Макушинский многопрофильный филиал

Государственного бюджетного профессионального

образовательного учреждения

 «Курганский базовый медицинский колледж»

Физиологические роды. Течение и ведение периодов родов

Учебное пособие для самостоятельной работы студентов

по специальностям

34.02.01 Сестринское дело

31.02.01 Лечебное дело



Макушино 2020

Физиологические роды. Течение и ведение периодов родов; учебно пособие для самостоятельной работы студентов / авт. - сост.: Т,Н.Васильева, С.В.Мамонтова. – Макушино 2020г. – 41с.

**Авторы – составители:**

Васильева Татьяна Николаевна – преподаватель высшей категории Макушинского многопрофильного филиала ГБПОУ «Курганский базовый медицинский колледж»

Мамонтова Светлана Владимировна- преподаватель высшей категории Макушинского многопрофильного филиала ГБПОУ «Курганский базовый медицинский колледж»

**Рецензент**: Казьмина Лариса Алексеевна, врач акушер-гинеколог высшей категории ГБУ «Макушинская ЦРБ»

Данное учебное пособие построено в соответствии с требованиями ФГОС – 3 + (Федеральный государственный стандарт третьего поколения +) к минимуму уровня подготовки выпускников по специальностям 34.02.01 Сестринское дело и разработано на основе рабочей программы по ПМ 02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах» Раздел 8 «Сестринский уход в акушерстве и гинекологии», ПМ 01. Проведение профилактических мероприятий МДК 01.01. Здоровый человек и его окружение; 31.02.01 Лечебное дело и разработано на основе рабочей программы по дисциплине Здоровый человек и его окружение Раздел 3 Зрелый возраст, ПМ 02 «Лечебная деятельность» МДК 02.03 Оказание акушерско-гинекологической помощи.

 В учебном пособии освещены вопросы наблюдение за женщиной во время родов, описаны изменения происходящие во всех периодах, предложен ряд заданий для самостоятельной работы.

Учебное пособие предназначено для самостоятельной аудиторной и внеаудиторной работы студентов по специальности 34.02.01 Сестринское дело, 31.02.01 Лечебное дело

Пособие включает в себя следующие разделы: «Содержание учебного материала», «Задания для самостоятельной работы», «Список источников литературы».

Предлагаемое пособие может быть использовано при подготовке к занятиям и контроля уровня знаний, но и также для отработки пропущенных занятий, что позволит повысить уровень усвоения материала и систематизировать работу.

 © Васильева Т.Н., Мамонтова С.В.

 Специальность: 31.02.01 Лечебное дело

Курс 1

Дисциплина: Здоровый человек и его окружение. Раздел 3 Зрелый возраст

Тема: Период родов и послеродовый период

Объем часов на изучение темы:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Максимальная учебная нагрузка, из них: | Теория | Практические занятия | Самостоятельная работа студента |
| 10 | 2 | 6 | 2 |

Количество часов на занятие: Лечебное дело 10 часов

Курс: 4

Профессиональный модуль:

ПМ 02. «Лечебная деятельность»

 Раздел 8. Оказание акушерско-гинекологической помощи

Тема: Оказание помощи при физиологических родах. Течение родов. Гипоксия плода. Нормальный послеродовый период.

 Объем часов на изучение темы:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Максимальная учебная нагрузка, из них: | Теория | Практические занятия | Самостоятельная работа студента |
| 10 | 2 | 6 | 2 |

Количество часов на занятие: Лечебное дело 10 часов

Уровень освоения материала: 3

Вид учебного занятия: теоретическое

Специальность: 34.02.01 Сестринское дело

Курс 3 ПМ Проведение профилактических мероприятий

МДК 01.01.Здоровый человек и его окружение

Тема: Роды и послеродовы период

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Максимальная учебная нагрузка, из них: | Теория | Практические занятия | Самостоятельная работа студента |
| 10 | 2 | 6 | 2 |

Количество часов на занятие: Сестринское дело 10 часов

Курс: 4

Профессиональный модуль:

ПМ. 02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах

МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

Раздел 8. Сестринский уход в акушерстве и гинекологии

Тема: Физиологические роды. Физиологическое течение послеродового периода. Современные перинатальные технологии.

 Объем часов на изучение темы:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Максимальная учебная нагрузка, из них: | Теория | Практические занятия | Самостоятельная работа студента |
| 14 | 4 | 6 | 4 |

Уровень освоения материала: 3

Вид учебного занятия: теоретическое.

Количество часов на занятие: Сестринское дело 10 часов

**Цель:** помочь в овладении сестринским процессом и манипуляционной техникой медицинской сестры (фельдшера) в объеме общих и профессиональных компетенций.

**Задачи:**

I. Образовательные (дидактические):

1. Систематизировать практический материал для углубленного изучения дисциплины.

2. Обеспечить студентов практическим материалом для качественной подготовки к текущей, промежуточной и итоговой аттестации.

II. Воспитательные:

1. Обеспечить условия для формирования навыков самостоятельной работы с целью приобретения и закрепления теоретических основ и практических навыков.

III. Развивающие:

1. Развивать умения обобщения полученных знаний, осуществления анализа, сравнений, формулирования выводов.

**Профессиональные компетенции**

по специальности 34.02.01 Сестринское дело

ПК 4.1. Эффективно общаться с пациентом и его окружением в процессе профессиональной деятельности.

ПК 4.2. Соблюдать принципы профессиональной этики.

ПК 4.3. Осуществлять уход за пациентами различных возрастных групп в условиях учреждения здравоохранения и на дому.

ПК 4.4. Консультировать пациента и его окружение по вопросам ухода и самоухода.

ПК 4.5. Оформлять медицинскую документацию.

ПК 4.6. Оказывать медицинские услуги в пределах своих полномочий.

ПК 4.7. Обеспечивать инфекционную безопасность.

ПК 4.8. Обеспечивать безопасную больничную среду для пациентов и персонала.

ПК 4.9. Участвовать в санитарно-просветительской работе среди населения.

ПК 4.10. Владеть основами гигиенического питания.

ПК 4.11. Обеспечивать производственную санитарию и личную гигиену на рабочем месте.

ПК 4.12. Осуществлять сестринский процесс.

**Профессиональные компетенции**

По специальности 31.02.01 Лечебное дело

ПК. 2.1. Определять программу лечения пациентов различных возрастных групп

ПК. 2.2. Определять тактику ведения пациента

ПК. 2.3. Выполнять лечебные вмешательства

ПК. 2.4. Проводить контроль эффективности лечения

ПК. 2.5. Осуществлять контроль состояния пациента

ПК. 2.6. Организовывать специализированный сестринский уход за пациентом

ПК. 2.7. Организовывать оказание психологической помощи пациенту и его окружению

ПК. 2.8. Оформлять медицинскую документацию.

С целью овладения вида профессиональной деятельности «Диагностическая деятельность» и соответствующими профессиональными компетенциями, обучающийся в ходе освоения профессионального модуля, должен:

**иметь практический опыт:**

- назначения лечения и определения тактики ведения пациента;

- выполнения и оценки результатов лечебных мероприятий;

- организации специализированного ухода за женщиной при родах;

**уметь:**

- определять тактику ведения пациента;

- назначать немедикаментозное и медикаментозное лечение;

- проводить лечебно-диагностические манипуляции;

- проводить контроль эффективности лечения;

- осуществлять уход за женщиной в период родов.

