



Физиологи ческие роды



- **Физиологические роды-** это роды одним плодом в сроке 37-42 недели гестации, которые начались спонтанно, низкого риска на начало, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился спонтанно в головном предлежании, после родов роженица и новорожденный находится в удовлетворительном состоянии.



- **Основная цель оказания помощи во время нормальных родов** – обеспечить безопасность для женщины и ребенка во время родов при минимально возможном вмешательстве в физиологический процесс.
- На протяжении всего периода родов медицинские работники должны оказывать полноценную, психологическую и физическую помощь женщине и ее семье или помощникам.

Тактика ведения в приемном отделении

- Приемное отделение должно иметь помещение в котором соблюдается конфиденциальность во время приема в отделение. При сборе анамнеза и заполнении необходимой медицинской документации, в нем не должны находиться посторонние люди, в том числе незанятый в приеме пациентки медицинский персонал.
- Поступающую женщину принимает дежурная акушерка приемного отделения, которая знакома с основными принципами введения родов в отделении; предлагает участвовать в родах близкому человеку(по выбору самой женщины).

Продолжение



- Наличие явных признаков инфекции и может быть поводом для отказа в участии в родах с обязательным разъяснением причины. Никакое дополнительное обследование не требуется.
- Сопровождающему, участвующему в родах, рекомендуется оставаться своей одежде. Пациентке также рекомендуется оставаться в своей одежде и сменной обуви.
- Пациентке можно предложить принять душ.

Продолжение

- Измерить температуру тела, пульс, АД, провести общий акушерский осмотр, заполнить историю родов.
- После оформления документации акушерка приемного отделения проводит семью в родильную палату, в которой она будет находиться во время родов. Акушерка приемного отделения должна познакомить семью с дежурной акушеркой родового блока, которая консультирует женщину/семью о роли партнера в родах, положениях в родах в первом и во втором периоде, принятие пищи и питья в родах, управление болью, о способах ведения третьего периода родов.

Ведение 1 периода родов

Партограмма - может быть единственным документом наблюдения за течением первого периода родов.

- Роды ведутся по партограмме, которую заполняет акушерка. Влагалищное исследование может проводиться как акушеркой, так и врачом, в последнем случае раскрытие шейки матки и положение головки на партограмме заполняется со слов врача.

- **На протяжении всего периода родов медицинские работники должны оказывать полноценную эмоциональную, психологическую и физическую помощь женщине и ее семье.**

Правила заполнения партограммы



- **Информация о пациентке:** полное имя, количество беременностей и родов, номер истории родов, дата и время поступления в родовой блок, время излития околоплодных вод.
- **Частота сердечных сокращений плода:** фиксируется каждые полчаса (выслушивается каждые 15 минут) - отмечается точкой – ·
- **Околоплодные воды:** цвет амниотической жидкости отмечается при каждом вагинальном обследовании:
 - **I** – плодный пузырь цел
 - **C** – околоплодные воды светлые, чистые
 - **M** – воды с меконием (любая интенсивность окраски)
 - **B** – примесь крови в водах
 - **A** – отсутствие вод/выделений



- **Конфигурация головки:**
- **○** – конфигурации нет
- **+** – швы легко разъединяются
- **++** – швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании
- **+++** – швы находят друг на друга и не разделяются



- **Раскрытие шейки матки:** оценивается при каждом влагалищном исследовании и отмечается крестиком (×).
- **Линия бдительности:** линия должна начинаться от точки раскрытия шейки на 3 см и продолжаться до точки полного раскрытия с шагом 1 см в час.
- **Линия действия:** проходит параллельно линии бдительности, отступя на 4 часа вправо.

