

Тема лекции:
ВЕДЕНИЕ
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ
РОДОВ



Физиологические роды – это роды одним плодом, которые начались спонтанно, протекали без осложнений, без применения пособий и медикаментов, при которых родился зрелый доношенный ребенок в затылочном предлежании. После родов роженица и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Определение нормальных родов.

Нормальные роды – это роды одним плодом в сроке 37 недель 1 день – 41 неделя беременности, которые начались спонтанно, имели низкий риск к началу, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился в затылочном предлежании. В родах возможно применение амниотомии, использование спазмолитиков, проведение аналгезии. После родов роженица и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Приемное отделение

При обращении женщины в приемное отделение необходимо оценить общее состояние, жалобы, произвести термометрию и осмотр кожных покровов, измерить артериальное давление, выслушать сердцебиение плода. Изучить данные обменной или амбулаторной карты. При отсутствии признаков инфекционных заболеваний, выполняют следующие пункты:



1. Регистрация роженицы в родильном отделении: паспортные данные, заведение истории родов, регистрация в истории полученного информированного согласия на необходимые медицинские манипуляции, проводимые в лечебном учреждении.

2. Жалобы и сбор анамнеза:

- жалобы
- аллергологический анамнез
- эпидемиологический анамнез: контакт с инфекционными больными, пребывание в странах с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в течение последних 3 лет
- группа крови, резус-фактор
- семейный анамнез, наследственность (туберкулез, сифилис, психические, онкологические заболевания, диабет, многоплодие)
 - заболевания сердечно-сосудистой системы – (инсульт, инфаркт, тромбоз)
- сведения о муже (возраст, состояние здоровья, вредные привычки, группа крови, резус фактор)
- условия труда и быта (профессиональные вредности, санитарно-гигиенические условия на работе и в быту, питание, отдых)
- сведения о приеме наркотических препаратов
- перенесенные заболевания, в т.ч. гепатит А, В, С
- оперативные вмешательства: их течение, методы и сроки лечения, осложнения, гемотрансфузии

- травмы
- менструальная функция (время появления и установления, характер менструального цикла, первый день последней менструации)
- перенесенные гинекологические заболевания (время возникновения, длительность заболевания, лечение, исход)
- половая функция, контрацепция (методы, длительность использования), начало половой жизни
- детородная функция: паритет, течение и исход предыдущих беременностей в хронологической последовательности, характер предыдущих родов, масса и рост новорожденных, течение послеабортного и послеродового периодов



Течение настоящей беременности по триместрам:

- I тр (до 13 недель) – общие заболевания, осложнения беременности, дата первой явки в женскую консультацию и срок беременности, установленный при первом обращении, результаты анализов, прием лекарственных средств.

- II тр. (13 – 28 недель) – общие заболевания и осложнения в течение беременности, прибавка в весе, цифры артериального давления, результаты анализов, дата первого шевеления плода, прием лекарственных средств.

- III тр. (29 – 40 недель) - общая прибавка в весе за беременность, цифры артериального давления, результаты анализов, заболевания и осложнения во время беременности, прием лекарственных средств.

**Результаты
ультразвукового
исследования (дата, срок,
особенности)**

**Расчет предполагаемой
даты родов**

- по дате последней менструации,
- дате зачатия или овуляции (при коротком или длинном цикле)
- данным узи в сроки от 8 до 24 недель беременности)



3. Осмотр

- Оценка общего состояния
- Кожные покровы
- Термометрия общая
- Телосложение
- Измерение массы тела
- Измерение роста
- Исследование пульса и артериального давления на периферических артериях
- Аускультация тонов сердца
- Аускультация легких
- Осмотр молочных желез
- Пальпация живота, определение размеров печени
- Проба поколачивания (Пастернацкого)

4. Наружное акушерское исследование

- 4.1. Измерение размеров матки: высота дна матки и окружность живота
- 4.2. Измерение размеров таза (d. spinarum, d.cristarum, d.trochanterica, c.externa)
- 4.3. Пальпация плода: положение, позиция, предлежание, отношение головки к плоскостям таза
- 4.4. Аускультация плода с помощью акушерского стетоскопа.

