ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ КАМЧАТСКОГО КРАЯ «КАМЧАТСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

ЛЕКЦИИ

ПМ.01 «Проведение профилактических мероприятий»

МДК.01.01 Здоровый человек и его окружение

Раздел 2 «Здоровые женщины и мужчины зрелого возраста»

по теме: «Клинические методы определения готовности к родам. Периоды родов. Головка зрелого плода»

для специальностей: код 34.02.01 специальность «Сестринское дело»

Уровень подготовки базовый

|  |  |
| --- | --- |
| Рассмотрена  на заседании цикловой комиссии  клинических дисциплин  Протокол № \_\_\_ от «\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 г.  Председатель ЦМК \_\_\_\_\_/ С.В. Коровашкина | СОГЛАСОВАНО  Заместитель директора по УМР  \_\_\_\_\_\_\_/ С.В. Коровашкина  «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_ 2022 г. |

Составитель:

Юсуфджонова Мутриба Маъруфовна – преподаватель ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж»

Петропавловск-Камчатский, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

|  |  |
| --- | --- |
| Пояснительная записка…………………………………………………... | 3 |
| Структурно-логическая схема лекции…………………………………... | 11 |
| Содержание лекции………………………………………………….…… | 12 |
| Список использованных источников……………………………………. | 41 |
| Приложение А. Упражнение для улучшения кровообращения……...... | 42 |
| Приложение Б. Вопросы для подготовки к практическому занятию.… | 43 |

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Методическая разработка лекционного занятия по МДК.01.01 Раздел 2 «Здоровые женщины и мужчины зрелого возраста» для специальности 34.02.01 «Сестринское дело», по теме «Клинические методы определения готовности к родам. Периоды родов. Головка зрелого плода» составлена в соответствии с ФГОС СПО.

Данная методическая разработка лекции по теме: «Клинические методы определения готовности к родам. Периоды родов. Головка зрелого плода» была создана для лучшего усвоения обучающимися знаний о здоровой женщине и мужчине зрелого возраста.

*Актуальность темы:*

В структуре причин материнской летальности послеродовое акушерское кровотечение во всем мире занимает первое место. От 5% до 8% родов сопровождаются кровотечениями в последовом и раннем послеродовом периоде. Одной из ведущих причин развития послеродового акушерского маточного кровотечения являются нарушения расположения и прикрепления плаценты. Кровотечение на фоне этой патологии, как правило, требует незамедлительных консервативных мероприятий и хирургического лечения в связи с развитием геморрагического шока у пациентки. В настоящее время алгоритм по оказанию помощи при массивном послеродовом акушерском кровотечении отработан и состоит из комплексного консервативного лечения, а при не достаточном результате консервативных мероприятий прибегают к хирургическим методам гемостаза вплоть до выполнения тотальной гистерэктомии. После этой операции отсутствует репродуктивная функция и значительно снижается качество жизни женщины. Проведение хирургических методов гемостаза, включая гистерэктомию, занимает длительное время, а при массивных акушерских кровотечениях скорость кровопотери может достигать 150 мл в минуту или иметь одномоментный характер с потерей до 2-х литров крови.

Тип учебного занятия: лекция

Цели занятия

*Учебные*:

* определение понятия "Предвестники родов", "Регулярная родовая деятельность", "Лактация", "Гуманизация родов", "Партнерство в родах";
* характеристику родовых изгоняющих сил; периодов родов, послеродового периода;
* влияние состояния роженицы на течение и исход родов;
* принципы наблюдения и ухода за роженицей и родильницей;
* роль медицинской сестры в пропаганде естественного вскармливания и здорового образа жизни;

*Развивающие:*

* повышение мотивации к учебе. Развитие устойчивого интереса к дисциплине, активизация познавательной деятельности по овладению программным учебным материалом.
* способствовать формированию развития навыков в овладении терминами и знаниями;
* способствовать развитию памяти, умению выделять главное в изучаемом материале;
* способствовать развитию клинического мышления.

*Воспитательная:*

* формирование чувства ответственности, внимательного и доброжелательного отношения к пациентам, этики и деонтологии;
* способствовать формированию интереса к будущей профессии;
* воспитывать положительное отношение к обучению, формировать познавательный интерес.

*Мотивация темы*

Дефицит знаний медицинского работника может не просто привести к оказанию помощи в недостаточном объеме, но и спровоцировать развитие осложнений, как со стороны женщины, так и плода.

Задача медицинского работника, зная признаки наступления родов, особенности и порядок родового процесса оказать квалифицированную, своевременную и достаточную помощь.

Обучающийся (базовой подготовки) должен обладать общими компетенциями, включающими в себя способность:

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

Обучающийся (базовый уровень) должен обладать профессиональными компетенциями, соответствующими видам деятельности:

ПК 1.1. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.

ПК 1.2. Проводить санитарно-гигиеническое воспитание населения.

ПК1.3. Участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Обучающийся (базовый уровень) должен обладать личностными результатами реализации программы воспитания соответствующими видам деятельности:

ЛР.4 Принимающий семейные ценности своего народа, готовый к созданию семьи и воспитанию детей; демонстрирующий неприятие насилия в семье, ухода от родительской ответственности, отказа от отношений со своими детьми и их финансового содержания;

ЛР.7 Готовый соответствовать ожиданиям работодателей: проектно мыслящий, эффективно взаимодействующий с членами команды и сотрудничающий с другими людьми, осознанно выполняющий профессиональные требования, ответственный, пунктуальный, дисциплинированный, трудолюбивый, критически мыслящий, нацеленный на достижение поставленных целей; демонстрирующий профессиональную жизнестойкость;

ЛР.9 Принимающий активное участие в социально значимых мероприятиях, соблюдающий нормы правопорядка, следующий идеалам гражданского общества, обеспечения безопасности, прав и свобод граждан России; готовый оказать поддержку нуждающимся;

ЛР.11 Демонстрирующий неприятие и предупреждающий социально опасное поведение окружающих;

ЛР.12 Способный искать нужные источники информации и данные, воспринимать, анализировать, запоминать и передавать информацию с использованием цифровых средств; предупреждающий собственное и чужое деструктивное поведение в сетевом пространстве. Развивающий творческие способности, способный креативно мыслить

ЛР.15 Способный в цифровой среде проводить оценку информации, ее достоверность, строить логические умозаключения на основании поступающей информации;

ЛР.17 Препятствующий действиям, направленным на ущемление прав или унижение достоинства (в отношении себя или других людей);

ЛР.18 Проявляющий и демонстрирующий уважение к представителям различных этнокультурных, социальных, конфессиональных групп;

ЛР. 26 Готов к выполнению поставленной задачи, направленной на помощь пациенту в любой ситуации;

ЛР.27 Способный пожертвовать своими личными интересами при возникновении ситуаций, связанных с развитием пандемий в мировом масштабе, а также на уровне страны;

ЛР. 28Соблюдающий врачебную тайну, принципы медицинской этики в работе с пациентами, их законными представителями и коллегами;

ЛР.29Соблюдающий программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, нормативные правовые акты в сфере охраны здоровья граждан, регулирующие медицинскую деятельность;

После изучения данной темы обучающийся должен:

*уметь:*

* обучать население собрать акушерско-гинекологический анамнез;
* диагностировать беременность и определить ее срок;
* выполнить наружное акушерское исследование;
* выделить проблемы беременной;
* провести беседу о гигиене и питании беременных;
* выслушать сердцебиение плода;
* провести наружное акушерское обследование;
* измерить таз, ВСДМ, ОЖ;
* измерить вес и рост беременной;
* измерить пульс и АД;
* Определить проблемы роженицы;

*знать:*

* признаки беременности;
* физиологические изменения в организме женщины;
* основные проблемы беременной и пути решения этих проблем;
* особенности питания и гигиены беременной;
* Предвестники родов
* Периоды родов, длительность родов
* Родовые изгоняющие силы
* Изменения в организме родильницы
* Роль медицинского работника в подготовке пациентки к родам и решении проблем, возникающих у родильницы после родов

*иметь практический опыт:*

проведения профилактических мероприятий при осуществлении сестринского ухода;

*Междисциплинарные связи:*

1.ОП.02 Анатомия и физиология человека

2.ОП.03 Основы патологии

3.ОП.05 Гигиена и экология человека

4.ОП.07 Фармакология

5.ОП.09 Психология

6.МДК.01.02 Основы профилактики.

