



кафедра акушерства и гинекологии

**ОЦЕНКА ГОТОВНОСТИ ОРГАНИЗМА
БЕРЕМЕННОЙ К РОДАМ.**

ФИЗИОЛОГИЯ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.

**ПРИНЦИПЫ ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ
РОДОВ.**

ПАРТОГРАММА.

По определению ВОЗ,
нормальные роды – это роды со
спонтанным началом и прогрессом
родовой деятельности у беременной
группы низкого риска в сроке
беременности 37-42 недели, в
головном предлежании плода
затылочного вида, с
удовлетворительным состоянием
матери и новорожденного после
родов.

Роды являются сложным физиологическим процессом, возникающим в результате взаимодействия многих органов и систем организма беременной женщины и состоящим в изгнании жизнеспособного плода и элементов плодного яйца.

До настоящего времени причины наступления родов остаются не вполне ясными, однако общепризнано, что в сложном и надежном механизме, контролирующем начало родов, участвуют многие факторы.

В этот сложный и многокомпонентный процесс вовлечены и гипоталамо-гипофизарная системы, структуры лимбического комплекса, в первую очередь миндалевидных ядер, и спинного мозга.

К концу беременности у женщин отмечается усиление реакций на интероцептивные раздражители с шейки матки и формируется родовая доминанта, определяющая наступление и правильное течение родов.

Важная роль в развитии родовой деятельности принадлежит гормональным факторам:

- эстрогенам,
- меланотонину,
- простагландинам,
- окситоцину,
- серотонину,
- катехоламинам,
- холинэстеразе,
- ацетилхолину,
- норадреналину,
- гистамину и хининовой системе.

Большая роль в развитии родовой деятельности принадлежит фетоплацентарному комплексу.

Перед началом родов под влиянием нейрогуморальных изменений в матке преобладает активность альфа-адренорецепторов. В клетках миометрия снижается мембранный потенциал, увеличивается их возбудимость, усиливается спонтанная активность, повышается чувствительность к контрактильным веществам.

При снижении мембранного потенциала все клетки миометрия могут генерировать возбуждение, однако в матке существует группа клеток, где это возбуждение возникает в первую очередь и затем распространяется на всю матку.

На протяжении всей беременности в организме женщины происходят изменения, которые помогают выносить беременность и родить здорового ребенка.

Как определить готовность
организма беременной к
родам?

В последние 1,5—2 недели беременности заканчивается подготовка организма женщины к предстоящим родам. Эта подготовка охватывает все органы и системы, от центров высшей нервной деятельности до матки.

Наиболее ярко выраженные изменения происходят в половых органах.

Диагностика состояния полового аппарата осуществляется с помощью обычных клинических методов обследования беременной и несложных тестов.

К НИМ ОТНОСЯТСЯ:

1. определение «зрелости» шейки матки,
2. окситоциновый тест,
3. нестрессовый тест,
4. маммарный тест,
5. цитологическое исследование влагалищных мазков.

1. «Зрелость» шейки матки может быть точно определена при влагалищном исследовании.

При пальпаторной оценке состояния шейки матки определяют (на этих данных строится шкала Бишопа)

- ее консистенцию
- степень укорочения,
- степень проходимости шейечного канала,
- расположение шейки матки в полости малого таза,
- состояние нижнего сегмента матки при пальпации через влагалищные своды,
- изменение формы шейечного канала
- и соотношение длины влагалищной части шейки матки и длины шейечного канала.

По совокупности этих признаков различают 4 разновидности состояния шейки матки:

- «незрелая»,
- «созревающая»,
- «не полностью созревшая»
- и «зрелая».

2. Окситоциновый тест проводят для определения реактивности миометрия на внутривенное введение пороговой дозы окситоцина, способной вызывать сокращение матки.

3. Не стрессовый тест - с помощью кардиотокографа регистрируют спонтанную сократительную активность матки и сердечную деятельность плода на протяжении 40—60 мин.

4. Маммарный тест.

Немедикаментозный тест основан на появлении эндогенного окситоцина при раздражении сосков и ареол у беременной, который регистрируется возникновением сокращения матки с помощью кардиотокографа.

5. Кольпоцитологический тест.
Цитологическое исследование
влагалищных мазков позволяет
оценить гормональный баланс
женщины в последние дни
беременности.

К концу беременности организм женщины готов к родам.

С началом спонтанной родовой деятельности начинается собственно процесс родов в течении которого все моменты важны, однако само рождение плода проходит по определенным закономерностям, т.е. с соблюдением определенного биомеханизма родов.

Биомеханизмом родов называется совокупность всех движений, которые совершает плод при прохождении через родовые пути матери.

В процессе рождения доношенный плод, имеющий довольно большие размеры и неправильную форму, должен преодолеть костное кольцо малого таза, имеющее относительно небольшие размеры и неправильную форму. Это становится возможным только потому, что плод продвигается по родовому каналу совершая сложные поступательно-вращательные движения.

Таких движений 5:

- сгибание и разгибание головки в горизонтальной плоскости,
- внутренний поворот вокруг вертикальной оси,
- боковое отклонение головки (асинклитическое),
- маятникообразное или качательное движение головки с попеременным отклонением сагиттального шва от оси таза.
- конфигурации головки плода: захождение костей черепа друг на друга.

Эти движения и обуславливают
собственно МОМЕНТЫ
БИОМЕХАНИЗМА родов:

- 1 момент - сгибание головки
- 2 момент – внутренний поворот
ГОЛОВКИ
- 3 момент – разгибание головки
- 4 момент – внутренний поворот
туловища и наружный
поворот головки

Роды — безусловный рефлекторный акт, направленный на изгнание плодного яйца из полости матки по достижении последним определенной степени зрелости.

В течение родового акта выделяют
3 периода:

- I — период раскрытия;
- II — период изгнания;
- III — последовый период.

Женщина с началом родовой деятельности называется роженицей, после окончания родов — родильницей.

Период раскрытия (1 период родов)— промежуток времени от начала регулярной родовой деятельности до полного раскрытия шейки матки.

В I периоде родов за счет схваток происходит раскрытие шейки матки.

Во время схватки в мышечной стенке матки происходят процессы

- контракции (сокращение каждого мышечного волокна и каждого мышечного пласта)
- ретракции (смещение мышечных пластов по отношению друг к другу)
- дистракция - активным растяжением нижнего сегмента и шейки матки, что приводит к раскрытию маточного зева.

При хорошо выраженной родовой деятельности частота схваток не менее двух за 10 мин. По мере развития родового акта интенсивность и продолжительность схваток постепенно нарастают, а длительность интервалов между схватками уменьшается.

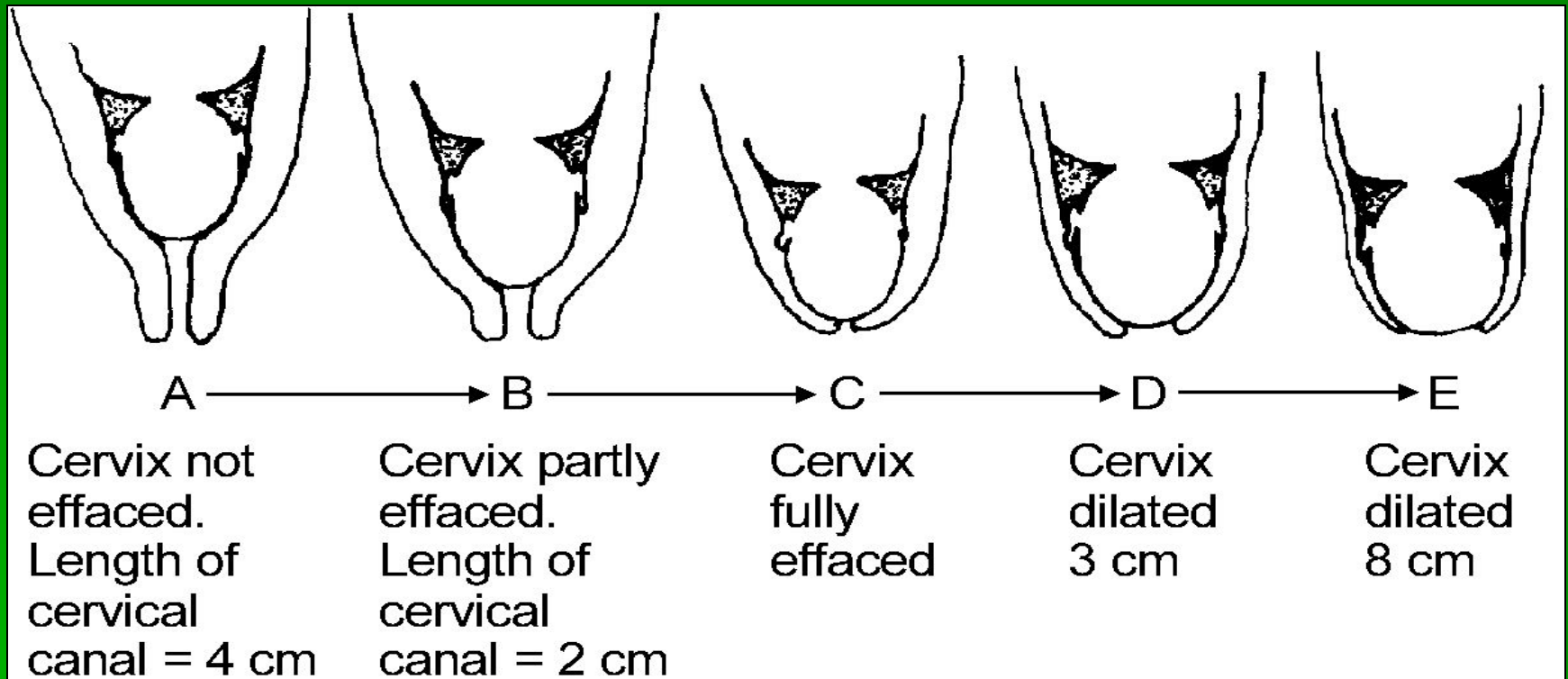
Между нижним сегментом матки и костным кольцом (головка фиксирована малым сегментом во входе в таз) образуется наружный пояс соприкосновения.

У первородящих женщин раскрытие шейки матки начинается со стороны внутреннего зева. При полном раскрытии внутреннего зева шейка матки сглаживается, цервикальный канал отсутствует и начинает раскрываться наружный зев.

При полном или почти полном открытии маточного зева разрывается плодный пузырь.

Полное раскрытие шейки матки указывает на окончание I периода родов.

Изменение формы и раскрытие шейки матки



Шейка
сформирова
на. Длина
церв.
канала -4
см

Шейка
частичн.
сглаже-
на.
Длина –
2 см

Шейка
полно-
стью
сглаже-
на

Раскры-
тие
церв.
канала
– 3 см

Раскры-
тие – 8
см

II период родов— период изгнания (промежуток времени от полного раскрытия шейки матки до рождения плода), во время которого происходит рождение плода.

Потуга отличается от схватки тем, что к рефлекторному непроизвольному сокращению гладких мышц матки присоединяется рефлекторное сокращение поперечнополосатой скелетной мускулатуры брюшного пресса, диафрагмы, тазового дна. Предлежащая часть плода растягивает половую щель и рождается. За ней рождается все туловище плода и изливаются задние околоплодные воды.

После этого наступает **III период родов**
— последовый (промежуток времени
от рождения плода до рождения
последа).

Рождению последа, отделившегося от стенок матки, способствуют потуги, которые возникают при перемещении последа во влагалище и раздражении мышц тазового дна.

При существующей системе организации акушерской службы, необходимо проводить оценку факторов перинатального и материнского риска по шкале A.Soorland, которая базируется на данных доказательной медицины.

Оценка степени „зрелости” шейки матки по Бишопу

Параметры/ Баллы	0	1	2
Положение шейки матки относительно проводной оси таза	Смещена к крестцу	Между крестцом и проводной осью	По проводной оси таза
Длина шейки матки	Больше или равна 2см	1 – 2см	Менее или равна 1см
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена	Мягкая
Открытие наружного зева	Закрыт	1см	Больше или равно 2см
Место положения предлежащей части плода	Подвижная над входом в малый таз	Прижата ко входу в малый таз	Прижата или фиксирована во входе в малый таз

Примечание: 0-2 б. – шейка “незрелая”; 3-5 . – шейка “недостаточно зрелая”; больше или равно 6 баллов – шейка “зрела”.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №620)

Процесс родов является физиологичным, но очень ответственным, поэтому медицинские работники своими действиями должны создавать атмосферу покоя, доверия, уверенности в положительном результате родов.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Женщина должна восприниматься не как объект проведения определенных медицинских манипуляций с целью ее родоразрешения, а как личность и основной участник в важном моменте ее жизни – родах.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно
приказа МОЗ Украины №**620**)

На всех этапах предоставления акушерской помощи женщине обеспечивается право на своевременное получение информации относительно состояния ее здоровья и плода (новорожденного), всех медицинских вмешательств и обследований, их необходимости или целесообразности, возможных последствий.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

С целью избежания конфликтных ситуаций целесообразно привлекать женщину и родственников к принятию решений.

Нормальное психоэмоциональное состояние беременной, роженицы способствует физиологичному ходу родов и послеродового периода.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Во время родов необходимо придерживаться принципов конфиденциальности - в индивидуальном родильном зале обеспечивается пребывание одной роженицы и ее (по желанию) членов семьи, заданием которых является психологическая поддержка роженицы, и медицинский персонал, который непосредственно ведет роды.

