

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РОДЫ

1. Название протокола: Физиологические роды

2. Код (коды) по МКБ-10: O80 Самопроизвольные роды в затылочном предлежании.

3. Уровень оказания медицинской помощи: акушерский стационар

4. Определение:

Физиологические роды - это роды одним плодом в сроке 37-42 недели гестации, которые начались спонтанно, низкого риска на начало, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился спонтанно в головном предлежании, после родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Цель оказания помощи во время физиологических родов – обеспечить безопасность для женщины и ребенка во время родов при минимально возможном вмешательстве в физиологический процесс.

5. Классификация: нет

6. Первичная профилактика: нет

7. Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез: схваткообразные боли внизу живота

Физикальное обследование: при наружном акушерском исследовании – наличие регулярных сокращений матки и удовлетворительное состояние плода; при влагалищном исследовании - открытие маточного зева

8. Перечень основных диагностических мероприятий:

8.1 Выслушивание сердцебиения плода (норма- 110-160 уд/мин)

- в начале первого периода – не реже, чем каждые 30 минут, в активной фазе – не реже, чем каждые 15 минут в течение 1 полной минуты после окончания схватки

- во время потуг - каждые 5 минут или после каждой потуги

- рутинное применение КТГ всем роженицам не оправдано, особенно в группе родов низкого риска, так как имеет высокий процент «ложноположительных» результатов, а, следовательно, увеличивает частоту вмешательств, не улучшающих перинатальные исходы.

8.2 Влагалищное исследование для оценки динамики родов (средняя скорость раскрытия шейки матки- 1 см/час, минимально приемлемый показатель- 0,5 см/час) в активную фазу производится не реже, чем через 4 часа.

8.3 Оценка схваток - не менее двух схваток за 10 минут продолжительностью 20 секунд и более.

8.4 Измерение пульса - каждые 30 минут.

8.5 АД – не реже, чем каждые 4 часа, (исключая особые случаи - гипертензия)

8.6 Т тела - не реже, чем каждые 4 часа.

8.7 Частота и объем мочеиспускания - самоконтроль женщины (необходимо предлагать чаще посещать туалет).

8.8 Обсуждение с пациенткой метода ведения 3-го периода с представлением полной устной и письменной информации о потенциальных преимуществах и недостатках активной и выжидательной тактик ведения 3-го периода родов (приложение 1).

8.9 Лабораторные исследования: определение группы крови и резус-принадлежность

На протяжении всего периода родов медицинские работники должны оказывать полноценную эмоциональную, психологическую и физическую помощь женщине и ее семье или помощникам.

9. Тактика ведения

Приемное отделение

Приемное отделение должно иметь помещение, в котором соблюдается конфиденциальность во время приема в отделение. При сборе анамнеза и заполнении необходимой медицинской документации, в нем не должны находиться посторонние люди, в том числе незанятый в приеме пациентки медицинский персонал.

Поступающую женщину принимает дежурная акушерка приемного отделения, которая знакома с основными принципами ведения родов в отделении; предлагает участвовать в родах близкому человеку (по выбору самой женщины).

Наличие явных признаков инфекции может быть поводом для отказа в участии в родах с обязательным разъяснением причины. Никакое дополнительное обследование не требуется.

Сопровождающему, участвующему в родах, рекомендуется оставаться в своей одежде. Пациентке также рекомендуется оставаться в своей одежде и сменной обуви.

Пациентке можно предложить принять душ.

Измерить температуру тела, пульс, АД, провести общий акушерский осмотр, заполнить историю родов.

После оформления документации акушерка приемного отделения проводит семью в родильную палату, в которой она будет находиться во время родов. Акушерка приемного отделения должна познакомить семью с дежурной акушеркой родового блока, которая консультирует женщину/семью о роли партнера в родах, положениях в родах в первом и во втором периоде, принятии пищи и питья в родах, управление болью, о способах ведения третьего периода родов.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РОДЫ

1. Название протокола: Физиологические роды

2. Код (коды) по МКБ-10: O80 Самопроизвольные роды в затылочном предлежании.