**знать:**

- принципы оказания помощи роженице во время родов;

**Содержание**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Введение  | 7 |
|  | Глоссарий | 8 |
| 1. | Течение физиологических родов | 10 |
| 2. | Протокол ведения нормальных родов | 18 |
| 3. | Задания для самостоятельной работы | 24 |
| 3.1 | Задание № 1 Тестовый опрос | 24 |
| 3.2 | Задания № 2 Графический диктант | 28 |
| 3.3 | Задания № 3 «Найди соответствие» | 29 |
| 3.4 | Задание № 4 Ситуационные задачи | 30 |
| 4 | Эталоны ответов на задания для самостоятельной работы | 31 |
| 5 | Список используемых источников | 36 |
| 6 | Приложения  | 37 |
|  | Приложения №1 Стадии маточного сокращения |  |
|  | Приложения №2 Схема раскрытия шейки матки |  |
|  | Приложения №3 Период изгнания |  |
|  | Приложения №4 Виды и этапы отделения плаценты от стенок матки |  |
|  | Приложения №5 Биомеханизм родов и рождения последа |  |

**Введение**

Данная тема очень важна для студентов, потому, что она является главной в акушерстве. Помощь в родах оказывается с момента существования человека. Сначала это была самопомощь, затем она сменилась взаимопомощью. В до революционной России помощь оказывалась бабками - повитухами, только небольшая часть женщин при дворе и из богатых сословий могли получать медицинскую помощь специалистов акушерского профиля. Еще бабки - повитухи знали некоторые рациональные приемы ведения родов. Например, что пуповина должна быть перерезана, в двух местах и только после этого перерезана, иначе от кровотечения погибала мать и ребенок. При патологическом родоразрешении проводилось много ритуалов, которые должны были облегчить рождение плода, некоторые из них приносили вред. Данное пособие составлено на основе требований ФГОС 3+ среднего профессионального образования. При подробном изучении манипуляций ускоряется процесс отработки профессионального мастерства, улучшается качество подготовки специалистов, сокращается срок адаптациина рабочем месте.

В настоящее время каждый медицинский работник должен знать биомеханизм родов и уметь оказать пособие в родах

При работе детской сестрой в родильном доме или на участке, фельдшером на приеме возникает необходимость дать совет женщине или членам ее семьи по подготовке к родам, по осуществлению гигиенических мероприятий и уходу за ребенком, по профилактике послеродовых осложнений.

При работе с беременными и членами их семьи необходимо помнить, что в силу изменений, произошедших в нервной системе, психика беременной очень ранима, поэтому членам семьи необходимо обеспечить психологический комфорт, то есть отношение к будущей матери должно быть чутким, внимательным.

Данное пособие составлено на основе требований Федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования 3+.При подробном изучении манипуляций ускоряется процесс отработки профессионального мастерства, улучшается качество подготовки специалистов, сокращается срок адаптации выпускников на рабочем месте. Таким образом, уменьшается перечень навыков, которые требуется дополнительно освоить в лечебно-профилактических учреждениях.

Пособие содержит теоретический материал и ряд заданий разного уровня для самостоятельной работы по данной теме, что даст возможность расширить и углубить знания.

**Глоссарий**

**Аборт**-прерывание беременности в течение первых 22 недель беременности

**Акушество** - область медицины, которая занимается изучением физиологических процессов, возникающих в организме женщины в связи с зачатием, беременностью, родами и послеродовым периодом.

**Амнион** - водная оболочка

**Амниотическая жидкость** – *(околоплодные воды)* — жидкость, которая заполняет полость одной из плодных оболочек (амниотической) и окружает плод; она секретируется амниотической оболочкой, содержит белки, жиры, глюкозу, гормоны, соли, витамины, а также продукты жизнедеятельности плода.

**Амниотомия** - это искусственный разрыв плодных оболочек.

**Апгар шкала** — метод оценки физического состояния новорожденного на первой и пятой минуте после рождения.

**Децидуальная оболочка** - видоизменненый в связи с беременностью функциональный слой слизистой оболочки матки (отпадающая оболочка)

**Перинеотомия** - акушерская операция: рассечение кожи и мышц промежности на 2-3 см по средней линии для ускорения рождения плода или предупреждения разрывов.

**Позиция плода** - отношение спинки плода правой или левой стороне матки

**Положение плода** - отношение продольной оси плода к продольной оси матки.

**Желтуха новорожденных** - физиологическая желтуха, возникающая у большинства здоровых новорожденных в первые дни жизни, вследствие того, что эритроциты плода содержат другой вид гемоглобина (гемоглобин F), который после рождения разрушается.

**Кардиотокография (КТГ)** - электронный мониторинг частоты сердечных сокращений плода, выполняемый специальным ультразвуковым датчиком. Данное обследование также включает измерение силы и частоты маточных сокращений при помощи внешнего датчика.

**Конфигурация головки плода** - кровоизлияние под надкостницу какой-либо кости свода черепа новорожденного, проявляющееся в виде мягкого образования с жидкостным содержимым, чаще всего в теменной области; возникает в результате разрыва кровеносного сосуда в процессе родов; обычно проходит самостоятельно в течение 2-3 недель.

**Молозиво** - секрет молочных желез, выделяемый во второй половине беременности и в первые 2-3 дня после родов; имеет желтый цвет, более высокий удельный вес, чем грудное молоко, содержит мало жиров, много углеводов, белков и защитных факторов (антител, лейкоцитов и др.).

**Планцента -** орган, который образуется на время беременности; через нее проходит обмен веществ между организмами матери и плода. В заключительный период родов изгоняется вместе с оболочками и пуповиной.

**Потуги** - сочетание сокращений матки *(схваток)* с сокращением мышц передней брюшной стенки и диафрагмы; возникают рефлекторно, при давлении предлежащей части плода на тазовое дно; характерны для второго периода родов — периода изгнания плода.

**Плод** - человеческий зародыш с девятой недели внутриутробного развития до момента рождения.

**Предлежащая часть** - та часть тела плода, которая расположена ближе к входу в малый таз и в процессе родов первой опускается в малый таз. Отсюда предлежание плода может быть головным, тазовым или ягодичным, ножным и др.

**Промежность** - совокупность мягких тканей, расположенных между заднепроходным отверстием и наружными половыми органами, ограниченная по бокам седалищными буграми.

**Послед** - плацента с пуповиной и оболочками.

**Раскрытие шейки матки** - происходящее в процессе *схваток* (см.) расширение отверстия шейки матки. На практике раскрытие шейки матки обозначается в сантиметрах; при полном раскрытии (10-12 см) шейка не определяется, матка и влагалище представляют собой единый «канал».

**Роженица**-женщина в течение родов.

**Родовые пути** - канал, образуемый костями малого таза и расположенными в нем мягкими тканями, через который проходят плод и плацента во время родов.