Индивидуальная родильная комната



Индивидуальная родильная комната



Присутствие и поддержка партнера во время родов



ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Ведение нормальных родов предусматривает активное наблюдение за ходом родов, минимальный объем акушерских вмешательств и медицинских процедур и манипуляций, что проводятся по показаниям.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно
приказа МОЗ Украины №**620**)

**Назначение клизмы и бритье лобка
роженице не рекомендуется.**

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно
приказа МОЗ Украины №**620**)

Принципы ведения нормальных
родов:

- оценка степени прогнозируемого риска развития материнской и перинатальной патологии с целью определения уровня предоставления стационарной помощи;

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Принципы ведения нормальных родов (продолжение):

- определение плана ведения родов и получение информированного согласования женщины;
- контроль за состоянием матери и плода в родах с ведением партограммы;

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Принципы ведения нормальных родов (продолжение):

- обезболивание родов по показаниям;
- оценка состояния ребенка при рождении, проведение первичного туалета новорожденного и раннее прикладывание к груди матери.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Наблюдение за состоянием роженицы в 1 периоде родов включает процедуры, которые заносятся в партограмму.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Роженице можно позволить прием
небольшого количества еды и
жидкости в течение родов.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

В первом периоде родов, в случае положения роженицы на спине может возникнуть аорто-кавальная компрессия и уменьшение кровообращения в матке, что влияет на общее состояние женщины и плода.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Положение на спине также уменьшает интенсивность маточных сокращений и негативно влияет на течение и длительность родов. Вертикальное положение роженицы и “лежа на боку”, способствует усилению сократительной активности матки.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Наиболее оправданным в первом периоде родов является активное поведение женщины (выбор ею свободных позиций), что ускоряет процесс раскрытия шейки матки, уменьшает болезненность схваток, уменьшает количество родостимуляций и нарушений сердечной деятельности плода.

Позиции в первом периоде родов

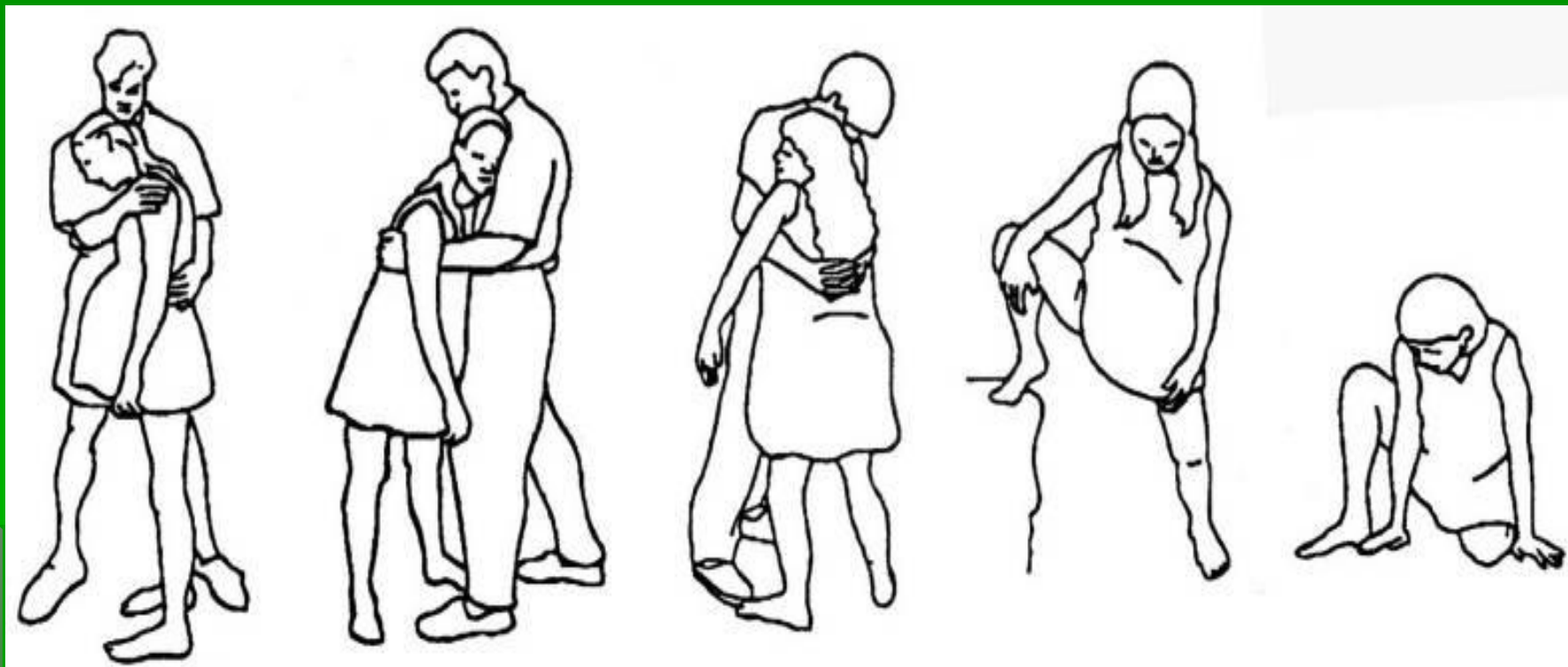


На четвереньках

На коленях с опорой

Позиции в первом периоде родов

Стоя

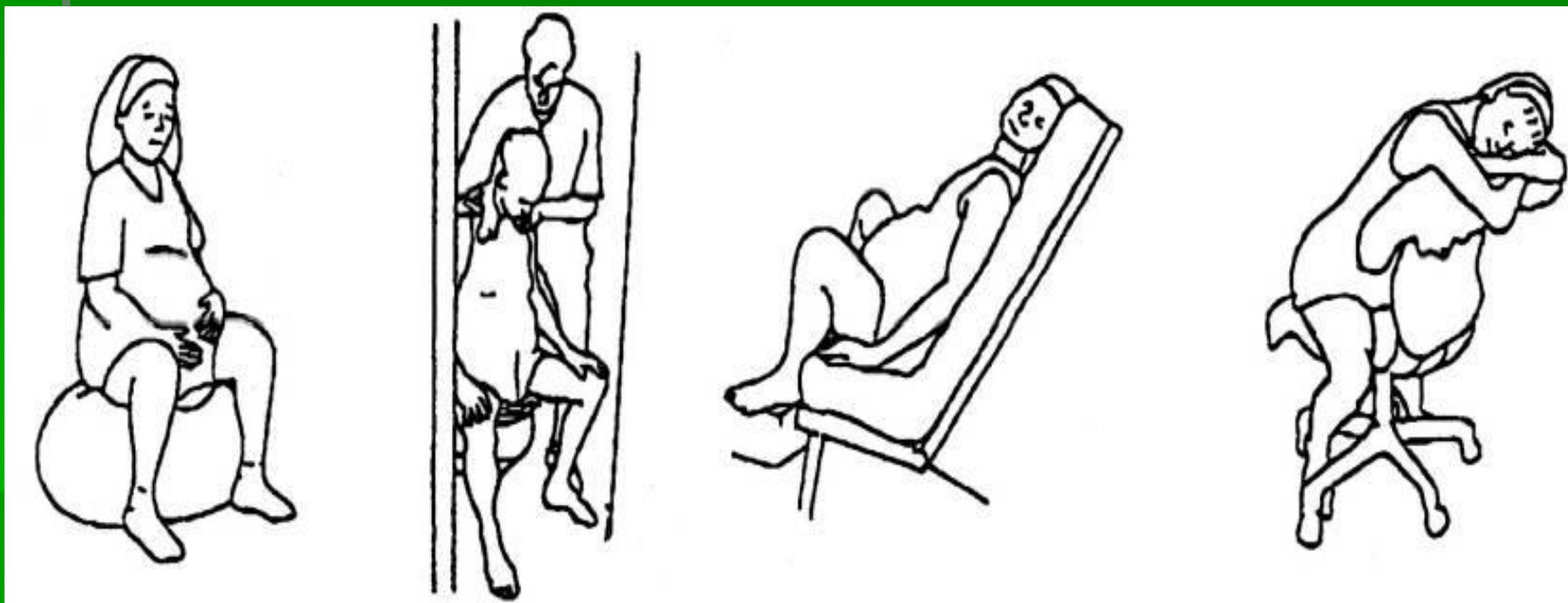


Опираясь о партнера

Медленный танец

Позиции в первом периоде родов

Сидя



Сидя на
мяче

Сидя на
кресле

Полуле
жа

Сидя с опорой
на спинку
стула

Свободный
выбор позиции в
первом периоде
родов



Позиции роженицы в первом периоде родов



ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №620)

В 1 периоде родов обязательным является определение эффективности родовой деятельности:

- частоты, длительности и интенсивности схваток,
- динамика раскрытия шейки матки;
- динамика продвижения головки плода по родовому каналу по данным как внешнего, так и внутреннего акушерского обследования.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Количество внутренних акушерских исследований должно быть оптимально ограниченной:

в периоде раскрытия шейки матки –
каждые 4 часа соответственно
ведению партограммы.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №620)

В случае физиологического течения родов внутреннее акушерское исследование проводится:

- первое - при госпитализации роженицы в акушерский стационар и установление начала родов;
- второе – в случае излития околоплодных вод для определения эффективности родовой деятельности.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно
приказа МОЗ Украины №**620**)

Для определения физиологичности
хода родов, динамики раскрытия
шейки матки следует выделять
фазы 1-го периода родов:

- латентную,
- активную,
- фазу задержки.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Длительность латентной фазы у роженицы не должна превышать 8 часов, а темп раскрытия шейки матки в этой фазе в среднем составляет 0,3 см/час. За это время происходит сглаживание шейки матки и ее раскрытие на 3-4 см.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно
приказа МОЗ Украины №**620**)

Скорость раскрытия шейки матки в активной фазе первого периода родов должен составлять не менее 1,0 см/час.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Фаза задержки родовой
деятельности характеризуется
ослаблением родовой
деятельности в течение 1-1,5 часа
перед началом периода потуг (II
период родов).

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Длительность родов в среднем не превышает 12 часов при повторных родах и 16 часов при первых родах.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №620)

При физиологическом течение родов достаточно периодического контроля по состоянию сердечной деятельности плода каждые 15 минут в первом периоде и каждые 5 минут во втором периоде родов.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №620)

К факторам, вызывающим боль во время схватки, относят:

- раскрытие шейки матки,
- компрессия нервных окончаний,
- натягивание маточных связок.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №620)

Существующие методы обезболивания родов разделяют на:

- немедикаментозные
- и медикаментозные.

Нефармакологические методы обезболивания

- Техники релаксации
- Холодный или горячий компресс
- Касание и массаж
- Гипноз, концентрация внимания на звуковых раздражителях (музыка)
- Контрдавление
- Нахождение в воде (ванна, душ)

Пример техники релаксации (касание и массаж)



Пример техники релаксации (контрдавление)



ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №620)

Требования, которые относятся к медикаментозному обезболиванию следующие:

- наличие обезболивающего эффекта,
- отсутствие негативного влияния на организм матери и плода,
- простота и доступность для всех родовспомогательных заведений.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Ведение II периода родов требует измерения артериального давления, пульса у роженицы – каждые 10 минут, контроль сердечной деятельности плода каждые 5 минут и за продвижением головки плода по родовому каналу.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Если не произошло своевременного
излития околоплодных вод, в
асептических условиях проводят
амниотомию.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Рождение головки плода нуждается в осторожном оказании ручной помощи, целью которой, при головном предлежании, является не только сохранение целостности промежности, но и предупреждение внутричерепной и спинальной травмы плода.

