

МДК 2.01.5 «Сестринский уход в
акушерстве и гинекологии»

Лекция № 9

Тема: «СУ В АКУШЕРСТВЕ. ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РОДЫ»



В соответствии с требованиями ФГОС:

Студент должен знать:

- сестринский уход за беременными с экстрагенитальной патологией;
- беременность с заболеваниями сердечно-сосудистой системы;
- беременность и заболевания органов дыхания;
- беременность и эндокринная патология.;
- беременность и заболевания мочеполовой системы;
- резус- конфликтная беременность.

- ПК 2.1. Предоставлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств через формирование знаний о патологическом течении беременности, причинах, клинике и профилактики экстрагенитальной патологии и их осложнений, влияние на течение беременности и развитие плода;

- ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования через формирование знаний о клиническом течении экстрагенитальных заболеваний, оказании неотложной помощи при гипертоническом криз при беременности, гипергликемической и гипогликемической коме, приступе бронхиальной астмы при беременности;

- ПК 3.1. Оказывать доврачебную помощь при неотложных состояниях и травмах через формирование знаний о клиническом течении экстрагенитальной патологии , оказании неотложной помощи при гипертоническом кризе, гипер и гипогликемической коме, приступе бронхиальной астмы, возникших во время беременности;

Актуализация

Вопросы:

1. Дайте определение родам?
2. Что такое предвестники родов?
3. Длительность родов?
4. Что является родовыми изгоняющими силами?

План занятия

1. Физиологические роды.
2. Принципы ведения родов.
3. Подготовка роженицы к родам, наблюдение за родовой деятельностью.
4. Первичный туалет новорожденного.
5. Оценка состояния новорожденного.
6. Сестринский уход в послеродовом периоде.

ФИЗИОЛОГИЯ РОДОВ

Роды-это сложный физиологический процесс, при котором происходит изгнание из матки через естественные родовые пути плода, последа и околоплодных вод.

Роды наступают после 10 акушерских месяцев (280 дней, 39 – 40 недель беременности). К этому времени плод становится зрелым, способным к внеутробному существованию.

- Своевременные роды - (280 дней), 39 – 40 недель беременности).
- Преждевременные роды - 29 – 38 нед .
- Запоздалые роды позже - 41 – 42 нед .



Предвестники родов.

Предвестники родов- появляются за 2-3 недели и сопровождаются рядом признаков:

К их числу относятся:

- 1) опускание предлежащей части плода ко входу в малый таз. За 2 – 3 нед до родов предлежащая часть плода, чаще всего головка, прижимается ко входу в малый таз, вследствие этого высота стояния дна матки уменьшается. Беременная при этом отмечает, что ей становится легче дышать;
- 2) повышение возбудимости матки. В последние 2 – 3 нед беременности периодически возникают нерегулярные сокращения матки, сопровождающиеся болезненными опущениями. Такие сокращения матки и называются ложными схватками, схватками-предвестниками, подготовительными (прелиминарными) схватками. Ложные схватки никогда не носят регулярного характера и не приводят к изменениям в шейке матки;
- 3) в последние дни перед родами у беременной периодически появляются слизистые выделения из половых путей, происходит выделение слизистой пробки – содержимого шеечного канала, что также свидетельствует о близости наступления родового акта.

Перед родами наблюдаются изменения в шейке матки, совокупность которых характеризует состояние ее зрелости:

- зрелая шейка матки располагается в центре малого таза;
- укорачивается (длина шейки матки не превышает 2 см);
- размягчается;
- шейечный канал становится проходимым для пальца.



Родовые изгоняющие силы. Схватки

К родовым изгоняющим силам относятся **схватки**. Началом родов считаются появление регулярных сокращений матки – родовых схваток. Схватки возникают непроизвольно, независимо от желания женщины. Родовые схватки носят периодический характер и сопровождаются болевыми ощущениями.

Промежутки между схватками называются **паузами**.

Вначале схватки чередуются каждые 10 – 15 мин и длятся по 10 – 15 с. Впоследствии схватки учащаются и становятся более продолжительными. В конце первого периода родов схватки возникают каждые 3 – 4 мин и длятся по 40 – 45 с. С момента возникновения регулярной родовой деятельности и до окончания родов женщина называется роженицей.



Потуги.

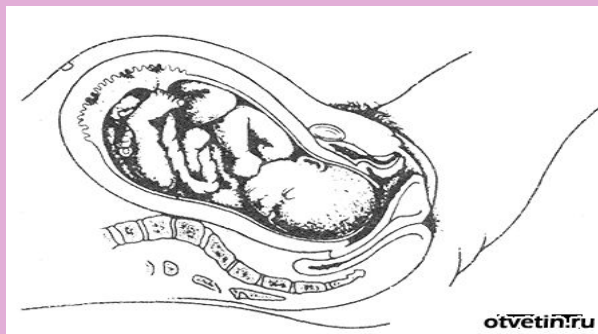
Потуги - это сокращение матки, мышц брюшного пресса, таза, диафрагмы.

