Текст лекции по теме занятия №5: Роды, течение и ведение, обезболивание родов.

Изучаемые вопросы:

1. Клиническое течение первого, второго, третьего периода родов:

- характеристика нормальных родов

- причины наступления родов

- предвестники родов

- периоды родов и их продолжительность

- родовые изгоняющие силы

- механизм родов (биомеханизм родов при затылочных предлежаниях)

1. Тактика ведения первого периода родов и уход за роженицей:

- принципы ухода за роженицей

- организация ухода за роженицей

- оказание психологической помощи

- оформление медицинской документации

1. Тактика ведения второго периода родови уход за роженицей:

- принципы ухода за роженицей

- организация ухода за роженицей

- оказание психологической помощи

- оформление медицинской документации

1. Тактика ведения третьего периода родови уход за роженицей:

- принципы ухода за роженицей

- организация ухода за роженицей

- оказание психологической помощи

- оформление медицинской документации

1. Лечебно - тактические мероприятия при обезболивании родов

- современные методы обезболивания родов

- показания и противопоказания к применению лекарственных средств для обезболивания родов

1. Клиническое течение первого, второго, третьего периода родов

*Роды* — сложный безусловный рефлекторный акт, направленный на изгнание плода из полости матки после достижения им жизнеспособности.

Срочными считают роды на 37 -42-й неделе беременности.

*Характеристика нормальных родов*(Протокол ведения родов в затылочном предлежании):

• одноплодная беременность;

• головное предлежание;

• соразмерность головки плода и таза матери;

• здоровье плода при нормальном функционировании плаценты;

• доношенная беременность (38–40 нед);

• координированная родовая деятельность, не требующая коррекции;

• нормальный механизм родов, соответствующий костному тазу;

• своевременное излитие околоплодных вод ( при раскрытии шейки матки на 6–8 см — активная фаза I периода родов);

• отсутствие акушерского травматизма;

• продолжительность родов: у первородящих — от 7 до 14 часов, у повторнородящих — от 5 до 12 часов;

• отсутствие у ребёнка гипоксических, травматических или инфекционных осложнений, аномалий развития или уродств;

• физиологическая кровопотеря не выше 0,5% массы тела роженицы.

С клинической точки зрения роды делят на*три периода*: раскрытие маточного зева, изгнание плода и последовый период.

Завершение внутриутробного развития плода происходит на 38–40 неделе беременности.

*Причины наступления родов*.

*Подготовка организма матери* к раскрытию маточного зева и запуску родовой деятельности включает в себя структурные изменения тканей шейки матки, её нижнего сегмента, а также миометрия.Происходят изменения в системе гемостаза за счёт усиления коагуляции для ограничения кровопотери при отделении плаценты.

В подготовке организма беременной к родам имеет значение изменение функционирования нервной системы. Доминанту беременности в центральной нервной системе сменяет очаг возбуждения, тормозящий менее нужные реакции (пищевые и оборонительные). Клинически это проявляется в повышенной сонливости, снижении аппетита, потере массы тела до 1 кг в течение 7 дней до родов, неустойчивости настроения.

Появляются подготовительные (предвестниковые) сокращения матки, которые безболезненны и разделены большими интервалами между отдельными сокращениями.

Подготовительные схватки могут продолжаться несколько часов и даже дней. Тонус матки при этом остаётся нормальным. Схватки-предвестники *(«ложные схватки»)* — отдельные координированные схватки, в результате которых происходит постепенное укорочение шейки матки. Подготовительные схватки возникают чаще всего ночью, в состоянии покоя. Происходит размягчение шейки матки, резко укорачивающейся и занимающей центральное положение по проводной оси таза.

*Предвестники родов* — это симптомы, наступающие за месяц или две недели до родов. К предвестникам родов относят: перемещение центра тяжести тела беременной кпереди, отклонение при ходьбе головы и плеч назад («гордая поступь»), уменьшение объёма околоплодных вод. Предлежащая часть плода плотно фиксируется во входе малого таза. Шейка матки приобретает мягкость, эластичность и растяжимость, что отражает готовность системы «мать- плацента– плод» к процессу родов. Из влагалища выступают слизисто-сукровичные выделения (секрет желёз шейки матки)- слизистая пробка.