**Роды** - физиологический процесс изгнания плода и последа из матки через естественные родовые пути.

**Слабость родовой деятельности** - недостаточная сократительная способность мускулатуры матки, клиническим проявлением которой является замедленное раскрытие шейки матки и отсутствие продвижения плода по родовому каналу.

**Схватки** - периодически повторяющиеся сокращения матки в родах, в результате которых шейка матки сглаживается и раскрывается, плод продвигается вниз по родовому каналу.

**Цервикальный** - (от лат. *cervix*) — относящийся к шейке матки.

**Шейка матки** - нижняя суженная часть матки, вдающаяся во влагалище.

**Хорион** - ворсистая оболочка

**Эпизиотомия** - акушерская операция: рассечение кожи и мышц промежности на 2-3 см для ускорения рождения плода или предупреждения разрывов, по направлению к седалищному бугру.

1. **Течение физиологических родов**

**Родовые изгоняющие силы**

Родовые изгоняющие силы проявляются в виде схваток и потуг. Схватки - это периодически повторяющиеся сокращения матки. Они возникают во время родов и способствуют сглажи­ванию шейки матки, формированию нижнего сегмента матки и раскрытию наружного маточного зева. Сокращения матки начи­наются у дна матки, со стороны, противоположной месту при­крепления плаценты, распространяются по всему телу и закан­чиваются в области нижнего сегмента. (Прилож. 1) Потуги - сокращения мышечного пресса (брюшной стенки, диафрагмы, тазового дна), возникающие рефлекторно вследствие сдавления предлежащей частью нервных элементов крестцового сплетения. Схватки и потуги направлены на изгнание плода из родовых путей, отде­ление и рождение последа. Схватки продолжаются и в послеро­довом периоде.

В настоящее время известен ряд концепций раскрытия шей­ки матки в родах.

Концепция контракции-ретракции-дистракции предложена в конце XIX в. Ее суть можно свести к тому, что во время схват­ки (контракции) в нижнем сегменте происходит осевое переме­щение мышечных волокон относительно друг друга (ретрак­ция). Переместившиеся и сократившиеся мышечные волокна тянут мускулатуру маточного зева и вызывают его растяжение (дистракцию). Раскрытию маточного зева способствует сокра­щение продольных и расслабление циркулярных слоев шейки матки.

Теория тройного нисходящего градиента основана на гистерографических исследованиях: при нормальных родах сокращения мускулатуры дна матки мощное и продолжительнее, чем тела, а тела - чем нижнего сегмента и шейки. В соответствии с этой теорией раскрытие шейки происходит благодаря тому, что ранее и сильнее сократившийся вышележащий сегмент матки тянет на себя пока еще расслабленный нижележащий. Обра­зующиеся при этом волны последовательных растяжений и со­кращений в конце концов доходят до шейки, которая и растяги­вается под их воздействием. Клинического подтверждения этой концепции не существует.

Согласно концепции гидравлического клина, плодный пузырь при повышении внутриамниотического давления во время схва­ток внедряется в канал шейки матки и, действуя как клин, рас­тягивает маточный зев. Однако при вскрытии плодного пузыря продолжается раскрытие шейки матки. Следовательно, предпо­ложения о «гидравлическом клине» как основном механизме раскрытия шейки матки неверны.

В отношении механизма отделения плаценты в III периоде родов существует точка зрения о том, что после рождения плода плацентарная площадка, лишенная прогестеронового блока, на­чинает сокращаться. Это приводит к нарушению ее связи с пла­центой, которая, не обладая выраженными эластическими свой­ствами, отслаивается. Это спорно, так как во время родов все участки матки напрягаются одинаково.

Вышеизложенные концепции не могут полноценно объяс­нить биомеханизм родов, поскольку основные элементы родо­вого процесса (раскрытие шейки матки, продвижение плода по родовому каналу и отделение плаценты в последовом периоде) в них рассматриваются изолированно друг от друга, и они дале­ки от реальности. Нейрогуморальные механизмы регуляции родов. Наступление и совершение родов происходит в основном благодаря сократительной деятельности матки (СДМ). Установлено, что СДМ проявляется в течение всего половозрелого периода жизни женщины и приобретает особую значимость во время беременности, родов и послеродового периода. При нормальном течении беременности сокращения матки представляют собой физиологическое явление и не оказывают отрицательного влияния на состояние маточно-плацентарного кровообращения и развитие плода. К моменту и в процессе родов эти сокращения достигают такой мощности, что происходит изгнание плода через родовые пути.

Предлагалось множество теорий по объяснению причин наступления родов:

-эндокринная, связанная с гормональными изменениями (увеличение уровня эстрогенов и снижение прогестерона перед родами);

.-иммунологическая, объясняющая рождение плода как гетерогенного трансплантанта в связи с определенными изменениями иммунных взаимоотношений между матерью и плодом;

-механическая, согласно которой роды происходят вследствие перерастяжения матки растущим плодом (рефлекторно); метаболических изменений у плода и матери, особенно в матке;

-теория «доминанты беременности» переходящей в «доминанту родов» по формированию аналогичных очагов в коре головного мозга.

Какую из теорий можно считать обоснованной, но рассматривающей процесс наступления родов односторонне. В настоящее время считается, что наступление родов является сложным многозвеньевым процессом, в котором участвуют различные нейрогуморальные механизмы. Важнейшая роль принадлежит нервной системе, ее центральным структурам и коре головного мозга. Во время беременности в ЦНС преобладают процессы торможения.

Роль плода в вызывании родов связывается с изменениями плодово-материнских взаимоотношений к концу беременности. Завершение созревания и развития плода характеризуется изме­нениями в плаценте, которые влияют на иммунные взаимоот­ношения матери и плода со снижением активности иммуносу­прессорных механизмов, определяющих нормальное течение беременности.

Изменения состояния гуморальных механизмов плодово­материнских взаимоотношений, характеризующие окончание беременности, сопровождаются выраженной активацией метаболических процессов в эффекторном органе - матке.

Период предвестников

Изменения в организме женщины непосредственно в матке, плодово-материнских взаимоотношениях, создающие готов­ность организма к родам, происходят с 38 - 39-й недели бере­менности. Этот период считается подготовительным. Он закан­чивается предвестниками родов, которые характеризуют­ся комплексом клинических проявлений (симптомов):

• головка плода вставляется в плоскость малого таза, стано­вится малоподвижной (прижатой). У первородящих женщин это происходит уже в 38 недель беременности, а у повторно родящих - с началом родовой деятельности или ранее. Дно матки опускается ниже, живот и пупок выпячиваются. Женщина отмечает облегчение дыхания из-за более свобод­ной экскурсии диафрагмы (ранее диафрагма поджималась дном матки);

* происходит отслойка нижней части плодного пузыря от сте­нок матки, повышается секреторная функция слизистой цер­викального канала;
* шейка матки располагается в центре, соответственно про­водной оси таза. Она укорачивается до 1 - 2 см, размягчает­ся. Цервикальный канал расширяется (свободно пропускает палец), внутренний зев плавно переходит в нижний сегмент матки. К родам шейка становится зрелой (оценка зрелости шейки в баллах);
* выталкивается «слизистая пробка» из цервикального канала, что проявляется выделением слизи из влагалища, иногда с примесью крови;

в последние дни беременности уменьшается масса тела женщины (на 0,8 - 1,5 кг) за

* счет потери жидкости;
* в связи с перемещением центра тяжести изменяется осанка женщины, запрокидывается голова и возникает «горделивая» походка;
* усиливается сократительная деятельность матки и появляют­ся нерегулярные схватки, что субъективно женщина ощуща­ет в виде болей в низу живота и в области крестца (СДМ во время беременности субъективно не ощущается).