3. Уровень оказания медицинской помощи: акушерский стационар

4. Определение:

Физиологические роды - это роды одним плодом в сроке 37-42 недели гестации, которые начались спонтанно, низкого риска на начало, прошедшие без осложнений, при которых ребенок родился спонтанно в головном предлежании, после родов родильница и новорожденный находятся в удовлетворительном состоянии.

Цель оказания помощи во время физиологических родов – обеспечить безопасность для женщины и ребенка во время родов при минимально возможном вмешательстве в физиологический процесс.

5. Классификация: нет

6. Первичная профилактика: нет

7. Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез: схваткообразные боли внизу живота

Физикальное обследование: при наружном акушерском исследовании – наличие регулярных сокращений матки и удовлетворительное состояние плода; при влагалищном исследовании - открытие маточного зева

8. Перечень основных диагностических мероприятий:

8.1 Выслушивание сердцебиения плода (норма- 110-160 уд/мин)

- в начале первого периода – не реже, чем каждые 30 минут, в активной фазе – не реже, чем каждые 15 минут в течение 1 полной минуты после окончания схватки

- во время потуг - каждые 5 минут или после каждой потуги

- рутинное применение КТГ всем роженицам не оправдано, особенно в группе родов низкого риска, так как имеет высокий процент «ложноположительных» результатов, а, следовательно, увеличивает частоту вмешательств, не улучшающих перинатальные исходы.

8.2 Влагалищное исследование для оценки динамики родов (средняя скорость раскрытия шейки матки- 1 см/час, минимально приемлемый показатель- 0,5 см/час) в активную фазу производится не реже, чем через 4 часа.

8.3 Оценка схваток - не менее двух схваток за 10 минут продолжительностью 20 секунд и более.

8.4 Измерение пульса - каждые 30 минут.

8.5 АД – не реже, чем каждые 4 часа, (исключая особые случаи - гипертензия)

8.6 Т тела - не реже, чем каждые 4 часа.

8.7 Частота и объем мочеиспускания - самоконтроль женщины (необходимо предлагать чаще посещать туалет).

8.8 Обсуждение с пациенткой метода ведения 3-го периода с представлением полной устной и письменной информации о потенциальных преимуществах и недостатках активной и выжидательной тактик ведения 3-го периода родов (приложение 1).

8.9 Лабораторные исследования: определение группы крови и резус-принадлежность

На протяжении всего периода родов медицинские работники должны оказывать полноценную эмоциональную, психологическую и физическую помощь женщине и ее семье или помощникам.

9. Тактика ведения

Приемное отделение

Приемное отделение должно иметь помещение, в котором соблюдается конфиденциальность во время приема в отделение. При сборе анамнеза и заполнении необходимой медицинской документации, в нем не должны находиться посторонние люди, в том числе незанятый в приеме пациентки медицинский персонал.

Поступающую женщину принимает дежурная акушерка приемного отделения, которая знакома с основными принципами ведения родов в отделении; предлагает участвовать в родах близкому человеку (по выбору самой женщины).

Наличие явных признаков инфекции может быть поводом для отказа в участии в родах с обязательным разъяснением причины. Никакое дополнительное обследование не требуется.

Сопровождающему, участвующему в родах, рекомендуется оставаться в своей одежде. Пациентке также рекомендуется оставаться в своей одежде и сменной обуви.

Пациентке можно предложить принять душ.

Измерить температуру тела, пульс, АД, провести общий акушерский осмотр, заполнить историю родов.

После оформления документации акушерка приемного отделения проводит семью в родильную палату, в которой она будет находиться во время родов. Акушерка приемного отделения должна познакомить семью с дежурной акушеркой родового блока, которая консультирует женщину/семью о роли партнера в родах, положениях в родах в первом и во втором периоде, принятии пищи и питья в родах, управление болью, о способах ведения третьего периода родов.

Обстановка индивидуальной родовой палаты должна быть приближенной к домашней.

Индивидуальная родовая палата предусматривает соблюдение конфиденциальности и приватности.