Протекание родовой деятельности зависит от готовности организма к родам. Готовность организма определяют степенью «зрелости» шейки матки и чувствительности миометрия к утеротоническим средствам.

«Зрелость» шейки матки — главный критерий готовности к родам.

При *оценки «зрелости» шейки матки* принимают во внимание следующие параметры:

● консистенция шейки матки;

● длина влагалищной части и шеечного канала матки;

● степень проходимости шеечного канала;

● расположение и направление оси шейки матки в полости малого таза;

● состояние нижнего сегмента матки и толщина стенки влагалищной части шейки матки.

*Признаки начала родов*: появление регулярных маточных сокращений с частотой не менее 1 в 10 минут, сглаживание и/или раскрытие шейки матки.

Периоды родов и их продолжительность

В *первом периоде* родов происходит раскрытие шейки матки. Родовые изгоняющие силы в 1 периоде родов – схватки. Родовая схватка отличается от подготовительной частотой (1–2 схватки за 10 мин), а также силой сокращения матки (возрастает амплитуда схватки). Родовые схватки вызывают сглаживание и раскрытие шейки матки. Промежуток от начала одной схватки до начала другой называют маточным циклом. Длительность маточного цикла равна 2–3 мин.

Во время схватки в мышечной стенке матки одновременно происходит сокращение всех мышечных волокон — контракция, а также их смещение по отношению друг к другу — ретракция. В результате контракции иретракции миометрия происходит формирование нижнего сегмента матки, сглаживание шейки матки и раскрытие цервикального канала.

Околоплодные воды оттекают вниз к предлежащей части плодных оболочек, что способствует усилению схваток.Околоплодные воды условно делят на передние, расположенные ниже уровня соприкосновения, и задние — выше данного уровня.

Укорочение и сглаживание шейки матки у рожавших и первородящих женщин происходит по-разному. У первородящих перед родами наружный и внутренний зев закрыты. Происходит раскрытие внутреннего зева, укорочение шеечного канала и шейки матки, а затем постепенное растяжение канала шейки матки, укорочение и сглаживание шейки.Закрытый до того наружный («акушерский») зев начинает раскрываться.

Раскрытие и сглаживание шейки матки происходит одновременно.Своевременный разрыв плодного пузыря происходит при полном или почти полном раскрытии маточного зева.

Разрыв плодного пузыря до родов называют преждевременным, а при неполном раскрытии шейки матки (до 6 см) —ранним.

В связи с неравномерностью процесса раскрытия шейки матки и продвижения плода по родовому каналу различают несколько *фаз* I периода родов:

● I Латентная фаза: начинается с установления регулярного ритма схваток и заканчивается сглаживанием шейки матки и раскрытием маточного зева на 3–4 см. Продолжительность фазы около 5–6 часов. Фазу называют «латентной», потому что схватки в этот период безболезненные или малоболезненные.У первородящих латентная фаза всегда длиннее, чем у повторнородящих.

● II Активная фаза: начинается после раскрытия маточного зева на 4 см. Характерна интенсивная родовая деятельность и довольно быстрое раскрытие маточного зева. Средняя продолжительность фазы составляет 3–4 часа.Плодный пузырь должен самостоятельно вскрываться на высоте одной из схваток при открытии шейки матки более 5 см. При этом изливается около 150-250 мл светлых и прозрачных околоплодных вод.

● III Фаза замедления: длится от раскрытия шейки матки на 8 см до полного раскрытия. У первородящих длительность составляет от 40 минут до 2-х часов. У повторнородящих фаза может отсутствовать. Клиническое проявление данной фазы не всегда выражено, но её выделение необходимо для избежания необоснованного назначения родостимулящии, если в период раскрытия шейки от 8 до 10 см возникнет впечатление, что родовая деятельность ослабла.

Первый период родов длится от начала первых регулярных схваток (не реже 1 в 10 минут) до полного раскрытия шейки матки и является наиболее продолжительным.

У первородящих он составляет от 5-6 до 14 часов, а у повторнородящих от 4-5 до 9 часов

Биомеханизм родов.

Биомеханизм родов -совокупность поступательных движений, совершаемых плодом при прохождении через родовые пути матери.

В нём выделяют 4 момента:

• сгибание головки;

• внутренний поворот головки;

• разгибание головки;

• внутренний поворот туловища, наружный поворот головки.