7.МДК.01.03 Сестринское дело в системе первичной медико-санитарной помощи населению.

8.МДК.02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

*Методы организации и осуществления учебно-познавательной деятельности:*

* словесные
* наглядные
* практические
* дедуктивные
* аналитико-синтетические
* проблемно-поисковые

*Место проведения занятия*: учебная аудитория ГБПОУ КК «Камчатский медицинский колледж».

*Материально-техническое оснащение занятия:*

* пособие для самостоятельной работы обучающихся;
* дидактический материал;мультимедийная презентация на тему: «Период беременности и родов»;
* Медицинский инструментарий: тазомер, сантиметровая лента, тонометр, кушетка, акушерский стетоскоп, акушерские фантомы, акушерские куклы.
* Раздаточный материал: индивидуальная карта беременной, бланки направлений на анализы, календари, раздаточный материал для работы малых группах, сборник алгоритмов, задания в тестовой форме с эталонами ответов.

СТРУКТУРНО-ЛОГИЧЕСКАЯ СХЕМА ЛЕКЦИИ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Этапы занятия | Время | Действия преподавателя | Действия обучающихся |
| Организационный момент | 2 мин | Приветствует обучающихся, осуществляет контроль присутствия на занятии, готовности к занятию учебного кабинета и обучающихся, оценивает внешний вид обучающихся. | Занимают рабочие места, приветствуют преподавателя, слушают, отвечают. |
| Изложение нового материала | 60 мин | Преподаватель излагает тему «Клинические методы определения готовности к родам. Периоды родов. Головка зрелого плода» | Студенты составляют конспект лекции |
| Физкультминутка | 5мин | Комплекс упражнений для улучшения мозгового кровообращения. | Выполняют упражнения в соответствии с Приложением Б. |
| Закрепление нового материала | 10 мин | Преподаватель задает контрольные вопросы студентам по теме лекции, проводит обобщение материала, делает выводы | Отвечают, задают уточняющие вопросы, участвуют в обсуждении. |
| Проверка усвоения полученных знаний | 5мин | Блиц опрос по изученной теме | Отвечают на вопросы |
| Внеаудиторная самостоятельная работа обучающихся | 3мин | Проводит инструктаж по выполнению самостоятельной внеаудиторной работе «Биомеханизм физиологических родов. Акушерское пособие в родах» | Слушают, записывают задание, задают вопросы. |
| Рефлексия | 5мин | Подводит результаты достижения целей занятия**,** дает ответы на вопросы по теме занятия | Оценивают результаты своей деятельности с целью занятия |
| Итого | 90 |  |  |

СОДЕРЖАНИЕ ЛЕКЦИИ

Лекция

1. Понятие о родовом акте. Течение родов: периоды родов, их физиологическая сущность, продолжительность, родовые изгоняющие силы-схватки, потуги.
2. Проблемы здоровой роженицы, роль медицинского работника в решении этих проблем.
3. Подготовка беременных женщин и их семей к родам-помощь в сознательном подходе к предстоящим проблемам, вселение уверенности в благополучном исходе родов.
4. Головка зрелого плода.

**1.Понятие о родовом акте. Течение родов: периоды родов, их физиологическая сущность, продолжительность, родовые изгоняющие силы-схватки, потуги.**

Роды- сложный физиологический процесс, при котором происходит изгнание из матки плода и его эмбриональных образований (плацента, оболочки, околоплодные воды) после завершения внутриутробного развития плода. Физиологические роды происходят в среднем через 280 дней (40 недель) после наступления беременности.

В зависимости от сроков роды считают:своевременными, если они наступают в сроке 38-41 неделя;

-преждевременными в сроке 22-37 недель;

-запоздалые в сроке 42 недели или больше.

Готовность организма беременной к родам характеризуется состоянием шейки матки, формированием «родовой доминанты», метаболическими изменениями миометрия с накоплением энергетических ресурсов, активация рецепторных систем с повышением чувствительности матки к утеротоническим средствам, перестройкой соотношений эстрогенов и прогестерона. Шейку матки считают «зрелой», если пальпаторно определяется совокупность признаков: шейка матки размягчена, влагалищная ее часть укорочена (менее 3 см), шеечный канал свободно проходим на всем протяжении для 1 пальца, шейка матки расположена строго по проводной оси газа, нижний сегмент матки истончен и через своды влагалища отчетливо определяется предлежащая часть плода. Функциональная активность матки определяется с применением специальных тестов (проба с окситоцином, кольпоцитологическое исследование мазков и др.).

Количество влагалищных исследований должно быть строго ограничено: в первом периоде родов его производят каждые 4 ч для ведения партограммы.

Предвестники родов появляются за 1-2 недели до родов и проявляются симптомами:

- предлежащая часть плода опускается ко входу в малый таз, опускается дно матки, увеличивается экскурсия легких, женщине становится легче дышать;

- увеличивается секреция цервикальных желез, из цервикального канала выталкивается слизистая пробка, появляются слизистые выделения из половых путей;

- масса тела снижается на 1,0-1,5 кг за счет потери жидкости;

- при бимануальном исследовании определяются признаки «зрелости» шейки матки.

Началу родов предшествуют предвестники, которые переходят в прелиминарный период.

Нормальный прелиминарный период- характеризуется появлением при доношенной беременности нерегулярных по частоте, длительности и интенсивности схваткообразных болей внизу живота и в поясничной области. Продолжительность нормального прелиминарного периода не более 6 часов. Ритм сна и бодрствования при этом не нарушается. При влагалищном исследовании определяется «зрелая» шейка матки, слизистые выделения., ну не наблюдается открытие шейки матки. Прелиминарные боли постепенно усиливаются и переходят в регулярные родовые схватки, т.е. начинается первый период родов.

Начало родов — это ритмично повторяющиеся каждые 10-15 мин сокращения мускулатуры матки (схватки), приводящие к сглаживанию шейки матки и раскрытию маточного зева. Различают 3 периода родов

1- период раскрытия от начала родов до полного раскрытия наружного зева шейки матки до 10-12 см.

2- период изгнания плода от момента полного раскрытия маточного зева до рождения ребенка.

3- последовый период от момента рождения плода и заканчивается изгнанием последа.

По продолжительности различают роды:

* Затяжные- 18 ч и более.
* Быстрые - 4-6 ч. у первородящих и 2-4 ч. у повторнородящих.
* Стремительные- менее 4 ч у первородящих и менее 2 ч. у повторнородящих.

Средняя продолжительность нормальных родов у первородящих 10-12 часов, у повторнородящих- 7-8 часов.

Наиболее продолжительным является первый период родов.

В 1-м периоде родов различают латентную и активную фазы. Латентная фаза - промежуток времени от начала родовой деятельности до открытия маточного зева на 3-4 см.

В латентную фазу происходят структурные изменения в шейке матки, ее укорочение, сглаживание, длительность этой фазы в среднем 5-6 часов. Латентная фаза переходит в активную фазу от раскрытия шейки матки на 3-4 см до ее полного раскрытия, характеризуется быстрым раскрытием маточного зева со скоростью 1,5-2 см/ч у первородящих и 2-2,5 см/ч у повторнородящих.

Продолжительность схваток в течение 1 периода родов постепенно увеличивается от 10-15 сек до 60-80 сек, промежутки между схватками укорачиваются от 10-15 мин до 1-2 мин.

Во время схватки в мускулатуре матки происходят процессы, приводящие к раскрытию маточного зева:

- контракция- сокращения мышечных волокон,

-ретракция- изменение взаимного расположения сокращающихся мышечных волокон,

- дистракция шейки матки, когда сокращающиеся мышечные волокна тела матки смещают циркулярную мускулатуру шейки в стороны и вверх.

