

НОРМАЛЬНЫЕ РОДЫ

Кафедра Акушерства и гинекологии
К.м.н., доцент Яковлева Ю.А.

Определение физиологических (естественных) 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.

ХАРАКТЕРИСТИКИ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ

- Одноплодная беременность.
- Головное предлежание плода.
- Соразмерность головки плода и таза матери.
- Доношенная беременность 37 недель 1 день – 41 нед. (от первого дня последней менструации).
- Координированная родовая деятельность, не требующая корригирующей терапии.
- Нормальный механизм родов (передний или задний вид затылочного предлежания).
- Своевременное излитие околоплодных вод при раскрытии шейки матки более 5 см в активную фазу первого периода родов или амниотомия по показаниям.

- Отделение последа происходит самостоятельно, рождение - самостоятельно или наружными приемами.
- Отсутствие разрывов тканей родового канала или только незначительные, поверхностные повреждения.
- Отсутствие оперативных вмешательств в родах.
- Физиологическая кровопотеря в среднем составляет 0,5% от массы тела и не должна превышать 500мл (тщательный учет!).
- Средняя продолжительность физиологических родов в современных условиях колеблется от 7-8 до 16 часов у первородящих (не более 18 часов), и от 5-6 до 10 часов у повторнородящих (не более 12 часов).
- Рождение живого и здорового доношенного ребенка.
- Оценка по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни ребенка должна соответствовать 8 баллам и более.

ОФИЦИАЛЬНАЯ СТАТИСТИКА

Исследования, проведенные ВОЗ в 90-х годах XX столетия: 70-80% родов могут быть отнесены к нормальным.

В России – 14 - 32% (Е.А. Чернуха, 2003 г.).

ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ РОДОВ

СТРАТЕГИЯ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

Цель – выявление беременных, нуждающихся в усиленном акушерском наблюдении, своевременное направление в соответствующее лечебное учреждение

Врач женской консультации определяет степень перинатального риска по шкале О.Г.Фроловой, Е.Н. Николаевой в модификации В.Е.Радзинского, И.Н. Костина, 2011 год.

АНАМНЕСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ. ПЕРВЫЙ СКРИНИНГ — ПРИ ПЕРВОЙ ЯВКЕ БЕРЕМЕННОЙ

- Социально-биологические

Сумма баллов А

- Акушерско-гинекологический анамнез

Сумма баллов Б

- Экстрагенитальные заболевания матери

Сумма баллов В

- Сумма баллов по анамнестическим факторам

При первой явке Г

- **$G = A + B + V$**

ФАКТОРЫ БЕРЕМЕННОСТИ. ВТОРОЙ СКРИНИНГ
– В 28-32 НЕД;
ТРЕТИЙ СКРИНИНГ – В КОНЦЕ БЕРЕМЕННОСТИ

○ Осложнения беременности

Сумма баллов

Д

○ Оценка состояния плода

Сумма баллов

Е

○ Сумма баллов по факторам беременности

Ж

○ $Ж = Д + Е$

○ Общая сумма баллов пренатальных факторов
(анамнестических факторов и факторов
беременности)

З

○ $З = Г + Ж$

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

- **Определение степени перинатального риска:**
 - низкая степень риска — до 15 баллов;
 - средняя степень риска — 15–24 балла;
 - высокая степень риска — 25 баллов и более.

- **При госпитализации уровень оказания помощи родовспомогательного учреждения должен соответствовать степени пренатального риска беременной:**
 - низкая степень риска — I уровень;
 - средняя степень риска — II уровень;
 - высокая степень риска — III уровень

ЭФФЕКТИВНЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ПРАКТИКИ В СЛУЖБЕ РОДОВСПОМОЖЕНИЯ

- **Семейно-ориентированные (партнерские) роды** – практика родоразрешения, основанная на сопровождении женщины с нормальным течением беременности во время родов членами семьи, участвующими в уходе и поддержке женщины.
- **Партнерские роды:**
 - Позволяют получать максимум объективной информации;
 - Способствуют предупреждению излишнего использования инвазивных, неприятных и/или ограничительных процедур;
 - Повышают взаимответственность медицинского персонала, роженицы и членов семьи;
 - Снижают частоту конфликтов и жалоб.

ПРИЕМНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

1. «Человеческое отношение» СанПиН, 2010 г.
2. Соблюдение конфиденциальности.
3. Регистрация роженицы: паспортные данные, заведение истории родов, получение информированного согласия на необходимые медицинские манипуляции.
4. 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 (психические, онкозаболевания, диабет, заболевания сердечно-сосудистой системы – инсульт, инфаркт, тромбоз)
- сведения о муже (возраст, состояние здоровья, вредные привычки, группа крови, резус фактор)
- условия труда и быта
- 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

- перенесенные гинекологические заболевания
- половая функция, начало половой жизни, контрацепция
- 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, 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 или доплера

5. 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.

6. Определение предполагаемой массы плода (на основе данных УЗИ, формулы Жордания, Якубовой)

ФОРМУЛЫ ДЛЯ РАСЧЕТА ПРЕДПОЛАГАЕМОЙ МАССЫ ПЛОДА

⊙ По И.Ф. Жордания

$$X = \text{ОЖ} * \text{ВДМ}$$

⊙ По З.Н. Якубовой

$$X = (\text{ОЖ} + \text{ВДМ}) * 100 / 4$$

7. Взятие крови из периферической вены:

7.1.Определение Hbs Ag Hepatitis B virus #

7.2.Определение антител класса M,G (Ig M, Ig G) к Hepatitis C virus#

7.3.Определение антител класса M,G (Ig M, Ig G) к Human immunodeficiency virus HIV1, HIV2#

7.4.Анализ крови на сифилис *

7.5.Определение группы крови и резус-фактора, если не определены ранее в данном учреждении

7.6.Определение уровня гемоглобина крови

7.7.Определение количества тромбоцитов в крови или тромбоэластограмма

8. Определение белка в моче тест системой.

9. Установление предварительного диагноза и выработка плана ведения родов

** если результаты предшествующих анализов сроком давности более 21 дня*

если результаты предшествующих анализов сроком давности более 3 месяцев

- 11. Санитарная обработка роженицы (сбривание волос на промежности, клизма). Душ показан всем пациенткам.**
- 12. Выдается индивидуальный комплект белья, но можно использовать свою чистую одежду и обувь**
- 13. Одевание профилактического компрессионного белья (чулки).**

При этом рутинно не проводится:

- ⊙ специальная обработка ногтевых фаланг на руках и ногах, сосков молочных желез, не подстригаются ногти;
- ⊙ очистительная клизма (и не предлагается). Показания - отсутствие стула в течение 3-4 дней или желание пациентки;
- ⊙ бритье лобка и промежности (нарушает биоценоз кожи).

РОДИЛЬНОЕ ОТДЕЛЕНИЕ

Организационные положения:

- Роды рекомендуется проводить в индивидуальном родильном зале (по возможности)
- Приветствуется участие в родах мужа или близкого родственника (мать, сестра) – семейные роды
- В соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18 мая 2010 г. № 58 «Об утверждении СанПиН 2.1.3.2630-10. Родственники, присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде и обуви.

- Наличие явных признаков инфекции может быть поводом для отказа в участии в родах с обязательным разъяснением причины;
- Никакое дополнительное обследование не требуется;
- В соответствии с п.п.12,13 ст. 30 Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (в ред. Федерального закона от 29 декабря 2006 г. № 258-ФЗ) присутствие отца ребенка на родах как законного представителя должно осуществляться **без взимания платы.**

- 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;
- **Акушерка родового блока должна находиться непосредственно с пациенткой не менее 50% всего времени ее пребывания в родовом блоке:**
 - **в 1-м периоде - периодически (каждые 15-30 мин);**
 - **в конце 1-го периода и во 2-м периоде - постоянно;**
 - **в 3-м периоде - периодически.**

- Роженицу знакомят с планом ведения родов, получают ее согласие на предполагаемые манипуляции и операции в родах;
- 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.**

ЖЕЛАТЕЛЬНО

- Родовая палата должна иметь вид максимально приближенный к домашнему

В родовой палате должны быть:

- Родовая кровать-трансформер;
- Оборудованное место для реанимации новорожденного с пеленальным столиком с подогревом и доступом к кислороду, электронным термометром для измерения температуры тела ребенка;
- Термометр для измерения температуры в помещении, которая должна быть не ниже 25° С;
- В родовом блоке желательно иметь душевые кабины, ванны для пациенток, места для отдыха женщины и сопровождающих ее лиц.