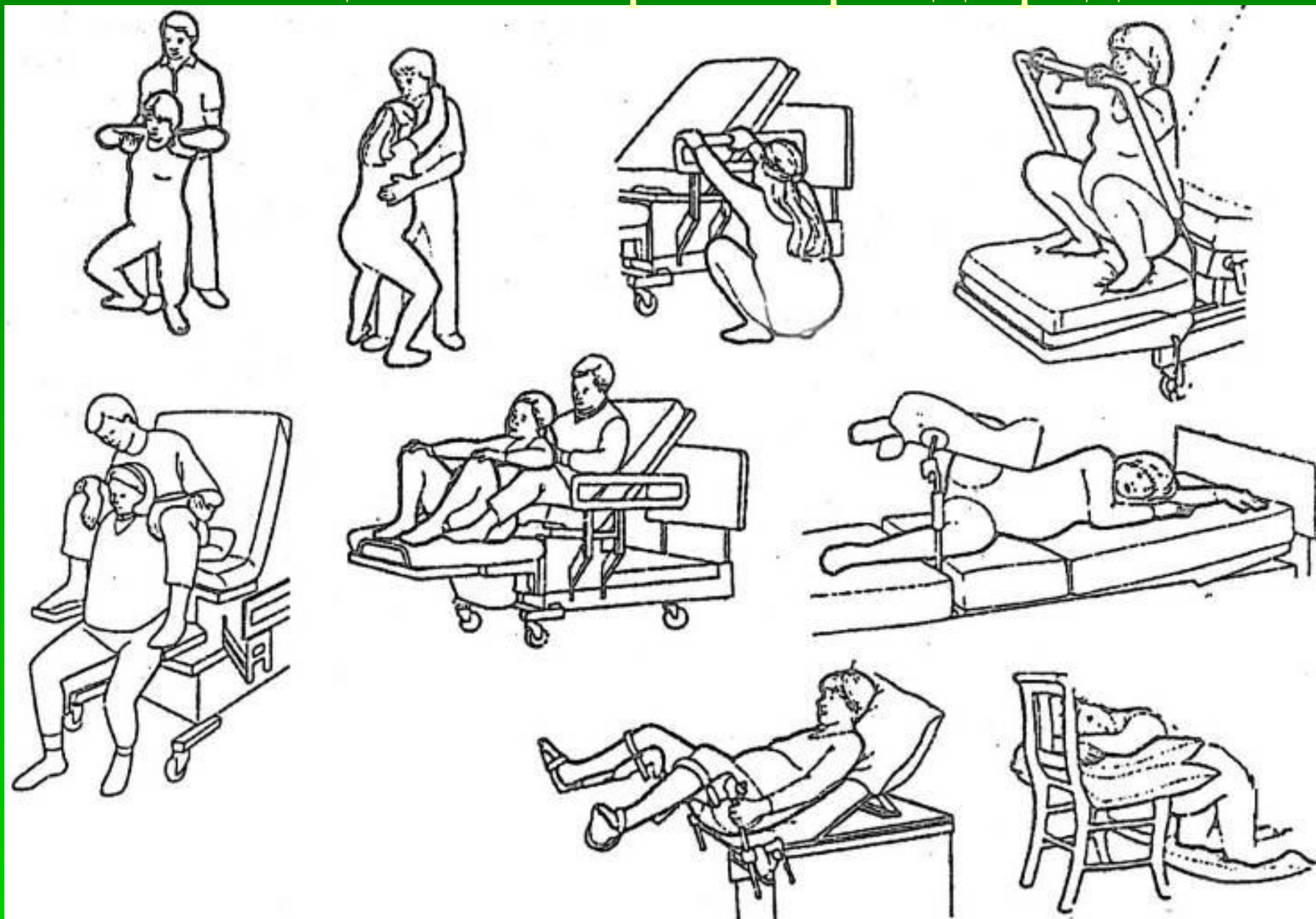
ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Во II периоде родов обеспечивается информированное право женщины выбрать положение, которое является удобным как для нее, так и для медицинского персонала.

Позиции во втором периоде родов



Позиции во втором периоде родов



Выбор удобной позиции во втором периоде родов



Выбор удобной позиции во втором периоде родов



ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №620)

В III периоде родов с целью профилактики кровотечения в течение первой минуты после рождения плода внутримышечно вводится 10 ЕД окситоцина.

Проводится контролируемая тракция за пуповину только при условии наличия признаков отделения плаценты от стенки матки.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно
приказа МОЗ Украины №620)

**Использование пузыря со
льдом на низ живота
нецелесообразно.**

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

При отсутствии признаков
отделения плаценты и
кровотечения в течение 30 минут
после рождения плода проводится
ручное отделение плаценты и
выделение последа.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

При условии удовлетворительного состояния плода при рождении, ребенок выкладывается на живот матери, проводится обсушивание сухой теплой пеленкой, накрывается другой сухой пеленкой, осуществляется пережатие пуповины через одну минуту и пересечение пуповины.

Контакт «кожа к коже»

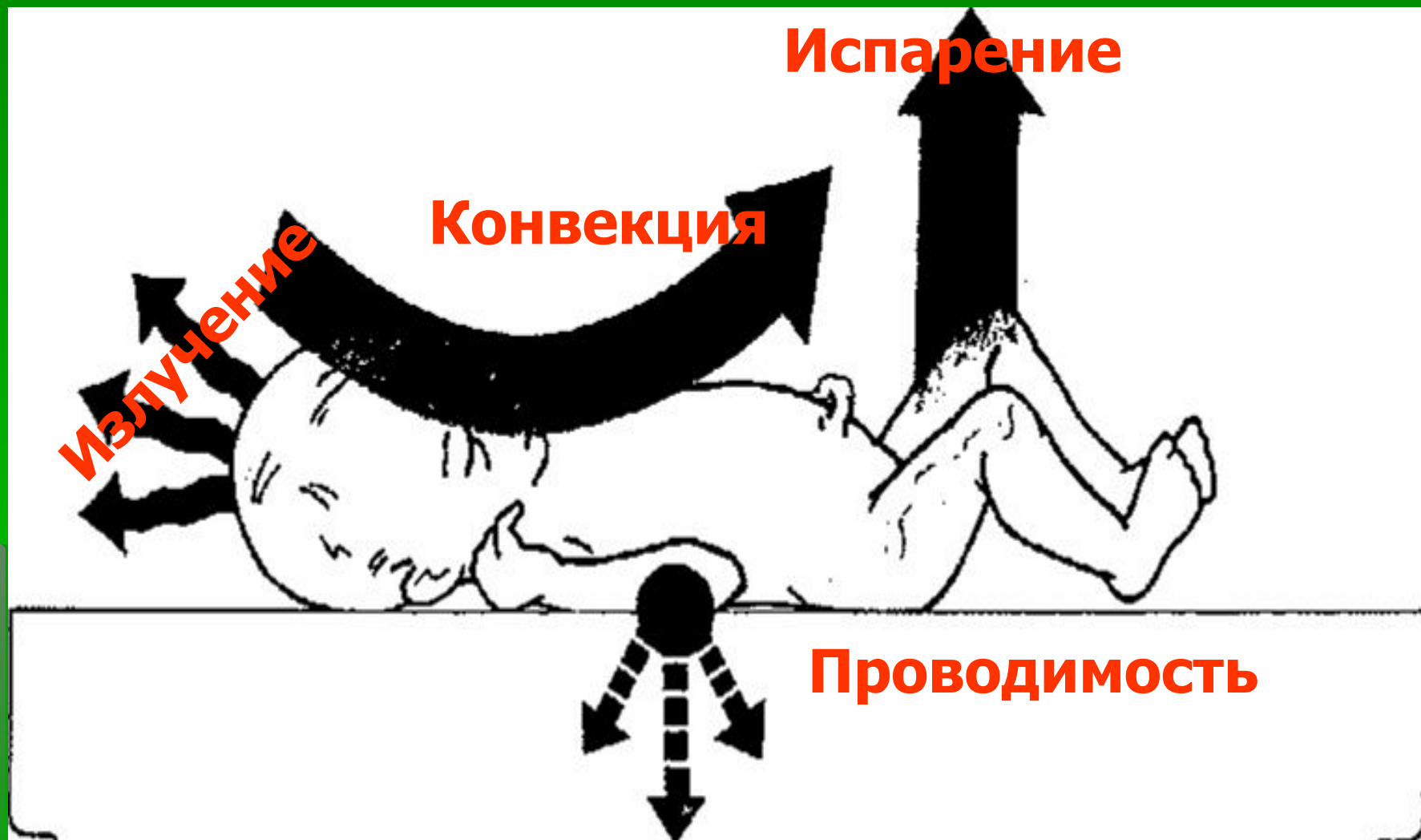


ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №620)

При необходимости проводится удаление слизи из ротовой полости плода грушей или электроотсосом. Одевается шапочка, носки. Во время нахождения ребенка на животе матери осуществляют наблюдение за его жизненно важными функциями. Далее ребенок с матерью укрывается одеялом для обеспечения “тепловой цепочки”.

"Тепловая цепочка" - это понятие, вводимое для описания ряда взаимосвязанных процедур, которые **позволят уменьшить вероятность гипотермии** и обеспечить хорошее самочувствие ребенка. Невыполнение каких-либо действий может разорвать эту цепочку и увеличить опасность нежелательного охлаждения новорожденного.

Пути потери тепла новорожденным



Что такое гипотермия?



- Температура тела – 36,5-37,5°C - **Норма**
- Ниже 36,5°C - **Гипотермия**
- **36,4-36,0°C** – Холодовой стресс/**Легкая гипотермия**
- **35,9-32°C** – **Гипотермия средней тяжести**
- **Ниже 32°C** – **Тяжелая гипотермия**
риск смерти !!!!!!!

Гипотермия

Снижение уровня O_2

Снижение уровня
глюкозы

Разрушение
сурфактанта

Угнетение сосательного
рефлекса

Респираторный
дистресс

Ацидоз

Гипогликемия

■ Кровотечение

■ Судороги

■ Инфекции

■ Повреждение мозга

Звеньями "тепловой цепочки" являются:

- обучение всего персонала, участвующего в процессе рождения и ухода за ребенком; подготовка места рождения с обеспечением чистой, теплой, без сквозняков палаты;
- подготовка чистой и теплой поверхности, теплые ткани для обсушивания и завертывания;

Звеньями "тепловой цепочки" являются:

- немедленное обсушивание новорожденного ребенка;
- скорейшая передача ребенка матери после его рождения и укутывание обоих в теплое одеяло;

Звеньями "тепловой цепочки" являются:

- допуск спонтанного кормления грудью, когда у ребенка появятся первые признаки готовности к приему пищи, поддерживая при этом тепловой режим;
- теплая шапочка на головке ребенка; если необходимо, обеспечить теплое, безопасное средство перевозки.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Если это невозможно выполнить,
обсушите ребенка и держите его
как можно ближе к матери,
идеально в контакте кожа к коже,
тепло укутывая их обоих.

В комнате должно быть тепло.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Контакт “кожа к коже” приводит к реализации сосательного рефлекса, как правило, не ранее как через 30 минут.

Первое кормление грудью



Признаки готовности ребенка к кормлению:
младенец оглядывается по сторонам, делает
поисковые движения, открывает рот

Раннее начало грудного вскармливания



ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

После этого проводится обработка пуповины, ребенок свободно пеленается и находится совместно с матерью до перевода родильницы в послеродовое отделение.

Новорожденный к моменту перевода матери из родильного зала не выносятся.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №620)

Оценку состояния новорожденного по шкале Апгар осуществляют на 1-ой и 5-ой минутах, а также обеспечивают поддержку температуры тела ребенка.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

В течение первых 30 минут
новорожденному измеряют
температуру тела и записывают в
карту развития новорожденного.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Профилактику офтальмии всем новорожденным в течение 1-го часа жизни проводят с применением 0,5% эритромициновой или 1% тетрациклиновой мази соответственно инструкции применения.

ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №**620**)

Ранний послеродовый период предусматривает наблюдение за общим состоянием родильницы, сокращением матки и характером выделений из родовых путей в течение 2 часов в родильном зале и в течение 2 часов в послеродовой палате каждые 15 минут.

Совместное пребывание матери с ребенком



ПРИНЦИП ВЕДЕНИЯ НОРМАЛЬНЫХ РОДОВ (согласно приказа МОЗ Украины №620)

Измерение температуры тела у роженицы осуществляется с учетом особенностей послеродового периода. Во время измерения температуры тела женщина находится в положении на боку, термометр находится в подмышечной ямке противоположной стороны.

КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ РОДОВ

Самым продолжительным является I период родов (период раскрытия). У первородящих (по разным данным) он продолжается 10-11 ч, а у повторнородящих 6-7 ч.

Признаками начала I периода являются регулярные схватки, приводящие к структурно-морфологическим изменениям шейки матки (укорочение, сглаживание, раскрытие).

У части женщин началу родов предшествует прелиминарный период («ложные роды»), который длится не более 6 ч и характеризуется появлением нерегулярных по частоте, длительности и интенсивности сокращений матки, не сопровождающихся выраженными болевыми ощущениями и не вызывающих дискомфорта в самочувствии беременной.

У некоторых женщин
прелиминарный период может
плавно переходить в I период
родов, у других — спонтанно
прекращаться и
возобновляться через сутки и
более.

В начале периода раскрытия схватки становятся регулярными, хотя все еще относительно редкими (через 15 мин), слабыми и короткими (15—20 сек по пальпаторной оценке).

На основании оценки длительности, частоты, интенсивности схваток, маточной активности, темпа раскрытия шейки и продвижения головки во время I периода родов выделяют три фазы:

- 1 фаза
- 2 фаза
- 3 фаза

1 фаза (латентная) –

начинается с регулярных схваток и продолжается до 4 см раскрытия маточного зева.

Скорость раскрытия шейки матки
0,35 см/ч.

2 фаза (активная) –

характеризуется усилением родовой деятельности. Раскрытие маточного зева прогрессирует от 4 до 8 см.

Скорость раскрытия шейки матки 1,5—2 см/ч у первородящих и 2—2,5 см/ч у повторнородящих.

3 фаза «замедления» -

характеризуется некоторым замедлением и заканчивается полным раскрытием маточного зева.

Скорость раскрытия шейки матки
1—1,5 см/ч.

Схватки обычно
сопровождаются болевыми
ощущениями, степень которых
различна и зависит от
функциональных и
типологических особенностей
нервной системы роженицы.

Может наблюдаться несвоевременно излитие околоплодных вод:

- преждевременное
- раннее
- запоздалое

II период родов— изгнание
плода из полости матки.

После излития околоплодных
вод родовая деятельность на
некоторое время ослабевает, а
затем вновь возобновляется.

Сила и продолжительность схваток нарастают, а интервал между ними сокращается, на высоте каждой схватки к сокращениям матки присоединяется сокращение мышц брюшного пресса - возникают потуги. Под влиянием все усиливающихся схваток и потуг головка плода проходит через родовой канал и опускается на тазовое дно.

Если предлежащая часть находится на тазовом дне, у роженицы появляется непреодолимое желание тужиться.

Пульс учащается, артериальное давление несколько повышается. При дальнейших поступательных движениях головки (или тазового конца) во время потуг начинает выпячиваться промежность, зиять заднепроходное отверстие и раскрываться половая щель.

На высоте одной из потуг из
зияющей половой щели
появляется нижний полюс головки,
который скрывается в половой
щели после окончания потуги.