Оснащение индивидуальной родовой палаты:

- 1) 1 обычная или многофункциональная кровать (трансформер), заправленная чистым постельным бельем;
- 2) стетоскоп;
- 3) набор для принятия родов и набор для реанимации новорожденного (см. ниже – помощь во втором периоде);
- 4) 1 пеленальный столик с подогревом или лучистым теплом;
- 5) 2 стула-кресла с обрабатываемыми поверхностями;
- 6) 1 тумбочка;
- 7) 1 электронный термометр для новорожденного;
- 8) 1 термометр для измерения температуры воздуха в палате;
- 9) 1 весы (можно их перевозить на каталке по мере надобности);
- 10) 1 держатель для одноразового полотенца;
- 11) 1 дозатор для жидкого мыла;
- 12) 1 дозатор для раствора антисептика;
- 13) 1 настенные часы с секундной стрелкой;
- 14) шторы или жалюзи на окнах;
- 15) шведская стенка (по возможности);
- 16) 1 синтетический, обрабатываемый коврик (1,5х 1,5; 1,5х 2,0м);
- 17) 1 большой резиновый мяч;
- 18) на стенах наглядные материалы по оказанию поддержки в родах, по технике мытья рук персонала.

Поступающую на роды роженицу принимает дежурная акушерка родильного блока, которая должна: представиться, познакомиться с основными принципами ведения родов, предложить роды с партнером, измерить Т тела, пульс, АД; с началом родовой деятельности - вести партограмму.

Роды ведутся по партограмме.

(Правила заполнения партограммы изложены в приложении №2).

Еда и питье

В первом периоде родов роженице рекомендуется легкий прием пищи и питья.

Родовая боль

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

Уменьшение болевых ощущений может быть достигнуто применением медикаментозных методов обезболивания, но гораздо важнее (и

безопаснее) использовать немедикаментозные методы (душ и ванна, музыка, акупунктура, проведение массажа, специальное дыхание в сочетании с релаксацией), психологическая поддержка женщины и семьи, информирование о процессе родов (приложение 3).

Обезболивание в родах применяется только после проведения консультирования

- регионарное обезболивание
- закись азота
- опиаты

Положение женщины в родах.

Акушерка помогает женщине принять удобное для нее положение.

Помощь во втором периоде родов

Акушерка должна приготовить:

- необходимое оборудование и место для реанимации новорожденного (включить тепло, подключить кислород, проверить наличие дыхательного мешка и 2-х масок к нему, электроотсос (при отсутствии – грушу); приготовить пеленки, шапочку и носочки для ребенка);
- подготовить место для приема родов – разложить чистые пеленки или одноразовый пакет для приема родов в том месте, которая роженица выбрала для родов, нагреть пеленки, которыми будет обтираться ребенок, подготовить необходимые инструменты для родов, в том числе ножницы для пересечения пуповины.

Рождение ребенка может происходить в любом положении, которая выбрала сама женщина. Нежелательно - положение на спине.

Потуги регулируются самой роженицей. В потужном периоде необходимо проводить аускультацию сердцебиения плода – не реже, чем каждые 5 минут.

Эпизиотомия проводится по показаниям - угрожающее состояние плода, (предварительно обработав промежность антисептиком и проведением анестезии).

После рождения головки, проверить, нет ли обвития пуповиной. При тугом обвитии пересечь пуповину между 2-мя зажимами, при нетугом – ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги.

Активное ведение 3-го периода

Активное ведение 3-го периода снижает вероятность развития послеродовых кровотечений в 2-2,5 раза.

1) После рождения ребенка пропальпировать живот на наличие еще одного плода в матке, при отсутствии второго плода - ввести окситоцин – 10 ЕД в/м в область бедра в течение 1-й минуты после рождения ребенка.

2) Контролируемая тракция пуповины:

Пережать пуповину ближе к промежности зажимом. Держать пережатую пуповину и концы зажима одной рукой.

Другую руку положить непосредственно над лобковой областью женщины и удерживать матку, отводя ее от лона во время контролируемого потягивания за пуповину. Это позволит избежать выворота матки.

Слегка натянуть пуповину и дождаться сильного сокращения матки (обычно через 2-3 минуты). Как только почувствуете сокращение матки или пуповина удлинится, осторожно потяните на себя вниз пуповину для рождения последа.

Если послед не рождается в течение первой схватки, ослабьте натяжение.

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 послед держите обеими руками, и осторожно поворачивая его, пока не родятся плодные оболочки.

Внимательно осмотрите плаценту, чтобы удостовериться в ее целостности.