- ⦿ Родовая палата должна быть одноместной.
- ⦿ Для соблюдения конфиденциальности двери в родовую должны быть постоянно закрыты.
- ⦿ При входе в родовую палату медицинский персонал должен постучать и спросить разрешение войти.
- ⦿ Посещение родовой палаты любыми другими медицинским работниками, непосредственно не занятыми в уходе, должен быть максимально ограничено неотложной необходимостью.

ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ

Признаки начала родов:

- появление регулярных маточных сокращений с частотой не менее 1 в 10 минут;
- сглаживание и/или раскрытие шейки матки;

Продолжительность первого периода:

- Первородящие - от 5-6 до 14 часов,
- Повторнородящие - от 4-5 до 9 часов.

ФАЗЫ ПЕРВОГО ПЕРИОДА:

- ❖ **Латентная фаза** - до раскрытия маточного зева не менее чем на 4 см. Продолжительность составляет в среднем 4-8 часов. Скорость раскрытия шейки матки 0,35 см/час.
- ❖ **Активная фаза** – раскрытие маточного зева от 4 до 8 см. Продолжительность - в среднем 3-4 часа. Скорость раскрытия шейки матки 1,5 – 2 см/час у первородящих и 2 – 2,5 см/час у повторнородящих.
- ❖ **Фаза замедления** - от 8 см и до полного раскрытия шейки матки. Первородящие - до 2 часов, повторнородящие - до 1 часа.

КРАТНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В 1 ПЕРИОДЕ РОДОВ.

	Кратность	Примечание
Жалобы, общее состояние	15-30 мин	
Пульс, АД	1 час	
Температура тела	4 часа	
Оценка мочевыделения	4 часа	При отсутствии - катетеризация
Родовая деятельность	2 часа	
Расположение головки	2 часа	Наружными приемами
Аускультация чсс плода	15-30 мин	В течение 30-60сек после схватки

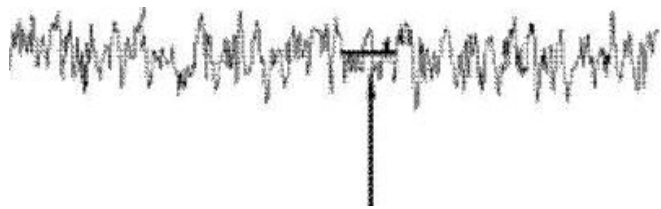
- ⊙ Выслушивание сердцебиения плода (норма - 120-160 уд/мин);
- ⊙ В первый период родов - каждые 15-30 мин в течение одной полной минуты после окончания схватки;
- ⊙ Применение КТГ - всем роженицам:
 - При поступлении – 40 минут – 1 час;
 - В прерывистом режиме по 20-30 минут;
 - После излития околоплодных вод;
 - После проведения обезболивания родов;
 - При открытии маточного зева более 8 см.

КРИТЕРИИ НОРМАЛЬНОЙ КТГ:

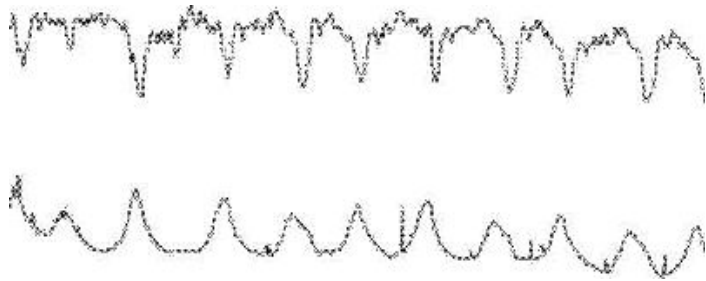
- Базальный ритм в пределах 120 –160 уд/мин
- Амплитуда variability базального ритма 5 – 25 уд/мин
- Регистрация 5 и более variability акцелераций на протяжении 30 минут записи
- Децелерации отсутствуют или отмечаются ранние спорадические, неглубокие и очень короткие.

4 ТИПА ДЕЦЕЛЕРАЦИЙ

- ⦿ Dir 0 - возникают в ответ на сокращение матки, реже спорадически, продолжаются 20 – 30 с и имеют амплитуду 30 ударов в минуту и более. Во втором периоде родов диагностического значения не имеют.

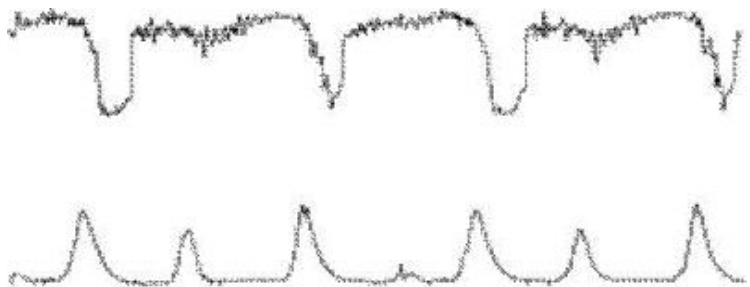


4 ТИПА ДЕЦЕЛЕРАЦИЙ



- Dip I - (ранняя или V-образная децелерация) является рефлекторной реакцией сердечно-сосудистой системы плода в ответ на сдавление головки плода или пуповины во время схватки. Ранняя децелерация начинается одновременно со схваткой или с запаздыванием до 30 с и имеет постепенное начало и окончание. Длительность и амплитуда децелерации соответствует длительности и интенсивности схватки.

4 ТИПА ДЕЦЕЛЕРАЦИЙ



- Дір II - (поздняя или U-образная децелерация) является признаком нарушения маточно-плацентарного кровообращения и прогрессирующей гипоксии плода. Поздняя децелерация возникает после пика маточных сокращений и достигает самой нижней точки через 20 – 30 с. Общая продолжительность децелерации обычно составляет более 1 минуты. Различают три степени тяжести децелерации: легкую (амплитуда урежения до 15 в минуту), среднюю (16 – 45 ударов в минуту), тяжелую (более 45 ударов в минуту).

4 ТИПА ДЕЦЕЛЕРАЦИЙ

- ◉ Dір III – переменная децелерация обусловлена быстрым сдавлением сосудов пуповины, что вызывает внезапную гипертензию и вагусный ответ на раздражение барорецепторов и, как следствие – брадикардию. Тяжесть переменных децелераций зависит от амплитуды: легкие – до 60 ударов в минуту, средней тяжести – от 61 до 80 ударов в минуту, тяжелые – более 80 ударов в минуту.



ПАРТОГРАММА

Ведение партограммы - наиболее простой, но эффективный метод графического ведения родов, который точно отражает динамику родового процесса с обязательной характеристикой состояния матери и плода.

Партограмма позволяет:

- четко дифференцировать нормальное и аномальное течение родов;
- выделить группу женщин, нуждающихся в помощи.

Ведение партограммы в процессе родов *per vias naturalis* является обязательным!

ПАРТОГРАММА

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:

0 - конфигурации нет

+ - швы легко разъединяются

++ - швы находят друг на друга, но разъединяются при надавливании

+++ - швы находят друг на друга и не разделяются

ПАРТОГРАММА

Раскрытие шейки матки: оценивается при каждом влагалищном исследовании и отмечается крестиком (х).

Линия бдительности: от точки раскрытия шейки на 3 см до точки полного раскрытия с шагом 1 см в час.

Линия действия: параллельно линии бдительности, отступя на 4 часа вправо.

Опускание головки:

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

ПАРТОГРАММА

Время: отмечается слева от линии.

Сокращения матки:

Периодичность схваток откладывается по оси времени.

Различная интенсивность штриховки отражает интенсивность схваток. На партограмме принято использовать следующие три вида штриховки:



– точки – слабые схватки продолжительностью до 20 секунд



– косая штриховка – умеренные схватки продолжительностью 20-40 секунд



– сплошная штриховка – сильные схватки продолжительностью более 40 секунд

Назначение лекарств.