При новой потуге весь процесс
вновь повторяется.

Появление головки из половой щели только во время потуг называется

врезыванием

головки, идет образование точки фиксации (подзатылочная ямка при переднем виде затылочного вставления).

С этого момента под влиянием
продолжающихся потуг
начинается

прорезывание головки.

С каждой новой потугой головка
плода все больше выходит из
половой щели.

После рождения теменных бугров через половую щель проходит лоб и личико плода.

На этом заканчивается рождение головки плода.

Головка плода прорезалась (родилась), это соответствует окончанию ее разгибания.

После рождения головка совершает наружный поворот соответственно биомеханизму родов.

При первой позиции личико поворачивается к правому бедру матери, при второй позиции — к левому.

После наружного поворота головки переднее плечико задерживается у лобка и рождается заднее плечико, затем весь плечевой пояс и все туловище плода вместе с изливающимися из матки задними водами.

Задние воды могут содержать частицы сыровидной смазки, иногда примесь крови из небольших разрывов мягких тканей родовых путей.

Новорожденный начинает дышать, громко кричать, активно двигать конечностями. Кожа его быстро розовеет.

Период изгнания у
первородящих
продолжается от 1 ч до 2 ч,
у повторнородящих — от 15
мин до 1 ч.

III период родов (последовый)

является самым
коротким.

Дно матки после рождения плода находится на уровне пупка. Во время каждой последовой схватки матка становится плотной, более узкой, постепенно уплощается, и дно ее поднимается вверх (выше пупка) и отклоняется вправо.

Это указывает на отделение
плаценты от плацентарной
площадки. У роженицы
появляются потуги, и послед
рождается.

Из родовых путей выделяется около 250 мл крови. Если плацента отделялась с центра (рождалась по Шультцу), то кровь (ретроплацентарная гематома) выделяется вместе с последом .

Если отделение плаценты
начиналось с края, часть крови
выделяется до рождения
последа, а часть - вместе с
НИМ.

Кровопотеря является физиологической, если она не оказывает отрицательного влияния на организм женщины и составляет 0,5% от массы тела роженицы, но не более 400 мл.

После рождения последа матка резко сокращается. Она возвращается в срединное положение, выступает через переднюю брюшную стенку в виде плотного округлого образования. Дно ее находится по средней линии между пупком и лобком.

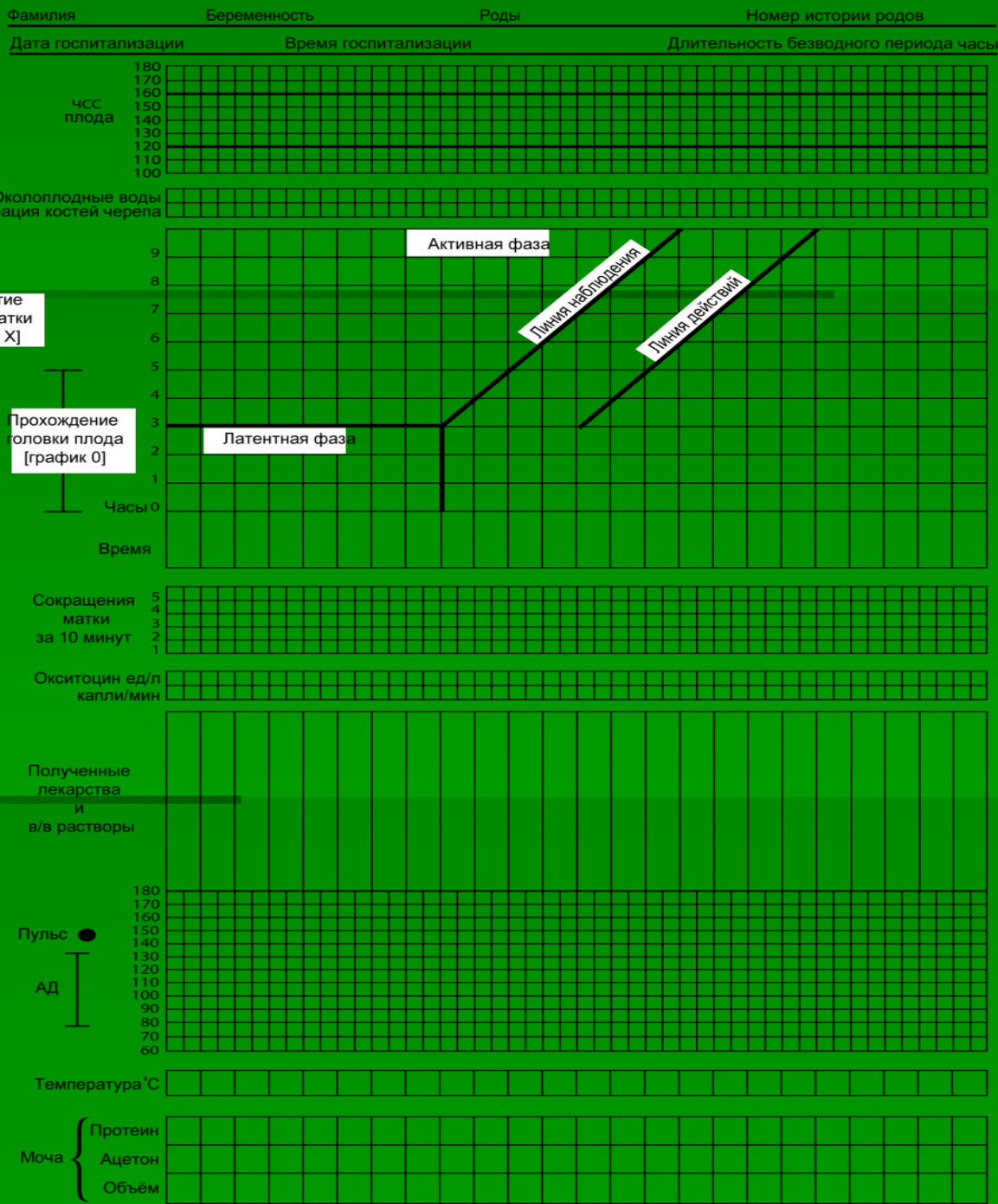
Продолжительность
последового периода
составляет 10-12 мин,
максимально допустимая –
30 мин.

Партограмма

Партограмма – это графическая запись хода родов, состояния роженицы и плода, предназначенная для записи информации о результатах наблюдения во время родов за состоянием матери, плода, процессами раскрытия шейки матки и продвижения головки плода.

Партограмма позволяет четко различать нормальный ход родов от патологического и определять период осложнения родов, при которых требуются вмешательства.

Партограмма



партограмма
ВОЗ, 1988 год

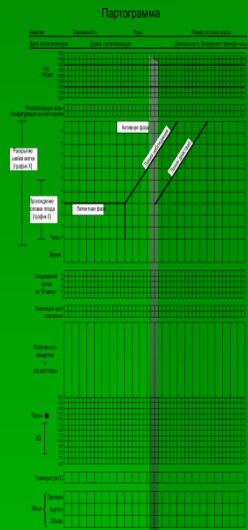
Партограмма состоит из трех основных компонентов, которые отображают 7 таблиц:

- I - состояние плода – частота сердечных сокращений, состояние плодного пузыря и околоплодных вод, конфигурацию головки (табл. 1, 2).
- II - ход родов – темп раскрытия шейки матки, опускания головки плода, сокращения матки, режим введения окситоцина (табл. 3, 4, 5).
- III - состояние женщины – пульс, артериальное давление, температура, моча (объем, белок, ацетон), лекарства, что вводятся во время родов (табл. 6, 7).

Заполнение партограммы
начинается при условии
отсутствия осложнений
беременности, которые
требовали бы срочных
действий.

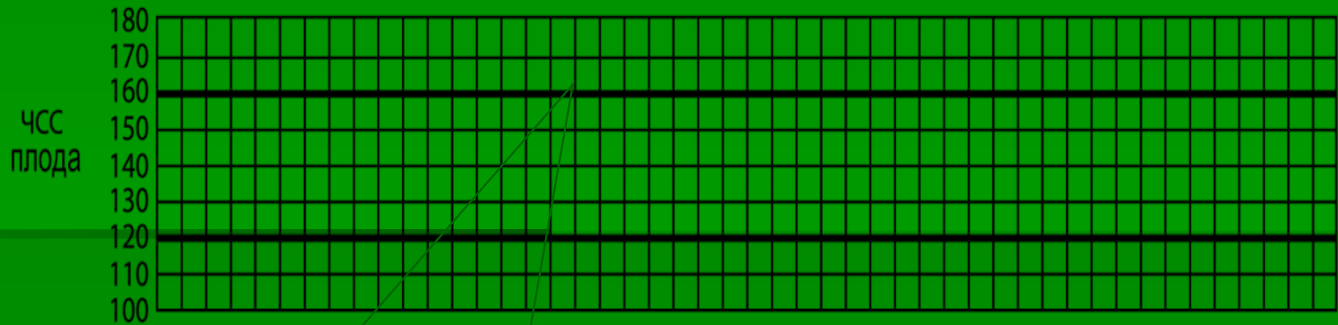
Паспортная часть содержит информацию о фамилии, имени и отчества роженицы, количество беременностей, родов, название лечебного учреждения, дату и время госпитализации, время разрыва плодных оболочек, № истории родов.

Общая информация



Партограмма

Фамилия **Бойко** Беременность **3** Роды **2** Номер истории родов **425**
И. Дата госпитализации **12.04.06** Время госпитализации **16:35** Длительность безводного периода **5 часов**



Околоплодные воды
Конфигурация костей черепа

II - Состояние плода

Частота сердечных сокращений

Околоплодные воды и конфигурация головки плода (таб. №2)

Околоплодные воды

- I – целый плодный пузырь
- С – прозрачные околоплодные воды
- В – окрашенные кровью околоплодные воды
- М – окрашенные меконием околоплодные воды

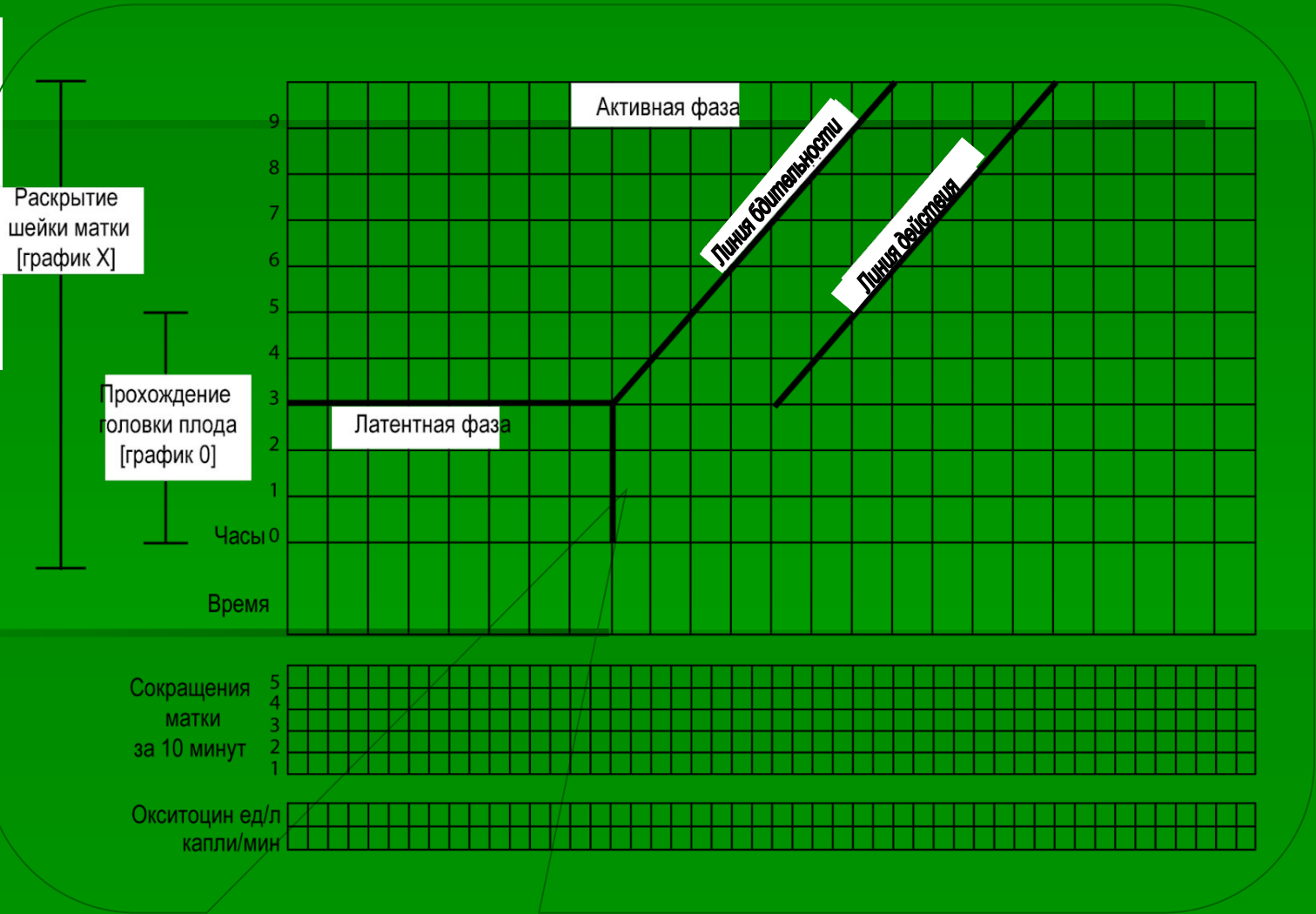
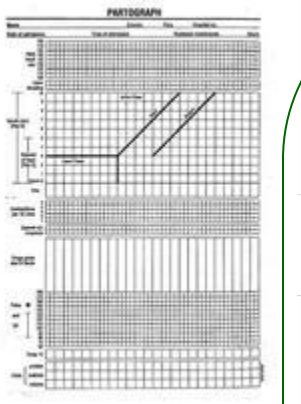
Конфигурация головки плода