Потуги возникают рефлекторно вследствие раздражения нервных окончаний шейки матки, влагалища, мышц и фасций тазового дна продвигающейся по родовому каналу предлежащей частью плода. Потуги возникают непроизвольно, но, в отличие от схваток, роженица может регулировать их силу и продолжительность. Это позволяет врачу и акушерке специальными приемами управлять родами в период изгнания. В результате одновременного согласованного действия сокращений матки и скелетных мышц происходит изгнание плода.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Период раскрытия(1 период родов)

Период раскрытия начинается возникновением регулярной родовой деятельности – родовых схваток и заканчивается полным раскрытием маточного зева. В период раскрытия под влиянием родовых схваток постепенно сглаживается шейка матки и раскрывается маточный зев. Этот процесс неодинаков у перво- и повторнородящих женщин. Если у первородящих вначале происходит сглаживание шейки матки (раскрытие внутреннего маточного зева), а затем раскрытие наружного зева, то у повторнородящих эти процессы происходят одновременно. При полностью сглаженной шейке матки область, соответствующая наружному зеву, называется маточным зевом. Когда наступает полное раскрытие маточного зева полость матки и влагалище составляют родовой канал. Маточный зев определяется в виде тонкой узкой растяжимой каймы, расположенной вокруг предлежащей части плода. Диаметр маточного зева при полном открытии достигает 10 – 12 см, при такой степени открытия возможно рождение зрелого плода в период изгнания.



Во время схватки уменьшается объем матки, увеличивается внутриматочное давление, сила которого передается на околоплодные воды. В результате этого плодный пузырь вклинивается в шейчный канал, способствуя постепенному сглаживанию шейки матки и раскрытию маточного зева. После окончания схватки давление внутри матки уменьшается, напряжение плодного пузыря снижается. С новой схваткой все повторяется.

При полном или почти полном раскрытии маточного зева на высоте схватки при максимальном напряжении плодный пузырь разрывается и изливаются передние воды. Задние воды изливаются обычно вместе с рождением плода.

Излитие вод при полном или почти полном раскрытии маточного зева называется своевременным, при не полном раскрытии – ранним.

Если околоплодные воды изливаются до начала регулярной родовой деятельности, это говорит о преждевременном (дородовом) их излитии. В редких случаях возникает запоздалое излитие околоплодных вод. Это бывает в тех случаях, когда разрыв плодного пузыря и излитие вод происходят в периоде изгнания. Длительность первого периода родов у первородящих колеблется от 12 до 16 ч, у повторнородящих – от 8 до 10 ч.

Период изгнания(2 период)

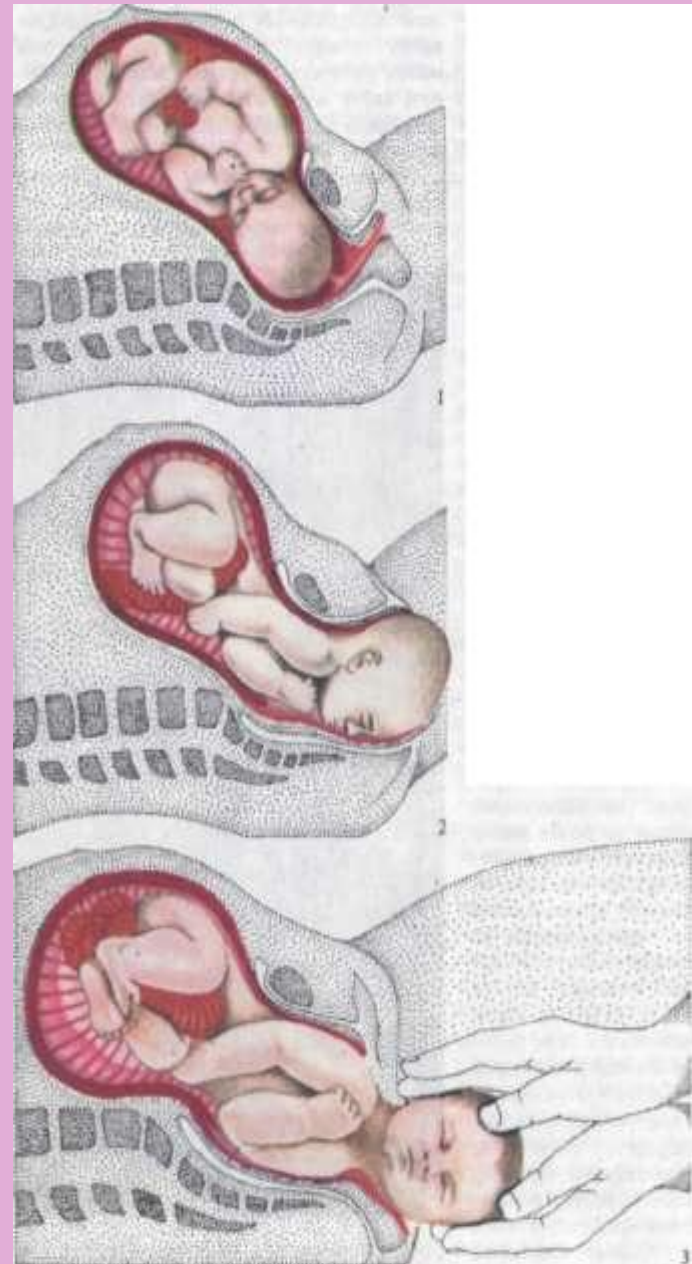
Второй период родов – период изгнания – начинается с момента полного раскрытия маточного зева и заканчивается рождением плода.