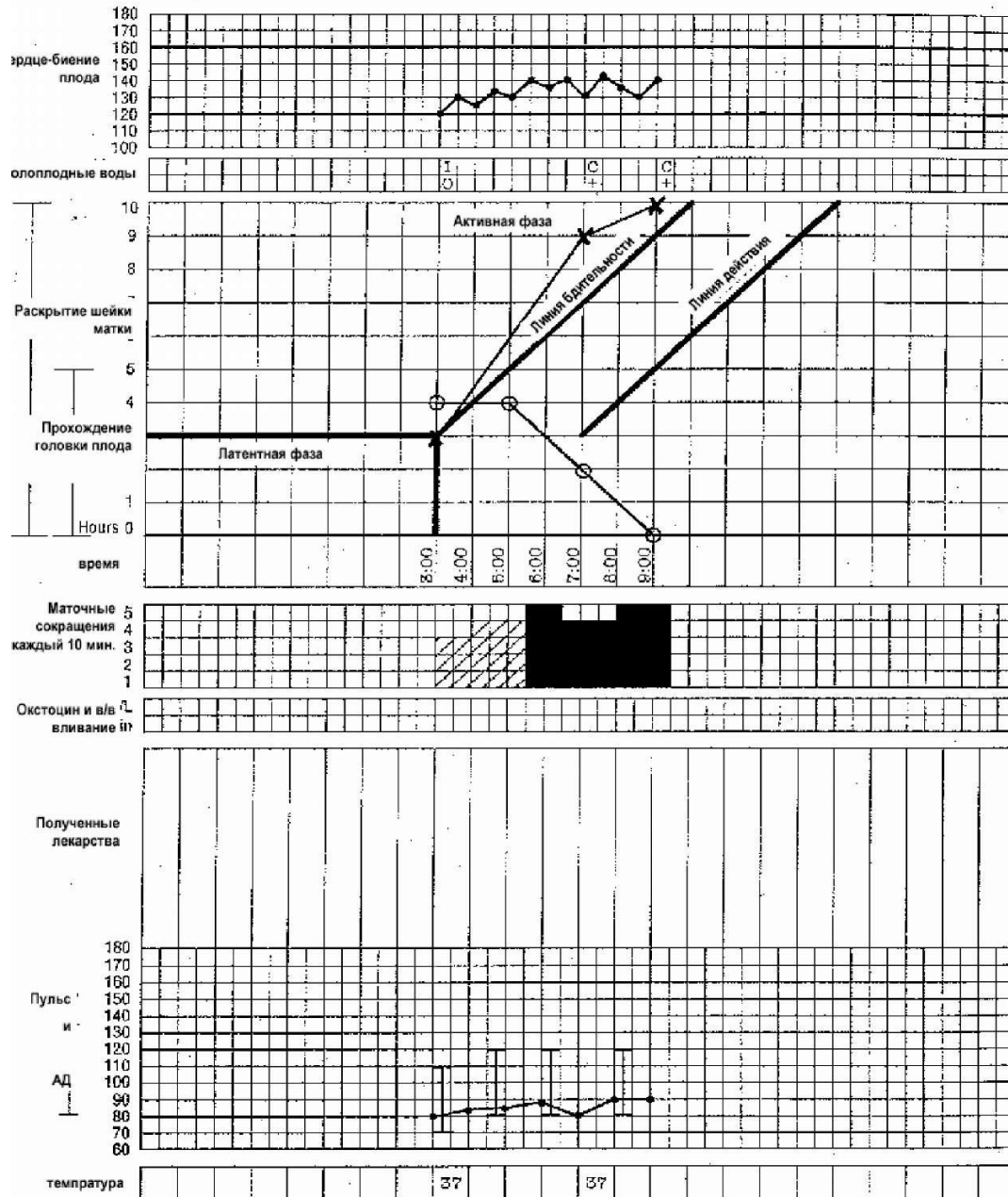
Артериальное давление: каждые 4 часа.

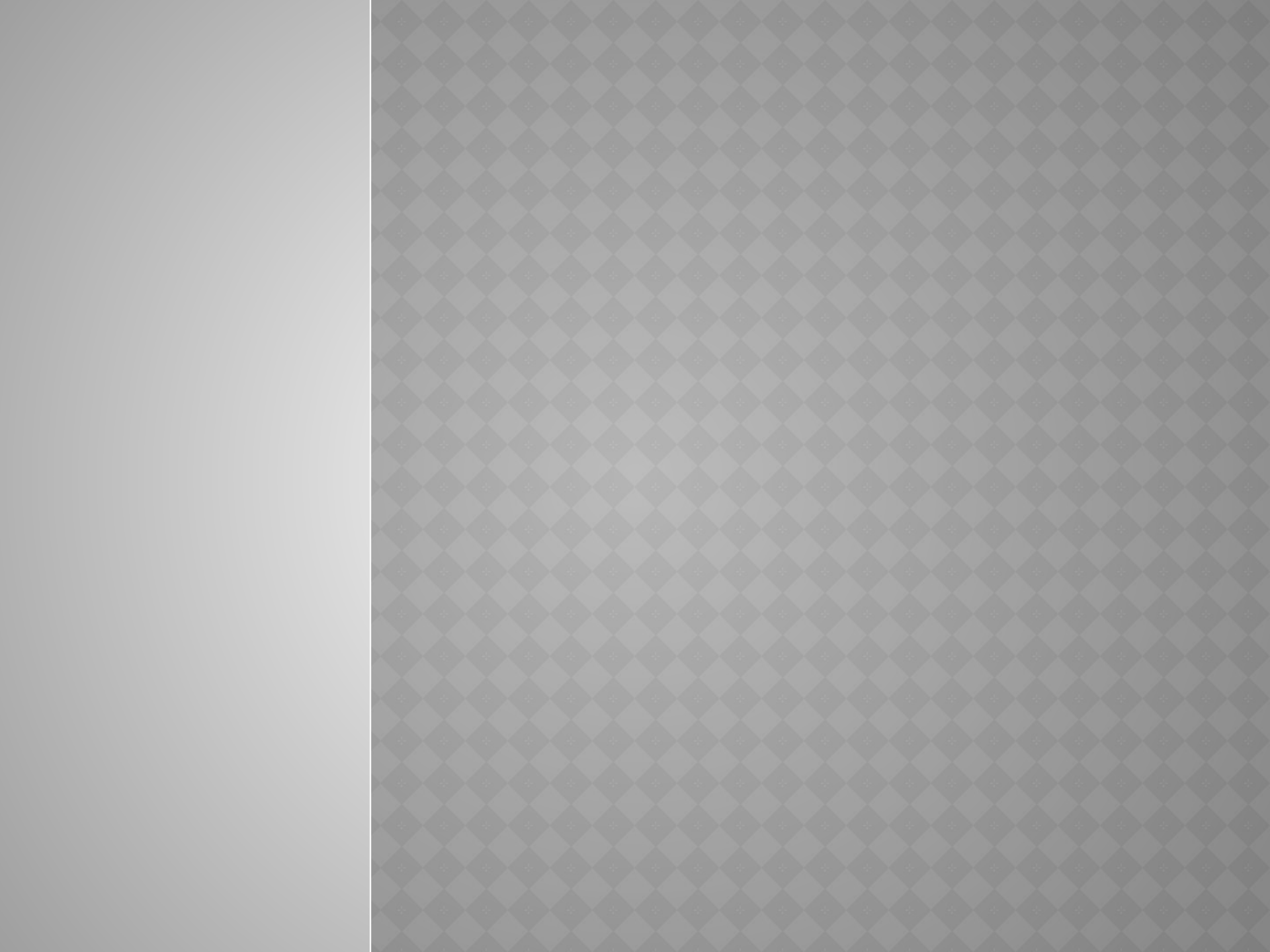
Температура тела: каждые 4 часа.

Фамилия
Дата поступления

Беременность
время поступления

Регистрационный номер
время отхождения вод





ВЛАГАЛИЩНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Выполняют в следующих ситуациях:

- ⊙ При поступлении в стационар
- ⊙ При развитии родовой деятельности
- ⊙ Для оценки степени открытия шейки матки в динамике родов (1 раз в 4 часа)
- ⊙ Для определения характера вставления и продвижения головки плода
- ⊙ При излитии околоплодных вод
- ⊙ Перед проведением обезболивания
- ⊙ При отклонении от нормального течения родов (ухудшение состояния роженицы, кровяные выделения из половых путей, мекониальная примесь в околоплодных водах, изменение сердцебиения плода, слабая или чрезмерно бурная родовая деятельность и пр.)

ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- Осмотр наружных половых органов (варикозно расширенные вены, рубцы после старых разрывов, определение высоты промежности);
- Состояние мышц тазового дна (упругие, дряблые);
- Состояние влагалища (емкое, узкое, наличие рубцов, перегородок);
- Состояние шейки матки (расположение, длина, консистенция, степень раскрытия, состояние краев);

ПОРЯДОК ВЫПОЛНЕНИЯ ВЛАГАЛИЩНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

- Расположение предлежащей части плода, опознавательные точки на предлежащей части;
- Определение диагональной и истинной конъюгаты;
- Состояние плодного пузыря (степень его напряжения во время схватки и паузы);
- При излитии околоплодных вод оценивают их количество, цвет и запах;
- Выявление наличия участков плацентарной ткани, петель пуповины, мелких частей плода.

ПОКАЗАНИЯ К АМНИОТОМИИ

- Раскрытия маточного зева 6-8 см;
- Плоский плодный пузырь;
- Появление кровянистых выделений из половых путей;
- Ослабление родовой деятельности.

ПРОВЕДЕНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ В РОДАХ

- 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)*
- Ректальное введение лекарственных средств (спазмолитики - см список лекарственных препаратов)*

*- введение лекарственных средств не применяется рутинно.

КРЕДО АКУШЕРСКОЙ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ

- «Роды у многих женщин чрезвычайно болезненны.
- И роды - это единственная ситуация, когда боль считается приемлемой обществом, тогда как **в руках врача есть** достаточно безопасные способы ее устранения»

ФИЛОСОФИЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ
ДЛИТЕЛЬНОЕ ВРЕМЯ НАХОДИЛАСЬ ПОД
ПРЕССОМ СДЕРЖИВАЮЩИХ ФАКТОРОВ И
ЗНАЧИТЕЛЬНО ОТСТАВАЛА ОТ
ДОСТИЖЕНИЙ АКУШЕРСТВА



КРИТЕРИИ ВЫБОРА ОПТИМАЛЬНОГО МЕТОДА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

- ⊙ Физиологический и психологический статус беременной, включая ее предпочтения
- ⊙ Состояние плода
- ⊙ Акушерская ситуация
- ⊙ Наличие лекарственных препаратов и оборудования в роддоме
- ⊙ Уровень подготовки и опыта анестезиолога и акушера-гинеколога

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ:

Помочь роженице справиться с болевыми ощущениями – одна из основных задач медицинского персонала во время родов.

Немедикаментозные методы:

- Максимальная психологическая поддержка женщины и ее семьи;
- Информирование пациентки и ее сопровождающих о родах в максимально необходимом для них объеме. Информация должна быть правдивой с обсуждением как положительных, так и отрицательных моментов того или иного вмешательства или метода, применяемого при оказании помощи;
- Свободный выбор позиции во время 1 и 2-го периодов родов;
- Вертикальные положения тела во время схваток (исключая случаи излития вод при не полностью прижатой головке) или положение на боку. Медицинские работники должны поощрять пациентку принимать такие положения;
- Массаж;
- Специальное дыхание в сочетании с релаксацией;
- Душ и ванна;
- Музыка;
- Ароматерапия (горячие ароматические салфетки, ножные ванночки).

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ:

Стоя или прохаживаясь



Результат: используется преимущество силы тяготения во время и между схватками. Схватки менее болезненны и более результативны. Плод правильно ориентирован по отношению к углу таза. Может укоротить роды, если женщина до этого лежала. Может быть использовано параллельно с КТГ. При ходьбе происходят изменения в суставах таза, что способствует повороту плода. Может усилить желание потужиться на втором этапе родов.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ:

Медленный танец



Роженица обхватывает партнера за шею, кладет голову ему/ей на грудь или плечо. Руки партнера обхватывают торс женщины, кисти схвачены у нее на ее спине. Она опускает руки, опираясь на партнера, они качаются в такт музыки и одновременно дышат под ее ритм. Партнер оказывает давление на спину и снимает боль в спине.

Результат: то же, что и при стоячем положении, плюс: движение вызывает смещение в суставах таза, способствуя повороту и рождению плода. Кроме этого объятия близкого человека увеличивают чувство благополучия. Ритм и музыка способствуют комфортности

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ:

Выпад



Роженица становится лицом вперед, рядом с какой-либо подставкой, ставит одну ногу на нее, отводя колено и стопу в сторону. Поднятая нога согнута в колене и бедре, женщина делает выпады в разные стороны повторно во время схватки, по 5 секунд на выпад. Она должна почувствовать потягивание во внутренней части бедер. Выпад в сторону затылка плода, если известно где он, либо в более удобном направлении для матери. Партнер помогает удерживать равновесие.

Результат: расширяет одну из сторон таза (ту, в которую произведен выпад). Способствует повороту плода при заднем виде затылочного предлежания. Это же можно выполнять в коленопреклоненном положении.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ:

Сидя прямо



Результат: хорошее положение для отдыха.

Некоторые преимущества в силе тяжести.

Можно пользоваться КТГ.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ:

Сидя на унитазе



Результат: тот же результат, что и при сидении прямо, плюс: позволяет расслабить промежность для более эффективного продвижения ребенка вниз.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ:

Полусидя



Результат: тот же, что и сидя прямо плюс легче провести вагинальный осмотр.
Удобное положение для перевода на кровать.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ:

Сидя и раскачиваясь на стуле
Сидя, наклоняясь вперед с опорой



Результат: тот же, что и сидя прямо, плюс: качающие движения могут ускорить процесс родов.

Результат: то же, что и сидя прямо, плюс: снимает боль в спине. Удобное положение для растирания спины.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ:

Стоя на руках и коленях



Результат: снимает боль в спине. Помогает ребенку повернуться при заднем виде затылочного предлежания. Позволяет производить покачивания тазом и другие движения тела. Возможен вагинальный осмотр. Снимает давление на геморроидальные узлы.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ:

На коленях, опираясь



На сидение стула, на приподнятое изголовье кровати или родильный мяч.

Результат: то же, что при стоянии на руках и коленях, плюс: меньше напряжения в запястьях и кистях, чем при стоянии на руках и коленях.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ:

Лежа на боку



Результат: очень удобное положение для отдыха. Удобное положение для многих процедур. Помогает снизить повышенное артериальное давление. Безопасное положение, если использовались медикаменты для обезболивания. Может способствовать ускорению родов, если чередовать с хождением. Нейтрально по отношению к силе тяжести. Полезно при очень скоро-течном втором этапе родов. Снимает давление на геморроидальные узлы. Легче дышать между потугами. Облегчает продвижение головки при осложненных родах в потужном периоде.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ:

Сидя на корточках



Результат: может уменьшить боль. Используется сила тяготения. Расширяет тазовый проход. Требуется меньше изгоняющих усилий. Может ускорить поворот и выведение плода при осложненных родах. Помогает, если у роженицы ослабли потуги. Позволяет перенести свой вес с одной опоры на другую для удобства. Механическое преимущество: верхняя часть туловища давит на дно матки.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ:

На корточках с опорой



Роженица опирается спиной о партнера, который ее поддерживает под мышки и принимает на себя ее вес. Она выпрямляется между схватками.

Результат: удлиняет торс женщины и позволяет плоду при неправильном вставлении принимать нужное положение. Увеличивает подвижность в тазовых суставах, которое может происходить от внешнего давления (кровати, стула) либо от пассивного потягивания (сидения на корточках, оттягивания ног назад), ЭТИМ достигается "формирование" и поворот изгоняемого плода. Требуется большой силы от партнера.