Раскрытию шейки матки способствует **плодный пузырь**, который выполняет роль гидравлического клина. Плодный пузырь формируется при перемещении околоплодных вод в сторону нижнего сегмента по законам гидравлики в результате равномерного давления со стороны дна и стенок матки. Так в результате повышенного внутриматочного давления с каждой схваткой воды устремляются к маточному зеву, где сопротивление отсутствует. Часть оболочек нижнего полюса плодного яйца с околоплодными водами, вклинивающаяся в маточный зев, называется плодным пузырем, таким образом, механизм раскрытия шейки матки состоит во взаимодействии основных двух противоположно направленных сил: ретракция мышечных волокон снизу-вверх и давление плодного пузыря, как гидравлического клина, сверху вниз.

Когда предлежащая головка плода опускается в малый таз, она со всех сторон плотно прижимается к нижнему сегменту матки, образуя пояс соприкосновения. Пояс соприкосновения делит околоплодные воды на передние и задние. Околоплодные воды, находящиеся в плодном пузыре ниже пояса соприкосновения, называются передними водами, наибольшая часть околоплодных вод, располагающаяся выше пояса соприкосновения, называется задними водами. К концу первою периода родов при вступлении предлежащей головки плода в малый таз начинаются ее поступательные движения, плодный пузырь напрягается, оболочки перерастягиваются и разрываются. При разрыве плодного пузыря изливаются передние околоплодные воды, такое излитые околоплодных вод считают своевременным.

Различают несвоевременный разрыв плодных оболочек с излитием вод:

- преждевременное излитие околоплодных вод- до начала родовой деятельности,

- раннее излитие околоплодных вод- от начала родовой деятельности до раскрытия маточного зева на 5-6 см.,

- запоздалое излитие околоплодных вод- после полного раскрытия маточного зева, в периоде изгнания плода.

**Потуги** – это сокращения мускулатуры матки и одновременно присоединяющиеся к ним ритмичные сокращения мышц брюшного пресса, диафрагмы, мышц тазового дна, а также плечевого пояса и ног.Во втором периоде родов происходит изгнание плода через родовые пути матери. К схваткам присоединяются потуги- ритмические сокращения брюшного пресса. Потуги наступают рефлекторно, непроизвольно и способствуют повышению внутрибрюшного давления. Повышение внутриматочного и внутрибрюшного давления способствует изгнанию плода из полости матки. Под влиянием родовых изгоняющих сил (схватки и потуги) плод совершает поступательные движения по оси родового канала, и головка плода совершает вращательные движения- повороты вокруг продольной оси и вращения вокруг поперечной оси (сгибание и разгибание). Совокупность движений, совершаемых плодом при прохождении через малый таз и мягкие отделы родовых путей, называют биомеханизмом родов. Особенности биомеханизма родов зависят от предлежания, вида позиции плода, вставления головки, размеров и формы таза. Сердцебиение плода во втором периоде родов следует выслушивать после каждой потуги.

При прохождении головки через родовые пути происходит ее приспособление к форме и размерам таза матери. Кости черепа смещаются в области швов и родничков относительно друг друга, черепные кости уплощаются или становятся выпуклыми, в результате этого изменяется форма головки. Изменения формы головки при прохождении ее через родовые пути называется конфигурацией.

В периоде изгнания на предлежащей части ниже пояса соприкосновения возникает родовая опухоль, которая представляет отёк мягких тканей из-за нарушения оттока венозной крови. При затруднении прохождения головки через родовые пути или при оперативных родах происходит кровоизлияние под надкостницу, возникает кефалогематома.

После рождения плода начинается последовый период родов. В этом периоде происходит отделение плаценты и оболочек от стенок матки и выделение последа из половых путей. Отделение плаценты от стенок матки происходит или от ее центра, или с ее края. Если отделение плаценты начинается от ее центра, между отслоившейся плацентой и стенкой матки скапливается кровь из разорвавшихся маточно-плацентарных сосудов, образуется ретроплацентарная гематома. Нарастающая гематома способствует дальнейшей отслойке плаценты, плацента рождается из половых путей плодовой поверхностью наружу, оболочки вывернуты наизнанку. Если отделение плаценты начинается с периферии, то кровь из разорвавшихся сосудов не образует гематомы, а вытекает из половых путей Послед рождается в том виде, в котором находился в полости матки. В норме плацента отслаивается только в третьем периоде родов. Из маточно-плацентарных сосудов, целость которых нарушается, изливается 100-300 мл. крови. Физиологической считают кровопотерю, объем которой составляет 0,5% от массы тела женщины. Кровотечение прекращается вследствие сокращения миометрия, скручивания концевых спиральных веточек артерий и тромбообразования в сосудах плацентарной площадки.

Последовый период ведут выжидательно, необходимо определять величину кровопотери, общее состояние женщины (цвет кожных покровов, пульс, давление), признаки отделения плаценты. К активным действиям приступают, если кровопотеря превышает физиологическую, есть симптомы внутреннего кровотечения, отсутствуют признаки отслойки плаценты в течение 30 мин и более. Наиболее достоверными признаками отслойки плаценты являются- признак Шредера (матка меняет форму, вытягивается, отклоняется в сторону, дно матки находится выше пупка), признак Альфельда (удлинение наружного отрезка пуповины),признак Кюстнера-Чукалова (при надавливании ребром ладони на надлобковую область пуповина не втягивается во влагалище).

В норме после отделения плаценты послед самостоятельно выделяется наружу. Если этого не происходит, послед выделяют специальными способами. Нарушение механизма отслойки плаценты может быть связано с плотным её прикреплением или истинным приращением, это зависит от глубины распространения ворсин хориона. В норме ворсины хориона находятся на уровне спонгиозного слоя децидуальной оболочки. При анатомо-функциональной недостаточности спонгиозного слоя возникает плотное прикрепление плаценты (полное или частичное), при полном отсутствии спонгиозного слоя ворсины располагаются в базальном слое. Возможно, врастание ворсин в толщу миометрия и прорастание на всю его толщину до серозного покрова.

Принципы управления родовым актом направлены на прогнозирование вероятных осложнений для матери и плода в целях снижения материнской и перинатальной смертности. Для достижения этой цели выполняются следующие мероприятия:

1. Выявление факторов риска среди беременных в женской консультации.
2. Дифференцированный выбор метода и срока родоразрешения, уровня родовспомогательного учреждения.
3. Прогнозирование возможных осложнений в связи с выявленной акушерской патологией.
4. По показаниям оперативное родоразрешение в плановом порядке.
5. Дородовая госпитализация женщин со средней и тяжелой степенью риска.

Управление первым периодом родов:

А) В первом периоде родов одним из методов оценки течения родов является влагалищное исследование, которое проводят обязательно при первичном осмотре роженицы и после излития околоплодных вод. В остальных случаях вагинальное исследование проводят строго по показаниям: оценка эффективности родовой деятельности, производство амниотомии, выяснение причин гипоксии плода, кровотечение, выявление условии для родоразрешения и др.

Б) Для уменьшения травматичности родов, регуляции родовой деятельности вводят спазмолиические средства, проводят обезболивание родов.

В) По показаниям производят раннюю амниотомию: многоводие, плоский или вялый плодный пузырь, гестоз, частичное предлежание плаценты Ранняя амниотомия не показана при тазовом предлежании, узком тазе. Управление вторым периодом родов:

A) Мониторинг состоянием плода и матери.

Б) Предупреждение разрыва промежности, по показаниям перинео- или зпизиотомии (угрожающий разрыв промежности, рубцовые изменения крупный плод, острая гипоксия плода и др.).

B) Оказание ручного пособия при рождении плода. Управление третьим периодом родов:

A) Третий период родов самый ответственный из-за опасности кровотечений. Определяют объем кровопотери, признаки отделения плаценты, сокращение матки. Профилактика кровотечения заключается в катетеризации мочевого пузыря, введении внутривенно сокращающих матку средств, (1мл метилэргометрин или внутримышечное введение окситоцина, в боковую поверхность бедра в дозе 2 мл (10ЕД).