- 0 – конфигурация отсутствует (соединительная ткань легко определяется между краями костей черепа)
- + Кости слегка касаются друг друга
- ++ Кости находят друг на друга
- +++ Кости значительно находят друг на друга

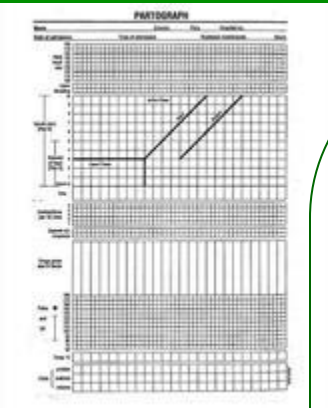
II - Течение родов

Раскрытие шейки матки и
продвижения головки плода
(таб. №3)

Раскрытие шейки матки

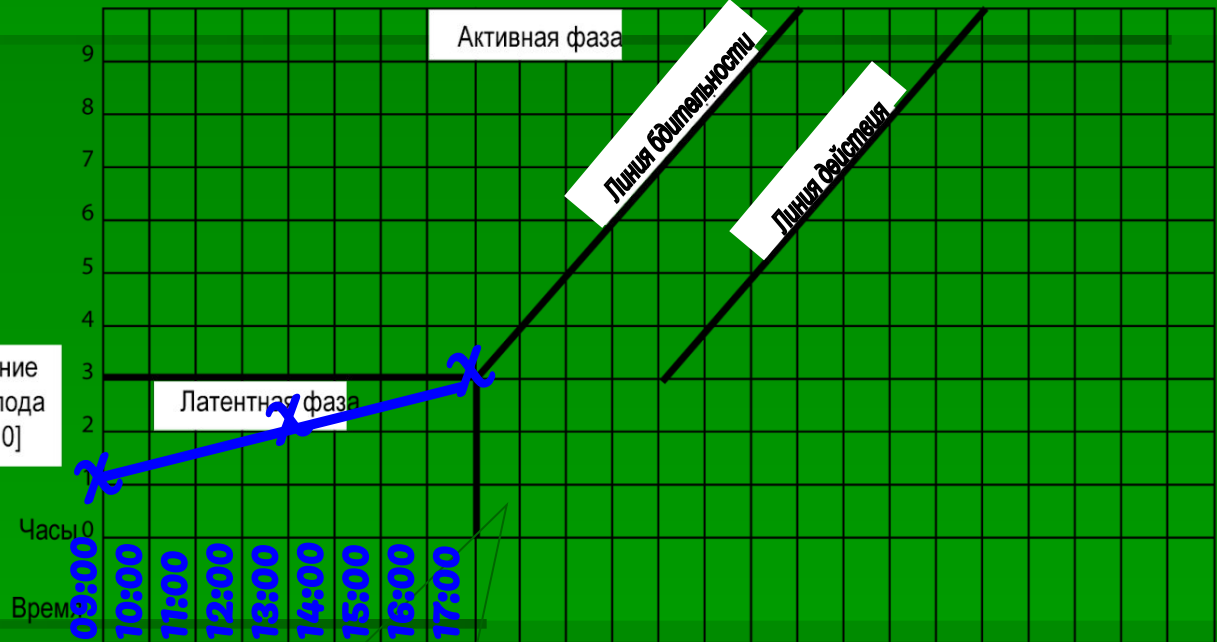


Раскрытие шейки матки: латентная фаза



Раскрытие
шейки матки
[график X]

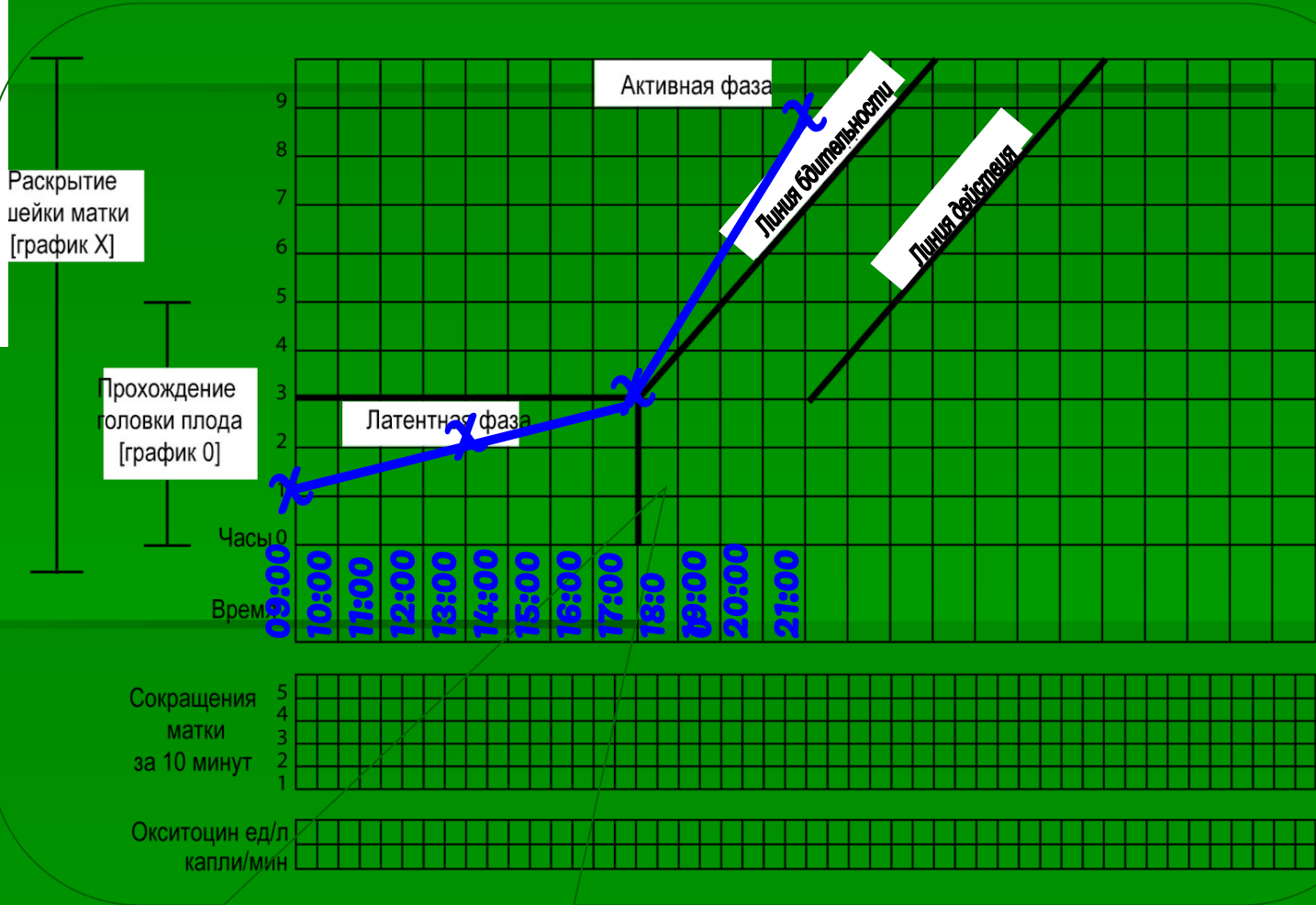
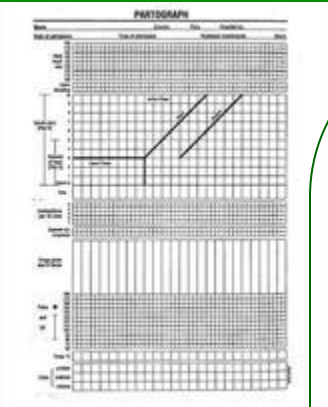
Прохождение
головки плода
[график 0]



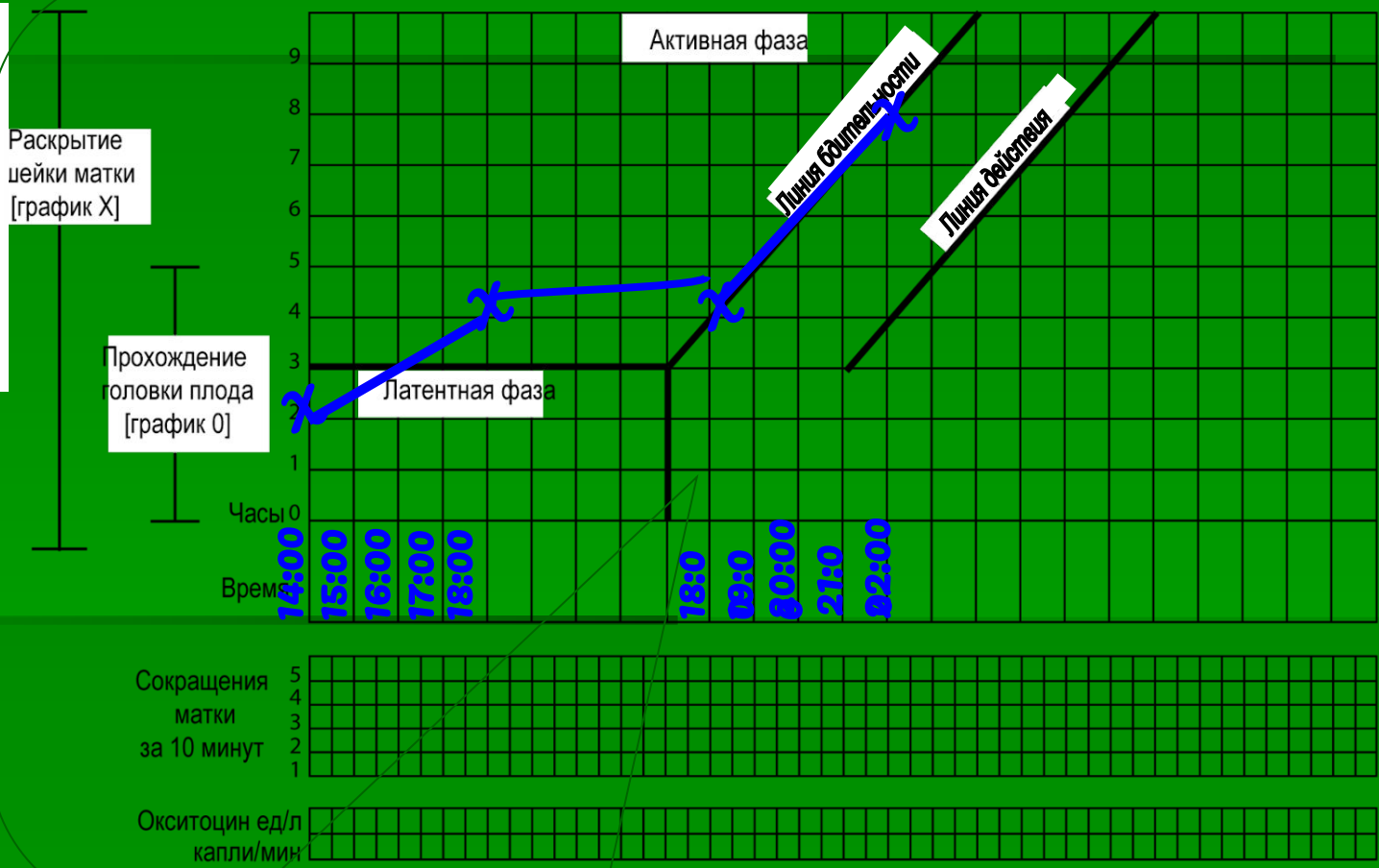
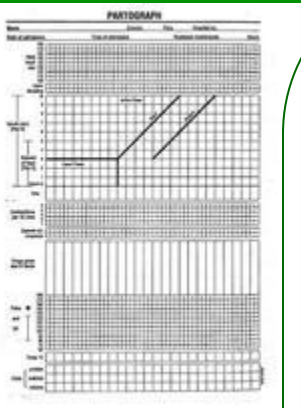
Сокращения
матки
за 10 минут