Полное раскрытие шейки матки свидетельствует о начале *II периода родов*— изгнания плода из полости матки. После излития околоплодных вод родовая деятельность на некоторое время ослабевает, а затем вновь возобновляется. Стенки матки начинают плотно облегать плод. Сила и продолжительность схваток нарастают, а интервал между ними сокращается. На высоте каждой схватки к сокращениям матки присоединяется сокращение мышц брюшного пресса: возникают *потуги* – родовые изгоняющие силы. Желание тужиться появляется у роженицы, если предлежащая часть находится в полости малого таза. Под влиянием все усиливающихся схваток и потуг головка плода проходит через родовой канал и опускается на тазовое дно. Лицо роженицы во время потуг становится багрово-красным, шейные вены вздуваются, тело покрывается потом. Пульс учащается, артериальное давление несколько повышается. При дальнейших поступательных движениях головки (или тазового конца) в соответствии с *механизмом родов* во время потуг начинает выпячиваться промежность, зиять заднепроходное отверстие и раскрываться половая щель. Через некоторое время эти изменения остаются и в паузах между потугами. 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*. Оно свидетельствует об окончании внутреннего поворота головки, которая устанавливается в плоскости выхода из малого таза; идет образование точки фиксации. При дальнейшем течении родового акта головка плода оказывается настолько глубоко врезавшейся в половую щель, что остается там вне потуги. Такое положение головки свидетельствует об образовании *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. Вначале прорезывается (рождается) затылочная область плода. Затем в половой щели устанавливаются теменные бугры. Напряжение промежности в это время достигает максимума. Наступает самый болезненный, хотя и кратковременный момент родов. 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 *механизму родов*. При первой позиции личико поворачивается к правому бедру матери, при второй позиции — к левому. После наружного поворота головки переднее плечико задерживается у лобка, 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.

Продолжительность 2 периода родов у первородящих 30–60 минут, у повторнородящих — 15–20 минут. Потуга отличается от схватки тем, что к рефлекторному непроизвольному сокращению гладких мышц матки присоединяется рефлекторное сокращение поперечнополосатой скелетной мускулатуры брюшного пресса, диафрагмы, тазового дна. Сила потуг может произвольно регулироваться рожающей женщиной. для рождения плода достаточно 5–10 потуг. Во втором периоде происходит изменение формы головы плода — кости черепа плода конфигурируют для прохода через родовой канал. на головке возникает родовая опухоль — отёк кожи подкожной клетчатки, расположенной ниже внутреннего пояса соприкосновения. Возникновение родовой опухоли происходит после излития вод и только у живого плода. Опухоль самостоятельно рассасывается через несколько дней после родов.

Общая продолжительность первого и второго периодов родов в настоящее время у первородящих составляет в среднем 10–12 ч, у повторнородящих — 6–8 ч.

*В третьем периоде родов* происходит рождение последа. После рождения плода происходит резкое уменьшение объёма матки. Через5–7 мин после рождения плода на протяжении 2–3 схваток происходит отделение плаценты и изгнание последа. Перед этим дно матки расположено на уровне пупка. Несколько минут матка находится в состоянии покоя, возникающие схватки безболезненны. Кровотечение из матки незначительное или отсутствует. После полного отделения плаценты от плацентарной площадки дно матки поднимается выше пупка и отклоняется вправо, о чем свидетельствуют признаки отделения последа.

При появлении потуги происходит рождение последа. Кровопотеря при отделении последа не превышает 150–250 мл (0,5% массы тела роженицы). После рождения последа матка приобретает плотность, становится округлой, располагается симметрично, её дно находится между пупком и лоном.

1. Тактика ведения первого периода родов и уход за роженицей

Медицинская помощь женщинам в период родов оказывается в рамках специализированной.

В приемном отделении персонал должен:

1) Оценить состояние роженицы (удовлетворительное)

2) Выслушать сердцебиение плода

3) Измерить температуру тела, пульс, АД, осмотреть кожные покровы и слизистые

4) Провести антропометрию (вес, рост)

5) Собрать у роженицы анамнез и заполнить историю родов

6) При отсутствии анализов крови на ВИЧ – анализ крови ВИЧ- экспресс

7) Провести наружный акушерский осмотр (размеры матки, четыре приема наружного акушерсксго исследования (приемы Леопольда).