Б) Оценивают общее состояние матери для своевременной диагностики патологической кровопотери, так как возможны не диагностированные травмы родовых путей, скопление крови ретроплацентарно.

B) При отсутствии признаков отделения плаценты в течение 30 мин приступают к ручному отделению плаценты и выделению последа.

Обезболивание родов.

Meтоды обезболивания родов:

- Психопрофилактическая подготовка к родам.

ПАРТНЕРСКИЕ РОДЫ ПОСМОТРЕТЬ НОРМАТИВКУ

- Медикаментозное обезболивание.

- Немедикаментозные методы обезболивания.

Механизм возникновения боли в родах обусловлен.

1)раздражением нервных окончаний в тканях родовых путей при сокращении миометрия, растяжении тканей шейки матки, связочного аппарата, мышц тазовою дна. Прижатии головкой плода мягких тканей к костям таза.

2)ощущения физической боли усиливаются из-за чувства страха, негативного отношения женщины к родам при нежелательной беременности, при неуравновешенной лабильной нервной системе. Страх перед родами может быть вызван ожиданием неизбежной сильной физической боли беспокойством за здоровье ребенка, прошлым отрицательным собственным опытом или рассказами знакомых.

Таким образом, составляющими компонентами боли являются физиологические процессы, обусловленные механизмом родов, и субъективное отношение женщины к родам. Исходя из этого разработаны методы обезболивания родов, направленные на

1) уменьшение восприятия болевых ощущений с помощью медикаментов

2) повышение порога болевой чувствительности путем воздействия на нервную систему.

Система психопрофилактической подготовки беременных к родам включает устранение страха родовой боли, грамотное отношение к болевым ощущениям, знания о течении родового акта и осознанное отношение к происходящему, обучение правильному поведению в родах.

Условиями эффективной психопрофилактической подготовки к родам являются:

- доверительное отношение беременной к врачу, в свою очередь врач должен владеть основами психотерапии,

- санитарная грамотность пациенток,

- групповые и индивидуальные беседы с беременными,

- семейные роды, т.е. роды в присутствии близкого человека, что предусматривает его специальную подготовку,

- продолжение проведения психопрофилактической подготовки в палате патологии, предродовой, родильном зале.

Медикаментозное обезболивание родов. Необходимо учитывать, что аналгетики, седативные, снотворные средства проникают через плаценту и оказывают неблагоприятное влияние на плод. Поэтому необходимы показания для медикаментозного обезболивания, строгий выбор препарата, его доза и время введения препарата в течение родового акта. Нецелесообразно вводить аналгетики в начале периода раскрытия до 3-4 см (в латентную фазу), так как возможно блокирование родовой деятельности нежелательно вводить обезболивающие препараты в конце первого периода родов, так как в связи с особенностями метаболизма в печени плода и новорожденного может значительно возрастать срок и глубина действия препаратов с наркотическим эффектом. У новорожденного возникает депрессия дыхания, угнетаются рефлексы. Чем более незрелый плод, тем более выражена депрессия у плода и новорожденного. Длямедикаментозного обезболивания родов используют:

- ингаляционные анестетики (закись азота),

- барбитураты (тиопентал-натрий),

- транквилизаторы (диазепам, сибазон, седуксен, реланиум),

- наркотические и ненаркотические аналгетики,

- седативные и антигистаминные препараты,

- нейролептики (дроперидол),

- спазмолитики,

- препараты для местной и регионарной анестезии (новокаин, лидокаин).

Из ингаляционных анестетиков широко используется смесь закиси азота с кислородом (1:1), может вводиться в течение нескольких часов.

Тиопентал-натрий применяют в качестве снотворного и наркотического средства. Быстро проникает через плацентарный барьер. Оказываетгипотензивное действие, применяется для быстрого седативного и противосудорожного эффекта при гестозах.

Диазепам транквилизатор, не имеет обезболивающего действия, поэтому его назначают в комбинации с наркотическими и ненаркотическими анальгетиками. Обладает противосудорожным эффектом, оказывает терапевтический эффект при навязчивых состояниях и фобиях, снимает чувство страха, тревоги, аффективной напряженности.

Промедол из наркотических аналгетиков наиболее безопасный для матери и плода. Оказывает сильное аналгезирующее и снотворное действие. уменьшает восприятие болевых импульсов центральной нервной системой,

Баралгин- ненаркотический анальгетик, содержит анальгин и два ингредиента со спазмолитическим и ганглиоблокаторным действием, вводят внутривенно. Анальгин для потенцирования эффекта используется и сочетании с промедолом, антигистаминными, спазмолитическими препаратами.

Пиполфен, димедрол- антигистаминные препараты с седативным действием. Пиполфен обладает сильным седативным эффектом, усиливает действие наркотических, снотворных, аналгезирующих, местно-анестезирующих средств.

Дроперидол- нейролептик, уменьшает реакции на внешние стимулы, ослабляет психомоторное возбуждение, подавляет чувство cтpaxa Нейролептики усиливают действие снотворных и седативных среде потенцируют действие наркотиков, аналгетиков. Дроперидол применяется для купирования гипертонических кризов.

Но-шпа, папаверин- миотропные спазмолитики, понижают тонус и сократительную деятельность гладкой мускулатуры, оказывают сосудорасширяющий эффект.

Калипсол, собревин оказывают быстрый и непродолжительный общий анестезирующий эффект. Вводят внутривенно, используются для кратковременного наркоза при выполнении малых акушерских операций в течение 10-15 мин (наложение акушерских щипцов, ручное отделение плаценты и выделение последа с контрольным обследованием полости матки, ушивание глубоких разрывов мягких тканей).

Для местной и регионарной анестезии используются новокаин, лидокаин. Местное обезболивание применят в раннем послеродовом периоде при наложении швов на промежности при травмах или после операции рассечения промежности. Новокаиновая блокада срамного нерва (пулендальная анестезия) применяется во втором периоде родов при преждевременных родах для уменьшения сопротивления со стороны мышц промежности. Парацервикальная блокада используется в первом периоде родов. Эпидуральная анестезия может использоваться как для обезболивания родов, так и при оперативном родоразрешении.

Акушерский наркоз (или сон-отдых) дается роженице путем введения медикаментозных средств для предоставления ей сна в течение 2-3 часов Показаниями для акушерского наркоза являются утомление роженицы и слабая родовая деятельность, дискоординация родовой деятельности. Цел, акушерского наркоза снятие эмоционального перенапряжения и утомления роженицы. После отдыха в течение 2-3 часов восстанавливается нормальная родовая деятельность. Противопоказаниями для акушерского наркоза являются длительный безводный промежуток, гипоксия плода, так как возрастает продолжительность родов и безводного промежутка, риск восходящей инфекции. Для акушерского наркоза проводят премедикацию промедолом и димедролом, затем вводят седативные и аналгезирующие средства - седуксен, дроперидол, натрия оксибутират.

К немедикаментозным методам обезболивания относятся:

- рефлексотерапия (лазеро-, иглотерапия),

- электроаналгезия.

- гипноз,

- музыкотерапия.

**2. Проблемы здоровой роженицы, роль медицинского работника в решении этих проблем.**

Осложнения родов — патологические состояния, которые возникают в процессе родовой деятельности, связаны с ней, влияют на течение и исход родов. Проявляются нарушением сократительной активности миометрия, болевым синдромом, кровотечениями, ухудшением общего состояния роженицы (головокружением, слабостью, потерей сознания, комой). Для диагностики используют приемы наружного акушерского осмотра, влагалищное исследование, кардиотокографию, реже — УЗИ, в последовом периоде — ревизию родовых путей и матки. Тактика ведения родов при осложнениях определяется характером выявленной патологии, может предполагать, как естественное, так и оперативное родоразрешение.