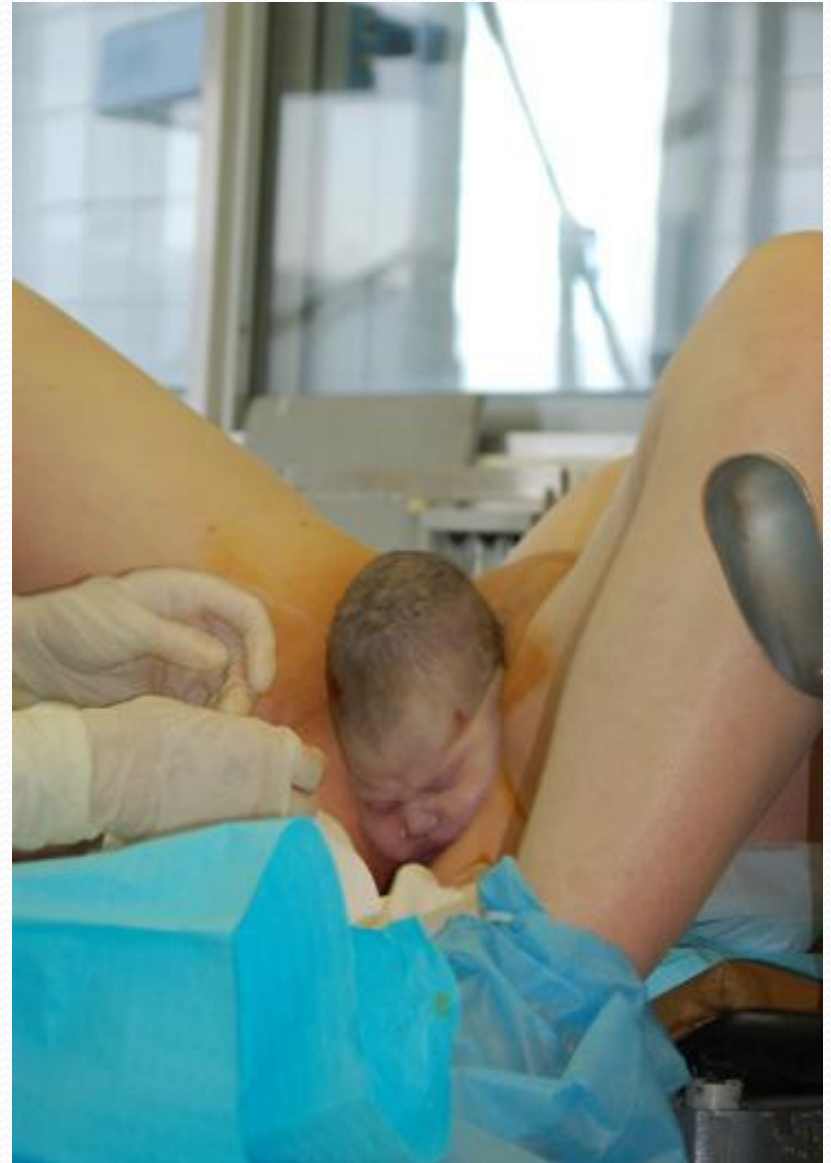
5. Влагалищное исследование: состояние наружных половых органов и промежности, влагалища, шейки матки, плодного пузыря, определение высоты стояния предлежащей части плода, особенности плоскостей малого таза, определение диагональной и истинной конъюгаты, оценка характера околоплодных вод и влагалищных выделений.
6. Ультразвуковое исследование плода (если последнее ультразвуковое исследование произведено 7 дней назад и более): положение, позиция, вид, предполагаемая масса плода, наличие обвития пуповины; объем околоплодных вод, локализация плаценты, состояние нижнего сегмента матки.
7. Определение предполагаемой массы плода (на основе данных УЗИ, формулы Жордания, Якубовой)
8. Взятие крови из периферической вены:
 - 8.1. Определение Hbs Ag Hepatitis B virus
 - 8.2. Определение антител класса M, G (Ig M, Ig G) к Hepatitis C virus
 - 8.3. Определение антител класса M, G (Ig M, Ig G) к Human immunodeficiency virus HIV₁, HIV₂
 - 8.4. Анализ крови на сифилис .
 - 8.5. Определение группы крови и резус-фактора, если не определены ранее в данном учреждении
 - 8.6. Определение уровня гемоглобина крови
 - 8.7. Определение количества тромбоцитов в крови или тромбоэластограмма
9. Определение белка в моче тест-системой.
10. Установление предварительного диагноза и выработка плана ведения родов
11. Санитарная обработка роженицы (сбривание волос на промежности, клизма, душ)
12. Одевание профилактического компрессионного белья (чулки).

