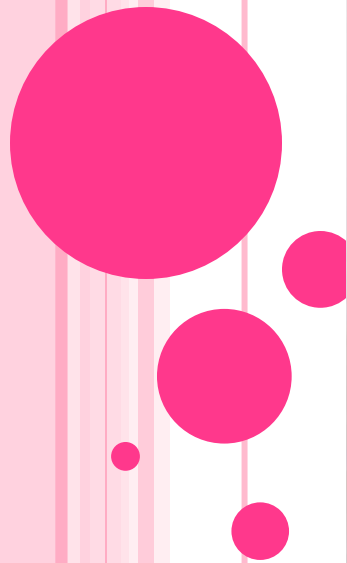


ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ.



ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

- Тема обезболивания родов волновала человечество с незапамятных времен. Однако до сих пор существуют полярные точки зрения в отношении этой проблемы: с одной стороны, принято считать, что боль во время родов является обязательным атрибутом, а, согласно другому мнению, отсутствие болевых ощущений – современный стандарт ведения родов. В совместном заявлении Американского общества анестезиологов (ASA) и Американского общества акушеров и гинекологов (ACOG) подчеркивается, что нет таких обстоятельств, при которых женщина должна испытывать серьезную боль, в то время, когда она находится под наблюдением врача



ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ БОЛИ В РОДАХ:

- Раскрытие шейки матки
- Сокращение матки, натяжение маточных связок и париетальной брюшины
- Растяжение нижнего маточного сегмента
- Сокращение и расслабление маточных сосудов во время родов
- Изменение химизма тканей и накопление кислых продуктов в миометрии
- Условно-рефлекторный компонент(страх боли)



Все современные методы обезболивания родов можно разделить на две группы: 1) психопрофилактическая подготовка к родам; 2) методы обезболивания при помощи фармакологических средств. К первой группе примыкает (но не отождествляется с ней) метод словесного воздействия внушением (гипноз). Вторая группа включает применение анальгезирующих, нейроплегических, психотропных средств, регионарной и проводниковой анестезии. Обезболивающие средства вводят внутрь, через легкие (ингаляция), прямую кишку, подкожно, внутривенно и т. д.



- Психопрофилактическая подготовка к родам представляет собой систему мероприятий, проводимых с самого начала беременности, особенно за 4 нед до родов и во время них. Во время беременности тщательно знакомятся с анамнезом, проводят общее и акушерское исследования по общепринятым правилам. Выясняют отношение женщины к беременности, наличие страхов и опасений. С самого начала беременности стремятся устранить страх перед родами, создать положительные эмоции. Благоприятное воздействие на психику оказывается в течение всей беременности, при каждом посещении консультации. С 35 —36-й недели беременности с женщиной проводят специальные занятия, во время которых ее знакомят с течением родов, обучают правильному поведению и приемам, способствующим обезболиванию родов



ЗАДАЧИ

- ❖ Психопрофилактическая подготовка беременной к родам
- ❖ Адаптация женщины к беременности и родам
- ❖ Подготовка мужа к участию в родах
- ❖ Освоение теории поведения во время беременности, в родах и послеродовом периоде



ФИЗИКО-ПСИХИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА БЕРЕМЕННЫХ

- Это комплекс акушерских, педагогических, организационных мер:
 - Дородовая **ФППП** проводится во время беременности за 4 недели до родов и послеродовом периоде (ЛФК, УФО и специальные занятия)
- **Основная цель метода**- создание нормального взаимодействия между корой и подкорковыми образованиями путем формирования новых условных рефлексов (через вторую сигнальную систему)



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:





- Психологическая поддержка
- Смена положения тела
- Локальное надавливание на область крестца
- Гидротерапия(душ или ванна 36-37 градусов в активной фазе)
- массаж



ОСНОВНЫЕ ТРЕБОВАНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

- ✓ Полная безопасность для матери и плода
- ✓ Отсутствие угнетающего влияния на моторную функцию матки
- ✓ Укорочение длительности родового акта
- ✓ Предупреждение и устранение спазма мышц шейки матки и нижнего маточного сегмента
- ✓ Достаточный болеутоляющий эффект
- ✓ Сохранение сознания роженицы, активное ее участие в процессе родов
- ✓ Отсутствие вредного влияния на лактацию
- ✓ Доступность