Вскоре после своевременного излития околоплодных вод схватки усиливаются, их сила и продолжительность нарастает, паузы между схватками укорачиваются. Это способствует быстрому опусканию предлежащей части плода в полость малого таза, раздражению нервных окончаний шейки матки, влагалища, мышц и фасций тазового дна и рефлекторному возникновению потуг, под действием которых происходит изгнание плода.



На высоте одной из потуг из половой щели появляется небольшой участок предлежащей части плода (чаще всего затылок). В паузах между потугами она скрывается, чтобы вновь появиться в большей степени при следующей потуге. Этот процесс называется **врезыванием** предлежащей части плода. Через некоторое время с развитием родовой деятельности предлежащая часть плода продвигается по родовому каналу и уже не скрывается в паузах между потугами. Это состояние называется **прорезыванием** предлежащей части плода, оно завершается рождением всей головки. Родившаяся головка первоначально обращена личиком кзади, а затем в результате внутреннего поворота туловища плода головка поворачивается личиком к бедру матери противоположной позиции плода. В дальнейшем на высоте одной из последующих потуг происходит рождение плечиков и всего плода. Одновременно с рождением плода изливаются задние воды.

Период изгнания продолжается у первородящих от 1 до 2 ч, у повторнородящих – от 20 мин до 1 ч.



Биомеханизм родов.

Совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через родовые пути, называется биомеханизмом родов.

Наиболее часто встречающимся нормальным является механизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Для нормального механизма родов характерно состояние сгибания головки над входом в малый таз, в результате чего ко входу в малый таз обращен затылок плода. Стреловидный шов головки плода располагается обычно в поперечном или слегка косом размере плоскости входа в малый таз.



Биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания.

Различают 4 момента биомеханизма родов.

Первый момент – сгибание головки плода.

Во входе в малый таз головка совершает движение вокруг воображаемой поперечной оси, в результате которого подбородок приближается к грудной клетке, затылок опускается во вход в малый таз, малый родничок располагается ниже большого. При дальнейшем продвижении по родовому каналу малый родничок следует по проводной оси таза, являясь ведущей точкой.

Ведущей (проводной) точкой называется точка плода, которая первой опускается во вход малого таза, следует проводной оси таза и первой показывается при рождении. Сгибание головки приводит к относительному уменьшению предлежащей части плода. В результате сгибания головка проходит все плоскости малого таза более свободно, своим наименьшим, малым косым размером, диаметр которого составляет 9,5 см, с окружностью в 32 см.

Второй момент - внутренний поворот головки.

Головка плода одновременно с поступательным движением поворачивается вокруг продольной оси. При этом затылок плода поворачивается кпереди, к лонному сочленению, а личико - кзади, к крестцу.

Третий момент - разгибание головки.

Разгибание головки происходит в выходе малого таза. Согнутая головка достигает тазового дна, мышцы и фасции тазового дна оказывают сопротивление ее дальнейшему продвижению. В результате головка отклоняется к месту наименьшего сопротивления - вульварному кольцу, вращается вокруг воображаемой поперечной оси, отклоняется кпереди - разгибается.

Четвертый момент - наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков.

Плечики в выходе малого таза поворачиваются из поперечного размера в прямой. В начале под лонную дугу подходит переднее плечико, после фиксации которого туловище сгибается в шейно-грудном отделе, при этом рождается заднее плечико. После рождения легко рождаются туловище и ножки плода. В момент внутреннего поворота плечиков совершается наружный поворот головки. Личико плода поворачивается к бедру матери в зависимости от позиции плода: при первой позиции - к правому бедру, при второй позиции - к левому.