Течение родов

Развитие сократительной деятельности матки начинается в период предвестников (подготовительный период) родов. Появление регулярных схваток, постепенно усиливающихся, с ин­тервалами в 10 - 15 мин констатируется как начало родов. Роды разделяют на периоды: раскрытия (I период), изгнания (II пери­од), последовый (III период).

**Период раскрытия**

Период раскрытия (I период родов) - это время, прошедшее появления регулярных схваток до полного раскрытия шейки матки. В течение этого периода родовые пути подготавливаются для прохождения через них плода со всеми плодными образова­ниями. Продолжается он у первородящих женщин 10 - 12 ч, у повторнородящих - 8 - 10 ч.

Раскрытие шейки матки совершается под влиянием схваток, имеет свои особенности у первородящих и у повторнородящих. (Приложение 2). У первородящих вначале открывается внутренний зев, затем происходит сглаживание и укорочение шейки матки, от­крывается наружный зев. У повторнородящих женщин внутрен­ний и наружный зевы цервикального канала раскрываются од­новременно, параллельно укорачивается и истончается шейка матки.

В этот период отмечается разделение околоплодной жидко­сти на верхнюю и нижнюю порции (передние и задние в оды). Нижняя порция расположена ниже головки и выпячи­вает плодный пузырь, который как бы раскрывает родовые пу­ти. Границей между нижней и верхней порциями околоплодной жидкости служит пояс соприкосновения, образую­щийся областью соприкосновения головки с костями таза. При этом между костями таза женщины и головкой плода располага­ется нижний сегмент матки.

Раскрытие шейки матки (акушерского зева) происходит по­степенно: вначале шейка сглаживается, затем зев раскрывается до 3 - 4 см и в конце I периода родов до 10 - 12 см. Это уже полное раскрытие шейки матки. При нем во время схваток плодный пузырь становится напряженным и на высоте одной из них разрывается, передняя порция околоплодной жидкости из­ливается наружу. В ряде случаев вскрытие плодного пузыря на­блюдается до родов (преждевременное вскрытие плодного пузыря), до полного раскрытия шейки матки (раннее) или в периоде изгнания (запоздалое). Все это варианты патологии.

Схватки сопровождаются у многих женщин болевыми ощу­щениями в низу живота и в пояснице, которые усиливаются по мере нарастания частоты и продолжительности сокращений матки, К концу периода раскрытия схватки возникают через 2-3 мим продолжаются до 60 - 80 с. По мере их развития происходят изменения в матке. На границе нижнего сегмента и тела матки возникает утолщение — валик (контракционное

кольцо), которое поднимается над лоном все выше в соответствии с открытием шейки матки. При раскрытии акушерского зева на 4 - 5 см кон­тракционное кольцо определяется на 4 - 5 см выше лонной дуги и т. д. После схватки отмечается расслабление мышц матки, что необходимо для восстановления маточно-плацентарного крово­тока.

**Период изгнания**

Период изгнания (II период родов) — это время от момента полного открытия зева до рождения плода.

После излития околоплодной жидкости схватки временно прекращаются. Объем полости матки уменьшается, ее стенки плотно охватывают плод, полость матки и влагалище представ­ляются в виде единого родового канала. Схватки вновь появля­ются и становятся более интенсивными, к ним присоединяются потуги. Внутриматочное давление повышается в 2 раза по срав­нению с первым периодом и составляет 70 - 80 мм рт.ст., меж­мышечное - 250 - 300 мм рт.ст. Сила схваток и потуг направле­на на изгнание плода. Во время схваток и потуг вместе с маткой напрягаются все ее связки (круглые, крестцово-маточные, ши­рокие и др.), которыми матка фиксирована к стенкам таза.

Частота и интенсивность схваток и потуг постоянно нарас­тают. Головка опускается и сдавливает нервы крестцового спле­тения. У женщины появляется сильное желание выдавить из ро­довых путей головку, она ищет опоры для рук и ног с целью усиления потуг.

Во время потужной деятельности женщина испытывает мак­симальное физическое напряжение (повышается АД, учащаются пульс, дыхание, лицо краснеет). При этом она задерживает ды­хание, а в промежутках между потугами отдыхает и собирается с силами для новой потуги.

Продвигаясь по родовому каналу (Приложение 3) головка сначала только показывается из половой щели во время потуг – вре­зывание головки, а затем она не уходит из половой щели во время потуг – прорезывание головки. В процессе одной из потуг происходит рождение головки. Далее рождаются плечики (вначале переднее, затем заднее) и туловище. Вслед за плодом изливается верхняя порция околоплодной жидкости задние е воды) с примесью сыровидной смазки и крови из повреждений родовых путей.

Мать, испытав сильное утомление, отдыхает после напряженной работы (частота пульса и дыхания уменьшается)

**Последовый период**

Последовый период (III период родов) – это время от рожде­ния плода до рождения последа. В течение этого периода про­исходит отделение плаценты от стенок матки и рождение по­следа (плаценты с оболочками и пуповиной).

Сразу после рождения плода матка остается в состоянии не­которого тонического напряжения (фаза относительного покоя). Затем появляются сокращения матки – последовые схватки, в которых принимают участие все ее участки, включая область плацентарной площадки (в отличие от схваток в I—II периодах родов, когда плацентарная площадка при схватках не сокраща­ется). В процессе последовых схваток отделяется плацента в об­ласти губчатого (спонгиозного) слоя слизистой. Базальный слой слизистой оболочки матки сохраняется. Дно матки вначале находится на уровне пупка, затем оно поднимается вверх и направлено в одну из сторон (противопо­ложную месту прикрепления плаценты) брюшной полости, что свидетельствует об отделении плаценты. Этот процесс может совершаться начиная с центра плаценты с образованием ретро- плацентарной гематомы, которая способствует дальнейше­му отделению от стенок матки (Приложение 4). Плацента опускается вниз, рефлекторно возникает потужная деятельность, приводя­щая к рождению последа. При этом он рождается плодовой сто­роной плаценты. После рождения последа выделяется кровь. Это так называемое центральное отделение плаценты (по Шультце).

Реже плацента отделяется начиная с края (краевое отделение плаценты, по Дункану). При этом кровь сразу же изливается на**­**ружу, а затем рождается плацента материнской поверхностью в перед.