КЛАССИФИКАЦИЯ:

□ **Ингаляционные анестетики**

- Закись азота
- Трилен
- Фторотан

• **Неингаляционные анестетики**

- Барбитураты
- Производные фенотиазина(дипразин)
- Дроперидол-нейролептик



КЛАССИФИКАЦИЯ

□ **Наркотические анальгетики**

- Морфин
- Промедол
- Фентанил

◆ **Спазмолитики(баралгин,дротаверин)**

◆ **Транквилизаторы**

◆ **Нейролептанальгезия**



МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ

- Обезболивание фармакологическими средствами начинается в первом периоде родов при наличии регулярных сильных схваток и раскрытии зева на 3—4 см. Оно производится у здоровых рожениц при правильном течении родов. Опытный акушер применяет обезболивающие средства больным роженицам с учетом характера заболеваний и при условии правильного выбора препаратов. Обезболивание с помощью фармакологических средств требует особо тщательного наблюдения за состоянием роженицы, сердцебиением плода и характером родовой деятельности. Если возникают какие-либо нарушения, введение обезболивающих средств прекращается.

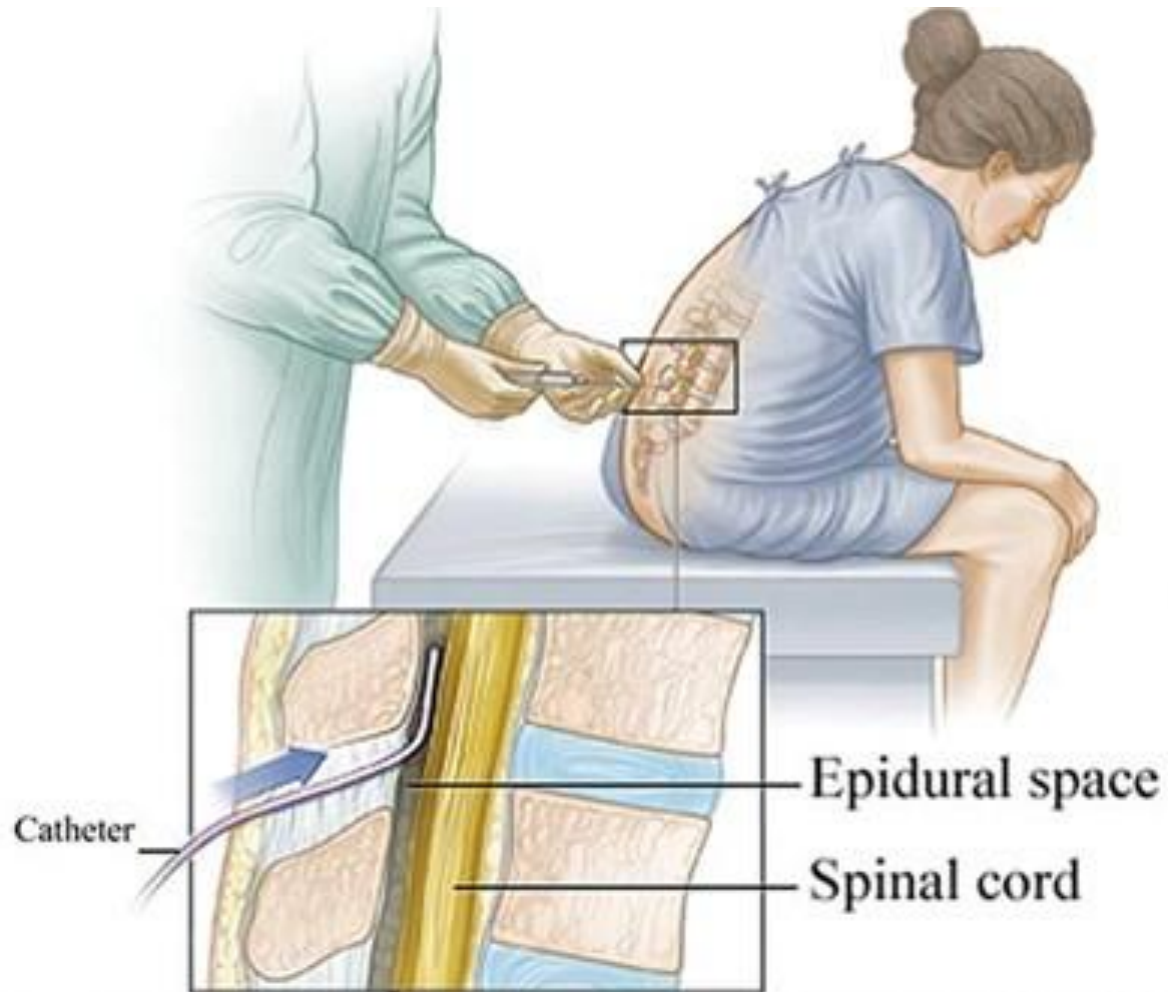


СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ

- Эпидуральная аналгезия (ЭА) чаще всего используется для облегчения и снятия болей у рожениц. В недавнем обзоре Кокрановской базы данных эпидуральная аналгезия была признана наиболее эффективным способом управления болями по сравнению с ингаляционной анестезией, опиодными и неопиодными анальгетическими средствами системного действия, немедикаментозными средствами.



ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ



- Причиной боли в первом периоде родов являются сокращения мышц матки, растяжение шейки матки и натяжение связочного аппарата матки. Во втором периоде родов вследствие растяжения и вытягивания тазовых структур при продвижении плода возникают дополнительные болевые ощущения, которые передаются по крестцовым и копчиковым нервам. Следовательно, для достижения обезболивания во время родов следует блокировать передачу болевых импульсов по соответствующим нервным пучкам. Это может быть достигнуто блокадой срамного нерва, каудальным блоком, спинномозговым блоком либо расширенным эпидуральным.