FIG. 13.



FIG. 14.



FIG. 15.

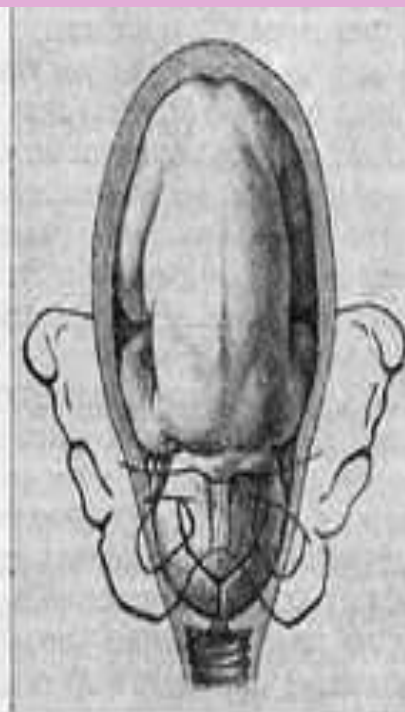


FIG. 16.



Последовый период

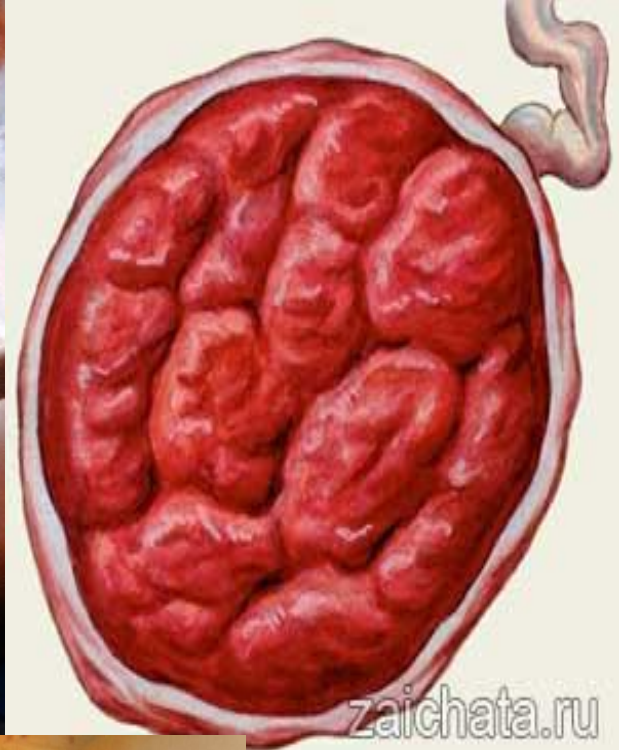
Третий период родов – последовый – начинается с момента рождения плода и завершается рождением последа.

Послед включает плаценту, околоплодные оболочки и пуповину. В последовом периоде под воздействием последовых схваток происходит отделение плаценты и оболочек от стенок матки и рождение последа. Изгнание последа осуществляется под влиянием потуг.

После рождения последа матка сильно сокращается, в результате чего происходит пережатие маточных сосудов в области плацентарной площадки и остановка кровотечения. При нормальном течении родов общая кровопотеря не превышает 250 мл, нередко она составляет лишь 50 – 100 мл. Такая кровопотеря считается физиологической. Кровопотеря от 250 до 400 мл называется пограничной, а свыше 400 мл – патологической.

С момента окончания последового периода завершается родовой процесс и женщина называют роженицей.

Продолжительность последового периода колеблется от 5 – 10 мин до 2 ч. Общая продолжительность физиологических родов у первородящих составляет в среднем 10 – 12 ч, у повторнородящих – от 8 до 10 ч.



Наблюдения за роженицей в периоды родов

Наблюдение и уход за роженицей в периоде раскрытия

Акушерка (медицинская сестра), наблюдая за общим состоянием роженицы, каждые 2 ч измеряет артериальное давление, определяет пульс, 2 раза в сутки следит за температурой тела.

В течение всего периода раскрытия наблюдают за характером родовой деятельности. Активность родовой деятельности определяется по продолжительности схватки, ее силе и периодичности.

Технически это выполняется следующим образом: акушер(медицинская сестра) правую руку кладет на переднюю брюшную стенку, стремясь через брюшную стенку определить состояние матки. По секундомеру определяют продолжительность схваток и пауз между ними. Схватка ощущается рукой как уплотнение матки, пауза – как расслабление ее.

Большое внимание уделяется в первом периоде родов контролю за состоянием плода. Информацию о его состоянии получают при выслушивании сердцебиения плода акушерским стетоскопом, или аппаратом «Малыш», а также путем регистрации злектро- и фонокардиограммы плода. При этом учитывают частоту сердцебиения плода, ритм и звучность тонов. В норме частота сердцебиения плода колеблется от 120 до 140 ударов в минуту.