Продолжение

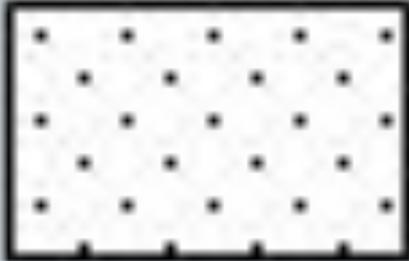
- **Опускание головки:** оценку прохождения головки следует проводить путем сначала абдоминального обследования и лишь затем вагинального:
- **5/5** – головка на 5 пальцев выше лона – над входом в малый таз
- **4/5** – на 4 пальца выше лона – прижата ко входу в малый таз
- **3/5** – на 3 пальца выше лона – прощупывается большая часть головки над лоном
- **2/5** – на 2 пальца выше лона – над лоном прощупывается меньшая часть головки
- **1/5** – головка в полости малого таза

Продолжение

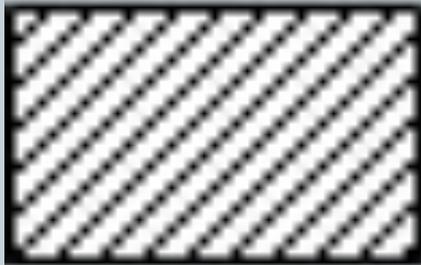


- **Время:** отмечается слева от линии. Для удобства заполнения лучше записывать числом кратным 30 мин. Например, 13.00 или 13.30.
- **Сокращения матки:** наряду с раскрытием шейки матки и продвижением головки плода сокращения матки (схватки) служат четким показателем родовой деятельности. Периодичность схваток откладывается по оси времени. Каждая клеточка означает одно сокращение. Различная интенсивность штриховки отражает интенсивность схваток. На партограмме принято использовать следующие три вида штриховки:

Продолжение



**точки – слабые схватки
продолжительностью до 20 секунд**



**косая штриховка – умеренные
схватки продолжительностью
20-40 секунд**



**сплошная штриховка – сильные
схватки продолжительностью
более 40 секунд**

Продолжение



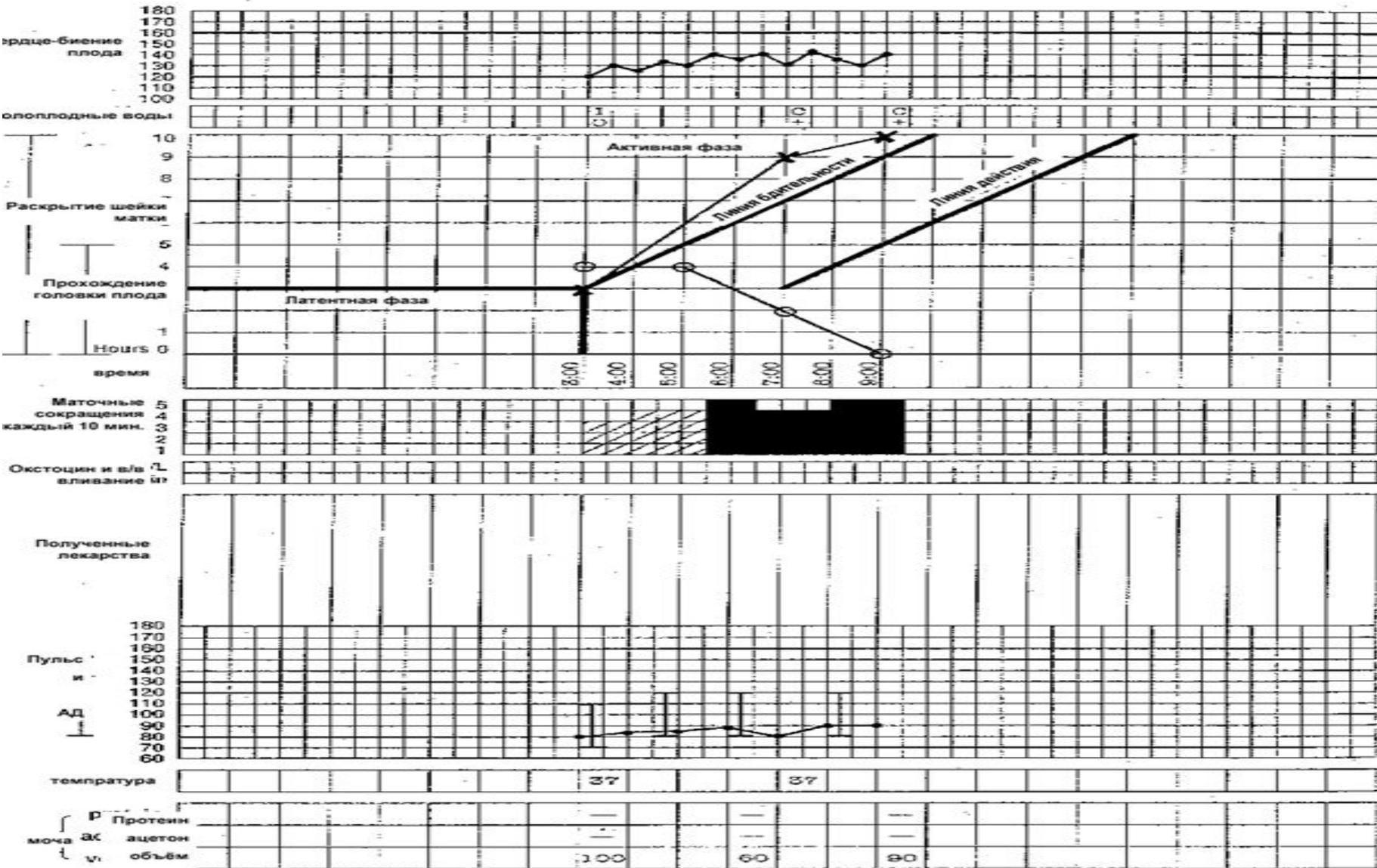
- **Окситоцин:** при назначении записывается его количество/концентрация и вводимая доза в минуту (в каплях или ЕД) каждые 30 минут.
- **Назначения лекарств:** фиксируются любые дополнительные назначения лекарств.
- **Пульс:** каждые 30 минут отмечается точкой - ·
- **Артериальное давление:** фиксируется каждые 4 часа и отмечается линией посередине соответствующей клеточки.
- **Температура тела:** фиксируется каждые 4 часа.
- **Протеин, ацетон и количество мочи:** записывается при каждом мочеиспускании.