3) После рождения последа проведите оценку тонуса матки и проведите массаж через переднюю брюшную стенку женщины до появления сокращений матки.

Проверяйте тонус матки каждые 15 минут в течение первого часа и каждые 30 минут в течение второго часа послеродового периода. При необходимости – массаж матки.

После рождения ребенка, акушерка оценивает состояние ребенка.

Если состояние новорожденного не вызывает опасений (ребенок дышит или кричит, хороший тонус), то после обтирания теплой чистой пеленкой новорожденный передается на живот матери для контакта кожа к коже продолжительностью 2 часа;

на головку ребенка надевают чистую шапочку, на ножки – носочки; ребенок накрывается сухой и чистой пеленкой и одеялом;

пуповина перерезается стерильными инструментами после прекращения пульсации, не ранее 30 секунд после рождения ребенка;

Показания к осмотру шейки матки:

- кровотечение
- инструментальные роды
- быстрые или стремительные роды

При необходимости, разрывы мягких тканей родовых путей ушиваются под местным обезболиванием, предпочтительно лидокаином, синтетическим рассасывающимся шовным материалом.

Большинство разрывов I степени заживают самостоятельно без наложения швов.

Первичный уход за новорожденным

Первые два часа ребенок находится в постоянном контакте «кожа к коже» с матерью.

Осуществляется акушеркой, принимавшей роды или совместно с детской медсестрой.

Измерять температуру тела ребенка электронным термометром через 30 минут и к концу 2-го часа от момента родов.

Профилактическое закладывание мази в глаза новорожденного (1% тетрациклиновой или эритромициновой) проводится в конце 1-го часа после рождения, после контакта глазами матери и ребенка.

Наложение на пуповину пластикового зажима или резинового кольца, который смыкают на расстоянии 0,3 см. от пупочного кольца. Стерильными ножницами остаток пуповины отсекают на расстоянии 0,3-0,5 см. от верхнего края зажима.

Тугое пеленание не рекомендуется.

Взвешивание и измерение ребенка проводится к концу второго часа с соблюдением всех правил тепловой защиты.

Не рекомендуется купание новорожденного, при необходимости – не ранее, чем через 6 часов.

Осмотр неонатолога рекомендуется в конце 2-го часа, после чего ребенка переодевают в чистую и сухую одежду распашонки и ползунки.

Через 2 часа при отсутствии осложнений мать совместно с новорожденным переводятся в послеродовое отделение.

13. Перечень основных медикаментов:

Окситоцин 10 ЕД, 1% тетрациклиновая или эритромициновая (глазная) мазь

14. Перечень дополнительных медикаментов: нет

15. Критерии эффективности лечения: рождение здорового ребенка, отсутствие осложнений послеродового периода

16. Список использованной литературы:

1. Recommendations for the Evaluation and Management of Nausea and Vomiting in Early Pregnancy. University of Texas at Austin, School of Nursing, Family Nurse Practitioner Program.- 2002, p.9 PDF created with pdfFactory Pro trial version www.pdffactory.com

2. PRODIGY Guidance - Nausea and Vomiting in Pregnancy

3. The Management of Nausea and Vomiting of Pregnancy. SOGC Clinical Practice Guidelines #120, 2002, p.1-7

4. Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline. Rutine Prenatal Care, 2005, p.80

5. National Collaborating Center for Women's and Children's Health. Antenatal Care: Rutine Care for the Healthy Pregnant Women. Clinical Guideline, 2003, p.286

6. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине, Издание «ГЭОСТАР-МЕД», 2003

7. Health Care Guideline: Management of Labor. Institute for clinical system improvement. First Edition, October 2005

Приложение 1

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ на активное ведение третьего периода родов

_____ (имя), процесс родов не заканчивается рождением ребенка. Вам предстоит родить еще послед, поэтому третий период родов называется – последовый.

Существует 2 способа ведения этого периода: физиологический и активный.

При физиологическом ведении лекарственные препараты, сокращающие матку, не используются. Послед рождается при сокращении матки. В этом случае пуповина пересекается после прекращения ее пульсации, что позволяет обеспечить нормальный уровень гемоглобина у новорожденного ребенка. Отрицательными моментами такого ведения может быть удлинение третьего периода родов и увеличение риска послеродового кровотечения.