Наблюдение и помощь при родах в периоде изгнания

В течение всего периода изгнания около роженицы должны находиться врач и акушерка.

В периоде изгнания наблюдают:

- за общим состоянием роженицы;
- окраской кожных покровов и слизистых оболочек;
- регулярно следят за пульсом, артериальным давлением;
- осведомляются о самочувствии роженицы, учитывая возможность появления чувства нехватки воздуха, головной боли, расстройства зрения и др.
- контролируют характер родовой деятельности, определяя частоту, силу и продолжительность потуг;
- обращают внимание на состояние нижнего маточного сегмента (истончение, болезненность), в ы с о т у стояния контракционного кольца.

Кроме наблюдения за общим состоянием роженицы, уровнем артериального давления, частотой пульса, выраженностью родовой деятельности, продвижением плода по родовому каналу, необходим **контроль за состоянием плода**. После каждой потуги определяют сердцебиение плода, обращая внимание на его частоту, звучность, ритм.

Акушерское пособие в родах заключается в следующем:

1. Регулирование продвижения врезывающейся головки.

С этой целью во время врезывания головки акушерка, стоя справа от роженицы, располагает левую руку на лобке роженицы, концевыми фалангами 4-х пальцев осторожно надавливает на головку, сгибая ее в сторону промежности и сдерживая ее стремительное рождение.

Правую руку акушерка располагает на промежности таким образом, чтобы ладонь находилась в области промежности ниже задней спайки, большой и 4 остальных пальца располагались по сторонам от вульварного кольца – большой палец на правой большой половой губе, 4 – на левой большой половой губе. В паузах между потугами акушерка осуществляет так называемый заем тканей: ткань клитора и малых половых губ, т. е. менее растянутые ткани вульварного кольца, низводит в сторону промежности, подвергающейся при прорезывании головки наибольшему напряжению.

2. Выведение головки.

После рождения затылка головка областью подзатылочной ямки (точкой фиксации) подходит под нижний край лонного сочленения. С этого времени роженице запрещают тужиться и выводят головку вне потуги, уменьшая тем самым риск возникновения травмы промежности. Роженице предлагают положить руки на грудь и глубоко дышать, ритмичное дыхание помогает преодолеть потугу. Акушерка правой рукой удерживает промежность, а левой рукой захватывает головку плода и постепенно, осторожно разгибая ее, сводит с головки ткани промежности. Рождается лоб, личико и подбородок плода. Родившаяся головка обращена личиком кзади, затылком кпереди, к лону. Если после рождения головки обнаруживают обвитие пуповины, осторожно подтягивают и снимают ее с шеи через головку.

3. Освобождение плечевого пояса. После рождения головки в течение 1 – 2 потуг Рождается плечевой пояс и весь плод.