- Эпидуральная анальгезия, является одним из популярных методов обезболивания родов. Выполнение эпидуральной анальгезии заключается в блокаде болевых импульсов от матки по нервным путям, входящим в спинной мозг на определенном уровне путем введения местного анестетика в эпидуральное пространство.



Эпидуральная анестезия выполняется путем введения анестетика в эпидуральное пространство позвоночника



Врач вводит иглу с закругленным верхним концом, между третьим и четвертым поясничным позвонком

Через катетер, введенный по игле, вводится смесь анестетиков в эпидуральный канал, в том числе между



стоит ли делать эпидуралку



Показаниями для эпидуральной анальгезии являются: выраженная болезненность схваток при отсутствии эффекта от других методов обезболивания, дискоординация родовой деятельности, артериальная гипертензия в родах, роды при гестозе.



ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ:

- ❑ **Противопоказания к обезболеванию родов с помощью эпидуральной анальгезии**
- ❑ Кровотечение во время беременности и незадолго до родов.
- ❑ Применение антикоагулянтов или пониженная активность свертывающей системы крови. 3. Наличие очага инфекции в зоне предполагаемой пункции.
- ❑ Опухоль в месте предполагаемой пункции также является противопоказанием к эпидуральной анальгезии.
- ❑ Объемные внутричерепные процессы, сопровождающиеся повышенным внутричерепным давлением.



ПРЕИМУЩЕСТВА ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

□ Не вызывает депрессию плода.

Снижает секрецию эндогенных катехоламинов и улучшает маточно-плацентарную перфузию.

Уменьшает гипервентиляцию, которая возникает при болезненных маточных сокращениях и сводит к минимуму вызываемое алкалозом снижение маточно-плацентарной перфузии.

Женщина в сознании и активно участвует в процессе родов.

Эпидуральная блокада может быть использована для операции кесарева сечения.

В сравнении с общей анестезией — значительно меньше риск легочной аспирации.



ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНЕСТЕЗИЯ

- Эпидуральную анальгезию проводят при установившейся регулярной родовой деятельности и открытии шейки матки не менее чем на 3-4 см. Выполнять эпидуральную анестезию имеет право только анестезиолог владеющий данной методикой.
- К преимуществам эпидуральной анестезии относятся: высокая эффективность обезболивания; во время проведения анальгезии пациентка находится в сознании; возможность длительного поддержания обезболивающего воздействия на протяжении родов; отсутствие угнетающего воздействия на родовую деятельность, состояние матери и плода; оптимизация кровоснабжения матки и почек на фоне симпатической блокады. При необходимости выполнения экстренного кесарева сечения эпидуральный блок может быть усилен, что позволяет обеспечить должный уровень обезболивания во время операции.
- В качестве обезболивания в активную фазу первого периода родов при раскрытии шейки от 4 до 6 см может быть использован и парацервикальный блок, при котором болевые импульсы от тела матки и ее шейки могут быть заблокированы путем введения местного анестетика с двух сторон шейки матки.
- Если во втором периоде родов следует сохранить чувствительность промежности, что позволяет роженице тужиться, то дополнительной анальгезии, к той, которая проведена в первом периоде родов, не требуется. Если необходимо продолжить обезболивание или возникла необходимость в оперативном вмешательстве (наложение акушерских щипцов), то методами выбора являются эпидуральный блок срамного нерва или ингаляционная анальгезия.



КОМБИНИРОВАННАЯ СПИНАЛЬНО- ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛЬГЕЗИЯ

- КСЭА — последнее достижение в сфере акушерской анестезиологии. Основная проблема, связанная с эпидуральной анальгезией, — необходимо определенное время для наступления эффекта. Обычно это занимает от 5 до 15 минут. При применении комбинированного метода после идентификации эпидурального пространства специальной иглой Туохи производится спинальная инъекция небольшого (в случае бупивакаина — до 1 мл 0,25–0,5% раствора) объема местного анестетика либо прямо через иглу, либо через ее боковой канал. Это позволяет достичь практически мгновенной анальгезии с минимальным моторным блоком. После этого вводится эпидуральный катетер и анальгезия продолжается в обычном режиме.

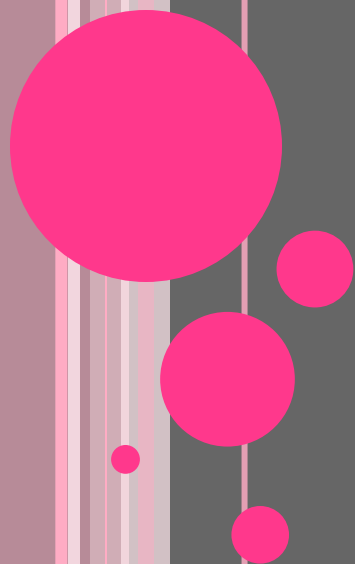


ДРУГИЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

- Акупунктура, электроakupунктура
- Абдоминальная декомпрессия
- Электроанальгезия
- Местная регионарная анестезия(новокаин 0,5%)



ПАРТОГРАММА



- **Партограмма** представляет собой композиционный графическая запись данных ключа (матери и плода) во время родов , введенных в зависимости от времени на одном листе бумаги. Соответствующие измерения могут включать такие статистические данные, как раскрытие шейки матки, ЧСС плода, продолжительность родов и показатели жизненно важных функций .



- Правильное заполнение и интерпретация партограммы способствует раннему выявлению отклонений в течении родов, состоянии матери и плода помогает своевременно принять обоснованное решение, касающееся дальнейшей тактики ведения родов и определить объем необходимых вмешательств.