При активном ведении третьего периода после рождения ребенка, в течение первой минуты, будет сделана внутримышечная инъекция (в бедро) окситоцина – препарата, сокращающего матку. Через несколько минут после введения окситоцина произойдет отделение последа от стенок матки и акушерка поможет последу родиться путем аккуратного, легкого потягивания за пуповину. Ваша помощь при этом не понадобится.

Такое активное ведение последового периода, как правило, позволяет уменьшить кровопотерю и возможность послеродового кровотечения. Риск возникновения кровотечения уменьшается в 2,5 раза.

Активное ведение может увеличить риск небольшой анемии у новорожденного, так как пуповина будет пережата до окончания первой минуты, но уровень гемоглобина нормализуется в течение 4-6 недель после родов без какого-либо лечения.

Сокращающие матку средства могут повысить артериальное давление и вызвать небольшую тошноту и рвоту, болезненность в месте инъекции и болезненные сокращения матки. Если вы почувствуете любой дискомфорт, пожалуйста, обязательно сообщите об этом медицинскому персоналу.

Во время родов мы Вам еще раз напомним об этом и попросим Ваше согласие на активное ведение последового периода.

Я выбираю метод активного ведения третьего периода родов.

Подпись _____ Дата _____

Подпись специалиста, предоставившего информацию _____

Приложение 2

Партограмма

Является единственным документом наблюдения за течением нормальных (физиологические) родов.

Партограмма ведется при поступлении в стационар пациентки с установленным диагнозом: «Роды».

Правила заполнения

Информация о пациентке: Ф.И.О, количество беременностей и родов, номер истории родов, дата и время поступления в родовую блок, время излития околоплодных вод.

Частота сердечных сокращений плода: фиксируется каждые полчаса (выслушивается каждые 15 минут) - отмечается точкой – •

Околоплодные воды: цвет амниотической жидкости отмечается при каждом вагинальном обследовании:

I – плодный пузырь цел

С – околоплодные воды светлые, чистые

М – воды с меконием (любая интенсивность окраски)

В – примесь крови в водах

А – отсутствие вод/выделений

Конфигурация головки:

0 – конфигурации нет

+ – швы легко разъединяются

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

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

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

Линия бдительности: линия должна начинаться от точки раскрытия шей-

ки на 3 см и продолжаться до точки полного раскрытия с шагом 1 см в час.

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

Опускание головки: оценку прохождения головки следует проводить путем сначала абдоминального обследования и лишь затем вагинального:

5/5 – головка на 5 пальцев выше лона – над входом в малый таз

4/5 – на 4 пальца выше лона – прижата ко входу в малый таз


3/5 – на 3 пальца выше лона – прощупывается большая часть головки над лоном


2/5 – на 2 пальца выше лона – над лоном прощупывается меньшая часть головки


1/5 – головка в полости малого таза

Время: отмечается слева от линии. Для удобства заполнения лучше записывать числом кратным 30 мин. Например, 13.00 или 13.30.

Сокращения матки: наряду с раскрытием шейки матки и продвижением головки плода сокращения матки (схватки) служат четким показателем родовой деятельности. Периодичность схваток откладывается по оси времени. Каждая клеточка означает одно сокращение. Различная интенсивность штриховки отражает интенсивность схваток. На партограмме принято использовать следующие три вида штриховки:

 – точки – слабые схватки продолжительностью до 20 секунд

 – косая штриховка – умеренные схватки продолжительностью 20-40 секунд

 – сплошная штриховка – сильные схватки продолжительностью более 40 секунд

Окситоцин: при назначении записывается его количество/концентрация и вводимая доза в минуту (в каплях или ЕД) каждые 30 минут.

Назначения лекарств: фиксируются любые дополнительные назначения лекарств.

Пульс: каждые 30 минут отмечается точкой - •

Артериальное давление: фиксируется каждые 4 часа и отмечается линией посередине соответствующей клеточки.

Температура тела: фиксируется каждые 4 часа.

Протеин (белок), ацетон и количество мочи: записывается при каждом мочеиспускании.

Приложение 3

Методы немедикаментозного обезболивания родов

В настоящее время известны многочисленные методы немедикаментозного обезболивания родов, которые и представлены в данных рекомендациях. Чаще всего этих простых и безвредных методов, как для матери, так и для плода, бывает достаточно.