Окситоцин ед/л
капли/мин

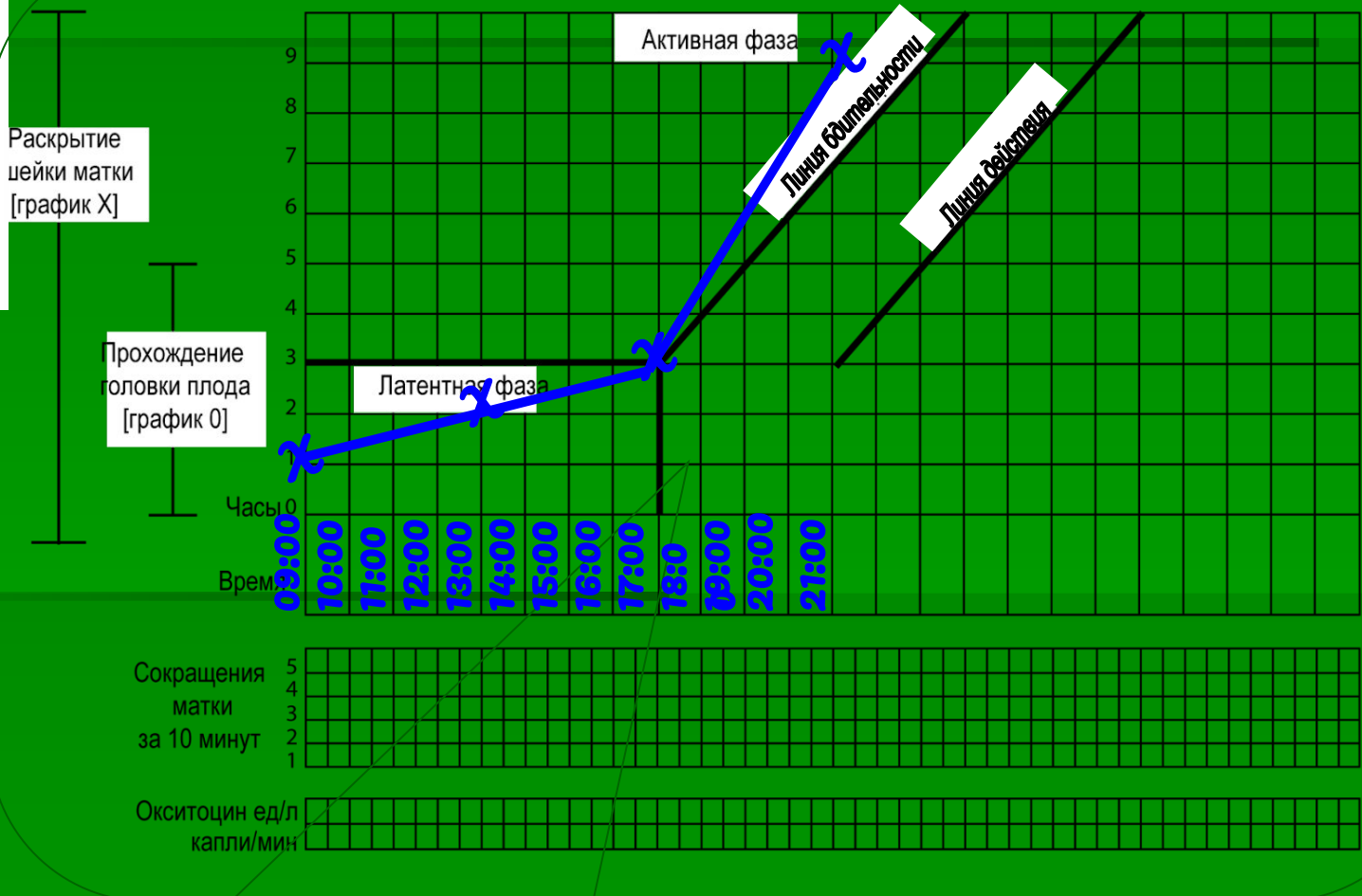
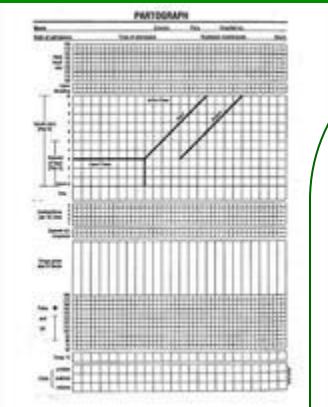
Раскрытие шейки матки: переход в активную фазу (1)



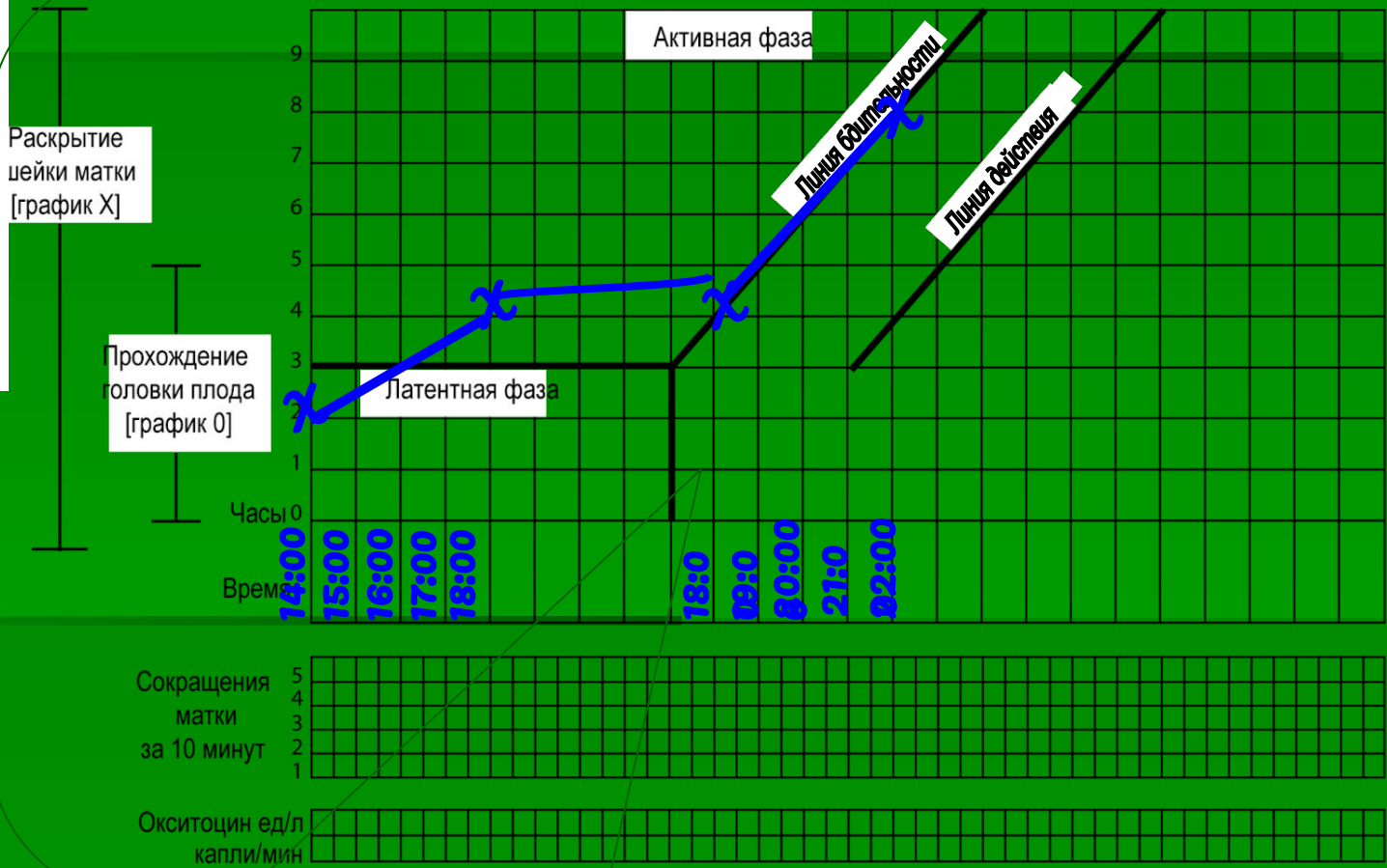
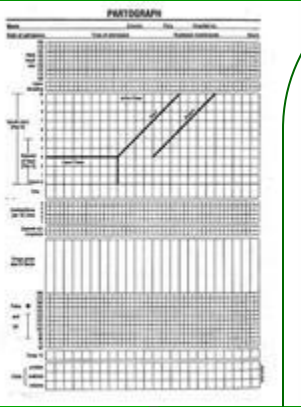
Раскрытие шейки матки: переход в активную фазу (2)



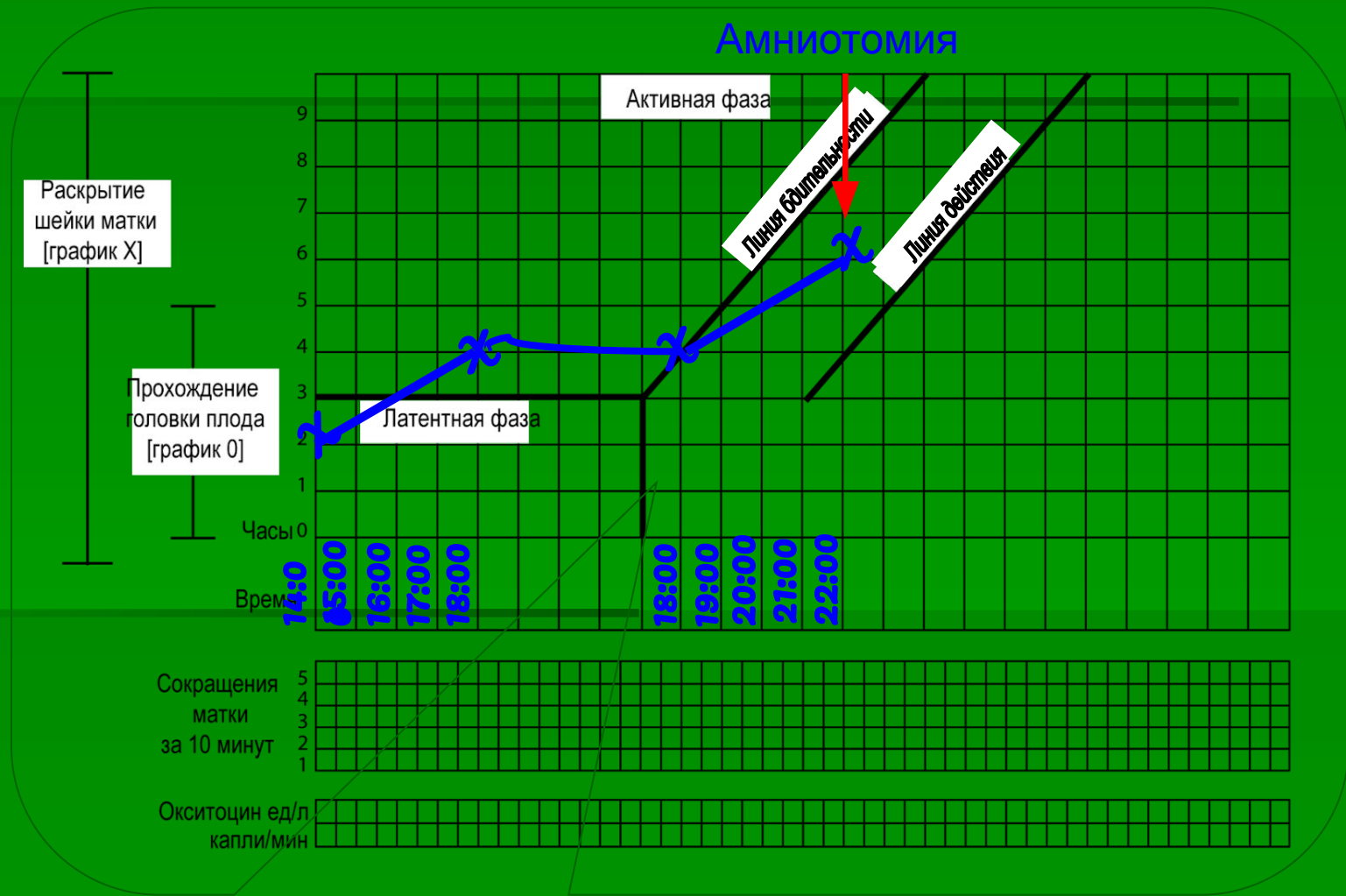
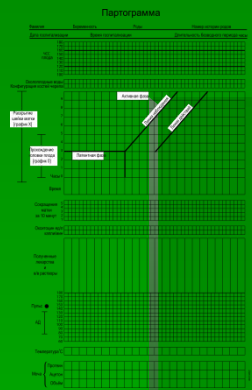
Активная фаза: слева от Линии бдительности