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ:

Повисая на партнере



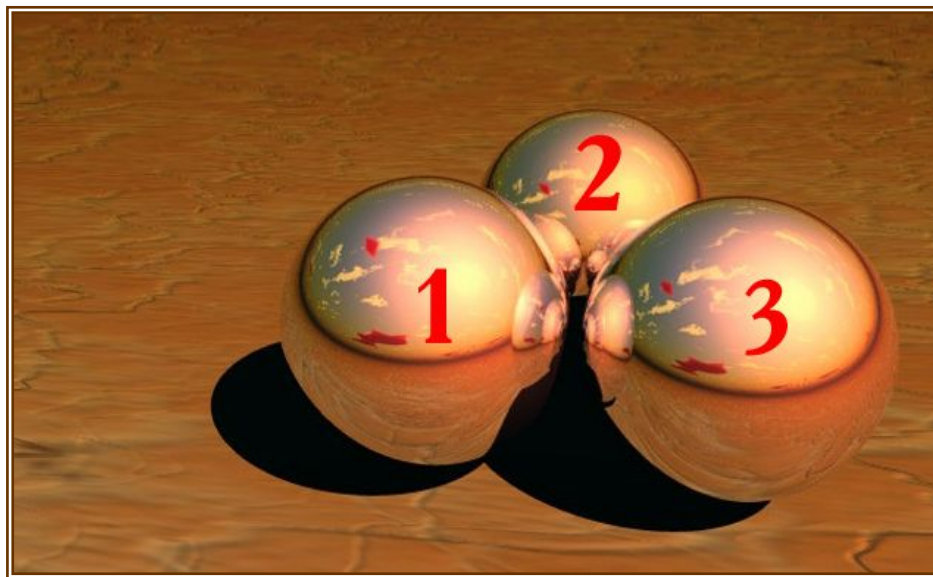
Партнер сидит на высокой кровати или стойке, ноги упираются в стул или подставки, колени расставлены. Роженица находится между ног партнера спиной к нему, а руками опирается на его бедра. Партнер поддерживает женщину с боков коленями. Она провисает, позволяя партнеру поддерживать себя. В перерыве между схватками мать стоит.

Результат: то же, что и при сидении на корточках с опорой, только для партнера это намного легче.

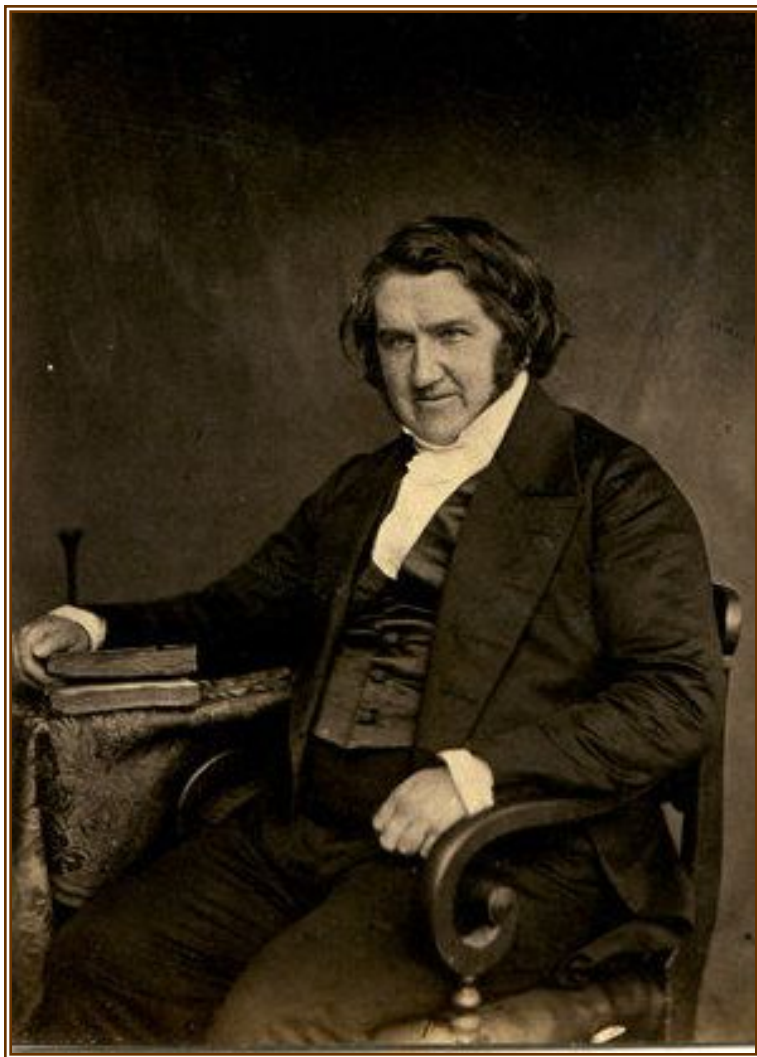
- Все методы немедикаментозного обезболивания родов имеют мало доказательств эффективности. Главная их ценность - отвлечение женщины, улучшение ее восприятия родов как радостного и важного события, и они, по крайней мере, не вредны.

СПОСОБЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

1. Парентеральное введение для снятия боли и тревоги
2. Местная инфильтрация и регионарные блокады
3. Ингаляционная анальгезия



Джеймс Янг Симпсон (James Yuong Simpson, 1811-1870)



19 января 1847 г.
в Эдинбурге впервые применяет
для обезболивания родов
эфир

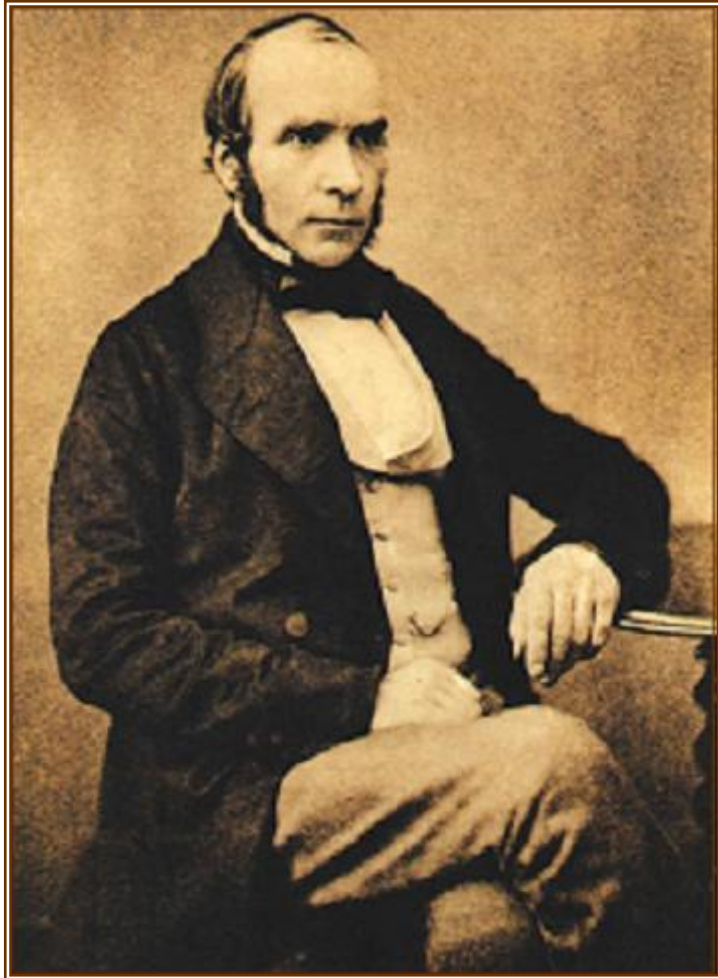
8 ноября 1847 г.
впервые применяет
для обезболивания родов
хлороформ



«Это наша обязанность, а также наша привилегия использовать все разумные средства в целях уменьшения или прекращения физических страданий матери в родах»

*Sir James Young
Simpson,
(1811-1870)*

Джон Сноу (John Snow, 1813-1858)