В процессе отделения плаценты от стенок матки повреждается маточно-плацентарные сосуды, что сопровождается в норме кровопотерей в объеме 100 – 200 мл, не оказывающей отрицательного влияния на состояние женщины. После рождения последа матка резко сокращается, становится плотной, что необходимо для остановки кровотечения в области плацентарной площадки; дно ее находится на середине между лоном и пупком

 Это период происходит нормализация пульса и дыхания женщины. Поведение ее спокойное. может наблюдается озноб (как реакция на перенесенное сильное физическое напряжение). Женщина в течение родов называется роженицей, а после рож­дения последа – родильницей.

**Биомеханизм родов**

Совокупность движений, совершаемых плодом при прохож­дении через костный таз и мягкие отделы родовых путей, назы­вается биомеханизмом (механизмом) родов.

Плод изгоняется таким образом, чтобы головка плода прохо­дила наименьшими своими размерами через большие размеры таза женщины. Движения головки в процессе биомеханизма со­провождаются определенными движениями туловища.

Оценка большинства движений головки (поступательных, вращательных, сгибательных, разгибательных) производится по смещению стреловидного шва из одного размера таза в другой по взаиморасположению большого и малого родничков головки плода.

В большинстве случаев (90%) роды свершаются при встав­лении головки в переднем виде затылочного предлежания (первая и вторая позиция).

Далее биомеханизм родов излагается на примере синклитического затылочного вставления (в переднем виде) головки пло­да (Приложение 5).

момент – сгибание головки (flexio caputis), или поворот ее вокруг поперечной оси. Вследствие сгибания подбородок при­ближается к груди, а малый родничок опускается ниже и стано­вится самой нижней точкой, продвигающейся вперед головки (слева при первой позиции и справа – при второй). Согнутая го­ловка своим полюсом, т. Е. нижней точкой, которая называется проводной точкой, совершает поступательное движение по про­водной оси таза. Проводной точкой является область головки, которая первой опускается во вход в таз, идет все время впереди в процессе биомеханизма родов и первой выходит из половой щели под лонное сочленение. В результате первого момента (сгибания) головка устанав­ливается в плоскости входа в малый таз меньшим (9,5 см) раз­мером – малым косым (d.suboccipito-bregmaticum). Это проис­ходит в течение I периода родов под влиянием схваток. У по­вторнородящих женщин головка подвижна или прижата ко вхо­ду малого таза в умеренном сгибании прямым размером (12 см), а малый и большой роднички находятся на одном уровне, веду­щей точкой является макушка черепа. Момент сгибания у по­вторнородящих женщин происходит после излития околоплод­ной жидкости.

1. момент – внутренний поворот головки вокруг пр**о­**дольной оси затылком кпереди, или правильная ротация (caputis interna normalis). Это вращение головка проделывает таким образом, что затылок в норме поворачиваетсякпереди, а лобная часть и большой родничок – кзади. Совершая это поворот, головка переходит стреловидным швом в прямой рам мер выхода из малого таза
2. момент – разгибание (аллическ s.deflexio) вокруг попе­речной или фронтальной оси. Уже отмечалось, что ось таза, на­аллич от границ тазового дна, описывает в направлении к вуль­варному кольцу параболу. По оси таза движется проводная точ­ка головки и, следовательно, чтобы так дойти до вульварного кольца, она должна описать такую же параболу, т. е. разгибание. В результате его головка из сгибательного переходит в разгибательное состояние.

При прохождении через вульварное кольцо разгибание го­ловки достигает максимума. Под лонной дугой головка фикси­руется областью подзатылочной ямки (точка опоры) и как бы перекатывается через промежность. В процессе разгибания из половой щели прорезывается лобик, личико, затем подбородок. Точка опоры (область подзатылочной ямки), вокруг которой со­вершается разгибание, называется также точкой вращения (гипомохлионом) или точкой фиксации.

В процессе разгибания головка, фиксируясь у лонной дуги гипомохлионом, выходит из вульварного кольца. Это происхо­дит медленно: вначале врезывание, затем прорезывание, и во время одной из потуг при максимальном расширении вульвар­ного кольца и зиянии ануса происходит рождение головки.

* + - * 1. IV момент – наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков (caputis externa et trunci intemi**).** В ре­зультате этого поворота головка возвращается в исходное со­стояние, поворачиваясь личиком в сторону бедра матери соот­ветственно механизму: при первой позиции – в сторону правого бедра, при второй — в сторону левого. Наружный поворот го­ловки по времени совпадает с внутренним поворотом плечиков. После рождения головки происходит рождение туловища. Наи­более сложным при этом является прохождение через плоскость выхода таза плечиков: из-под лонной дуги показывается перед­нее плечико, которое областью средней трети фиксируется у симфиза, после чего рождается заднее плечико и все туловище плода.

Таким образом, биомеханизм родов начинается с момента вставления головки в плоскость входа в таз, дальнейшего ее продвижения по родовым путям одновременно со сгибанием, внутренним поворотом, разгибанием и наружным поворотом, заканчиваясь рождением плечиков и туловища.

**2. Протокол ведения нормальных родов.**

Нормальные роды — это роды одним плодом в сроке 37—42 недели гестации, которые начались спонтанно , имели низкий риск к началу, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился спонтанно в головном предлежании. После родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Объективные признаки начала родов

* структурные изменения шейки матки;
* сокращения матки с определенной регулярностью (во время активной фазы не менее 3 за 10 мин).

Поступающую на роды женщину принимает дежурная акушерка приемного отделения. Вопрос о госпитализации в профильное отделение решает врач приемного покоя или дежурный врач. Акушерка должна:

* ознакомить с основными принципами ведения родов в отделении;
* предложить участвовать в родах партнеру.

Условия для участия в родах:

1. отсутствие признаков ОРВИ и других инфекционных, опасных для окружающих заболеваний. Наличие явных признаков инфекции может быть поводом для отказа в участии в родах с обязательным разъяснением причины.
2. наличие чистой сменной обуви и одежды.
* предложить выбор: свою или чистую больничную одежду пациентке, если она не имеет своей сменной одежды и обуви;
* предложить пациентке принять душ;
* измерить температуру тела, пульс, АД, провести общий акушерский осмотр;
* заполнить историю родов.

При этом рутинно не проводится

* специальная обработка ногтевых фаланг на руках и ногах, сосков молочных желез, не подстригаются ногти;
* очистительная клизма не предлагается. Показания — отсутствие стула в течение 3—4 дней или желание пациентки;
* бритье лобка и промежности.

После оформления документации акушерка приемного отделения должна лично проводить семью в родовой блок до палаты, в которой она будет находиться во время родов. Акушерка приемного отделения должна познакомить семью с дежурной акушеркой родового блока.

Наблюдение за родами включает в себя

* выслушивание сердцебиения плода (норма — 110—160 уд/мин);
* в первый период родов— каждые 15—30 мин в течение одной полной минуты после окончания схватки;
* во время потуг — после каждой потуги;
* применение КТГ по назначению врача
* влагалищное исследование для оценки динамики родов производится каждые 4 часа, более частый осмотр по показаниям

— родостимуляция окситоцином, излитие околоплодных вод, перед медикаментозным обёзболиванием и т. п. (примечание: средняя скорость раскрытия шейки матки — 1 см/ч, минимально приемлемый показатель — 0,5 см/ч);

* оценку схваток: норма в активную фазу— 3—4 схватки за 10 мин,

продолжительностью более 40—50 секунд;

* измерение пульса — каждые 30 мин;
* измерение АД— каждые 4 часа (исключая особые случаи, например хроническую гипертензию);
* измерение температуры тела — каждые 4 часа;
* частота и объем мочеиспускания — самоконтроль женщины (необходимо предлагать чаще посещать туалет);
* обсуждение с пациенткой метода ведения 3-го периода с предоставлением полной устной и письменной информации о потенциальных преимуществах и недостатках активной и выжидательной тактик (пример информированного согласия на активное ведение 3-го периода).

Роды ведутся по партограмме которую заполняет акушерка.

Еда и питье

Нет никаких данных для запрещения или ограничения в приеме как жидкости, так и легкой пищи (йогурт, яблоко, банан, шоколад, бутерброд и др.)

Родовая боль

Уменьшение болевых ощущений может быть достигнуто применением медикаментозных методов обезболивания, но гораздо важнее (и безопаснее) использовать немедикаментозные методы, такие как:

* максимальная психологическая поддержка женщины и ее семьи;
* информирование пациентки и ее сопровождающих о родах в максимально необходимом для них объеме. Информация, должна быть правдивой с обсуждением как положительных, так и отрицательных моментов того или иного вмешательства или метода, применяемого при оказании помощи;
* свободный выбор позиции во время 1-го и 2-го периодов родов;
* вертикальные положения тела во время схваток (исключая случаи излития вод при неполностью прижатой головке) или положение на боку. Медицинские работники должны поощрять пациентку принимать такие положения;
* массаж;
* специальное дыхание в сочетании с релаксацией;
* душ и ванна;
* музыка;
* ароматерапия;
* чередование тепла и холода.

**Помощь во 2-м периоде родов**

Акушерка должна:

* приготовить необходимое оборудование и место для реанимации новорожденного (включить тепло, подключить кислород, проверить наличие дыхательного мешка и масок к нему, подключить тройник к электроотсосу, грушу; приготовить пеленки, шапочку и носочки для ребенка);
* подготовить место для родов — разложить чистые пеленки или одноразовый пакет для приема родов в том месте, которая роженица выбрала для родов, нагреть пеленки, которыми будут обтирать ребенка, подготовить необходимые инструменты для родов; в том числе ножницы для пересечения пуповины.

Рождение ребенка может происходить в любом положении, которое выбрала сама женщина. Наиболее неудобное и опасное для плода положение — лежа на спине. Чаще всего женщины выбирают положение полусидя.

Начало 2-го периода не всегда совпадает с началом активных потуг. Поэтому не стоит заставлять тужиться раньше того времени, пока пациентка сама не пожалуется на чувство сильного давления на задний проход.

Нет необходимости в:

* управлении потугами с задержкой дыхания (прием Вальсальвы);
* рутинной эпизиотомии (при угрозе разрыва промежности, «высокой» промежности и т. Д.); Показания для эпизиотомии:
1. дистресс плода;
2. роды при тазовом предлежании;
3. при оперативных пособиях в родах.
* обязательной защите промежности (можно применить этот прием, если женщина находится в положении, при котором это практически возможно сделать, но и в этом случае не рекомендовано противодействовать разгибанию головки);
* укорочении 2-го периода при нормальном состоянии плода и роженицы;
* рождении ребенка за одну потугу. После рождения головки необходимо дать возможность развернуться плечикам самостоятельно, при этом необходимо проверить, нет ли обвития пуповины. При тугом обвитии пересечь пуповину между 2 зажимами, при нетугом — ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги. Не спешить! Цианоз личика не является опасным признаком!

Прием Кристеллера не должен использоваться!

**Протокол активного ведения 3-го периода**

1. Введение окситоцина — 10 ЕД в/м в область бедра в течение 1-й минуты после рождения ребенка.
2. Контролируемая тракция пуповины
* Пережмите пуповину ближе к промежности зажимом. Держите пережатую пуповину и концы зажима одной рукой.
* Положите другую руку непосредственно на дно матки и дождитесь первого

маточного сокращения. Переведя руку на область лона, удерживайте матку, отводя ее от лона во время контролируемого потягивания за пуповину. Это поможет избежать выворота матки.

* Очень осторожно потяните на себя пуповину для рождения плаценты. Не ждите обильных кровянистых выделений до того, как вы начали потягивание за пуповину. Продолжайте отводить матку другой рукой в направлении, противоположном потягиванию за пуповину.
* Если плацента не опускается в течение 10—20 секунд контролируемого потягивания за пуповину (то есть нет признаков отделения плаценты), прекратите тянуть за пуповину.
* Осторожно держите пуповину и дождитесь очередного сокращения матки.
* Во время следующего сокращения матки повторите контролируемое потягивание за пуповину с отведением матки в противоположную сторону.

Никогда не тяните пуповину на себя без отведения матки в противоположную сторону другой рукой выше лобковой кости.

* При рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться.

Держите плаценту обеими руками и осторожно поворачивайте ее, пока плодные оболочки не родятся.

* Медленно потяните плаценту для завершения родов.
* Если плодные оболочки оборвались, осторожно исследуйте верхнюю часть влагалища и шейку матки в стерильных перчатках и используйте окончатые зажимы для удаления всех оставшихся частей плодных оболочек, которые будут обнаружены.
* Внимательно осмотрите плаценту, чтобы удостовериться в ее целостности.
* Если пуповина оборвалась или в течение 30 минут не удалось выделить послед, необходимо произвести ручное выделение последа.
* После рождения последа немедленно проведите массаж дна матки через переднюю брюшную стенку женщины до появления сокращений матки.
* Повторяйте массаж матки каждые 15 минут в течение первых 2 часов послеродового периода.

После рождения ребенка

* акушерка, ведущая роды, оценивает состояние ребенка на своей руке. Если его состояние не вызывает опасений, то есть он дышит, кричит, в тонусе, сразу же после обтирания теплой чистой пеленкой ребенок выкладывается на живот матери;
* рутинное отсасывание слизи из носа и изо рта новорожденного, зондирование желудка не проводится;
* на головку ребенка одевают чистую, возможно принесенную из дома, шапочку, на ножки — носочки;
* мокрая пеленка сбрасывается, и ребенок накрывается сухой и чистой пеленкой и дополнительно — одеялом;
* пуповина перерезается стерильными инструментами, возможно, отцом ребенка или другим сопровождающим, специальной обработки пуповина антисептиками при

этом не требуется;

* родовые пути очень осторожно осматриваются при помощи тампона;
* рутинно осмотр родовых путей в зеркалах не проводится;
* пузырь со льдом на живот не выкладывается;
* рутинная катетеризация мочевого пузыря не проводится;
* при необходимости разрывы мягких тканей родовых путей ушиваются акушеркой или врачом под местным обезболиванием (предпочтительно лидокаином) синтетическим рассасывающимся шовным материале предпочтительно (Vicril-Rapid № 2—0) с использованием внутрикожного шва на промежности;
* перед началом ушивания обязательно сменить перчатки на стерильные;
* обработать антисептиком область вокруг разрыва или эпизиотомной раны; длинные волосы, мешающие ушиванию, можно подстричь;
* дополнительной обработки родовых путей растворами антисептиков не требуется;
* в завершение грязное и мокрое белье из-под женщины меняется на сухое и чистое, и она укрывается вместе с новорожденным отдельной простыней и одеялом.