8) Провести измерение размеров таза

9) При отсутствии врача – внутреннее акушерское исследование в I периоде

Первый период родов роженица проводит в предродовой палате.Записи в истории родовпроизводят каждые 2 ч. Выслушивание сердцебиения плода при помощи стетоскопа производится после схватки в течение 30-60сек каждые 15 – 30 минут. Обязательно определение частоты, ритма и звучности сердечных тонов.

Кардиотокография может быть использована в прерывистом режиме (при поступлении в течение 40мин-1 часа, после излития околоплодных вод, после проведения обезболивания родов, при открытии маточного зева более 8см). Наблюдение за вставлением и продвижением головки плода по родовому каналу производят с помощью наружных приёмов пальпации, влагалищного исследования. Проведение влагалищного исследования обязательно при поступлении в родильный дом и излитии околоплодных вод.

*Диагностика излития околоплодных.* Околоплодные воды имеют щелочную реакцию и окрашивают тест-полоску в тёмно-синий цвет. В течение всего первого периода родов осуществляют постоянное наблюдение за состоянием матери и ее плода.

При поступлении роженицы *в родильный блок* необходимо:

1) Выслушать сердцебиение плода

2) Установить венозный катетер в локтевую вену.

3) У необследованных наамбулаторном этапе – лабораторный спектр: определение группы крови и резус-фактора.

Анализ крови клинический. Биохимический анализ крови: общий белок, мочевина, креатинин, общий билирубин, прямой билирубин, АЛТ, АСТ, щелочная фосфатаза, глюкоза. Гемостазиограмма и коагуляционный гемостаз (количество тромбоцитов, время свертывания, время кровотечения, агрегация тромбоцитов, АЧТВ, фибриноген, oпределение протромбинового (тромбопластинового) времени. Определение антител к бледной трепонеме (Treponema pallidum) в крови, HBsAg, HCV.

Микроскопическое исследование отделяемого женских половых органов нааэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы

В первом периоде родов роженица может выбрать любое удобное для себя положение. Может сидеть, ходить в течение непродолжительного времени, стоять. Вставать и ходить можно как при целых, так и излившихся водах, но при условии плотно фиксированной предлежащей части плода во входе малого таза.

В кровати оптимальным является положение роженицы на том боку, где расположена спинка плода. Возможно осуществление наиболее удобных для женщины действий (душ, массаж области крестца и т.д.). Оценка состояния плода - периодическая аускультация сердца плода и непрерывное проведение КТГ.

Следят за состоянием роженицы (жалобы, выделения из половых путей, частота пульса, дыхания, артериальное давление - каждый час, температура тела – каждые 4часа, частота и объем мочеиспускания – каждые 4 часа), интенсивностью и эффективностью родовой деятельности.

*Прием воды и пищи в родах*

Во время физиологических/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.

Начиная с активной фазы I периода родов кормить роженицу нежелательно.

Назначение медикаментозных препаратов (спазмолитики, обезболивающие, утеротонические препараты) не проводится рутинно, а осуществляется по мере появления показаний.

1. Тактика ведения второго периода родов и уход за роженицей

*Особенностями ведения II периода родов является*:

1) Нахождение акушерки с роженицей постоянно

2) Документированный мониторинг:

• АД, ЧСС роженицы 1 раз в час

• Контроль за опорожнением мочевого пузыря 1 раз в час

• Мониторинг родовых схваток акушеркой с занесением в партограмму каждые 30 минут

• мониторинг сердечной деятельности плода – каждые 5 мин

• при расположении головки в узкой части или на тазовом дне аускультация плода - после каждой схватки.

3) При бради- или тахикардии плода – оценка по отношению к пульсу матери

4) Показателем прогрессии родов является продвижение предлежащей части плода

3) Ребенка следует выложить на живот матери для обеспечения контакта «кожа-к-коже» на 1 час, обсушить, укрыть одеялом и убедится, что его головка накрыта для предотвращения потери тепла.

4) Пуповину следует пересекать после прекращения пульсации сосудов или через 1-3 минуты после рождения ребенка.

5) Грудное вскармливание должно начаться в течение первого часа.

6) Не рекомендуется выполнение рассечения промежности в родах (перинео- иэпизиотомия).

Можно пронаблюдать поступательное движение головки: вначале заметно выпячивание промежности, затем растяжение, цвет кожи становится синюшным. Задний проход выпячивается и зияет, половая щель раскрывается и,наконец, появляется нижний полюс головки плода. Несколько раз после окончания потуги головка скрывается за половой щелью, вновь показываясь при начале следующей потуги — врезывание головки. Через некоторое время по окончании потуги головка перестаёт скрываться — начинается прорезывание головки. Грубейшая ошибка ведения родов — искусственная стимуляция потуг в начале 2-го периода при полном открытии маточного зева и высоко стоящей головке.

Во время прорезывания головки необходимо оказывать ручное пособие. Оказание ручного пособия при головном предлежании снижает риск возникновения осложнений. Ручное пособие при головном предлежании направлено напредотвращение разрывов промежности. Оно состоит из нескольких моментов, совершаемых в определённой последовательности.

Первый момент — воспрепятствование преждевременному разгибанию головки.

Второй момент — уменьшение напряжения промежности .

Третий момент — выведение головки из половой щели вне потуг. В этот момент важным является регулирование потуг. Наибольшее растяжение промежности, угроза её разрыва и травмы головки плода, возникает, если головка рождается во время потуги. Для избежания травмы матери и плода необходимо регулирование потуг — выключение и ослабление, или, наоборот, удлинение и усиление.

Четвёртый момент — освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода. После рождения головки роженице дают указание тужиться. При этом происходит наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков. Обычно рождение плечиков протекает самопроизвольно.

Необходимо следить за общим состоянием роженицы, окраской кожных покровов и видимых слизистых оболочек, частотой и характером пульса, артериальным давлением. В периоде изгнания продолжается наблюдение за родовой деятельностью: частотой, силой и продолжительностью схваток и потуг. Оценивают состояние наружных половых органов: не отекают ли они. Обращают внимание на характер выделений из влагалища.

Сердечные тоны плода в периоде изгнания выслушивают после каждой потуги. Прием родов проводят наспециальной кровати Рахманова. Во время врезывания головки ограничиваются наблюдением за состоянием роженицы, характером потуг и сердцебиением плода. К приему родов приступают во время прорезывания головки. Роженице оказывают ручное пособие.

Первый туалет новорожденного. Чтобы избежать аспирации слизи, как только произойдет наружный поворот головки, производят удаление слизи из носовых ходов и ротика плода с помощью электроотсоса или стерильным баллончиком. Новорожденный рождается слегка синюшным, делает первый вдох, издает крик, двигает конечностями и начинает быстро розоветь.

Сразу же после рождения проводят профилактику офтальмобленнореи. Профилактика офтальмобленнореи раствором нитрата серебра была предложена в 1853 г. А. Ф. Матвеевым. Внедрению в практику этого метода способствовал К. Креде, поэтому он стал известным как метод Матвеева—Креде. В настоящее время для профилактики офтальмобленнореи используют 20% раствор сульфацил-натрия.

 В течение 2—3 мин, пока проводится профилактика офтальмобленнореи, пульсация в пуповине прекращается (сначала в артериях, а затем в вене). Пуповину между зажимами пересекают.Состояние новорожденного в первую минуту и через 5 мин после рождения оценивают по шкале Апгар.

В среднем II период родов у первородящих длится 1,1 час (максимальная длительность 2,9 часа), у повторнородящих –0,4 часа (максимально 1,1 часа)

Длительность II периода родов у первородящих не должна составлять более 3 часов, у повторнородящих – более 2 часов.

В родах не рекомендуется:

1) переводить в родильный зал (на родильную кровать) до момента врезывания головки (появление головки из половой щели 2-4 см в диаметре, вне потуги – головка не уходит

2) управлять потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе (прием Вальсальвы)

3) форсировать рождение ребенка за одну потугу. После рождения головки необходимо дать возможность головке повернуться, а плечикам развернуться самостоятельно, при этом необходимо проверить, нет ли обвития пуповины.