В случае недостаточности обезболивающего эффекта необходимо применение одного из методов медикаментозного обезболивания, таких как: эпидуральная анестезия, наркотические анальгетики и ингаляции закиси азота.

Изменения положения тела

Во многих случаях многие женщины отмечают уменьшение болевого синдрома при определенном положении тела и сами интенсивно ищут его в процессе родов. (если предоставить право выбора за самой пациенткой - подавляющее большинство выберет один из вариантов вертикального положения)

Примеры различных положений в родах



1) Стоя или прохаживаясь



2) Медленный танец
Роженица обхватывает партнера за шею, кладет голову ему/ей на грудь или плечо. Руки партнера обхватывают торс женщины, кисти схвачены у него на ее спине. Партнер оказывает давление на спину и снимает боль в спине.



3) Выпад

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



4) Сидя прямо



5) Сидя на унитазе



6) Полусидя



7) Сидя, наклоняясь вперед с опорой



8) Стоя на руках и коленях



9) На коленях, опираясь на сидение стула, на приподнятое изголовье кровати или родильный мяч.



10) Лежа на боку



11) Сидя на корточках



12) На корточках с опорой Роженица опирается спиной о партнера, который ее поддерживает под мышки и принимает на себя ее вес. Она выпрямляется между схватками.



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

Постоянное давление во время схватки

Противодавление

Длительное надавливание в одной точке кулаком или опорной частью ладони, деревянным или пластмассовым валиком, твердым мячом и т.д. Роженица сама определяет то место, где ей больше всего нужно надавливание, и силу, с которой помощник это давление должен производить. Чтобы помочь ей удержать равновесие, вторая рука партнера помещается спереди над бедренной костью (передней верхней подвздошной остью), чтобы компенсировать давление на спину. Партнер отдыхает между схватками.

Двустороннее надавливание на бедро или двойное сжатие бедра

Женщина находится в положении, когда ее бедренные суставы согнуты (она стоит на руках и коленях, нагнувшись вперед), ее партнер кладет руки на ягодичные мышцы (самую «мясистую» часть ягодицы). Длительное надавливание всей ладонью (не опорной частью ладони) следует направлять по диагонали к центру таза женщины.

Коленное надавливание

Женщина сидит ровно на стуле с хорошей опорой низа спины, ее колени расставлены врозь приблизительно на десять сантиметров, ступни опираются на пол. Ее партнер стоит на коленях перед ней и охватывает своими ладонями каждое из колен. Опорная часть ладони находится поверх большеберцовой кости. Партнер длительно надавливает на колени прямо назад в сторону тазобедренных суставов роженицы, наклоняясь в ее сторону у в течение всей схватки.

Коленное надавливание так же можно производить, когда женщина на боку. Ее верхнее бедро и колено должны быть согнуты под углом

90°. Один помощник надавливает на ее крестец, а другой в это время охватывает ее колено своей ладонью и наклоняется так, чтобы колено надавливалось прямо в сторону спины к тазобедренному суставу.

Проверкой того, стоит или нет выполнять данную методику, является реакция женщины. Если эта методика успокаивает, то ее следует применять. Если же нет, то ее стоит модифицировать (другая точка, различное надавливание) или отказаться совсем.

Методы активации периферических рецепторов чувствительности

Согревание или охлаждение кожных покровов

Согревание кожи может обеспечиваться при помощи различных теплых предметов, таких как водяные грелки, влажные горячие полотенца, электронные грелки, бутылки с теплой водой, нагретые пакеты с рисом, горячие одеяла. Поверхностный холод получают от мешочков со льдом, резиновых перчаток набитых льдом, пакетов с замороженным гелем, полотенца, пропитанных охлажденной или ледяной водой, и других охлажденных предметов.

Применение тепла широко применимо благодаря его успокаивающему и снимающему боль действию. Менее известно его влияние на ослабление автономных реакций на страх и стресс (реакцию «будет, как будет»). Один из эффектов стресса это сужение мелких мышц кожи, вызывающее знакомое чувство «гусиной кожи». Теплая ванна, душ или одеяло заставляют эти мышцы расслабиться. Женщина, которая не может вытерпеть массаж при помощи поглаживания, часто с готовностью соглашается на него после того, как ей разогреют кожу.