ПРАВИЛА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПАРТОГРАММЫ

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



НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМИ СОСТАВЛЯЮЩИМИ ЯВЛЯЮТСЯ :

- Графическое изображение динамики раскрытия шейки матки;
- Продвижение предлежащей части плода;
- Графическое отображение наиболее выраженных критериев состояния матери, плода и течения родов – пульс, АД, температура, конфигурация головки, сердцебиение плода
- Многоцентровые исследования ВОЗ доказали преимущественную эффективность партограммы



В ПАРТОГРАММУ ВНОСЯТ СЛЕДУЮЩИЕ ДАННЫЕ:

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



- 1) Частота сердечных сокращений: фиксируется каждые полчаса (выслушивается каждые 15 минут) отмечается точкой.
- 2) Околоплодные воды: цвет амниотической жидкости отмечается при каждом вагинальном обследовании.

О- плодный пузырь цел

С- околоплодные воды чистые, светлые

М- воды с меконием

В- патологические выделения воспалительного характера

К- примеси крови в водах

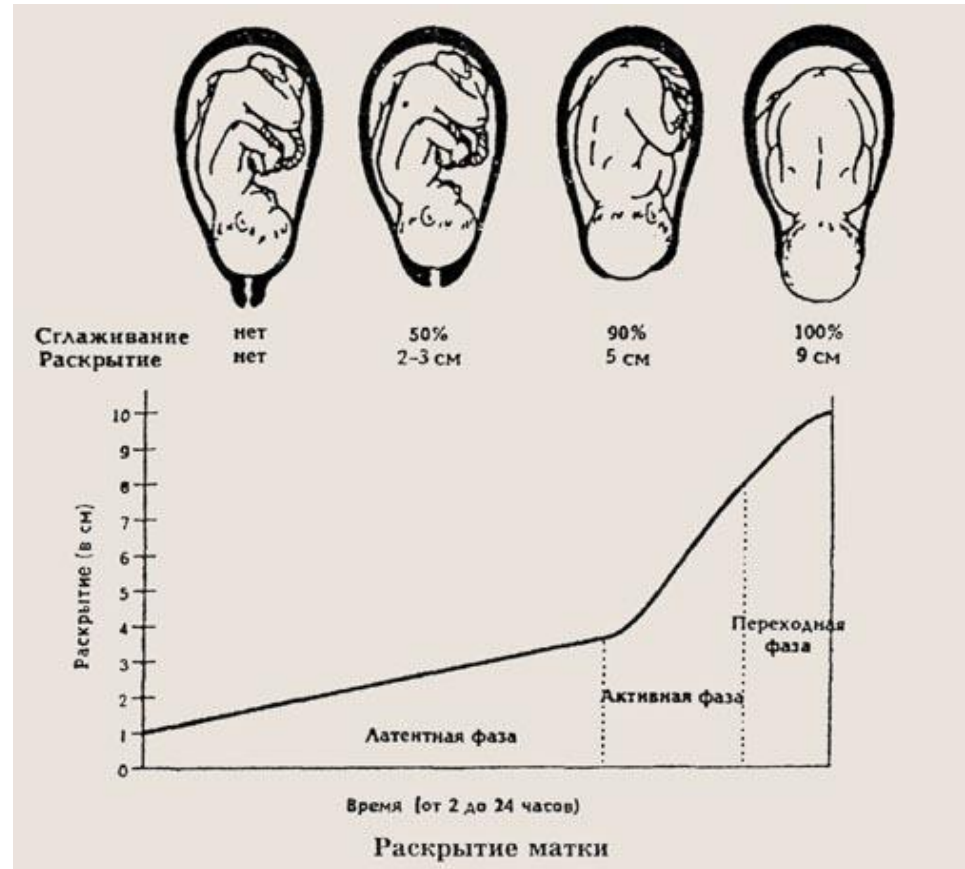
- 3) Конфигурация головки: конфигурации нет