Пример заполненной партограммы

Фамилия
Дата поступления

Беременность
время поступления

Регистрационный номер
время отхождения вод



Методы немедикаментозного обезболивания родов



- В настоящее время известно многочисленные методы немедикаментозного обезболивания родов. Чаще всего этих простых и безвредных методов, как для матери, так и для плода, бывает достаточно.
- В случае недостаточности обезболивающего эффекта необходимо применение одного из методов медикаментозного обезболивания, таких как: **эпидуральная анестезия, наркотические анальгетики и ингаляции закиси азота.**

Методы немедикаментозного обезболивания родов



- Различные положения в родах
- Противодействие
- Коленное надавливание
- Методы активации периферических рецепторов чувствительности
- Нахождение в ванне или под душем во время схваток
- Поглаживание и массаж
- Методы стимуляции нисходящих нервных путей, снижающие болевые ощущения

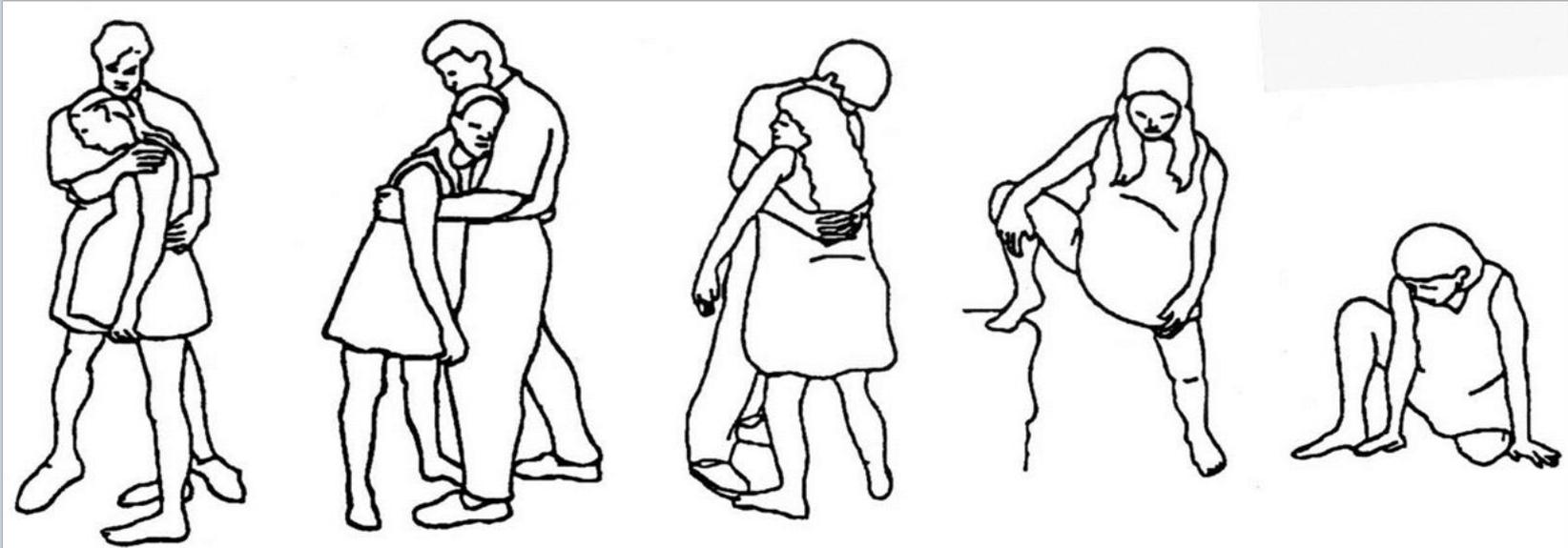
Позиции в первом периоде родов (1)