**Предполагаемую массу
плода рассчитывают
по данным узи и
формулам.**

**Формулы для расчета
предполагаемой
массы плода.**

По И.Ф. Жордания
 $X = \text{ОЖ} * \text{ВДМ};$

По З.Н.Якубовой
 $X = (\text{ОЖ} + \text{ВДМ}) * 100 / 4;$



Родильное отделение

Организационные положения:

Роды рекомендуется проводить в индивидуальном родильном зале (при наличии возможности)

- роды ведет врач, акушерка выполняет назначения врача, следит за состоянием женщины и плода, под наблюдением врача оказывает ручное пособие при рождении плода; осуществляет уход за новорожденным
- роженицу знакомят с планом ведения родов, получают ее согласие на предполагаемые манипуляции и операции в родах
- приветствуется участие в родах мужа или близкого родственника (мать, сестра) – семейные роды
- в первом и начале второго периода родов роженица может выбирать любое удобное для себя положение, может сидеть, ходить, стоять, использовать опору, мяч.
- во время нормальных родов женщине из группы низкого риска осложнений разрешено пить воду небольшими порциями, небольшое количество легкой пищи (печенье, шоколад, легкий бульон) можно позволить **только в начале латентной фазы 1 периода родов.**

I период родов

Контроль за состоянием роженицы: общее состояние, жалобы, степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, нарушений зрения и др.

- Исследование пульса и артериального давления на периферических артериях не реже 1 раза в час
 - Измерение температуры тела не реже 1 раза в 4 часа
 - Оценка мочевыделительной функции и состояния мочевого пузыря (мочеиспускание не реже 1 раза в 4 часа, при отсутствии самостоятельного мочеиспускания – выведение мочи катетером, количество, цвет мочи, примесь крови)
 - Оценка сократительной активности матки: тонус, частота, продолжительность, сила, болезненность не реже 1 раза в 2 часа
 - Определение высоты стояния предлежащей части плода не реже 1 раза в 2 часа
 - Кардиотокография плода при поступлении в течение 40 мин-1 часа, далее в прерывистом режиме по 20-30 минут, после излития околоплодных вод, после проведения обезболивания родов и при открытии маточного зева более 8 см.
 - При отсутствии кардиотокографии сердцебиение плода выслушивается при помощи стетоскопа в течение 30 сек-1 минуты
- каждые 15 – 30 минут, а также после излития вод, появлении кровяных выделений, ухудшении состоянии роженицы.