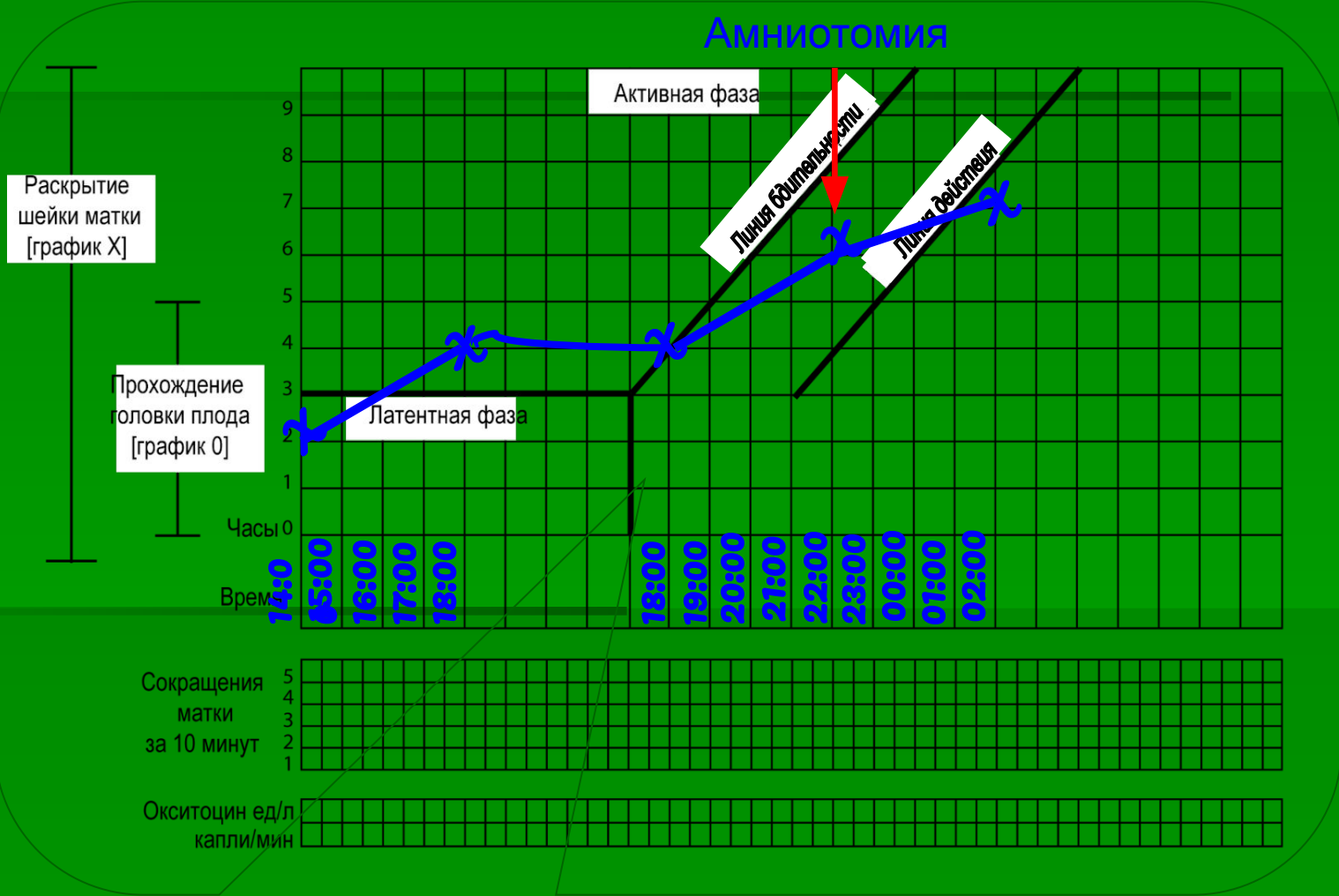
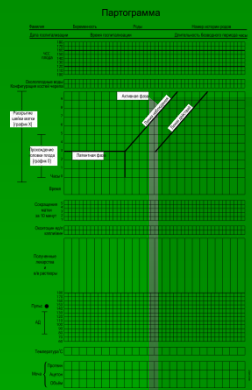
Активная фаза: на Линии бдительности



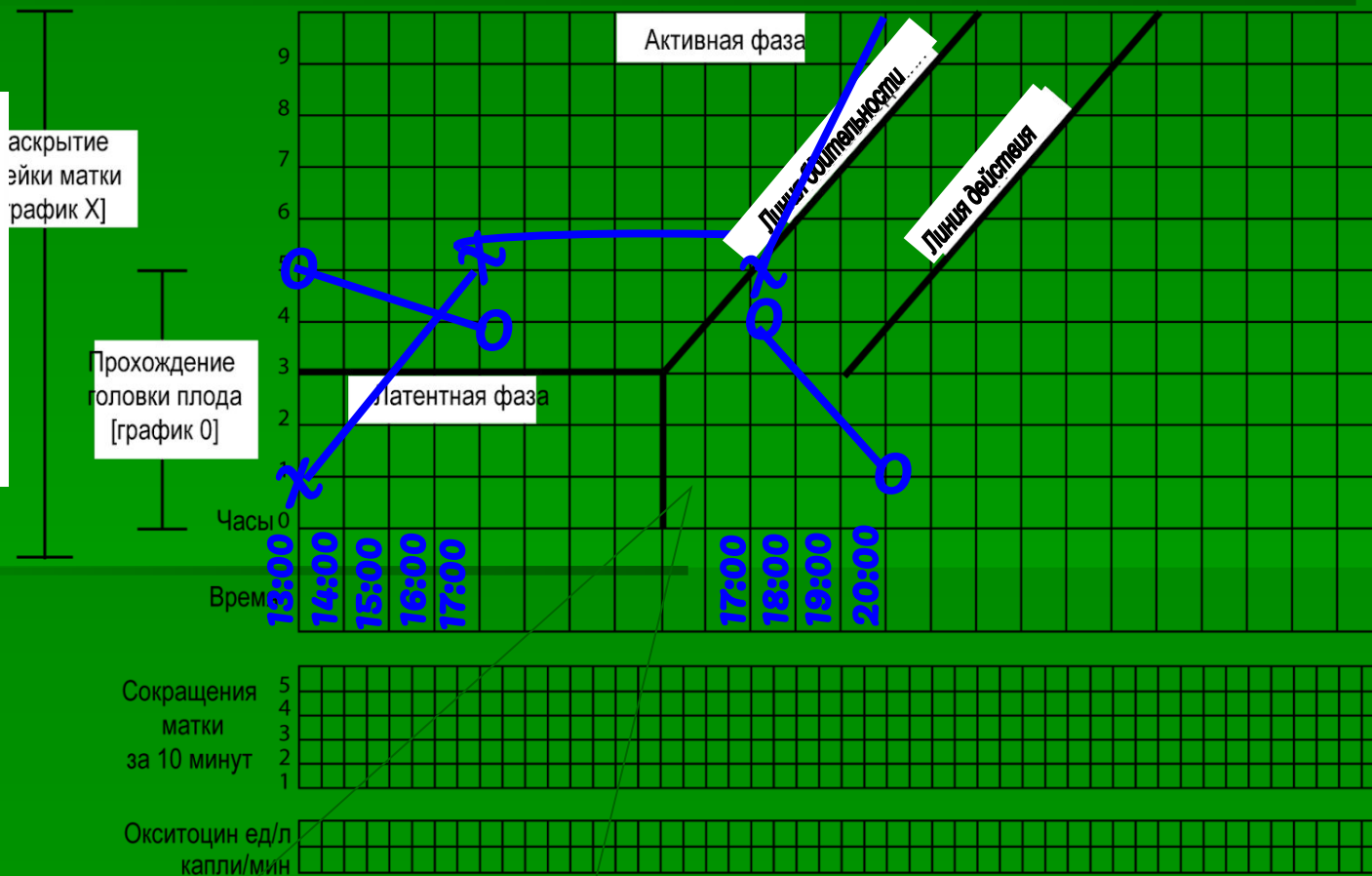
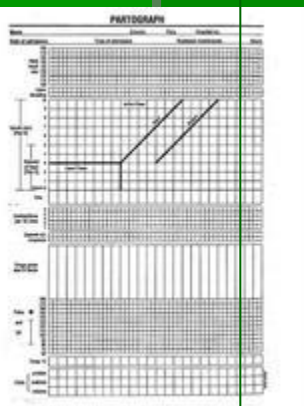
Активная фаза: справа от Линии бдительности



Активная фаза: справа от Линии действия



Отображение продвижения головки плода



При условии нормального течения родов, графическое изображение раскрытия шейки матки не заходит вправо за линию тревоги. Если это происходит, то считается, что необходимо провести критическую оценку причины задержки и принять решение относительно соответствующего лечения такого состояния.

Когда женщина поступает в активной фазе первого периода родов, степень раскрытия шейки матки наносится на линию тревоги. При условии удовлетворительного хода родов отображения процесса раскрытия будет на линии тревоги или слева от нее.

В случаях, когда длительность родов в латентной фазе менее 8 часов, отображение процесса родов следует сразу перенести пунктирной линией из области латентной фазы в область активной фазы на линию тревоги.

б) опускание головки плода может не наблюдаться, пока шейка матки не раскроется приблизительно на 7 см.

Для определения отношения головки плода к плоскости входа в малый таз внешним акушерским исследованием (рис. слайда 137) используется метод пальпации головки плода над симфизом и ширина пальцев акушера, количество которых отвечает степени вставления головки плода в малый таз – (отражается знаком - 0).

5/5

4/5

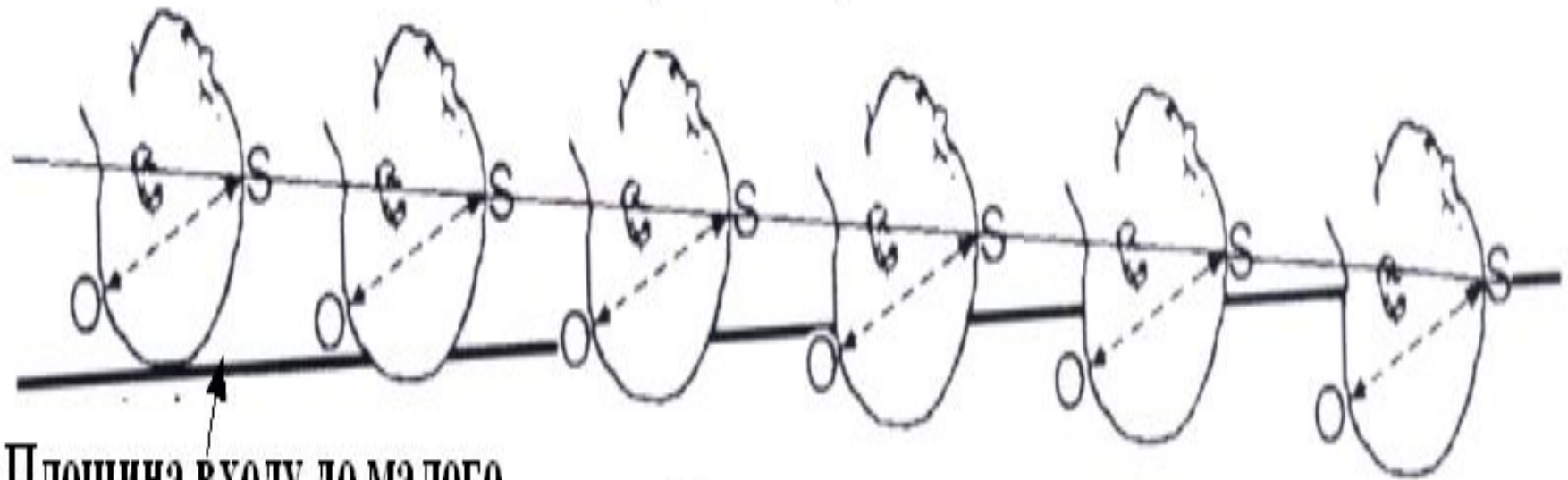
3/5

2/5

1/5

0/5

Передня черевна стінка

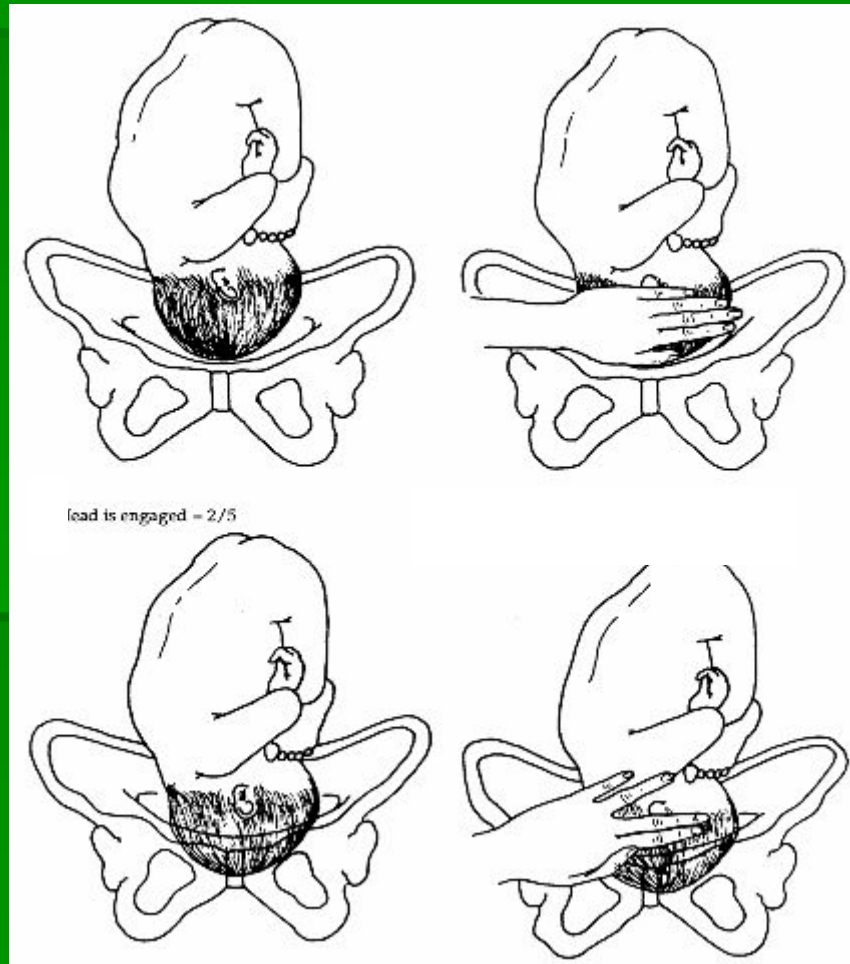


Площина входу до малого тазу

Порожнина тазу

Продвижение головки плода, определяемое посредством наружного осмотра

**Головка над
входом в таз**



**Головка
пальпируется
на ширину 5
пальцев над
верхним
краем
симфиза - 5/5**

**Головка
большим
сегментом
во входе в
таз**

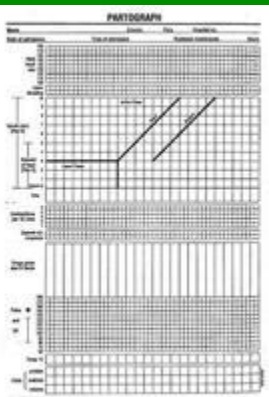
**Головка
пальпируется
на ширину 2
пальцев над
верхним краем
симфиза - 2/5**

Этот метод является более надежным чем внутреннее исследование в случае формирования большого отека передлежащей части головки плода. Отношение нижнего полюса головки плода к *lin. Interspinalis* определяется в случае проведения внутреннего акушерского исследования.