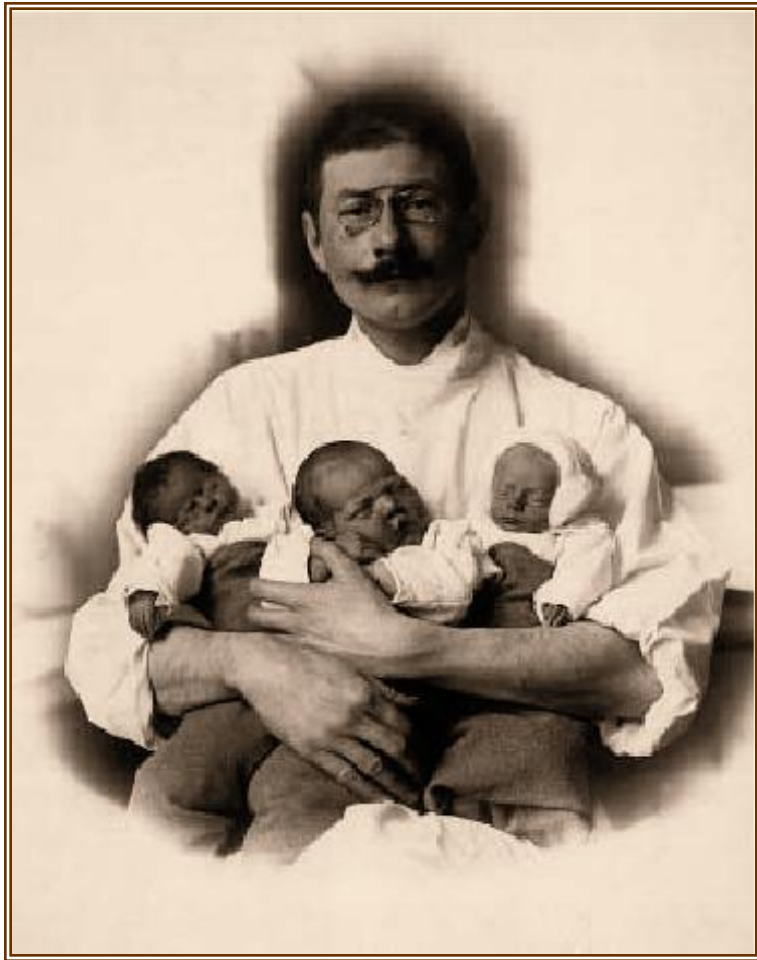
Обезболивание родов
хлороформом
королеве Англии Виктории
1853 г.
1857 г.



ВАЖНЫЕ СОБЫТИЯ В ИСТОРИИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

- ⊙ 1901 г. – разработан метод каудальной анестезии
- ⊙ 1902 г. – «сумеречный сон» (применение скополамина и морфина для обезболивания родов)
- ⊙ 1908 г. – первое применение местных анестетиков для анестезии промежности при родах через естественные родовые пути

ПЕРВОЕ ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ МЕТОДОМ СПИННОМОЗГОВОЙ АНАЛЬГЕЗИИ



Aufsichtskommission.

Herr **J. Sarasin-Schlumberger**, Präsident.

- » **Fritz Amstein.**
- » **Dr. med. Rudolf Oeri-Sarasin.**
- » **Heinrich Besson-von Schmid.**
- » **Vacat.**

Herr Professor **Dr. Ernst Bumm**, Direktor.

- » **Dr. E. Wormser**, I. Assistenzarzt.
- » **Dr. O. Kreis**, II.
- » **Dr. J. J. A. Bischoff**, Poliklinik-Arzt.

Herr **Gust. Adolf Meyer-Senn**, Verwalter.

**Швейцарский акушер
Оскар Крайс (Oskar Kreis,
1872-1958)**

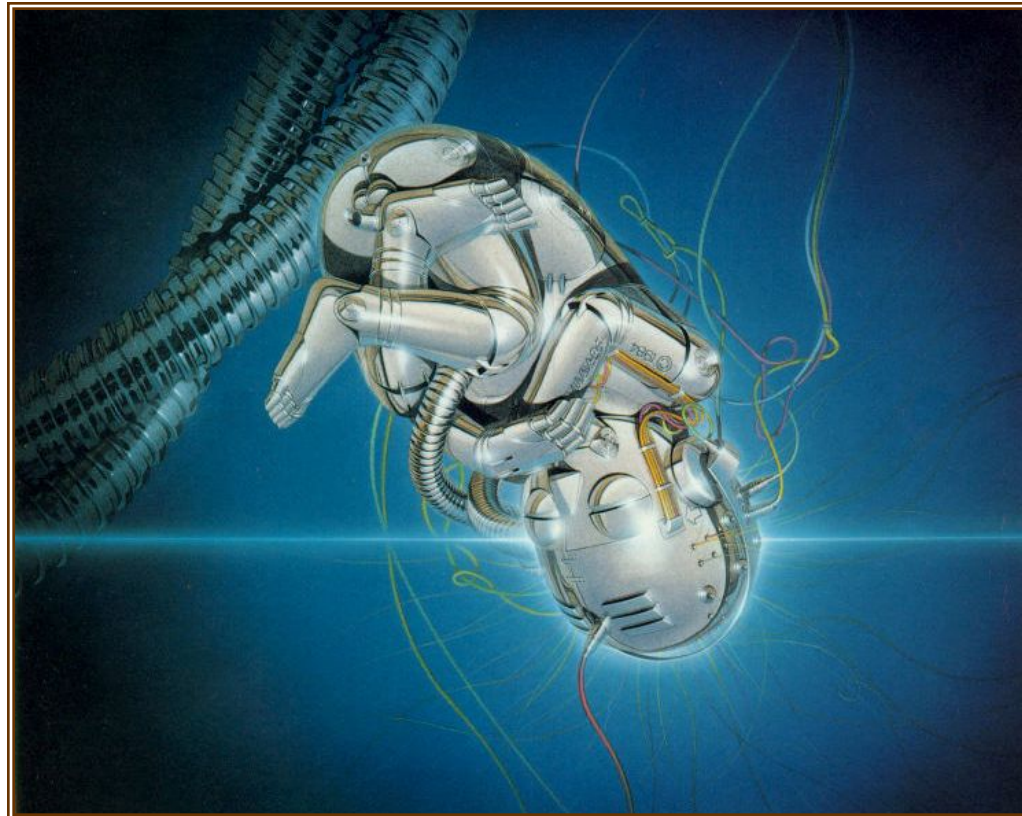
ВАЖНЫЕ СОБЫТИЯ В ИСТОРИИ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

- ⊙ 1931 г. – продленная эпидуральная анальгезия родов
- ⊙ Концепция «естественных родов» Грантли Дика Рида и метод психопрофилактики по Ф. Ламазу
- ⊙ 1952 г. – всемирное признание шкалы Вирджинии Апгар для оценки состояния новорожденного
- ⊙ Дискуссии Папы Римского Пия XII в 1956 и 1957 гг. о проблеме обезболивания родов

ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДОВ ИДЕАЛЬНЫЙ АНАЛЬГЕТИК

- ⦿ Обеспечивает полную анальгезию с быстрым началом и окончанием действия.
- ⦿ Простота и неинвазивность введения.
- ⦿ Не накапливается и не метаболизируется.
- ⦿ Не оказывает побочных эффектов на мать и плод.
- ⦿ Отсутствие двигательных или сенсорных изменений или центральных седативных влияний.
- ⦿ Не влияет на течение родов.
- ⦿ Отсутствует риск анафилаксии.
- ⦿ Отсутствие взаимодействия с другими лекарственными препаратами.
- ⦿ Разумная цена.
- ⦿ Может использоваться у всех женщин, независимо от состояния их здоровья.

НЕТ НИ ОДНОГО АНАЛЬГЕТИКА,
СЕДАТИВНОГО СРЕДСТВА ИЛИ МЕСТНОГО
АНЕСТЕТИКА, КОТОРЫЕ НЕ ПРОНИКАЛИ
БЫ ЧЕРЕЗ ПЛАЦЕНТУ, НЕ ВЛИЯЯ
В ТОЙ ИЛИ ИНОЙ МЕРЕ НА ПЛОД



НЕДОСТАТКИ ПРИМЕНЕНИЯ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ ДЛЯ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ РОДОВ

- ⊙ Достигается только снижение интенсивности боли, но не полное ее прекращение
- ⊙ Угнетение дыхания у матери и плода
- ⊙ Ортостатическая артериальная гипотония вследствие периферической вазодилатации
- ⊙ Тошнота и рвота
- ⊙ Снижение моторики ЖКТ
- ⊙ Выраженное седативное действие
- ⊙ Дисфория и эйфория

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ ДЛЯ ПЛОДА

- ⊙ Теряется вариабельность сердцебиения плода («монотонная» кардиотокограмма) => трудности в диагностике состояний плода (например, гипоксии)
- ⊙ Угнетение дыхания у новорожденного
- ⊙ Угнетение ЦНС новорожденного (до 72 ч)
- ⊙ Меньшая вероятность успешного начала грудного вскармливания



КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ НАРКОТИЧЕСКИМИ АНАЛЬГЕТИКАМИ

- ⊙ Роженицам с высокой вероятностью оперативного родоразрешения предпочтительнее проводить обезболивание методами регионарной анестезии
- ⊙ При использовании наркотических анальгетиков рекомендуется рутинное назначение антацидов, что значительно снижает риск аспирации
- ⊙ Одновременное применение седативных препаратов и наркотических анальгетиков нерационально
- ⊙ Для купирования побочных эффектов наркотических анальгетиков в родильном отделении необходимо иметь налоксон