На сегодняшний день только 37% родов протекают физиологически. В остальных случаях определяются различные виды осложнений, а 23-25% родов завершаются хирургическим путем. По результатам исследований в сфере акушерства и гинекологии, наиболее частыми осложнениями являются разрывы шейки матки (до 27% случаев родов) и промежности (7-15%), преждевременное излитие околоплодных вод (12-15%), аномалии родовых сил (около 10%), инфекционные процессы (2-8%), кровотечения (2-5%) и преждевременная отслойка плаценты (0,45-1,2%). При неправильном ведении осложненные роды представляют угрозу здоровью и жизни как матери, так и плода. Несмотря на постоянное снижение показателей материнской смертности, ежегодно при родах в России умирает до 200 женщин.

Причины осложнений родов

Патологическое течение родов может быть обусловлено провоцирующими факторами со стороны матери, плода и его оболочек. Основными причинами нарушений, возникающих в родах, являются:

Патологическая беременность. При осложненном гестационном периоде возрастает риск нарушений в родах — преждевременной отслойки плаценты, слабости родовых сил, декомпенсации хронических заболеваний матери, кровотечений.

Анатомические особенности родовых путей. Узкий таз, объемные образования шейки, влагалища, органов малого таза, высокая промежность становятся физическими препятствиями для прохождения плода. При инфантилизме, седловидной матке и других аномалиях развития чаще снижается сократительная активность миометрия. Возрастное уменьшение эластичности тканей повышает вероятность их разрыва.

Воспалительные заболевания. При наличии эндометрита, цервицита, кольпита, хориоамнионита возрастает риск кровотечений, родового травматизма матери, инфицирования ребенка при прохождении по родовым путям.

Ранее перенесенные инвазивные вмешательства. Рубцово-измененные ткани половых органов хуже растягиваются, менее устойчивы к нагрузкам, возникающим в родах. Поэтому у женщин после гинекологических операций и диагностических манипуляций (абортов, выскабливаний и т. п.) чаще наблюдаются такие осложнения, как травмы мягких тканей.

Травмы в прошлых родах. Рубцы, сформировавшиеся после прошлых разрывов промежности, шейки и тела матки, более подвержены повреждениям.

Экстрагенитальная патология. Гипертоническая болезнь, сахарный диабет, почечная недостаточность, миопия и прочие хронические заболевания могут декомпенсироваться в родах. Некоторые из них повышают вероятность кровотечений, затяжного течения, ДВС-синдрома и других осложнений.

Неправильное положение и предлежание. Роды при косом положении, тазовом, лобном или затылочном предлежании сопровождаются родовым травматизмом, преждевременным излитием околоплодных вод, выпадением пуповины и мелких частей плода. Естественное родоразрешение при поперечном положении плода невозможно.

Анатомические особенности ребенка. При больших размерах, гидроцефалии или грубых врожденных дефектах плоду сложнее пройти по родовому каналу. В таких случаях возрастает вероятность женского и пренатального травматизма.

Многоплодная беременность. Роды более чем одним ребенком, особенно если они первые, чаще характеризуются осложненным течением с повышенным риском кровотечений и травматизма.

Патология плодных оболочек. Кровотечения, гипоксия плода и другие осложнения родов могут быть вызваны ранним разрывом амниотического пузыря, обвитием или выпадением пуповины, мало- или многоводием, плотным прикреплением, приращением, врастанием, прорастанием или преждевременной отслойкой нормально либо низко расположенной плаценты.

Врачебные ошибки. Неправильная тактика ведения беременности и родов, выбор неподходящего способа родоразрешения или вида оперативного вмешательства, необоснованная стимуляция родовой деятельности чреваты риском травматизма, иных осложнений и даже гибели женщины или ребёнка.

Классификация

В основу клинической классификации осложнений положены уровень возникающих нарушений (патология родов, повреждения у матери или плода), их характер и время возникновения. Разновидностями патологических родов являются:

Преждевременные роды. При начале родовой деятельности до 37 недели выше вероятность возникновения осложнений у плода. Поэтому даже при нормальном течении они считаются осложненными.

Затяжные роды. Увеличение продолжительности родов из-за слабой или дискоординированной родовой деятельности, клинически либо анатомически узкого таза и других причин повышает риск травм, гипоксии, послеродовых кровотечений.

Стремительные роды. При бурных сокращениях матки чаще возникают разрывы мягких тканей родовых путей, травмы плода, отслойка плаценты, нарушения плацентарного кровотока, гипотонические кровотечения.

Оперативное родоразрешение. Поскольку при кесаревом сечении, наложении вакуум-экстрактора или щипцов, акушерском повороте и других вмешательствах возрастает риск развития осложнений у женщины и ребенка, такие роды заведомо рассматриваются как осложненные.

У женщины в связи с родами возможные следующие типы осложнений:

Родовой травматизм. Под действием значительных растягивающих нагрузок в период родов возникают разрывы промежности, влагалища, шейки матки и ее тела. В наиболее тяжелых случаях наблюдаются травмы сфинктера и стенки прямой кишки, расхождение тазовых костей.

Декомпенсация экстрагенитальных заболеваний. Значительные физические нагрузки, сопряженные с родами, способны спровоцировать гипертонический криз, острую сердечную, мозговую, почечную или печеночную недостаточность, диабетическую кому, отслойку сетчатки и иные нарушения.

Кровотечения. При разрывах тканей, нарушениях в свертывающей системе крови, частичном или полном приращении плаценты, гипотонии миометрия нередко возникают длительные кровотечения, приводящие к значительным кровопотерям, гиповолемическому шоку и ДВС-синдрому.

Эмболия околоплодными водами. Грозное осложнение, вызванное попаданием амниотической жидкости в кровоток матери. В 70-80% случаев заканчивается гибелью женщины, в 60-80% — смертью плода.

Задержка частей последа в матке. Даже при отсутствии кровотечения фрагменты плаценты, приросшие или вросшие в стенку матки, представляют угрозу для здоровья женщины. Они могут стать питательным субстратом для развития воспаления либо переродиться.

Послеродовые воспалительные процессы. При тяжелых и затяжных родах, различных инвазивных вмешательствах повышается риск развития эндометритов, аднекситов, цервицитов, перитонита и сепсиса.

Основными осложнениями родов со стороны плода считаются:

Пренатальный травматизм. При родах ребенок может получить травму позвоночника, перелом ключицы и плечевой кости. Возможны внутриорганные кровоизлияния в ткани головного мозга, почек, печени, надпочечников, нарушения мозгового кровообращения, формирование кефалогематомы.

Острая гипоксия. Уменьшение или полное прекращение поступления крови от матери к ребенку из-за отслойки плаценты или пережатия пуповины сопровождается кислородным голоданием. При длительной гипоксии могут возникать необратимые изменения в тканях плода.

Инфицирование в родах. При клиническом течении или бессимптомном носительстве у матери инфекций родовых путей возможно заражение ребенка условно-патогенной флорой, возбудителями герпеса, гонореи, хламидиоза и других заболеваний.

С учетом времени появления последствий, связанных с родами, различают осложнения периода схваток (преждевременное начало, затяжное течение и др.), потужного периода (гипоксия плода, родовой травматизм, декомпенсация сопутствующей патологии), последового периода (кровотечения), послеродового периода (воспалительные заболевания). Кроме того, выделяют отдаленные последствия родов, связанные с их осложненным течением, — эктропион и рубцовую деформацию шейки матки, опущение и выпадение влагалища, матки, хорионэпителиому у женщины, ДЦП, другие инвалидизирующие симптомокомплексы и заболевания у ребенка.

Симптомы осложнений родов

Об осложненном течении родов могут свидетельствовать изменения в силе и характере схваток, болевой синдром, влагалищные выделения, нарушения общего самочувствия женщины, шевеление плода. При слабой родовой деятельности роженица отмечает редкие короткие схватки, которые обычно отличаются меньшей болезненностью. Дискоординированные схватки сопровождаются ощутимым повышением тонуса миометрия, неправильным ритмом его сокращения и расслабления, неравномерной силой схваток и болезненностью родовой деятельности. Обычно при этом женщина ощущает выраженное беспокойство.