+ швы легко разъединяются

++ швы находят друг друга, но разъединяются при надавливании

+++ швы находят друг друга, не разъединяются

0-

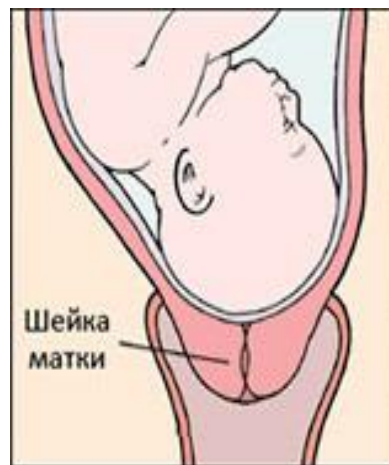


4) Раскрытие шейки матки

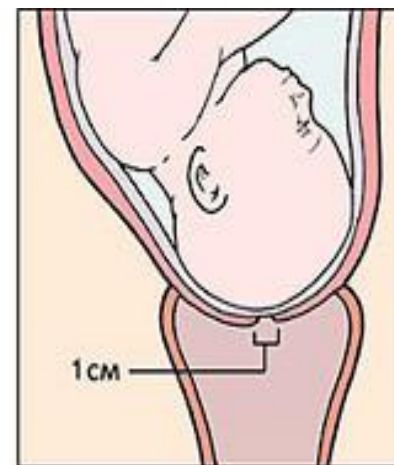
✓ Если при поступлении открытие шейки матки от 1-3см, отмечать * в см. относительно вертикальной оси ПГ-в части латентной фазы 1 периода родов, с 4 см- на линии бдительности(по вертикали каждая цифра означает раскрытие шейки матки в сантиметрах. Внизу по горизонтали- каждое разделение означает 1 час)

✓ Если при поступлении роженицы открытие 2 см., а при повторном осмотре через 4 часа- больше 4 см, то перенести * на линию бдительности пунктиром и продолжать наблюдение.

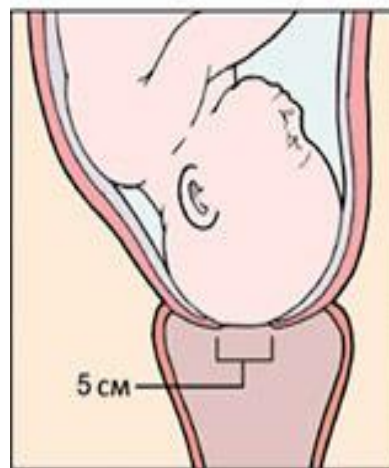
✓ Если при поступлении роженицы открытие шейки 4см и более, то * нужно поставить на линии бдительности