На четвереньках На коленях с опорой

Позиции в первом периоде родов (2)

Стоя



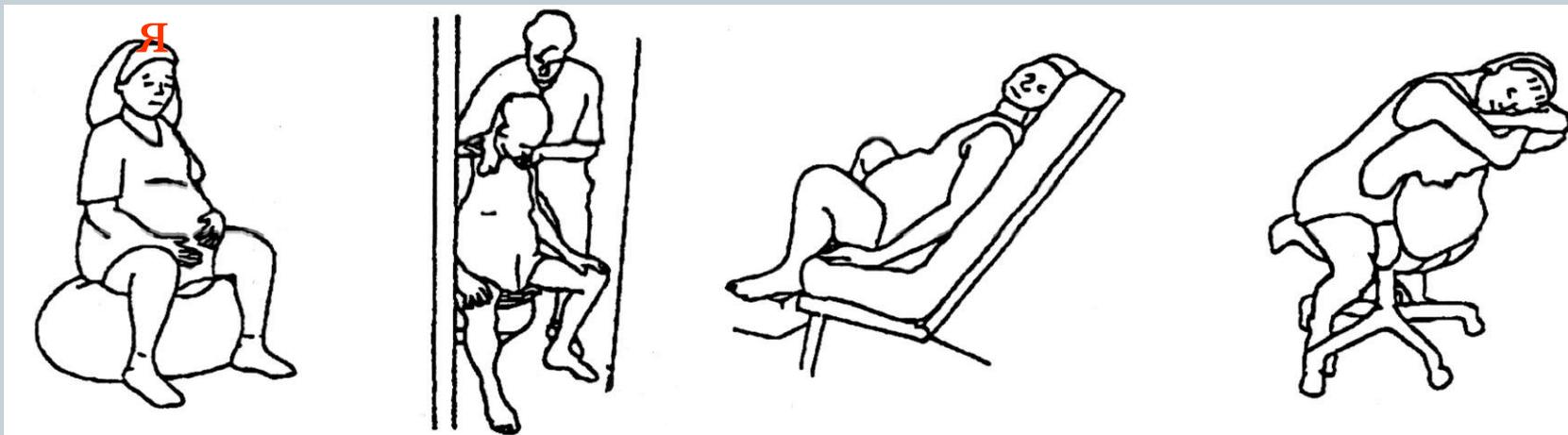
С опорой на партнера

Медленный танец

Позиции в первом периоде родов (3)

Сид

я



Сидя на мяче

Сидя на стуле

Полулежа

Сидя с опорой
на спинку стула

Присутствие и поддержка партнера в родах



Тактика ведения 2 периода родов

Акушерка должна:

- приготовить необходимое оборудование и место для реанимации новорожденного (включить тепло, подключить кислород, проверить наличие дыхательного мешка и масок к нему, тройника к электроотсосу, грушу; приготовить пеленки, шапочку и носочки для ребенка);
- подготовить место для родов – разложить чистые пеленки или одноразовый пакет для приема родов в том месте, которая роженица выбрала для родов, нагреть пеленки, которыми будет обтираться ребенок, подготовить необходимые инструменты для родов, в том числе ножницы для пересечения пуповины.