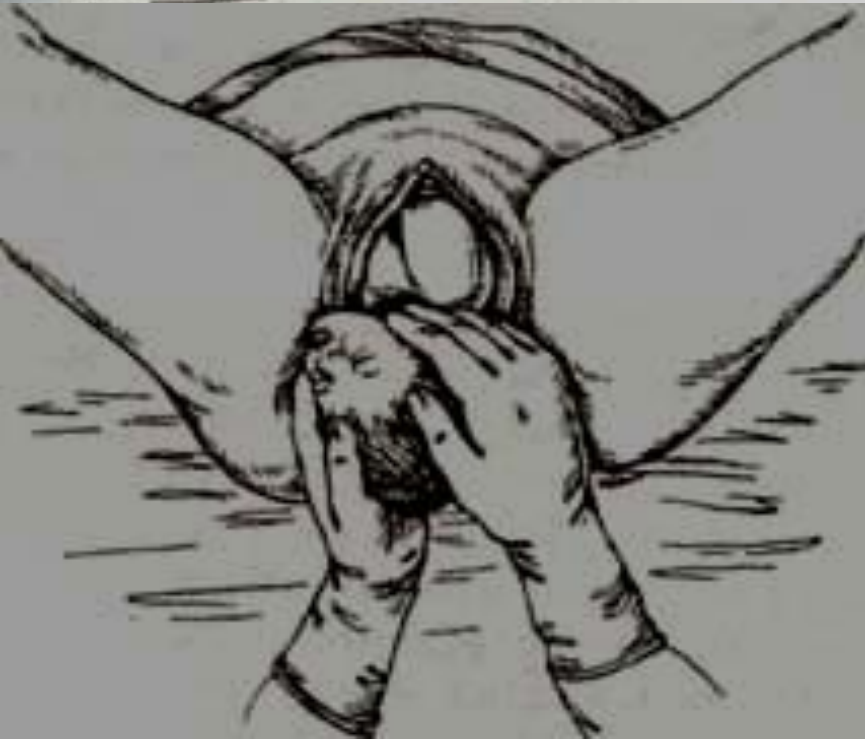
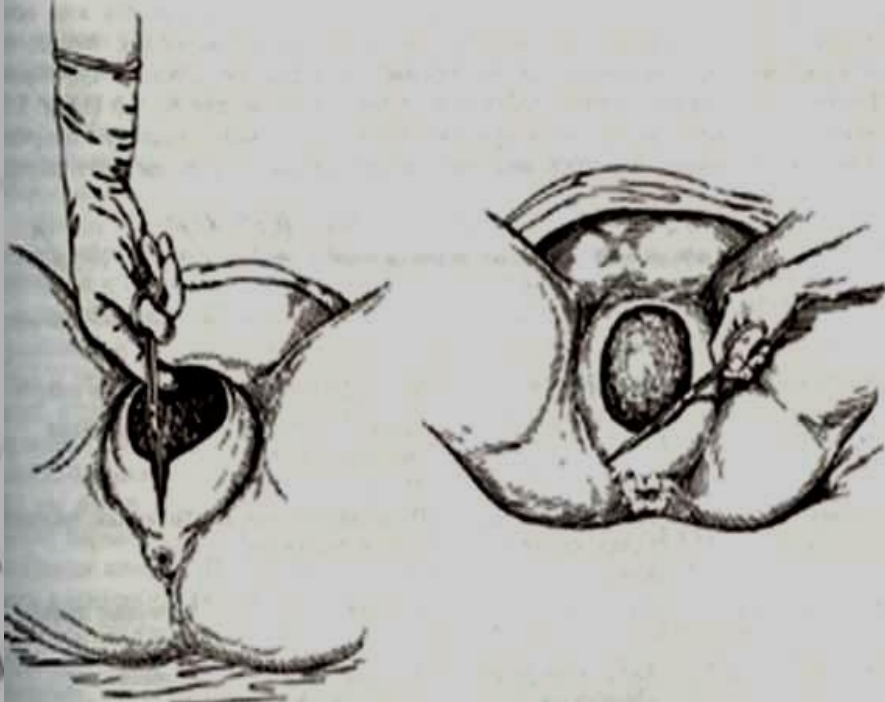
Во время потуги происходит внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Плечики из поперечного переходят в прямой размер выхода таза, головка при этом личиком поворачивается к правому или левому бедру матери, противоположному позиции плода.

При прорезывании плечиков риск возникновения травмы промежности почти такой же, как при рождении головки, поэтому акушерка должна тщательно проводить защиту промежности в момент рождения плечиков.

При прорезывании плечиков оказывается следующая помощь: переднее плечико подходит под нижний край лонного сочленения и становится точкой опоры. После этого осторожно сводят ткани промежности с заднего плечика.

4. Выведение туловища. После рождения плечевого пояса обеими руками осторожно захватывают грудную клетку плода, вводя указательные пальцы обеих рук в подмышечные впадины, и приподнимают туловище плода кпереди результате без затруднений рождаются туловище и ножки плода.

Родившегося ребенка кладут на стерильную подогретую пеленку, роженице придают горизонтальное положение.



Первый туалет новорожденного

Акушерка моет руки, обрабатывает их спиртом и после этого приступает к туалету новорожденного. Полость рта и нос новорожденного освобождает от слизи с помощью стерильного баллончика или катетера, соединенного с электрическим отсосом. Затем приступают к профилактике офтальмобленнореи по Матвееву.

Способ заключается в следующем : веки новорожденного протирают стерильной ватой (отдельным шариком для каждого глаза), пальцами левой руки осторожно оттягивают нижнее веко вниз и, пользуясь стерильной пипеткой, наносят на слизистую оболочку (конъюнктиву) век 1 – 2 капли 30% раствора альбуцида, а девочкам в наружные половые органы.

Обработка пуповины. Первичную обработку и перевязку пуповины производят после полного прекращения пульсации ее сосудов, что обычно происходит через 2 – 3 мин после рождения плода. Пересекать пуповину до прекращения пульсации сосудов не следует, так как за это время по пуповине к плоду поступает около 50 – 100 мл крови из сосудов пуповины и плаценты. Перед пересечением пуповины ее протирают спиртом на расстоянии 10 – 15 см от пупочного кольца, затем накладывают два зажима Кохера. Один зажим на расстоянии 8 – 10 см от пупочного кольца, второй – на 2 см ниже первого. Пуповину между зажимами обрабатывают 70% спиртом и пересекают стерильными ножницами, зажим перекалывают на уровень входа во влагалище.