- Ведение партограммы
- Запись дневников в истории родов проводится не реже чем каждые 2-3 часа.
- Влагищное исследование: при излитии околоплодных вод, перед обезболиванием, каждые 4 часа в течение родов; при изменении акушерской ситуации (ухудшение состояния роженицы, нарушение сердцебиения плода, появление кровяных выделений из половых путей, ослабление или чрезмерное усиление родовой деятельности и пр.)
- Амниотомия (раскрытие шейки матки более 6 см, плоский плодный пузырь)
- Для исключения повторных венопункций и обеспечения срочной инфузии при возникновении экстренной необходимости в периферическую вену устанавливается постоянный внутривенный катетер
- Внутривенное введение лекарственных средств (спазмолитики, обезболивающие препараты – см список лекарственных препаратов)*
- Внутримышечное введение лекарственных средств (спазмолитики, обезболивающие препараты– см список лекарственных препаратов)*
- Осмотр врачом-анестезиологом (перед обезболиванием и в процессе обезболивания – по протоколу обезболивания)
- Обезболивание родов (эпидуральная аналгезия или наркотические анальгетики - по протоколу обезболивания) *- введение лекарственных средств не применяется рутинно.

II период родов

Оценка состояния роженицы (общее состояние, жалобы, степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, нарушений зрения).

- Контрольное исследование пульса и артериального давления на периферических артериях в начале второго периода родов, каждые 30 минут, с наступлением потуг.
- Определение высоты расположения головки плода наружными приемами или влагалищным исследованием. В начале второго периода, затем через 1 час, при появлении потуг, далее каждые 15 минут.
- Выслушивание сердцебиения плода в течение 30 секунд-1 минуты в начале II периода родов каждые 15 минут, далее после каждой потуги.
- Вызов на роды неонатолога и подготовка к приему ребенка (раскрытие родового комплекта, согревание пеленального стола, детского белья и др.)
- В норме потуги должны появляться при расположении головки плода не выше узкой части полости малого таза. Если при головке плода расположенной в узкой части полости или выходе таза у женщины появляются эффективные потуги (поступательное движение головки плода при нормальном состоянии женщины и отсутствии признаков страдания плода) нет необходимости в регулировании потуг. При отсутствии эффективной потужной деятельности применяют регулирование потуг, обращая внимание женщины на обеспечение правильного дыхания, координированность схватки и потуги, правильное распределение усилий направленных на продвижение головки плода.

Влагалищное исследование во 2-м периоде выполняется каждый час.

Головка плода находится в одной плоскости у первородящих в среднем 30-40 минут, у повторнородящих 20-30 минут. Если в течение 1 часа у первородящих отсутствует динамика продвижения головки по родовым путям, то течение родов следует признать неудовлетворительным.

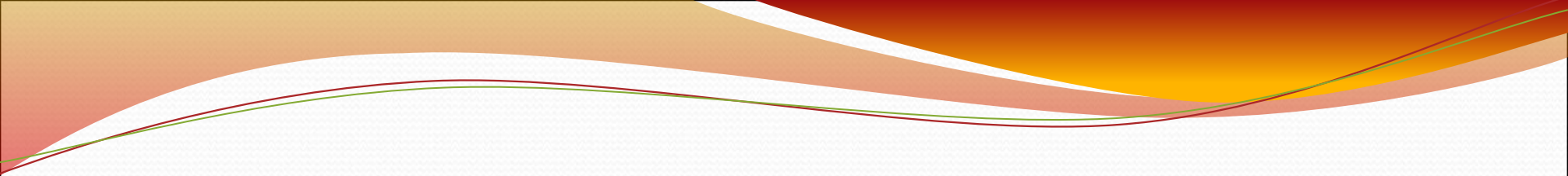
Ручное пособие в родах (оказывает акушерка), положение женщины – полусидя (на кровати-трансформере):

1. уменьшение напряжения промежности в период прорезывания и рождения теменных бугров
 2. воспрепятствование преждевременному разгибанию головки и бережное выведение головки из половой щели вне потуг
 3. освобождение плечиков и рождение туловища
- Рассечение промежности не проводится рутинно, а проводится по четким показаниям (угроза ее разрыва, острая гипоксия плода, показания со стороны матери)
 - Пересечение пуповины проводится после прекращения пульсации или через 1 минуту после рождения ребенка.
 - Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар
 - Размещение новорожденного на груди матери (проводит акушерка).
 - Опорожнение мочевого пузыря
 - Уход за новорожденным осуществляется по протоколу базовой помощи доношенному новорожденному.