Продолжение



- Рождение ребенка может происходить в любом положении, которая выбрала сама женщина. Нежелательно-положение на спине.
- Потуги регулируются самой роженицей. В потужном периоде необходимо проводить аускультацию сердцебиение плода-не реже, чем каждые 5 минут.
- Эпизиотомия проводится по показаниям-угрожающие состояние плода.
- После рождения головки, проверить, нет ли обвития пуповин. При тугом обвитии пересечь пуповину между двумя зажимами, при нетугом-ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги.

Ведение 3 периода родов



- Активное ведение 3-го периода снижает вероятность развития послеродовых кровотечений в 2,5-3 раза.
- 1. После рождения ребенка пропальпировать живот на наличие еще одного плода в матке, при отсутствии второго плода-ввести окситоцин – 10 ЕД в/м в область бедра в течение 1-й минуты после рождения ребенка.



- **2. Контролируемая тракция пуповины:**
- Пережмите пуповину ближе к промежности зажимом. Держите пережатую пуповину и концы зажима одной рукой.
- Положите другую руку непосредственно над лобковой областью женщины и удерживайте матку, отводя ее от лона во время контролируемого потягивания за пуповину. Это поможет избежать выворота матки.

Продолжение



- Слегка натяните пуповину и дождитесь сильного сокращения матки (обычно через 2-3 минуты). Как только почувствуете сокращение матки или пуповина удлинится, очень осторожно потяните на себя вниз пуповину для рождения плаценты. Не ждите обильных кровянистых выделений до того, как вы начали потягивание за пуповину. Продолжайте отводить матку другой рукой в направлении противоположном потягиванию за пуповину.

Продолжение



- Если плацента не опускается в течение 10-20 секунд контролируемого потягивания за пуповину (то есть, нет признаков отделения плаценты), прекратите тянуть за пуповину.
- Осторожно держите пуповину и дождитесь очередного сокращения матки.
- Во время следующего сокращения матки повторите контролируемое потягивание за пуповину с отведением матки в противоположную сторону.
- **Никогда не тяните пуповину на себя без отведения матки в противоположную сторону другой рукой выше лобковой кости.**

Продолжение



- При рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться. Держите плаценту обеими руками, и осторожно поворачивайте ее, пока плодные оболочки не родятся.
- Медленно потяните плаценту для завершения родов.
- Если плодные оболочки оборвались, осторожно исследуйте верхнюю часть влагалища и шейку матки в стерильных перчатках и используйте окончатые зажимы для удаления всех оставшихся частей плодных оболочек, которые будут обнаружены.



- Внимательно осмотрите плаценту, чтобы удостовериться в ее целостности. Если часть материнской поверхности плаценты отсутствует или имеет место обрыв оболочек с сосудами, есть основание подозревать наличие в полости матки оставшихся фрагментов плаценты.
- Если пуповина оборвалась, может понадобиться провести ручное удаление плаценты.



- После рождения последа немедленно проведите массаж дна матки через переднюю брюшную стенку женщины до появления сокращений матки.
- Повторяйте массаж матки каждые 15 минут в течение первых 2 часов послеродового периода. При необходимости-массаж матки.



- После рождения ребенка, акушерка оценивает состояние ребенка.
- Если состояние новорожденного не вызывает опасений (ребенок дышит или кричит, хороший тонус), то после обтирания теплой чистой пеленкой новорожденный передается на живот матери для контакта кожа к коже продолжительностью 2 часа;



- На головку ребенка надевает чистую шапочку, на ножки-носочки;
- Ребенок накрывается сухой и чистой пеленкой и одеялом;
- Пуповину перерезается стерильными инструментами после прекращения пульсации, не ранее 30 секунд после рождения ребенка;

Показания к осмотру шейки матки:

- Кровотечение
- Инструментальные роды
- Быстрые или стремительные роды
- При необходимости, разрывы мягких тканей родовых путей ушиваются под местным обезболиванием, предпочтительно лидокаином, синтетическим рассасывающимся шовным материалом.
- Большинство разрывов 1 степени заживают самостоятельно без положения швов.



Спасибо за внимание!