Новорожденного ребенка укладывают на пеленальный столик, накрытый стерильной пеленкой, и производят окончательную обработку пуповины.

Она состоит в следующем: акушерка повторно моет руки с мылом и обрабатывает их спиртом. Плодовый отрезок пуповины дополнительно обрабатывает спиртом, выжимают из него оставшуюся кровь. На расстоянии 0,5 см от пупочного кольца на пуповину специальным инструментом – зажимом накладывают скобу Роговина. Пуповинный остаток над скобкой отсекают стерильными ножницами, поверхность разреза пуповины смазывают 5% раствором перманганата калия, после чего культю пуповины протирают сухой стерильной марлевой салфеткой.

После наложения скобы Роговина и отсечения пуповинного остатка поверхность разреза дважды с интервалом в 3 – 5 мин обрабатывают 96% раствором спирта.

После обработки пуповины акушерка заканчивает туалет новорожденного. Кожные покровы обрабатывают салфеткой, смоченной стерильным вазелиновым или подсолнечным маслом, удаляя при этом избыток сыровидной смазки, остатки крови и слизи. Закончив туалет, новорожденного тщательно осматривают с целью выявления врожденных аномалий развития или повреждений, возникающих иногда в родах (перелом ключицы, плечевой кости, образование кефалогематомы и др.). Затем ребенка взвешивают на детских весах, измеряют рост, окружность головки по прямому размеру, окружность плечиков. Отмечают признаки зрелости, незрелости и переносности.

На ручки надевают браслеты, где указываются фамилия, имя и отчество матери, пол ребенка, его масса и рост, а также дата рождения. Затем ребенка пеленают, надевают стерильную теплую распашонку, заворачивают в стерильную пеленку и одеяло, оставляют на 2 ч на специальном столике, после чего переводят в отделение новорожденных.



Ведение последового периода

Врач и акушерка наблюдают за общим состоянием роженицы, окраской кожных покровов и слизистых оболочек периодически измеряют артериальное давление, считают пульс. Для учета и измерения кровопотери под ягодицы роженицы подкладывают специальное плоское продезинфицированное судно.

При ведении последового периода необходимо знать признаки, свидетельствующие о полном отделении плаценты, и отмечать время их появления.

1. Изменение формы и высоты стояния дна матки – признак Шредера. Сразу после рождения плода матка имеет округлую форму дно ее находится на уровне пупка.

Если наступило полное отделение плаценты, матка вытягивается в длину, дно ее поднимается выше пупка, матка становится уже, уплощается и нередко отклоняется вправо от средней линии.

2. Удлинение наружного отрезка пуповины – признак Альфельда.

После полного отделения плаценты и оболочек от стенок матки послед опускается в нижний маточный сегмент, что приводит к удлинению наружного отрезка пуповины.

Зажим, наложенный на пуповину на уровне половой щели, опускается на 10 – 12 см.

3. Признак Кюстнера – Чуккалова.

Если наступило полное отделение плаценты, то при надавливании ребром ладони на надлобковую область роженицы пуповина не втягивается во влагалище. При неотделившейся или неполностью отделившейся плаценте - пуповина втягивается.

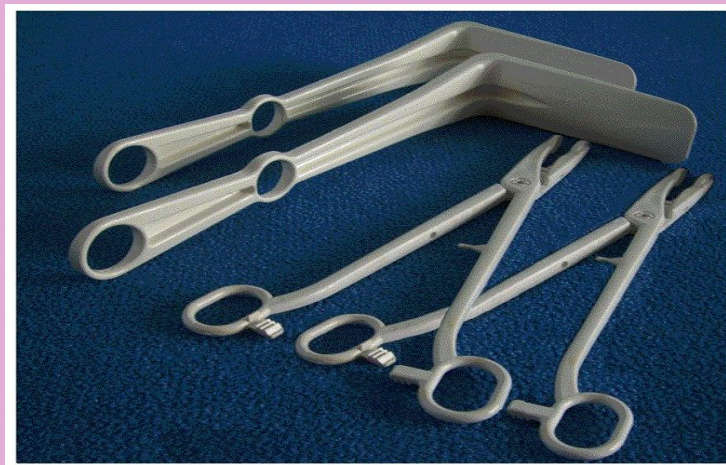
Осмотр родовых путей после родов

С целью осмотра родовых путей родильницу перевозят на каталке в малую операционную. Внутреннюю поверхность бедер, наружные половые органы обрабатывают йодонатом, под ягодицы родильницы подкладывают стерильную пеленку. Врач и акушерка моют руки, как перед хирургической операцией. Вначале осматривают промежность, малые половые губы и клитор, затем приступают к осмотру влагалища и шейки матки. С этой целью обнажают шейку матки при помощи зеркал, фиксируют шейку матки окончатými зажимами и последовательно осматривают матку по всей окружности. При обнаружении разрывов шейки матки или влагалища их зашивают. Затем зеркала удаляют и осуществляют восстановление нарушенных тканей промежности и малых половых губ.