4) поднимать ребенка при не пережатой пуповине выше тела матери (уровня плаценты)

5) рутинное использование окситоцина и метилэргометрина во II периоде родов для профилактики кровотечения

С момента врезывания головки все должно быть готово к приему родов.Подготовкаакушеркой места для принятия родов: разложить чистые пеленки или одноразовый пакет для приема родов, нагреть пеленки, которыми будут обтирать ребенка, подготовить необходимые инструменты для родов.

 Первичная обработка пуповины заключается следующем: остаток пуповины между пупочным кольцом и зажимом Кохера протирают стерильным ватным шариком, смоченным 95% спиртом. На расстоянии 0,3—0,5 см от пупочного кольца на пуповину накладывают зажим Кохера и оставляют на 1—2 мин для лучшей последующей мумификации тканей пуповины. Затем начинается вторичная обработка пуповины: зажим Кохера снимают и на его место накладывают металлическую скобку Роговина (или специальную пластмассовую) и плотно зажимают остаток пуповины. Ткань пуповины выше скобки отсекают, удаляют кровь. Остаток пуповины обрабатывают 5% раствором калия перманганата и накладывают на него стерильную марлевую повязку.

Окончив обработку пуповины, тампоном, смоченным стерильным подсолнечным маслом, удаляют с кожи ребенка остатки сыровидной смазки, особенно в местах естественных складок (паховые складки, подмышечные ямки). Затем новорожденного взвешивают, измеряют его длину (от макушки до пяток), размер головки (прямой размер), окружность плечевого пояса.

На ручки новорожденного надевают браслеты, на которых указаны фамилия, имя, отчество матери, дата, час и год рождения ребенка, его пол, масса тела и длина, номер истории родов матери, номер новорожденного. Ребенка заворачивают в стерильные теплые пеленки и одеяло.

При появлении болей обеспечивается психологическая поддержка роженицы.

 Выполняется назначение врача.Роды ведут в соответствии с партограммой. В партограмме заполняет ту часть, где необходимо отметить пульс, АД, температуру, количество мочи.

4. Тактика ведения третьего периода родов и уход за роженицей

В последовом периоде нельзя пальпировать матку, чтобы не нарушить естественный ход последовых схваток и правильное отделение плаценты. Естественноеотделение плаценты позволяет избежать кровотечения. В этот период основноевнимание уделяют новорождённому, общему состоянию роженицы и признакамотделения плаценты.

Последовый период ведут выжидательно. Отслеживают появление бледности кожных покровов, повышения пульса больше 100 ударов в минуту, сниженияАД более чем на 15–20 мм рт. ст. по сравнению с исходным. Необходимо следитьза состоянием мочевого пузыря, так как переполненный мочевой пузырь препятствует сокращению матки и нарушает нормальное течение отслойки плаценты.

Чтобы установить, отделилась ли плацента от матки, используют признаки отделения плаценты: признак Шредера, признак Альфельда,признак Кюстнера–Чукалова. Для того чтобы произошло рождение последа, роженице дают указание потужиться. Если рождения последа не происходит, то применяют наружные способыизвлечения последа из матки. Запрещены попытки выделить послед до отделенияплаценты.

Выделение последа по способу Абуладзе, Креде–Лазаревича (имитация схватки) может быть травматичным при несоблюдении основных условий выполнения данной манипуляции.

Следующая ответственная задача — осмотр последа и мягких родовых путей.Для этого послед кладут на ровную поверхность материнской стороной вверх и внимательно осматривают плаценту. Затем у всех первородящихи повторнородящих осматривают стенки влагалища и шейку матки при помощивлагалищных зеркал. После рождения последанаступает послеродовой период, роженицу называют родильницей.

5. Лечебно - тактические мероприятия при обезболивании родов

Сильные и длительные боли истощают нервную систему, вызывают нарушения родовой деятельности. Обезболивание родов оказывает благоприятное действие на течение родового акта, уменьшает число осложнений.

К методам *немедикаментозного* воздействия относятся: *психопрофилактическая подготовка*, аутогенная и гетерогенная тренировки, гипнотерапия, иглорефлексотерапия. *Психопрофилактическая подготовка*беременных к родам была разработана отечественными авторами. Цель ее— снять психогенный компонент боли, гнетущее чувство страха, устранить представление о неизбежности боли и внушить мысль, что боль при физиологическом течении родов необязательна.

*Психопрофилактика* – поддержка и информация на протяжении всех родов.

- Свободный выбор позиции во время 1 и 2 периода родов

- Воздействие на нервные окончания (массаж, акупунктура, чрезкожная электронейростимуляция)

- Расслабляющие манипуляции (массаж, аудиоаналгезия, ароматерапия, гипноз)

- Отвлекающие процедуры (гимнастика, подкожное введение воды)

- Водные процедуры (душ, ванна, роды в воде)

Разновидностью психопрофилактической подготовки к родам является метод аутогенной и гетерогенной тренировки. Этот метод способствует уменьшению эмоционального напряжения, активирует нервную энергию на максимально эффективное выполнение ряда соматических функций в течении родового акта. Хорошим обезболивающим эффектом обладает метод гипносуггестивной терапии. Для обезболивания родов может применяться метод иглорефлексотерапии,электроаналгезия. Импульсные токи в сочетании с гальванической составляющей обладают хорошим аналгезирующим эффектом.

Медикаментозные методы – обезболивание при наличии жалоб пациентки на боли лекарственными средствами, предусмотренными Приказом Минздрава России от 6 ноября 2012 г. N 584н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании": тримеперидин, кеторолак, бупивакаин, ропивакаин, лидокаин, трамадол, диазепам, мидазолам, кетамин, пропофол, дифенгидрамин.

Медикаментозные средствадолжны оказывать транквилизирующее и анальгетическое действие, устранять нежелательные рефлекторные реакции, возникающие при болях во время схваток. Они не должны угнетать родовую деятельность и оказывать отрицательное влияние на организм матери и плода, должны быть простыми и доступными. Обезболивание родов фармакологическими средствами начинается в I периоде родов при наличии регулярной родовой деятельности и раскрытии шейки матки на 3—4 см.

К *современным методам обезболивания родов* относится перидуральная анестезия. Катетеризация перидурального пространства в поясничном отделе на уровне L,—L„ или Lin—LIV дает возможность длительной, управляемой и высокоэффективной аналгезии. В качестве анестетика чаще всего используют *тримекаин и лидокаин*. *Она применяется* только при определенной акушерской и экстрагенитальной патологии: тяжелые формы гестоза, дискоординированная родовая деятельность, дистоции шейки матки; тяжелые пороки сердца, болезни дыхательной системы .

Обезболивание родов может проводиться ингаляционными анестетиками. Из всех наркотических средств наименее токсичным является закись азота. Закись азота является слабым наркотическим средством, и поэтому его сочетают с анальгетиками или нейротропными средствами из группы фенотиазиновых производных (пипольфен). Высокий анальгезирующий эффект дает трихлорэтилен (трилен). Он оказывает преимущественное действие на кору большого мозга. Вдыхать трилен через аппарат «Трилан» роженица может самостоятельно (аутоанальгезия).

Комбинированная спинально-эпидуральная [КСЭ] и эпидуральнаяаналгезия родов

Необходимо:

1. Получить устное согласие роженицы после краткого объяснения осложнений и побочных эффектов эпидурального аналгезии, в особенности риск головной боли после случайного дурального прокола эпидуральной иглой. должны отметить о согласии пациента в протоколе акушерской анестезии.

2. Удостовериться, что у роженицы имеется венозный доступ.

Используются эпидуральные низкодозные смеси, состоящие из 0.1 % бупивакаина + 0.0002 % фентанил (2μg/мл фентанила):

 Комбинированная спинально-эпидуральная [КСЭ]:–предпочтительный метод в случае, если роженица возбуждна в процессе родов.

Производится запись артериального давления и пульса роженицы и частоты сердечных сокращений плода каждые 5 минут в течение 20 минут послекаждого введения.

В идеале, обученная медсестра / акушерка,фельдшер должны находиться с роженицей всегда,если установлен эпидуральный катетер.

Возможные проблемы, связанные с эпидуральной аналгезией

Осложнения эпидуральной анестезии

A. При катетеризации

1. Кровь в эпидуральном катетере

2. Дуральная пункция

3. Парестезия или боль

B. Во времяанестезии

1. Гипотензия

4. Тотальный спинальный блок

C. По окончаниианестезии

1. Постпункционная головная боль

2. Неврологические осложнения