Хотя при отсутствии анестезии боль всегда присутствует в родах, изменение ее интенсивности может свидетельствовать о развитии осложнений. Чаще выраженный болевой синдром возникает при угрожающем и начавшемся разрыве матке. Непосредственно в момент разрыва боль уменьшается, а сокращения миометрия прекращаются. Если в родах или сразу после них женщина жалуется на резкую («стреляющую») боль в области лонного сочленения, можно заподозрить расхождение или разрыв тазового кольца.

Появление обильных водянистых выделений из влагалища свидетельствует об излитии околоплодных вод. В отличие от своевременного вскрытия плодного пузыря в нормальных родах, его преждевременный разрыв считается осложнением, часто провоцирует ослабление родовой деятельности, выпадение во влагалище частей плода или пуповины. Кровянистые выделения в первом периоде родов обычно являются следствием преждевременного отслаивания плаценты. Во втором периоде они чаще всего сопровождают разрывы родовых путей, а в третьем возникают в результате гипотонии миометрия или задержки частей плаценты в маточной полости.

При развитии экстрагенитальных осложнений родов наблюдаются общие изменения в самочувствии женщины. Она может почувствовать внезапную слабость, головокружение, потерю четкости зрения, «мушки» или пелену перед глазами, сильное сердцебиение, потливость, ощущение холода, дрожь. В межсхваточном периоде и, тем более, во время схваток шевеления плода обычно не ощущаются, но при возникновении гипоксии дискомфорт, испытываемый ребенком, заставляет его активно шевелиться. Поэтому возросшая активность плода в периоде между схватками должна стать поводом для настороженности акушера-гинеколога.

Диагностика

Диагностические мероприятия во время родов направлены на оценку состояния роженицы и ребёнка, своевременное выявление осложнений и определение их тяжести. При подозрении на осложненное течение родов рекомендованы:

Наружное акушерское исследование. Позволяет определить форму и размеры матки, высоту стояния ее дна, степень раскрытия шейки (ориентировочно), соответствие размеров таза и головки ребенка, оценить частоту, силу и ритмичность схваток, выявить участки локальной болезненности.

Влагалищный осмотр. Применяется для определения состояния шейки матки, степени ее раскрытия, целостности амниотического пузыря, предлежащей части плода и особенностей его продвижения по родовым путям. В ходе обследования во влагалище может выявляться кровь, пуповина, части плода.

Кардиотокография. Позволяет осуществлять мониторирование сократительной активности матки и сердцебиения плода, вовремя обнаруживать признаки гипоксии и других угроз ребенку, сопровождающихся учащением или замедлением сердечной деятельности.

Гинекологическое УЗИ. Из-за быстрой динамики родов при их ведении ультразвуковые исследования назначают намного реже, чем при беременности. В некоторых случаях с их помощью уточняют положение плода, пуповины, состояние плаценты и рубца на матке.

Осмотр родовых путей после родов. Ревизия шейки матки с помощью специальных ложкообразных зеркал дает возможность вовремя выявить и ушить ее разрывы. Затем на предмет разрывов осматривают влагалище и промежность.

Ручное обследование матки. Является лечебно-диагностической процедурой. Проводится в случае подозрения на задержку в полости матки фрагментов плаценты.

При необходимости женщине назначают общий анализ крови, ЭКГ, мониторинг пульса и АД. Поскольку патологические состояния напрямую связаны с процессом родов, дифференциальная диагностика проводится между различными видами осложнений. По показаниям к ведению родов привлекают анестезиолога-реаниматолога, терапевта, невропатолога, неонатолога.

Лечение осложнений родов

Акушерская тактика направлена на выбор оптимального способа родоразрешения с минимизацией последствий для роженицы и плода. Выбор конкретных препаратов и техник определяется видом осложнений. В естественных осложненных родах назначаются:

Стимуляторы сокращений матки. Усиливают схватки и ускоряют процесс родов у пациенток с осложнениями в виде первичной или вторичной слабости родовой деятельности.

Токолитики. Позволяют расслабить маточную мускулатуру при бурных или дискоординированных схватках, гипертонусе, угрозе разрыва рубца.

Обезболивающие средства. В зависимости от интенсивности боли и ее субъективного восприятия роженицей применяется широкий спектр препаратов и способов, от назначения анальгетиков до эпидуральной или паравертебральной анестезии и общего наркоза.

Седативные препараты. Уменьшают эмоциональное напряжение, потенцируют эффект обезболивающей терапии, позволяют женщине лучше контролировать процесс родов в ответ на инструкции акушерок и врачей.

Осложнение родов кровотечением служит показанием для назначения инфузионной терапии с использованием гемостатиков, кровозамещающих растворов и препаратов крови, ингаляций кислорода через маску. При сохраняющемся кровотечении после рождения ребенка показана ревизия родовых путей на разрывы с их последующим ушиванием и ручной осмотр полости матки для обнаружения и извлечения остатков плаценты. В стремительных родах, при рождении крупного плода, ребенка с гидроцефалией или в не физиологичном положении/предлежании, при использовании акушерских пособий или операций возрастает угроза повреждения родовых путей. Поэтому роженице в плановом порядке производят эпизиотомию.

Неправильное предлежание и положение плода является показанием для использования одного из акушерских пособий — поворота плода на головку (по Архангельскому) или ножку, классического ручного или пособия по Цовьянову при тазовом предлежании. Если положение плода препятствует естественным родам, рекомендовано кесарево сечение. При угрозе матери и ребенку для более быстрого завершения родов могут применяться акушерские операции — вакуум-экстирпация плода, его экстракция за тазовый конец или наложение акушерских щипцов. При гибели ребенка и невозможности завершения родов естественным путем или кесаревым сечением выполняют плодоразрушающие операции.

Срочное родоразрешение кесаревым сечением показано при остром возникновении угрозы жизни роженицы и ребенка (разрыве матки, отслойке плаценты, выпадении пуповины). В ряде случаев полостная операция завершается экстирпацией матки. Гистерэктомия осуществляется при массивных разрывах с формированием интралигаментарных гематом, продолжающемся кровотечении, врастании плаценты, длительном безводном периоде с осложнением его инфекционным процессом.

Прогноз и профилактика

Прогноз осложненных родов зависит от вида патологии, своевременности ее диагностики и адекватности акушерской тактики. В подавляющем большинстве случаев исход благоприятен для ребенка и для матери. В России показатель материнской смертности снижался из года в год и в 2016 году достиг исторического минимума — 8,3 случая на 100 тыс. родов. Младенческая, в том числе интранатальная смертность также постоянно сокращается. Для профилактики осложнений родов важна своевременная постановка на учет и динамическое наблюдение в женской консультации, лечение выявленных сопутствующих заболеваний и осложнений беременности, плановая госпитализация в роддом при наличии показаний. Ключевую роль для предупреждения интранатальных угроз играет правильный выбор способа родоразрешения и профессионализм медицинского персонала при ведении родов.

**3.Подготовка беременных женщин и их семей к родам-помощь в сознательном подходе к предстоящим проблемам, вселение уверенности в благополучном исходе родов.**

Психопрофилактическая подготовка беременных к родам представляет собой комплекс мероприятий, включающих лечебную физкультуру, ультрафиолетовое облучение и специальные занятия.

Метод психопрофилактической подготовки беременных к родам основан на учении о сущности родовой боли, в формировании которой принимают участие не только раздражение нервных окончаний со стороны матки и других половых органов, но и условно рефлекторный компонент, связанный с воздействием на вторую сигнальную систему. При этом признается, что ведущая роль в возникновении болевых ощущений принадлежит коре головного мозга.

Сущность метода заключается в том, чтобы путем словесного воздействия снизить возбуждение в подкорковых центрах и уравновесить процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга.