Кроме того, тепло может увеличить активность матки при наложении компресса на живот в области верхнего сегмента, не вызывая при этом патологических изменений сердцебиения плода.

Местное наложение горячих компрессов/горячих влажных махровых салфеток на промежность в период второй стадии родов весьма успокоительно. Но при этом температура горячего компресса никогда не должна превышать переносимую температуру человеком его налагающим. Рожаящая женщина может не заметить того, что компресс слишком горяч, т.к. порог ее болевой чувствительности может измениться до такой степени, что может наступить ожог.

Холодные компрессы особенно полезны при болях в суставах: таким образом, боль в спине при родах хорошо реагирует на терапию холодом. Приглушающий боль эффект можно объяснить тем, что эта процедура приводит к понижению чувствительности, включая ощущение боли. В особенности полезны замороженные пакеты с гелем, которые привязы-

вают вокруг тела женщины (две эластичные ленты, одна над областью матки, другая ниже ее) и приклеиваются специальным лейкопластырем Велкро. Такие компрессы обеспечивают не только нейтрализацию боли, но также дают поддержку нижней части спины. Женщина может продолжать ходить. Ледяные компрессы, наложенные на промежность как можно раньше после рождения ребенка, снимают отечность и боль. Необходимо помнить о том, что следует положить один-два защитных слоя ткани между кожей женщины и источником холода, чтобы ощущение холода наступало постепенно от приятной прохлады до холода. Ни в коем случае не ставьте холодный компресс женщине, если она охлаждена. Если она дрожит, либо ее руки, ноги или нос холодны, пациентка должна быть сначала согрета в теплой ванне, душе или одеялом, прежде чем ей будет приложен холод.

Нахождение в ванне или под душем во время схваток

Ванна и душ становятся все более популярными средствами для уменьшения боли при родах. Главное действие воды – релаксация. Противопоказания для использования ванны или душа являются: высокое артериальное давление или необходимость проведения постоянного мониторинга.

Поглаживание и массаж

Использование физического прикосновения в различных формах посылает снижающие боль импульсы: ободряющее похлопывание, поглаживание волос или щеки полным любви движением, крепкое объятие, удерживание руки, либо более формальные, целевые массажные методики – все они сообщают получаемому их человеку о любви, комфортности, желанию быть с нею и помочь ей. Поэтому так важно присутствие родных и близких роженице людей рядом постоянно во время родов.

В родовой палате применимы все виды массажа: мягкое и крепкое поглаживание, мнущие движения, глубокое круговое надавливание, потирание, использование кончиков пальцев, всей ладони и различных приспособлений, которые катают, вибрируют или оказывают давление. Один из разновидностей массажа, массаж рук, легко применим, и почти всегда приветствуется роженицами. Сюда следует включать мнущие движения, давление и потирание всей руки, от кисти до плеча, особенно у тех, кто сжимает кулаки во время схваток. Массаж стимулирует ряд сенсорных рецепторов на коже и в более глубоких тканях, тем самым, препятствуя ощущению боли.

Методы стимуляции нисходящих нервных путей, снижающие болевые ощущения

Концентрация и переключение внимания

Концентрация внимания может достигаться путем выполнения роженицей целенаправленных действий, включающих специальную технику дыхания, речевые упражнения, переключение внимания на повседневные дела, например, уход за своей внешностью, а также сосредоточение своего внимания на визуальных, звуковых и тактильных раздражителях.

В начале родов лучше переключить свое внимание, что является пассивной формой концентрации, например, посмотреть телевизор, прогуляться по коридору или больничному двору.

Моделирование дыхания, чему учат на курсах подготовки к родам, приводит к быстрой утомляемости, поэтому этим приемом лучше пользоваться при уже установившейся родовой деятельности.

Музыка

Любая музыка по желанию роженицы, но чаще тихая, успокаивающая может применяться для дополнительной релаксации. Музыка создает особую атмосферу в родильном зале, позволяя установить ритмичное дыхание, помогая в ритмичном массаже. Кроме того, улучшает эмоциональное состояние, как медицинского персонала, так и помощников в родах.