III период родов

Оценка состояния матери в 3 периоде родов (общее состояние, жалобы, болевые ощущения, наличие головокружения, головной боли, нарушений зрения, объем кровяных выделений из половых путей)

- Исследование пульса и артериального давления на периферических артериях матери после рождения ребенка
- Забор крови из сосудов пуповины для определения группы крови, резус фактора ребенка, проведения проб Кумбса и Розенфельда при o(I) группе или Rh –отрицательной принадлежности крови женщины
- Определение признаков отделения последа: признак Чукалова-Кюстнера, Альфельда, Шредера, Довженко
- Применение наружных приемов выделения отделившегося последа: способ Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича.
- Наружный массаж матки после рождения последа
- Тщательная оценка величины кровопотери

- 
- Профилактика послеродового кровотечения:
 - в/в медленно или в/м введение окситоцина 10 ЕД (в первую минуту после рождения плода).
 - Третий период продолжается не более 30 минут.

Ранний послеродовой период

- Осмотр последа
- Осмотр мягких родовых путей при помощи зеркал
- Восстановление целостности мягких тканей родовых путей (под местной или эпидуральной аналгезией)
- Наблюдение за родильницей в родильном блоке в течение 2 часов после родов:
 1. оценка общего состояния родильницы, жалоб после рождения последа и каждые 20-30 мин
 2. Измерение пульса и артериального давления на периферических артериях после рождения последа и перед переводом в послеродовое отделение
 3. Наблюдение за состоянием матки каждые 20-30 минут
 4. Контроль за количеством и характером выделений из половых путей каждые 20-30 минут
 5. Прикладывание ребенка к груди родильницы и проведение первого кормления.
 6. вызов анестезиолога для удаления катетера из эпидурального пространства перед переводом родильницы в послеродовое отделение
 7. Опорожнение мочевого пузыря родильницы перед переводом в послеродовое отделение через 2 часа после родов

Ранний послеродовой период – 2 часа от момента рождения последа.

Сразу после рождения последа производится оценка состояния роженицы: жалобы, окраска кожных покровов, наличие головокружения, головной боли, расстройств зрения и др, исследование пульса и артериального давления на периферических артериях.

- Состояние матки (матка находится в состоянии сокращения, в срединном положении, выступая через брюшную стенку как плотное округлое образование с четкими контурами, находится посередине между лоном и пупком)

- Характер и объем выделений из половых путей (кровяные темные выделения из влагалища в умеренном количестве). Обязательно производят осмотр наружных половых органов, включая преддверие влагалища и промежность, чтобы определить их целостность, с помощью влагалищных зеркал – стенки влагалища и шейку матки. Обнаруженные разрывы зашивают под местной или эпидуральной аналгезией.

Первые два часа после родов роженица находится под наблюдением в родильном отделении (жалобы, окраска кожных покровов, наличие головокружения, головной боли, нарушений зрения и др, исследование пульса и артериального давления на периферических артериях, состояние матки, характер и объем выделений из половых путей – каждые 20-30 минут, состояние швов на промежности (при их наличии)).

После осмотра родовых путей и восстановления их целостности роженица под присмотром неонатолога и акушерки прикладывает ребенка к груди и кормит.

Через 2 часа после родов роженицу переводят в послеродовое отделение. Перед переводом оценивают общее состояние роженицы (жалобы, окраска кожных покровов, наличие головокружения, головной боли, расстройств зрения и др, измеряют температуру тела, проводят исследование пульса и артериального давления на периферических артериях, состояние матки, характер и объем выделений из половых путей. Если проводилась эпидуральная аналгезия - вызывают анестезиолога для удаления катетера из эпидурального пространства. Если роженица самостоятельно не мочилась, опорожняют мочевой пузырь при помощи мочевого катетера. Записывают дневник в истории родов.

Спасибо за внимание!!!