Цель психопрофилактической подготовки состоит в устранении страха перед родами и других отрицательных эмоций, возникающих во время беременности, в выработке и закреплении представлений о родовом акте как о физиологическом и неболезненном процессе, в воспитании нового положительного чувства, связанного с предстоящим материнством.

Психопрофилактическая подготовка к родам начинается с первого посещения женщиной женской консультации. Врач выясняет социально-бытовые условия жизни беременной, ее отношение к беременности и предстоящим родам, наличие вредных привычек. Женщину знакомят с правами беременных и кормящих матерей, льготами для них. Врач выясняет, нет ли у женщины страха перед родами, убеждает беременную в необходимости специальной подготовки к родам, которая помогает устранить болевые ощущения. Врач должен стремиться оказывать благоприятное воздействие на психику беременной, постоянно подчеркивая, что роды – физиологический акт и их течение во многом зависит от подготовленности женщины к родам и материнству.

С 30 недели (начала дородового декретного отпуска) занятия проводятся особенно тщательно. При хорошей предварительной подготовке ограничиваются 4-5 занятиями с таким расчетом, чтобы последнее состоялось за 6-7 дней до родов. При позднем взятии на учет, патологическом течении беременности, отягощенном акушерском анамнезе, экстрагенитальной патологии количество занятий увеличивается до 6-9, провдятся они индивидуально 2 раза в неделю. Здоровые беременные занимаются в группах по 8 – 10 человек, которые по возможности составляются из однотипных в эмоциональном отношении женщин.

Первое занятие. Беременным сообщаются краткие сведения об анатомическом строении женских половых органов, о матке как плодовместилище и органе питания плода. Приводятся сведения и развитии плода, его положении в мате, роли плаценты, околоплодных вод. Разъясняется сущность изменений в организме беременной, обеспечивающих физиологическое течение беременности и родов.

Второе занятие. Дается представление о родах как о физиологическом акте, о трех периодах родов. Объясняются особенности правого периода родов, субъективные ощущения рожающей женщины, дается понятие о схватках, их продолжительности и регулярности. Рассказывается о механизме сглаживания и раскрытия шейки матки, о роли плодного пузыря и околоплодных вод.

Третье занятие. Разъясняется, как вести себя при появлении схваток и в течение всего первого периода родов. Указывается на то, что не следует отождествлять боль и схватку, у многих женщин схватки протекают совершенно безболезненно. Женщин обучают специальным приемам, с помощью которых можно уменьшить болевые ощущения: правильное, равномерное и глубокое дыхание во время схватки; легкие поглаживания переднебоковых поверхностей живота на вдохе и выдохе; поглаживания кожи поясничной области; прижатие большими пальцами кожи к внутренней поверхности гребешка подвздошной кости у обеих передне-верхних остей; прижатие кулаками точек, соответствующих наружным углам ромба Михаэлиса; ведение счета схваткам; отдых и по возможности попытка дремать между схватками. Беременные должны хорошо усвоить указанные приемы и точно выполнять их. В конце занятия разъясняются причины,которые могут усилить болезненные ощущения в родах (страх, беспокойное поведение, переполненный мочевой пузырь). Необходимо подчеркнуть, что эти причины легко устраняются в родах правильным поведением женщины.

Четвертое занятие. Дается представление о течении второго и третьего периодов родов, характере ощущений роженицы в это время. Рекомендуются рациональные положения в начале и конце периода изгнания, когда роженица должна проявлять максимум физических и психических усилий, уметь задерживать дыхание для повышения эффективности потуг и расслаблять мускулатуру в момент рождения головки плода. Подчеркивается, что продолжительность второго периода родов зависит не только от правильного применения приемов, но и от достаточной физической подготовки. Рекомендуется дома повторять предложенные приемы для полного их усвоения. Рассказывается о течении и содержании последового периода, его продолжительности, характере схваток. Женщины обучаются правильному поведению при рождении последа.

Пятое занятие. Как правило, это заключительное занятие, на котором контролируется усвоение материала прошлых занятий. Рассказывается о порядке и обстановке в родильном доме, о правилах асептики и антисептики. Дается представление об обязательных и возможных лечебно-диагностических мероприятиях (наружное и влагалищное исследование, вскрытие плодного пузыря, внутривенные и внутримышечные инъекции, вдыхание кислорода и т.д.). Объясняется их обоснованность и необходимость для благополучного течения и завершения родов.

Психопрофилактическую подготовку беременных к родам необходимо сочетать с физическими упражнениями, которые рекомендуется проводить с самого начала беременности.

Занятия физкультурой проводятся чаще группами под руководством инструктора п лечебной физкультуре или специально обученной акушерки.

Допускается выполнение упражнений на дому после соответствующего обучения.

Заниматься физкультурой рекомендуется утром до еды или через 1 – 2 часа после завтрака в хорошо проветренном помещении, в свободной, не стесняющей движения одежде. Продолжительность занятий не должна превышать 15-20 мин. Комплекс упражнений не должен вызывать у беременной усталости, затруднения дыхания, сердцебиения, одышки и т.п.

Исключаются прыжки, значительное натуживание, резкие движения. Систематические занятия физкультурой повышают сопротивляемость организма инфекции, укрепляют нервную систему, придают ощущение бодрости, улучшают общее состояние, аппетит, сон, работу сердечно-сосудистой системы, дыхания, желудочно-кишечного тракта. Физические упражнения укрепляют мышцы тазового дна, передней брюшной стенки, устраняют застойные явления в малом тазу и нижних конечностях, способствуя нормальному течению родового акта и послеродового периода.

Занятия физкультурой рекомендуются только здоровым женщинам, с физиологическим течением беременности.

Противопоказания для занятий:

острые инфекционные заболевания,

декомпенсированные заболевания сердечно-сосудистой системы,

болезни печени и почек,

осложнения беременности (гестозы, угроза не вынашивания, кровотечения во время беременности).Кроме занятий физкультурой используются и другие средства закаливания: прогулки на свежем воздухе, воздушные дозированные ванны, витаминотерапия, рациональная диета и т.д.

**4. Головка зрелого плода.**

Изучение формы и размеров головки плода имеет особое значение в акушерстве. В подавляющем большинстве родов (96%) головка первой проходит родовой канал, совершая ряд последовательных движений (поворотов).

Головка ввиду ее плотности и величины испытывает наибольшие затруднения при прохождении через родовые пути. После рождения головки родовые пути, обычно, достаточно подготовлены для продвижения туловища и конечностей плода.

Изучение головки имеет значение для диагностики и прогноза родов: по расположению швов и родничков судят о механизме родов и их течении.

Лицевые кости плода соединены прочно. Кости черепной части головки соединены фиброзными перепонками, которые определяют известную их подвижность и смещаемость по отношению друг к другу. Эти фиброзные перепонки называют швами. Небольшие пространства в местах пересечения швов называют родничками. Кости в области родничков также соединены фиброзной перепонкой. Когда головка проходит через родовые пути, швы и роднички позволяют костям черепа заходить друг за друга. Кости черепа плода легко гнутся. Указанные особенности строения костей придают головке плода пластичность, т.е. способность изменять форму, что чрезвычайно важно для прохождения ее через родовые пути.

Череп плода состоит из двух лобных, двух теменных, двух височных и одной затылочной, основной и решетчатой костей. В акушерстве особое значение имеют следующие швы:

Стреловидный шов (sutura sagitalis) проходит между теменными костями. Спереди шов переходит в большой родничок, сзади – в малый.

Лобный шов, метопический (suturafrontalis) находится между лобными костями; имеет такое же направление, как и стреловидный шов.

Венечный шов (suturacaronalis) соединяет лобные кости с теменными, проходит перпендикулярно к стреловидному и лобному швам.

Ламбдовидный (затылочный) шов (suturalambdoidea) соединяет затылочную кость с теменными.

В области соединения швов располагаются роднички (пространства, свободные от костной ткани). Практическое значение имеет большой и малый роднички.

Большой (передний) родничок (fonticulusmagnus s. anterior) находится на месте соединения стреловидного, лобного и венечного швов, имеет ромбовидную форму. От большого родничка отходят четыре шва: кпереди лобный, кзади стреловидный, вправо и влево соответствующие отделы венечного шва.

Малый (задний) родничок (fonticulusparvus, posterior) представляет собой небольшое углубление, в котором сходятся стреловидный и ламбдовидный швы. Малый родничок имеет треугольную форму; от малого родничка отходят три шва: кпереди стреловидный, вправо и влево соответствующие отделы ламбдовидного шва.

Второстепенных родничков четыре: по два на правой и левой стороне черепа. Крыловидный родничок (pterion) расположен на месте соединения теменной, основной, лобной и височной костей. Звездчатый родничок (asterion) находится на месте соединения теменной, височной и затылочной костей. Эти роднички особого диагностического значения не имеют.  
Важно знать следующие бугры на головке плода: затылочный, два теменных, два лобных.

**Размеры головки зрелого плода:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | **Название размера** | **Границы размера** | **Значение размера** | |
| **по прямой** | **по окружности** |
| **1.** | **Прямой размер** (diameter fronto-occipitalis) | надпереносья (glabella) до затылочного бугра | 12 см | 34 см. |
| **2.** | **Большой косой размер** (diameter mento-occipitalis) | от подбородка до затылочного бугра | 13-13,5 см | 38-42 см. |
| **3.** | **Малый косой размер** (diameter suboccipito-bregmaticus) | от подзатылочной ямки до первого угла большого родничка | 9,5 см. | 32 см. |
| **4.** | **Средний косой размер** (diameter suboccipitio-frontalis) | от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба | 10 см | 33 см. |
| **5.** | **Отвесный или вертикальный размер** (diameterverticalis, s. trashelo-bregmaticus) | от верхушки темени (макушки) до подъязычной области | 9,5-10 см. | 32 см. |
| **6.** | **Большой поперечный размер** (diameterbiparietalis) | наибольшее расстояние между теменными буграми | 9,25-9,5 см. |  |
| **7.** | **Малый поперечный размер** (diameterbitemporalis) | расстояние между наиболее отдаленными точками венечного шва | 8 см. |  |

Размеры туловища:

Размер плечиков – поперечник плечевого пояса (diameterbiacromialis) – равен 12 см. Окружность плечевого пояса 35 см.

Поперечный размер ягодиц (diameterbisiliacalis) равен 9-9,5 см. Окружность 28 см.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

Кучма, В.Р. Здоровый человек и его окружение: учебник / В.Р. Кучма, О.В. Сивочалова. - 4-е изд. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 544 с.

Славянова, И.К. Акушерство и гинекология: учебник / И. К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2018. - 573, [1] с.

Славянова, И.К. Сестринский уход в акушерстве и гинекологии: учебное пособие / И. К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2019. - 395 с.

Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе: учебник / А.Л. Вёрткин [и др.]; под ред. А.Л. Вёрткина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 544 с.

Российская Федерация. Законы. Об охране здоровья граждан: Федеральный закон № 323-ФЗ [принят Государственной Думой 01 ноября 2011 года: одобрен Советом Федерации 09 ноября 2011 года]. – Текст: электронный // ЭПС «Система ГАРАНТ»: Интернет-версия. – URL: http://internet.garant.ru (дата обращения: 11.05.2022).

**Приложение А**

**Упражнение для улучшения кровообращения**

ИП сидя на стуле. На счет 1–2 плавно запрокинуть голову назад, 3–4 наклонить голову вперед, плечи не поднимать. Повторить 4–6 раз, темп медленный.

ИП сидя, руки на поясе. На счет 1 – поворот головы направо, 2 – ИП (голова прямо), 3 – поворот головы налево, 4 – ИП. Повторить 6–8 раз в медленном темпе.

ИП стоя или сидя, руки на поясе. На счет 1 положить левую руку на правое плечо спереди, 2 – голову повернуть налево, 3 – ИП, 4–5 выполнить тоже самое правой рукой. Повторить 4–6 раз в медленном темпе.

**Приложение Б**

**Вопросы для самоподготовки к практике:**

1. Что такое роды?
2. Назовите периоды родов?
3. Чем отличаются потуги от схваток?
4. Как проводят профилактику кровотечения в третьем и раннем послеродовом периоде?
5. Сколько составляет физиологическая кровопотеря в родах?
6. Какой признак является наиболее достоверным признаками отслойки плаценты?
7. При каком признаке происходит удлинение наружного отрезка пуповины?
8. При каком признаке при надавливании ребром ладони на надлобковую область пуповина не втягивается во влагалище?
9. Какой шовпроходит между теменными костями, спереди переходит в большой родничок, сзади – в малый?
10. Где находится лобный шов?
11. Какие кости соединяет венечный шов?
12. Какойшовсоединяет затылочную кость с теменными?
13. Назовитеразмеры головки зрелого плода?
14. 1Укажите размеры плечиков и поперечный размер ягодиц?

**Контрольные ответы для самоподготовки к практике:**

1. 1.Роды- сложный физиологический процесс, при котором происходит изгнание из матки плода и его эмбриональных образований (плацента, оболочки, околоплодные воды) после завершения внутриутробного развития плода. Физиологические роды происходят в среднем через 280 дней (40 недель) после наступления беременности.
2. Роды делятся на три периода:  
   Раскрытия, изгнания, последовый.
3. Присоединением сокращений мышц брюшного пресса, диафрагмы, тазового дна.
4. В/в введением 1 мл метилэргометрина в момент прорезывания головки или внутримышечное введение окситоцина в боковую поверхность бедра в дозе 2 мл (10ЕД).
5. 0,5% массы роженицы.
6. 6.Наиболее достоверными признаками отслойки плаценты являются- признак Шредера (матка меняет форму, вытягивается, отклоняется в сторону, дно матки находится выше пупка.
7. 7.Признак Альфельда.
8. Признак Кюстнера-Чукалова.
9. 9.Стреловидный шов (sutura sagitalis) проходит между теменными костями. Спереди шов переходит в большой родничок, сзади – в малый.
10. 10.Лобный шов, метопический (sutura frontalis) находится между лобными костями; имеет такое же направление, как и стреловидный шов.
11. 11.Венечный шов (sutura caronalis) соединяет лобные кости с теменными, проходит перпендикулярно к стреловидному и лобному швам.
12. 12.Ламбдовидный (затылочный) шов (sutura lambdoidea) соединяет затылочную кость с теменными.
13. 13.Размеры головки зрелого плода:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | **Название размера** | **Границы размера** | **Значение размера** | |
| **по прямой** | **по окружности** |
| **1.** | **Прямой размер** (diameter fronto-occipitalis) | надпереносья (glabella) до затылочного бугра | 12 см | 34 см. |
| **2.** | **Большой косой размер** (diameter mento-occipitalis) | от подбородка до затылочного бугра | 13-13,5 см | 38-42 см. |
| **3.** | **Малый косой размер** (diameter suboccipito-bregmaticus) | от подзатылочной ямки до первого угла большого родничка | 9,5 см. | 32 см. |
| **4.** | **Средний косой размер** (diameter suboccipitio-frontalis) | от подзатылочной ямки до границы волосистой части лба | 10 см | 33 см. |
| **5.** | **Отвесный или вертикальный размер** (diameterverticalis, s. trashelo-bregmaticus) | от верхушки темени (макушки) до подъязычной области | 9,5-10 см. | 32 см. |
| **6.** | **Большой поперечный размер** (diameterbiparietalis) | наибольшее расстояние между теменными буграми | 9,25-9,5 см. |  |
| **7.** | **Малый поперечный размер** (diameterbitemporalis) | расстояние между наиболее отдаленными точками венечного шва | 8 см. |  |

14.Размер плечиков – поперечник плечевого пояса (diameter biacromialis) – равен 12 см. Окружность плечевого пояса 35 см.

Поперечный размер ягодиц (diameterbisiliacalis) равен 9-9,5 см. Окружность 28см;