Таблица 4.

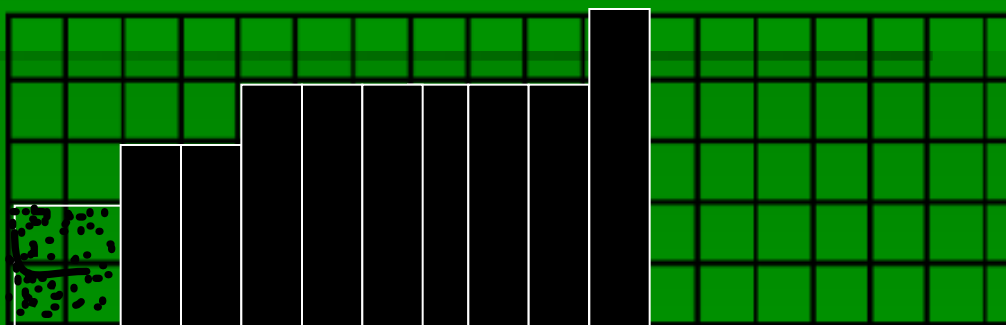
Каждый квадрат отвечает 1 схватке. Наблюдения за схватками проводятся еже часно в латентной фазе и каждые 30 минут в активной фазе. Частота схваток подсчитывается за 10 минут наблюдения в секундах.

Отображение схваток

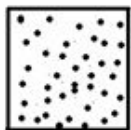


Сокращения
матки
за 10 минут

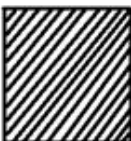
5
4
3
2
1



Окситоцин ед/л
капли/мин



Менее 20 секунд

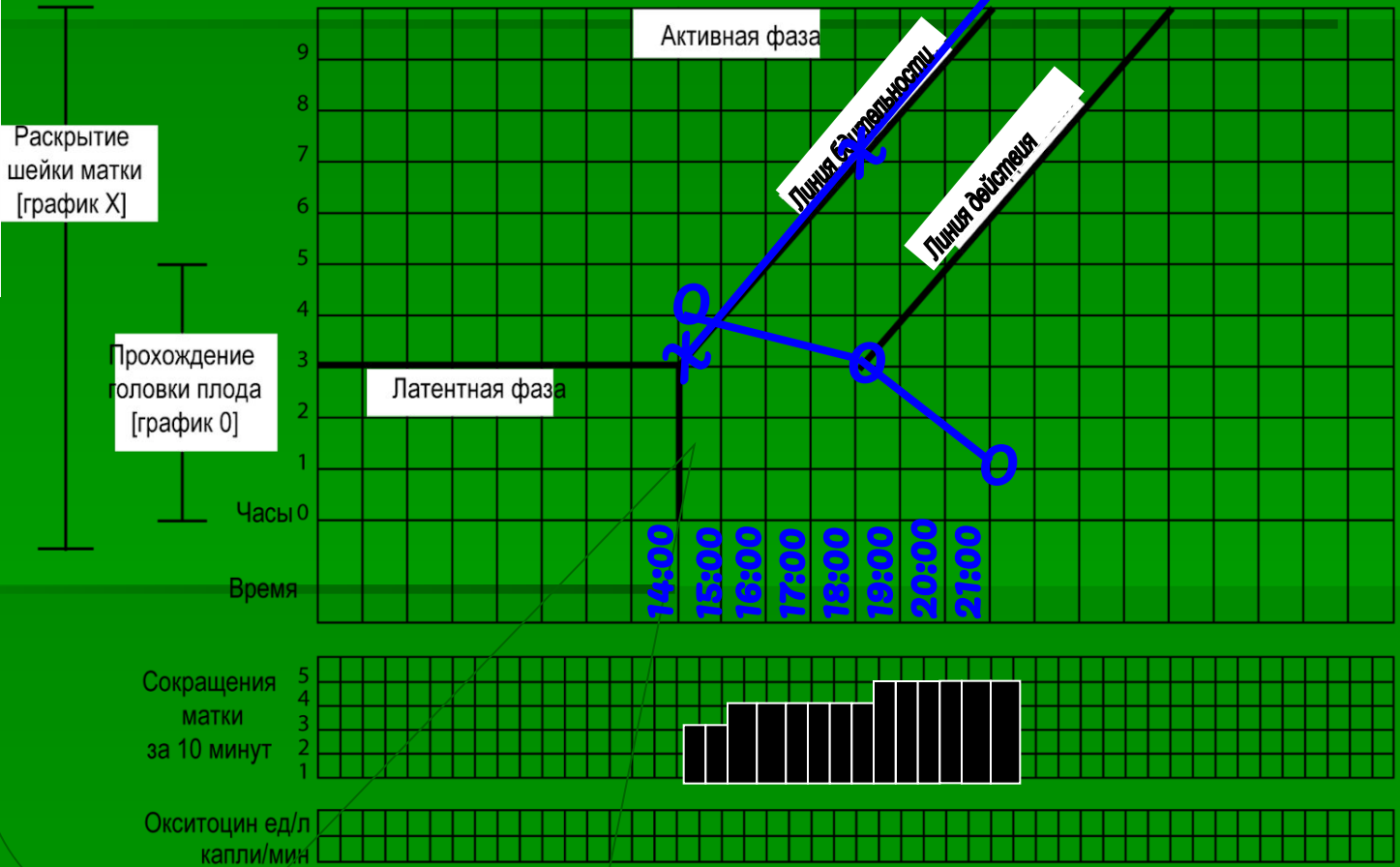
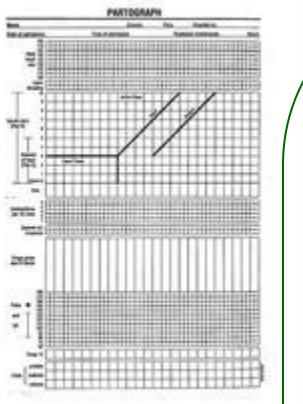


- 20 - 40 секунд



- Более 40 секунд

Отображение схваток



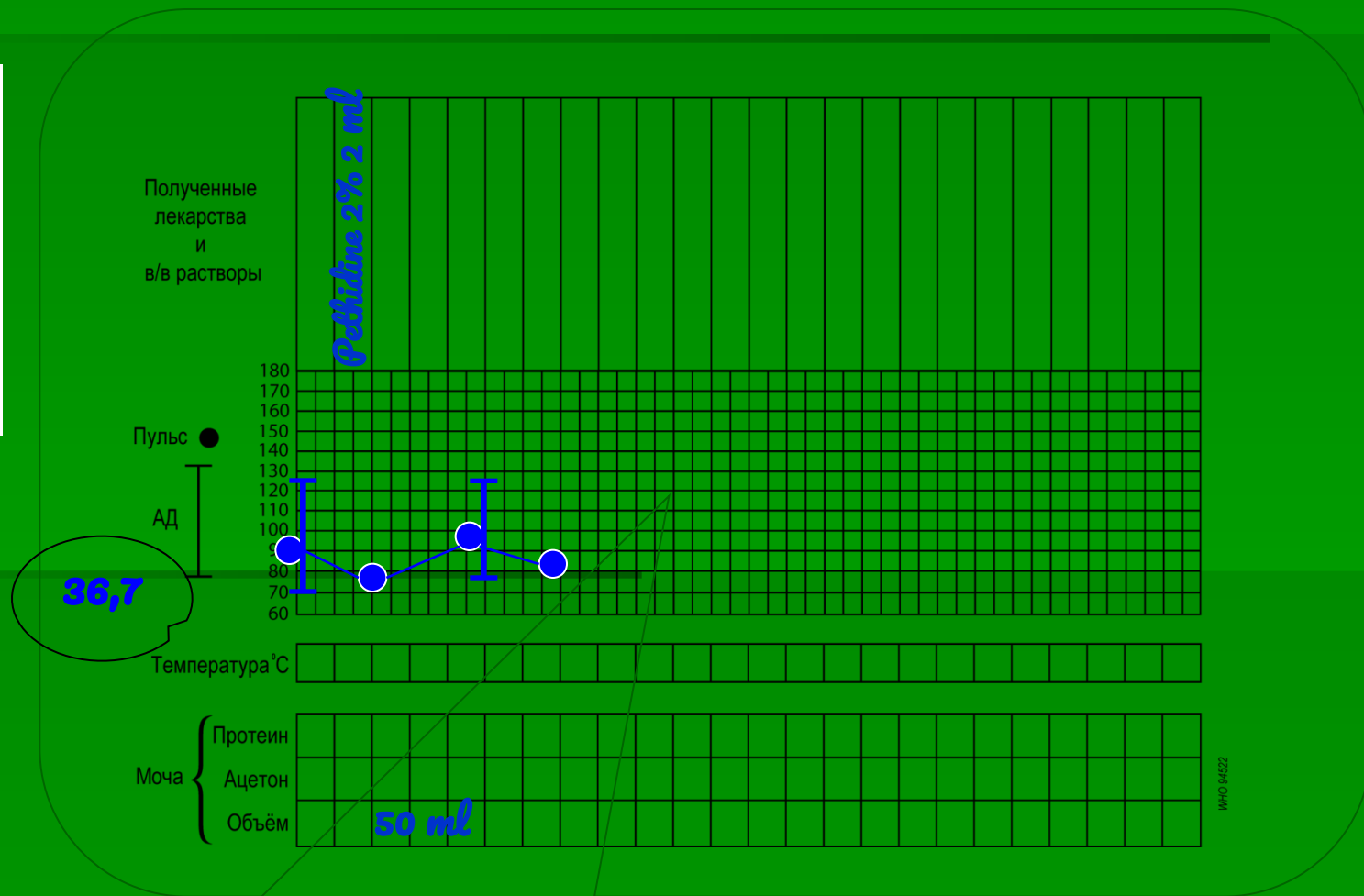
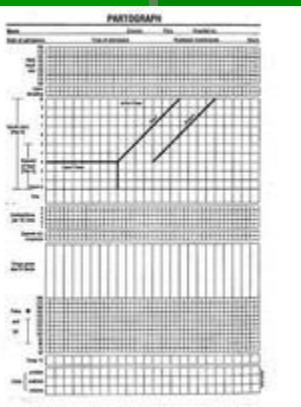
Для того, чтобы начать заполнение партограммы, следует убедиться, что у женщины наблюдается достаточное количество схваток. В латентной фазе – 1 или больше схваток в течение 10 мин., каждая из которых продолжается 20 сек. или дольше. В активной фазе – 2 или больше - за 10 мин. длительностью 20 сек. или дольше.

Таблица 5 заполняется в случае стимуляции родовой деятельности. Каждые 30 минут записывается количество капель окситоцина в минуту. Записывается доза и способ введения утеротонического средства.

III - Состояние женщины

Таблица 6 заполняется в случае применения других медикаментов.

Информация о состоянии матери во время родов



Литература:

- Бодяжина В.И., Жмакин К.Н., Кирющенко А.П. Акушерство.-М.:Медицина,1986.-496с.
- М.Энкин, М.Кейрс и др. Руководство по эффективной помощи при беременности и рождении ребенка. Перевод с английского под ред. А.В.Михайлова, Санкт-Петербург: Издательство «Петрополис», 2003г.-480с.
- Обобщение книги «Искусственная перфорация оболочек», Christine Henderson, 1990.
- Охрана здоровья матери в Канаде, США и Санкт-Петербурге (1993-1997 цифры)
- Приказ МОЗ Украины №620 от 29.12.2003г
- Рекомендации ВОЗ по соответствующей технологии родовспоможения, Форталеза, Бразилия, 22-26 апреля, 1985.
- Физиологическое акушерство. Михайленко Е.Т., Бублик-Дорняк Г.М. М.-2-е изд., испр. И доп.- Киев: Вища школа. Головное изд-во, 1982.-368с.
- Care of the mother and baby at the health centre: a practical guide. Geneva, World Health Organization, 1994
- Chalmers B. Childbirth in eastern Europe. Midwifery, 13: 2–8 (1997).
- Chalmers B. The WHO recommendations for birth revisited. British journal of obstetrics and gynaecology, 99: 709–710 (1992).
- Chalmers B. и Wolman W. Социальная поддержка во время родов – обзор выбранного материала, J. Psychosom. Obstract. Gyneacol., 14, 1-15, 1989.
- Education for safe motherhood, Module 2 – Post partum haemorrhage. Geneva, World Health Organization, 1994.
- Hofmeyr G.F., Nikodem V.C., Wolman W., Chalmers B., Kramer T. Сопровождение как изменение в вопросе клинических родов: влияние на прогресс и восприятие родов, а также на грудное вскармливание. Британский журнал Акушерства и Гинекологии, 98, 756-764, 1991.
- Home based maternal records: guidelines for development, adaptation and evaluation. Geneva, World Health Organization, 1994.