НЕДОСТАТКИ АУТОАНАЛЬГЕЗИИ

N_2O



- ⊙ Эффективна только у 30–50% рожениц
- ⊙ При увеличении концентрации N_2O выше 50%
=> возрастание седативного эффекта и снижение оксигенации => утрата сознания и защитных гортанных рефлексов
- ⊙ Нежелательна для больных бронхиальной астмой => провоцирует бронхоспазм
- ⊙ Требуется значительной концентрации внимания пациентки, ее супруга и персонала
- ⊙ Противопоказана при имеющейся у плода тенденции к гипоксии

Показана пациенткам из групп низкого риска и отказавшимся от регионарного обезболивания

МЕТОДЫ РЕГИОНАРНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ РОДОВ

- ⊙ Эпидуральная анальгезия
- ⊙ Субарахноидальная (спинномозговая) анальгезия
- ⊙ Продленная (катетерная) анальгезия
- ⊙ Комбинированная спинально-эпидуральная анальгезия
- ⊙ Каудальная анальгезия

ВОЗДЕЙСТВИЕ ЭА НА МАТЬ И ПЛОД

Адекватная анальгезия



снижение симпатической
гиперактивности



устранение дискоординации
родовой деятельности



нормальные роды



Адекватная анальгезия



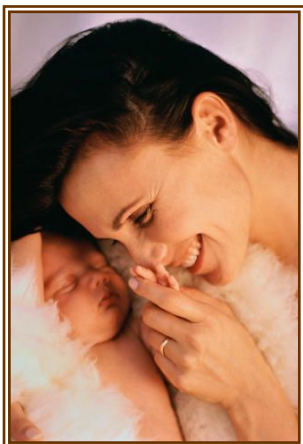
нормализация
плацентарного кровотока



улучшение обмена
 O_2 и CO_2



профилактика гипоксии



ПРЕИМУЩЕСТВА ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ

1. Высокая эффективность обезболивания
2. Низкая частота осложнений
3. Возможность адекватного хирургического обезболивания в послеродовом периоде (перинеорафия и т. п.)
4. При необходимости кесарева сечения можно усилить эпидуральный блок (анестезия)



ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ

I. Абсолютные

- ⊙ Отказ пациентки
- ⊙ Сепсис
- ⊙ Бактериемия
- ⊙ Инфекция кожи в месте пункции
- ⊙ Лечение антикоагулянтами или коагулопатия
- ⊙ Повышенное внутричерепное давление

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЭПИДУРАЛЬНОЙ АНАЛЬГЕЗИИ

II. Относительные

- ⊙ Крайняя степень ожирения и анатомические особенности, делающие невозможной идентификацию топографических ориентиров
- ⊙ Отсутствие контакта с пациенткой
- ⊙ Лечение аспирином или мини-дозами гепарина

СПИСОК ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Фармакотерапевтическая группа	АТХ группа	Международное непатентованное наименование
N01 Местные анестетики		
Анестетики		<i>N01BB09 Ропивакаин</i>
Анестетики		<i>N01BB02 Лидокаин</i>
N01AH Наркотические анальгетики		
Опиоиды		<i>N01AH01 Фентанил</i>
Опиоиды		<i>Тримеперидин нет отдельного кода</i>
A03A Препараты для лечения функциональных расстройств кишечника		
Спазмолитическое средство		<i>A03AD02 Папаверина гидрохлорид</i>
Спазмолитическое средство		<i>A03AD02 Дротаверина гидрохлорид (но-шпа)</i>
	A03B Белладонна и ее производные	
M-холиноблокатор		<i>A03BB01 Гиосциния бромид (бускопан)</i>
M-холиноблокатор		<i>A03BA01 Атропина сульфат</i>
H01 Гормональные препараты для системного использования (исключая половые гормоны)		
Стимулятор родовой деятельности		<i>H01 BB Окситоцин</i>
	<i>J06 Иммунная сыворотка и иммуноглобулины</i>	
Иммуноглобулины		<i>J06 BB Иммуноглобулин человека антирезус RH0 [Д]</i>

МОДИФИКАЦИЯ СИСТЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

○ ИНТРАНАТАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА

Интранатальные осложнения (подчеркните имеющиеся)	Баллы (обведите имеющееся)
Мекониальная окраска амниотических вод	8
Дородовое излитие вод (при отсутствии родовой деятельности в течение 6 ч)	6
Патологический прелиминарный период	4
Аномалии родовой деятельности	10
Хориоамнионит	4
Сумма баллов интранатальных факторов И	(впишите сумму)
Общая сумма баллов перинатального риска (сумма баллов анамнестических факторов, факторов беременности и интранатальный пересчёт) К	(впишите сумму)
Интранатальный прирост (отношение суммы баллов интранатальных факторов риска к сумме баллов пренатальных факторов, в %) Л	(впишите %)

МОДИФИКАЦИЯ СИСТЕМЫ ПЕРИНАТАЛЬНОГО РИСКА

- В течение I и II периодов родов (интранатальные факторы — **И**)
- В течение родов при изменении клинической ситуации (появлении интранатальных факторов риска, указанных в шкале), пересчитывают:
- «Общую сумму баллов перинатального риска»
 $K = Z + И$
- «Интранатальный прирост» $L = И / Z$
 $\times 100\%$
- **NB!** Акушерскую тактику в родах следует изменять в следующих случаях:
 - при увеличении интранатального прироста более 30% у рожениц высокого пренатального риска;
 - при увеличении интранатального прироста более 60% у рожениц среднего пренатального риска;
 - при увеличении интранатального прироста более 150% у рожениц изначально низкого пренатального риска.

ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ

Длительность

- у первородящих 1 – 2 часа;
- у повторнородящих от 30 минут до 1 часа;

Головка плода большим сегментом не должна находиться в одной плоскости малого таза

- свыше 30 – 40 минут у первородящих
- свыше 20 – 30 минут – у повторнородящих;

При удовлетворительном состоянии матери и плода во II периоде родов допустим самостоятельный выбор позы роженицы (на левом боку, сидя на корточках, стоя с использованием опоры).

КРАТНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ВО II ПЕРИОДЕ РОДОВ

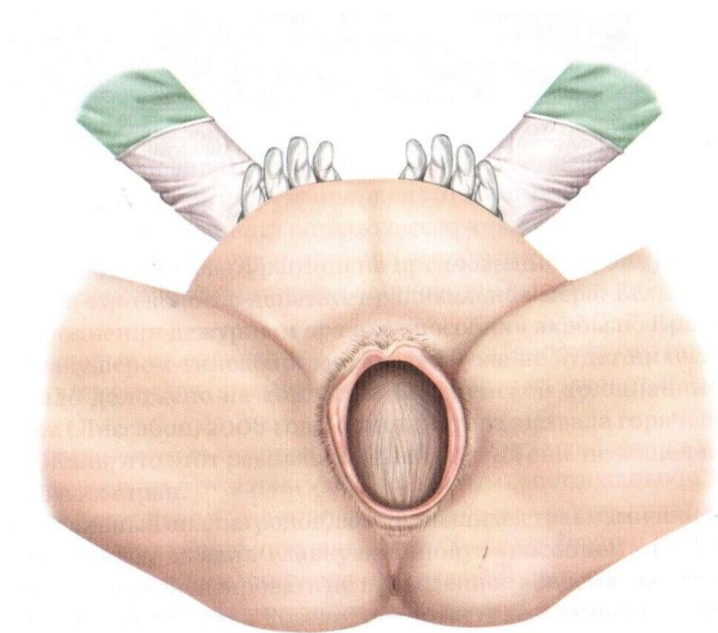
	Кратность в начале II периода	Кратность во время потуг
Общее состояние, жалобы	15 мин	Постоянно
Пульс, АД	30 мин	с началом потуг далее через каждые 15 мин
Оценка мочеиспускания	Однократно	Однократно
Родовая деятельность	30мин	15мин
Расположение головки (наружными приемами или влагалищным исследованием)	в начале II периода, через 1 час	С началом потуг, далее через каждые 15 мин
Аускультация плода	15 мин	После потуги

ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ

- Эффективные потуги (поступательное движение головки плода при нормальном состоянии женщины и отсутствии признаков страдания плода) - нет необходимости в регулировании потуг – прием Вальсальва;
- Нет необходимости в обязательной защите промежности;
- Рождение ребенка происходит за 8 – 10 потуг;
- Профилактика кровотечения в момент рождения переднего плечика плода – 10 Ед окситоцина внутримышечно или 5 Ед внутривенно медленно;
- Пуповину следует пересекать после прекращения пульсации сосудов или через одну минуту после рождения ребенка.