Через 2 часа при отсутствии осложнений со стороны как матери, так новорожденного они переводятся вместе на каталке или специальном кресле акушеркой родового блока в послеродовую палату совместного пребывания. Акушерка родового блока должна познакомить семью с дежурной акушеркой послеродового отделения и медсестрой детского отделения, которые будут наблюдать за пациентку в дальнейшем.

После перевода семьи родовая палата подвергается уборке по типу заключительной.

**Задания для самостоятельной работы**

**Задание № 1.**

**«Тестовый опрос»**

(задание на «3»)

Инструкция: изучить предложенный материал по теме «Физиологические роды. Течение и ведение периодов родов»

1 вариант

Из предложенных вариантов ответов выбрать один правильный

1.К концу беременности женщина прибавляет в массе

1. 5 кг

2. 10-12 кг

3. 20 кг

4. 30 кг

2.Предположительные признаки беременности

1. перемены в аппетите

2. прослушивание сердцебиения плода

3. движение плода

4. пальпация частей плода

3. Норма кровопотери в третьем периоде родов

1. 200 мл

2. 0,5 % от массы тела женщины

3. 400 мл

4. 600 мл

4.Своевременной считается отслойка плаценты

1. во время беременности

2. во время 1 периода родов

3. во время II периода родов

4. после рождения плода

5.Прерывание беременности в 32 недели - это

1. аборт

2. преждевременные роды

3. своевременные роды

4 запоздалые роды

6.Нормальная частота сердцебиения внутриутробного плода

1. 60-80 уд. в мин

2. 100-110 уд. в мин

3. 120-160 уд. в мин

4 110-120 уд. в мин

7.Число моментов биомеханизма родов

1. пять

2. три

3. четыре

4 шесть

8.Проводной точкой на головке плода во время родов является

1. лоб

2. подбородок

3. большой родничок

4 малый родничок

9.Третий момент биомеханизма родов

1. сгибание головки

2. разгибание головки

3. внутренний поворот головки

4 внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки

10.Для профилактики кровотечения в послеродовом периоде необходимо

1. положить на низ живота пузырь со льдом

2. ввести глюконат кальция внутривенно

3. ввести глюкозу с аскорбиновой кислотой внутривенно

4 разрешить женщине вытянуть ноги

2 вариант

Из предложенных вариантов ответов выбрать один правильный

1.Число периодов родов

1. пять

2. три

3. четыре

4 шесть

2. Нормальная продолжительность родов у первородящих

1. 10-12 часов.

2. 24 часа.

3. 4-6 часов

4. 16-18 часов

3.В родильный блок не входят

1. смотровой кабинет

2. родильный зал

3. предродовая палата

4. послеродовая палата

4. Прерывание беременности в 38-39 недель - это

1. аборт

2. преждевременные роды

3. своевременные роды

4 запоздалые роды

5.Схватки - это сокращения мышц

1. матки

2. тазового дна

3 брюшного пресса

4. диафрагмы

6. Биомеханизм родов - это

1. действия акушерки во время родов

2. совокупность движения плода по родовому каналу

3. действие детской медицинской сестры

4. родовые изгоняющие силы

7. Для предвестников родов характерны

1. обильные кровянистые выделения

2. регулярные схватки

3 отхождение слизистой пробки из цервикального канала

4. шевеление плода

8.Пособие в родах начинают оказывать с момента

1. с первого момента биомеханизмов родов

2. прорезывания головки плода

3. после рождения плода

4 врезывания головки плода

9. Для нормальных регулярных схваток характерны частота и продолжительность соответственно

1. через 20 мин по 10 с

2. через 15 мин по 10 с

3. через 45 мин по 15 с.

4 через 60 мин по 35 с

10. Достоверные признаки беременности

1. прощупывание частей плода врачом или акушеркой

2. прекращение менструаций

3. перемены в аппетите

4 появление молозива

**Задание № 2**

**Графический диктант**

(задание на «3»)

1.Схватки - это сокращение мышц матки

2.Второй период родов - это период раскрытия

3.Различают 5 периодов родов

4.Различают 4 момента биомеханизмов родов

5.Сгибание головки - это 2 момент биомеханизма родов

6.Женщину во время родов называют родильницей

7.Преждевременное излитие околоплодных вод - это излитие до начала родовой деятельности

8.Прерывание беременности в сроке 32 недели - это срочные роды

9.Разгибание головки - это момент биомеханизма родов

10.Биомеханизм родов - это родовые изгоняющие силы

Да

 Нет

При согласии с ответом отвечаете «ДА»

При несогласии с ответом отвечаете «НЕТ»

Задание № 3

Найди соответствие

(задание на «4»)

II период

родов

По следовый

IV момент биомеханизма родов

Сгибание головки

III период

родов

Раскрытие шейки матки

I момент биомеханизма родов

Разгибание головки

I период

родов

Изгнание плода

III момент биомеханизма родов.

Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки

II момент биомеханизма родов

Внутренний поворот головки

**Задание № 4**

**Решить ситуационные задачи**

(задание на «5»)

Задача № 1

В женскую консультацию обратилась пациентка с жалобами на тошноту, рвоту по утрам, слабость, сонливость, задержку менструации в течении 2 месяцев. Беременность желанная.

Задание.

1.По каким признакам можно поставить диагноз?

2.Выявите проблемы пациентки.

3.Попытайтесь решить эти проблемы.

Задача № 2

В женскую консультацию обратилась беременная с жалобами на запоры. За 2 недели прибавила 1000 граммов. При осмотре поставили диагноз: беременность 36 недель.

Задание.

1.Выявите проблемы.

2.Постарайтесь решить проблемы.

3.Какие жизненно важные потребности беременной женщины изменились?

Задача №3

При осмотре беременной во время очередной явки установлено, что за последнюю неделю пациентка убыла в весе на 600,0 г, она отмечает, что ей стало легче дышать, дно матки опустилось и находится на середине между пупком и мечевидным островком. Предлежащая часть прижата ко входу в малый таз.

Задание:

1.Определить срок беременности и дату предстоящих родов по последней менструации и шевелению плода (данные взять у преподавателя).

2.Какие признаки подтверждают скорый срок родов и как они называются?

3.Какие вы знаете еще признаки?

Задача № 4

В экстремальной ситуации (в поезде) женщина родила живого ребенка. Послед самостоятельно отделился и родился. Кровопотеря составила приблизительно 250-300 мл. При родах присутствовала медицинская сестра, которая при обследовании получила следующие данные женщина жалуется на усталость, волнуется за своего ребенка.

Объективно: кожные покровы, пульс 74 уд. в мин. На подкладной пеленке обильные кровянистые выделения алого цвета. При осмотре последа дефектов не выявлено.

**Эталоны ответов для задания для самостоятельной работы**

Ответ на задание № 1

Тесты

|  |  |
| --- | --- |
| 1 вариант  | 2 вариант  |
| 1.-2 | 1.-2 |
| 2.-1 | 2.-1 |
| 3.-2 | 3.-4 |
| 4.-4 | 4.-3 |
| 5.-2 | 5.-1 |
| 6.-3 | 6.-2 |
| 7.-3 | 7.-3 |
| 8.-4 | 8.-4 |
| 9.-2 | 9.-2 |
| 10.-1 | 10-.1 |

Ответ на задание № 2

Графический диктант

 Нет

 Да

**Ответ на задание № 3**

Найди соответствие

II период

родов

Последовый

IV момент биомеханизма родов

Сгибание головки

III период

родов

Раскрытие шейки матки

I момент биомеханизма родов

Разгибание головки

I период

родов

Изгнание плода

III момент биомеханизма родов.

Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки

II момент биомеханизма родов

Внутренний поворот головки

**Ответ на задание № 4**

Решение ситуационных задач

Задача №1

1.Диагноз становится по предположительным признакам беременности (тошнота, рвота, слабость, сонливость, задержка менструации)

2.Настоящая проблема - плохое самочувствие.

Потенциальная проблема - страх перед родами, боязнь за ребенка.

3.Информировать пациентку, что происходящее с ней изменения связаны с физиологической беременностью. Посоветовать ей не вставать утром с постели натощак, с вечера приготовить на тумбочку минеральной воды, кусочек хлеба, лимон, вставать медленно. Установить правильный распорядок дня. Поставить беременную на диспансерный учет. Провести 1 занятие по физиопрофилактической подготовке беременной к родам на тему:» Гигиена беременной».

Провести патронаж и побеседовать с мужем и родственниками об их роли в поддержании качества жизни беременной.

Задача №2

1.Настоящие проблемы -беременность, .страх перед родами, боязнь за будущего -ребенка, запоры, .излишняя прибавка в весе (за неделю средняя прибавка в весе на 100 г)

 Потенциальная проблема -развитие гестоза беременности.

2. Провести беседу «Питание беременной», посоветовать ограничить жидкость до 1000,0 г соль до 3 -4 г для регулирования работы кишечника употреблять свеклу, морковь, подсолнечное масло, изюм, курагу. Провести активный, патронаж и. подключить мужа и
родственников к поддержанию качества жизни беременной. Так как у беременной излишняя прибавка в весе, то желательно ее госпитализировать в отделение патологии беременности.

3. Потребность есть — необходимо соблюдать диету. Потребность пить — следует соблюдать водно-солевой режим, Потребность выделять - запоры и частое мочеиспус кание. Потребность дышать - одышка, в 36 недель самое высокое стояние дна матки под диафрагмой.

Задача № 3

1.Роды срочные. Поздний послеродовый период.

2.Настоящая проблема - нагрубание молочных желез, слабость, схваткообразные боли в низу живота.

Потенциальные проблемы – лактостаз, послеродовый мастит.

3.Объяснить родильнице, что послеродовый период протекает у нее физиологично.

Задача № 4

1.В экстремальной ситуации у беременной произошли преждевременные роды.

Информация, позволяющая медсестре заподозрить неотложное состояние;

-роды произошли вне стационара, £

- ранний послеродовый период;

- кровянистые выделения из половых путей.

2.Алгоритм действий медсестры

1. Сообщить бригадиру железнодорожного состава о необходимости вызова по рации бригады скорой помощи к ближайшей станции , с целью экстренной транспортировки в родильный дом.
2. Успокоить родильницу, придать удобное положение, убрать послед, пеленки, по возможности обтереть грязные участки тела, укрыть одеялом, с целью создания благоприятной обстановки.
3. Периодически производить наружный массаж матки, наблюдать за выделениями из половых путей, с целью предотвращения кровотечения.
4. Положить на низ живота груз, при возможности холод, с целью профилактики кровотечения.
5. Наблюдать, за состоянием беременной, периодически определять пульс, с целью контроля со­стояния.

3.Студент демонстрирует на муляже технику наружного массажа матки. Пальпаторно определяет дно матки и кистью правой руки совершает круговые движения, массируя матку. При этом студент должен наблюдать за выделениями из половых путей.

**Список используемых источников**

1.Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 ноября 2012 г. № 572 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю акушерство и гинекологии (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)».

2. Приказ департамента здравоохранения Курганской области «Об отдельных вопросах организации работы при оказании медицинской помощи женщинам в период беременности, роженицам и родильницам на территории Курганской области от 22.09.2014 г № 1094.

3. Приказ ГБУ «Курганский перинатальный центр» от 02.11.2012 г. № 124 «О порядке оказания неотложной медицинской помощи» (Приложение №1).

4.Здоровый человек и его окружение : учеб. Пособие/ Д.А.Крюкова, Л.а Лысак, О.В.Фурса; под ред. Б.В.Кабарухина. – Изд. 12-е, доп. и перераб. – Ростов н/Д : Феникс, 2013. - 474 с.: ил. – (Среднее профессиональное образование).

5.Здоровый человек и его окружение : учеб. Пособие/ Д.А.Крюкова, Л.а Лысак, О.В.Фурса; под ред. Б.В.Кабарухина. – Изд. 3-е. - Ростов н/Д : Феникс, 2005. – 381, (1) с.: ил. – (Среднее профессиональное образование).

6. Вл.И.Дуда, О.Г.Дражкина «Акушерство» - Мн.: Выш.Шк. ООО «Интерпрессервис», 2002.

7.Пропедевтика клинических дисциплин : учеб. Для студ. Учреждений сред. мед. проф. образования / (А.Н.Шишкин и др.); под ред. А.Н.Шишкина. – 3-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2013. – 464 с.

8. Акушерство / В.И.Бодяжина, И.Б Семенченко. – Изд. 8-е. –Ростов н/Д : Феникс, 2009. – 477 С. : ил.- (Среднее профессиональное образование).

**Приложения**

Приложение № 1



Приложение № 2

**Схема раскрытия шейки матки:** А - у первородящих женщин; а - центрированние; б - укорочение с раскрытием внутреннего зева; в - сглаживание с внутреннего зева; г-раскрытие наружного зева; Б - у повторнородящих женщин; а - укорочение и раскрытие внутреннего и наружного зева; б - сглаживание и раскрытие внутреннего и наружного зева; в - раскрытие наружного зева; В-перешеек, 2-внутренний зев, 3-шейка матки

Приложение № 3

**Период изгнания:** а - врезывание; б - прорезывание; в - рождение головки; г - наружный поворот головки; д - рождение переднего плечика; е - рождение заднего плечика

Приложение № 4

**Виды и этапы отделения плаценты от стенок матки и рождение последа;**

А - с центра (по Шультце); б - с краев (по Дункану)

Приложение № 5



**Биомеханизм родов:** 1-первый момент; а - сгибание головки, б - вид снизу;

 2 - второй момент: а - внутренний поворот головки, б - вид снизу;

3 - конец второго и начало третьего момента: а - начало разгибания головки, б- вид снизу