Линию швов смазывают 5% спиртовым раствором йода. С целью обезболивания при зашивании разрывов шейки матки, влагалища, промежности и малых половых губ может быть использована местная инфильтрационная анестезия, пудендальная анестезия, ингаляция закисно-кислородной смеси, а так же внутривенное введение анестетиков.

Первые два часа после родов родильница должна оставаться в родильном блоке под тщательным наблюдением дежурного врача в связи возможностью возникновения гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде.

Все сведения заносятся в историю родов.



Блок контроля и самоконтроля

Тестовый опрос:

1. Нормальная прибавка веса за неделю у беременной составляет:

- а) 500-1000г.
- б) 300-400 г.
- в) 10-15 г.
- г) 50-100 г.

2. Продолжительность беременности составляет:

- а) 250 дней.
- б) 300 дней.
- в) 280 дней.
- г) 200 дней.

3. Приоритетная проблема беременной при преэклампсии:

- а) головная боль
- б) нарушение мочеиспускания
- в) повышение температуры
- г) кашель

4. При уходе за беременной с поздним токсикозом необходим регулярный контроль:

- а) АД, суточный диурез
- б) термометрия через каждые 3 часа
- в) ежедневное определение гемоглобина
- г) определение сахара в моче

5. Появление отеков, прибавка массы тела характерны для:

- а) водянки беременных
- б) нефропатии
- в) преэклампсии
- г) эклампсии

6. Проблема гипертонии беременной решается путем введения:

- а) хлористого кальция
- б) сернокислой магнезии
- в) церукала
- г) атропина

7. Осложнения позднего гестоза:

- а) отек легких
- б) преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
- в) сепсис
- г) перитонит

8. Для рвоты беременных характерно:

- а) сухость кожных покровов
- б) отеки
- в) глюкозурия
- г) повышение АД

9. При рвоте беременных назначают:

- а) папаверин
- б) лазикс
- в) гепарин
- г) церукал

10. Клинический симптом при позднем гестозе:

- а) гипертония
- б) гипотония
- в) глюкозурия
- г) рвота

Эталон ответа.

1.б

2.в

3.а

4.а

5.а

6.в

7.б

8.а

9.г

10.а

Ситуационная задача.

Задача.

Первородящая А., 25 лет. Родовая деятельность началась 8 часов назад, схватки по 40 - 48 сек. через 3 - 4мин. Размеры таза 25-28-31-21 см. Положение плода продольное, предлежит головка, не баллотирует, с/б плода ясное, шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 6 см., все опознавательные точки малого таза доступны исследованию.

Задания:

Определите период родов.

Оцените размеры таза.

Определите положение плода, предлежание, расположение головки.

Осуществите сестринский процесс.

Эталон ответа к задаче.

Беременность 39-40 недель, головное предлежание. I период родов. Размеры таза в пределах нормы. Головка плода находится в плоскости входа.

Нарушение потребности: быть здоровым.

Сестринский диагноз: боль

Проблемы: настоящие - нарушение комфортного состояния (острая боль, чувство страха перед родами).

Цели:

краткосрочная: уменьшить боль пациентки до уровня терпения

долгосрочная: поддержать боль на уровне терпения

Планирование:

1. М/с обучит пациентку методам релаксации.
2. М/с обучит пациентку простейшим приемам обезболивания: растирание поясницы, в области крестца прижатие пальцами точек в области передневерхних остей таза.
3. М/с обеспечит удобное положение в постели.
4. М/с применит словесное внушение и отвлечение.
5. М/с введет анальгетики по назначению врача.
6. М/с будет проводить ингаляции кислорода во время схваток (по назначению врача) или закиси азота в случае крайней необходимости.
7. М/с будет следить за внешним видом и состоянием пациентки и при необходимости сообщит об изменениях врачу.

Виды самостоятельной (внеаудиторной) работы студентов при подготовке к лекционному занятию

1.Подготовьте презентации, реферат по теме « Физиологические роды»

Использованные источники



1. <http://works.tarefer.ru/51/101548/index.html>
2. <http://www.it-med.ru/library/f/fiziologiy.htm>
3. <http://medportal.ru/enc/procreation/childbirth/>
4. <http://www.idoktor.info/akusherstvo/fiziologicheskoe-akusherstvo/fiziologiya-rodov/>
5. http://www.viprodi.ru/foto_rod/index.html
6. Картинки Яндекс
7. Фильм роды.ру