«ПОСОБИЕ» ПО КРИСТЕЛЛЕРУ

◎ Прием Кристеллера не должен использоваться!



Классическое «пособие» по Кристеллеру



«Пособие» по Кристеллеру в наши дни

2008 г. Французская ассоциация акушеров гинекологов – «пожизненное лишение лицензии врача акушера-гинеколога при выполнении «пособия» по Кристеллеру»

АКУШЕРСКАЯ ПЕРИНЕОЛОГИЯ

- ⊙ Предпочтительно выполнение срединно-латеральной перинеотомии;
- ⊙ Разрез не менее трех сантиметров;
- ⊙ Выполняется только вправо (ветвления нервных стволов и сосудистых пучков носят рассыпной характер);
- ⊙ Рассечение промежности не безболезненно. Отказ от предоперационной анестезии – «неоказание положенной медицинской помощи»;
- ⊙ Не предупреждает различные нарушения состояния плода, не влияет на оценку новорожденного по шкале Апгар;
- ⊙ Качественное восстановление промежности (синтетический шовный материал, хорошее знание анатомии, адекватное обезболивание).

ТРЕТИЙ ПЕРИОД РОДОВ

- ⦿ Длительность 5-20 минут;
- ⦿ Обязательно проводится опорожнение мочевого пузыря после рождения ребенка;
- ⦿ **Активное ведение третьего периода родов - контролируемая тракция пуповины ?**

КРАТНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В III ПЕРИОДЕ РОДОВ

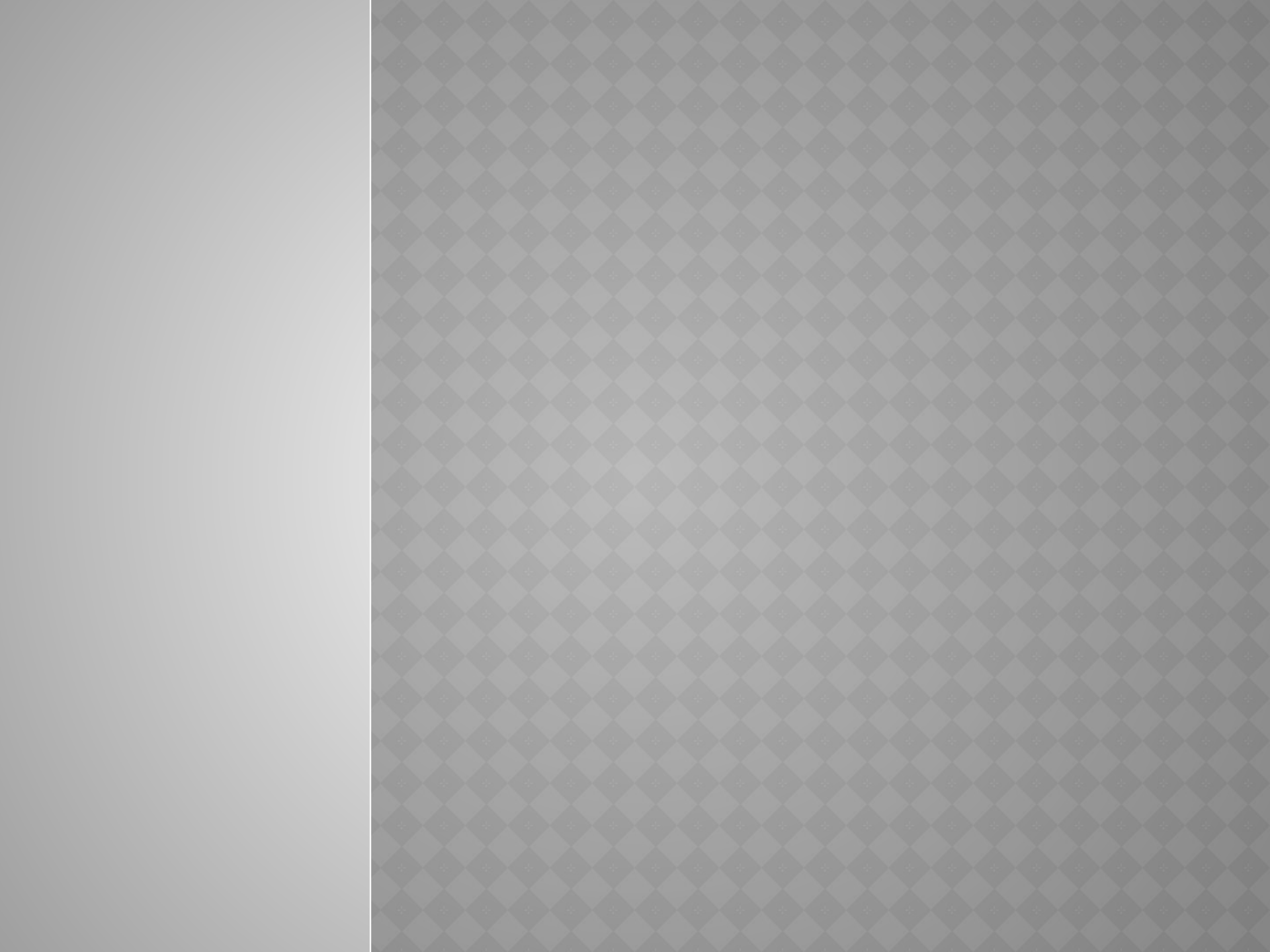
	Кратность	Примечание
Общее состояние, жалобы, объем выделений из половых путей	Постоянно	
Тщательная оценка	С момента рождения	
кровопотери (сбор крови в лоток)	ребенка и постоянно	
Пульс, АД	После рождения ребенка	
Забор пуповинной крови для определения гр крови и Rh ф-ра у ребенка	Однократно	Выполняет акушерка при 0 (I) группе или Rh-принадлежности крови матери
Признаки отделения последа (Чукалова-Кюстнера, Альфельда, Шредера, Довженко)	С момента рождения ребенка и постоянно	Но не более 20 минут (далее принятие решения об изменении тактики)
Выделение отделившегося последа наружными приемами (Абуладзе, Гентера, Креде-Лазаревича, Роговина, Брандт-Эндрю)	После появления признаков его отделения	Если не рождается самостоятельно или в результате произвольной потуги женщины
Массаж матки	После рождения последа	

ПРОФИЛАКТИКА ГИПОТЕРМИИ НОВОРОЖДЕННОГО

Основные принципы соблюдения «тепловой цепочки»:

- Поверхности, на которые выкладывают ребенка, должны быть чистыми и теплыми;
- После рождения немедленно обсушить тело ребенка;
- Обеспечить ранний контакт «кожа-к-коже» новорожденного и матери – длительность контакта от 40 минут до 2-х часов;
- Ребенок должен быть обсушен, укрыт теплой сухой пеленкой и/или одеялом, на голове у ребенка должна быть надета шапочка;
- Приложить ребенка к материнской груди;
- Укрыть мать и ребенка одним одеялом;
- Первичную обработку новорожденного, антропометрию и пеленание проводить не менее, чем через час от момента рождения;
- Термометрия всем новорожденным должна проводиться в родзале в течение 2-х часов 4-хкратно;

Невыполнение хотя бы одного из этих мероприятий разрывает «тепловую цепочку» и ставит новорожденного под угрозу переохлаждения.



КРАТНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ ЛЕЧЕБНО- ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОДЕ

	Кратность	Примечание
Общее состояние, жалобы	После рождения последа, далее каждые 20-30мин.	
Пульс, АД	После рождении последа и перед переводом в послеродовое отделение	
Состояние матки (размеры, консистенция, форма)	После рождения последа, далее каждые 20-30 мин	
Количество и характер выделений из половых путей	Каждые 20-30мин	
Осмотр анестезиологом и удаление катетера из эпидурального пространства	Перед переводом в послеродовое отделение	При проведении эпидуральной аналгезии в родах
Контроль опорожнения мочевого пузыря	Перед переводом в послеродовое отделение	При отсутствии самостоятельно мочеиспускания – выведение мочи катетером



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ**