.
- материнский пульс должен прощупываться в случае подозрения на фетальную брадикардию/любые другие аномалии ЧССП для различения между двумя сердцебиениями;
- не рекомендуется массаж промежности во втором периоде родов;
- для оказания пособия в самопроизвольных родах могут применяться как прикладная методика (направление промежности и головы ребенка), так и методика «руки наготове» (руки не касаются промежности или головки ребенка, но держатся наготове).
- эпизиотомия должна проводиться, если существует клиническая необходимость, такая как оперативное вмешательство или подозрение на риск для плода;
- должна быть проведена эффективная инфильтративная анальгезия до выполнения эпизиотомии (р-р Лидокаина 1% - 10 мл или р-р прокаина 0,5% - 10 мл);
- после рождения головки, проверить, нет ли обвития пуповиной, при тугом обвитии пересечь пуповину между 2-мя зажимами, при нетугом – ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги.

Третий период родов - последовый - от рождения плода до рождения последа. В это время происходит отделение последа от стенок матки и его рождение.

После рождения ребенка через несколько минут появляются последовые схватки. Происходит сокращение всей мускулатуры матки за исключением плацентарной площадки - места прикрепления плаценты. Выделению плаценты способствуют потуги.

Последний период характеризуется выделением крови из плацентарных сосудов. В среднем кровопотеря составляет 200-300 мл. После рождения последа матка резко сокращается, возвращается в срединное положение. Дно ее находится по средней линии между пупком и лобком.

Продолжительность последового периода обычно составляет 10-12 мин., максимально допустимая - 30 мин.

Принципы ведения последового периода:

- опорожнение мочевого пузыря сразу после рождения плода;
- контроль гемодинамических параметров матери; • контроль кровопотери;
- при нормальном течении родов после рождения плода любое механическое воздействие на матку (пальпация, давление) до появления признаков отделения плаценты запрещается.

Если после появления признаков отделения последа не происходит его самостоятельное рождение, то для уменьшения кровопотери могут использоваться приемы выделения последа.

ПРИЗНАКИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

1. Признак Шредера. Матка уплощается, становится более узкой, дно ее поднимается выше пупка, нередко отклоняется вправо.
2. Признак Альфельда. Отделившаяся плацента опускается в нижний сегмент матки или влагалище. В связи с этим зажим Кохера, наложенный на пуповину при ее перевязке, опускается на 8-10 см и более.
3. Признак Довженко. Роженице предлагают глубоко дышать. Если при вдохе пуповина не втягивается во влагалище, то плацента отделилась от стенки матки; если пуповина втягивается во влагалище, то плацента не отделилась .
4. Признак Кюстнера-Чукалова. Встать слева сбоку от роженицы. Ребром ладони правой руки надавить на матку через переднюю брюшную стенку над лонным сочленением. Если при надавливании пуповина не втягивается в родовые пути - значит, плацента отделилась; если втягивается - значит, не отделилась.
5. Признак Микулича-Радецкого. Отделившаяся плацента опускается во влагалище, появляется (не всегда) позыв на потугу.

АКТИВНОЕ ВЕДЕНИЕ 3-ГО ПЕРИОДА

- после рождения переднего плечика в/м вводят 10 ЕД окситоцина (или 5 ЕД окситоцина в/в) (для сокращения матки после рождения ребенка);

Рождение плаценты с помощью контролируемых тракций за пуповину:

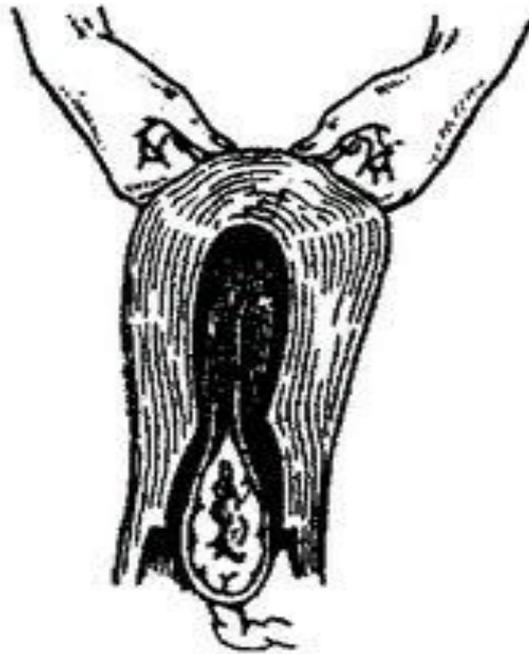
- не раньше, чем через 1 минуту после рождения ребенка, наложите зажим на пуповину ближе к промежности;
- держите пережатую пуповину в слегка натянутом состоянии одной рукой;
- положите другую руку непосредственно над лобком женщины и, стабилизируйте матку, отводя ее от лона во время контролируемого потягивания за пуповину (поможет избежать выворота матки);
- дождитесь сильного сокращения матки (2-3 минуты). Как только почувствуете, что матка сократилась (округлилась, стала плотной) или пуповина удлинилась, очень осторожно потяните на себя вниз пуповину (тракция) для рождения плаценты. Не ждите признаков отделения плаценты, прежде чем начать потягивание за пуповину. Одновременно продолжайте отводить матку другой рукой (контртракция) в направлении противоположном потягиванию за пуповину;
- если плацента не опускается в течение 30-40 секунд во время контролируемой тракции, прекратите тянуть за пуповину и дождитесь очередного сокращения матки.
- если нужно, переложите зажим как можно ближе к промежности по мере того, как пуповина удлиняется.
- во время следующего сокращения матки повторите контролируемую тракцию за пуповину с одновременной контртракцией в противоположную сторону.

СПОСОБЫ ВЫДЕЛЕНИЯ ОТДЕЛИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДА

Способ Абуладзе: брюшная стенка захватывается по средней линии в складку обеими руками и приподнимается, после чего роженица должна потужиться. При этом послед легко рождается.



Способ Гетера также технически прост и эффективен. При опорожненном мочевом пузыре матка устанавливается по средней линии. Легким массажем матки через брюшную стенку надо вызвать ее сокращение. Затем, стоя сбоку от роженицы лицом к ее ногам, надо положить сжатые в кулаки руки на дно матки в области трубных углов и постепенно усиливать давление на матку по направлению книзу, к выходу из малого таза. На протяжении этой процедуры роженица должна полностью расслабиться



Способ Лазаревича — Креде, как и оба предыдущие, применим только при отделенной плаценте. После опорожнения мочевого пузыря матку выводят на среднюю линию и легким массажем вызывают ее сокращение. После достижения сокращения матки, стоя сбоку от роженицы, дно матки захватывают наиболее сильной рукой, в большинстве случаев правой. При этом большой палец лежит на передней поверхности матки, ладонь — на дне ее, а остальные четыре пальца располагаются по задней поверхности матки. Захватив таким образом хорошо сокращенную плотную матку, ее сжимают и одновременно надавливают на дно по направлению книзу. Роженица при этом не должна тужиться. Отделенный послед легко выжидается