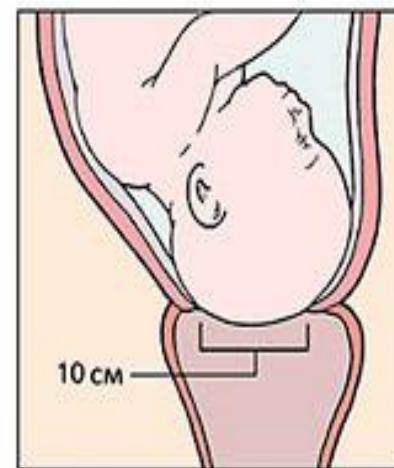
1. Шейка матки длинная, не раскрыта



2. Шейка матки укоротилась, раскрытие 1 см



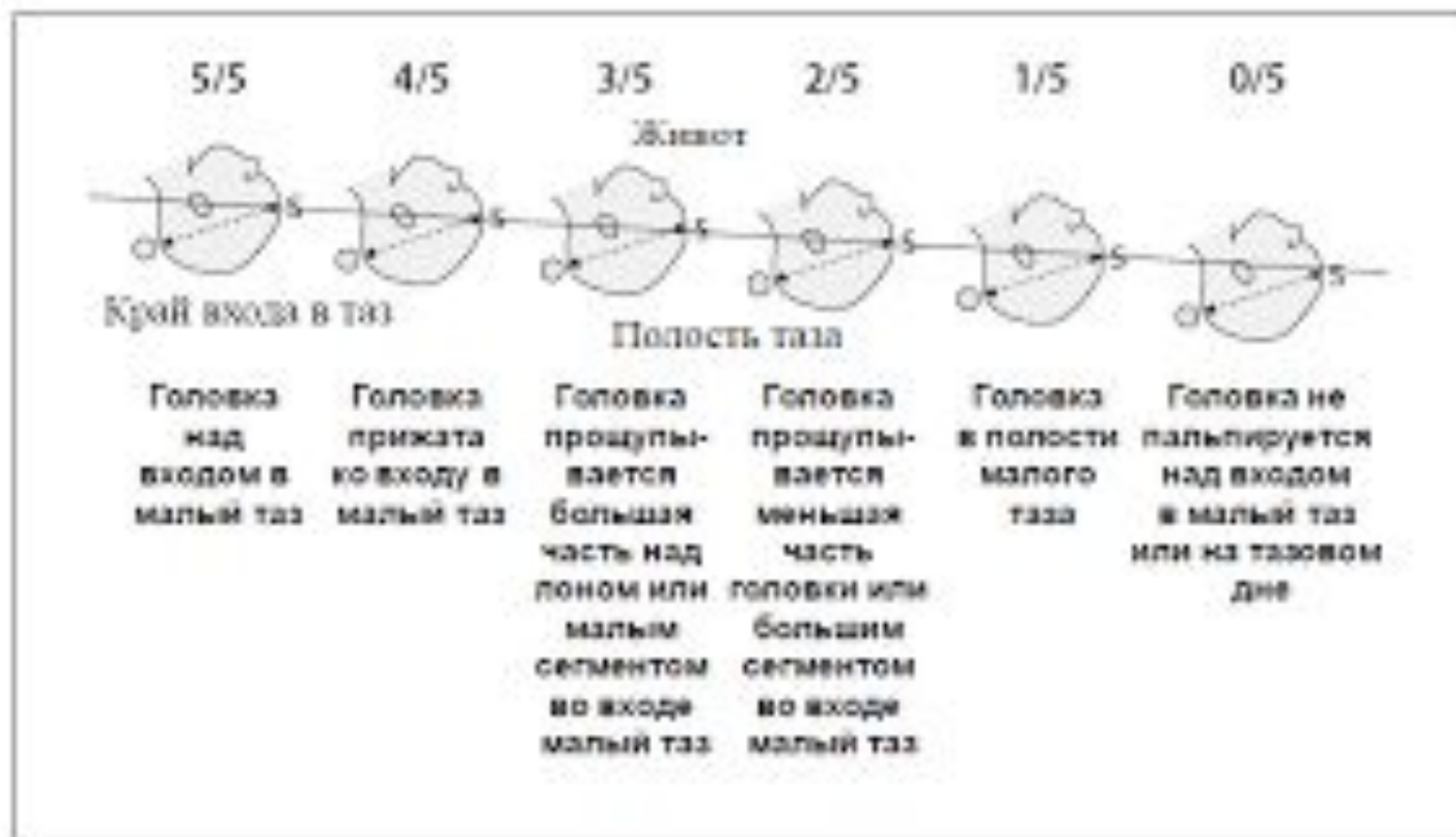
3. Раскрытие 5 см



4. Полное раскрытие (10 см)



5) ПРОХОЖДЕНИЕ ГОЛОВКИ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ЖИВОТА ПРИ ПОМОЩИ ПРАВИЛ 5-5



- 6) Маточные сокращения
- ✓ Сокращения матки: наряду с раскрытием шейки матки и продвижением головки плода сокращения матки служат четким показателем родовой деятельности
 - ✓ Периодичность схваток откладывается по оси времени
 - ✓ Различная интенсивность штриховки отражает интенсивность схваток: точки-слабые схватки продолжительностью до 20 сек. ; косая штриховка- умеренные схватки продолжительностью 20-40 сек.; сплошная штриховка- сильные схватки продолжительностью больше 40 сек.



- 7) Доза окситоцина и скорость введения (при назначении записывается его количество и концентрация и вводимая доза в минуту (в каплях или ЕД) каждые 30 минут)
- 8) Полученные лекарства
- 9) Пульс (каждые 30 минут отмечается точкой)
- 10) АД (каждые 4 часа)
- 11) Температура (каждые 4 часа)
- 12) Моча (количество, качество и цвет мочи при каждом мочеиспускании)



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

