

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(Н И У « Б е л Г У »)**

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**РОЛЬ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ
СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 31.02.02 Акушерское дело
3 курса группы 03051624
Диденко Анастасии Сергеевны**

Научный руководитель
преподаватель Абрамова Е.В.

Рецензент
главная акушерка
ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая
больница Святителя Иоасафа»
Перинатальный центр
Тарасова Е.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ	6
1.1. Понятие слабости родовой деятельности.....	6
1.2. Этиология, факторы риска и патогенез слабости родовой деятельности.	6
1.3. Классификация слабости родовой деятельности, медицинское обследование и оценка общего состояния.....	10
1.4. Клиническая картина, лечение и профилактика слабости родовой деятельности.	12
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ РОЛИ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ.....	18
2.1. Организационная структура ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».....	18
2.2. Статистическое исследование выявления факторов риска	19
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	32
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	34
ПРИЛОЖЕНИЕ	36

ВВЕДЕНИЕ

Среди осложнений в родах одно из первых мест занимает слабость родовой деятельности (СРД), которая наблюдается у 10-15% рожениц, и имеет тенденцию к дальнейшему увеличению её частоты.

Упоминание о лечении в родах частых болезненных или длительных, но неэффективных маточных сокращений встречается еще в античной литературе. Так, например, Гиппократ в своих трудах описывает операцию инструментального и пальцевого растяжения шейки матки при неэффективных схватках. Русский акушер Н.Н. Феноменов (1907) предлагал при неэффективной медикаментозной терапии ригидности шейки матки рассекать ее инструментально. В акушерских стационарах начали использовать окситоцин для лечения слабости родовых сил. Современное акушерство имеет своей целью безопасные для матери и плода роды, а также уменьшение заболеваемости и смертности, связанной с родами. По этим причинам патологические роды являются предметом постоянного внимания клиницистов [11].

Известные классификации не представляют возможности создания абсолютного статистического вектора данной патологии своевременных родов. При своевременных родах, осложненных слабостью родовой деятельности, остается высокой материнская и перинатальная заболеваемость, смерть плодов и новорожденных, рост оперативных абдоминальных и влагалищных родов и материнского и неонатального травматизма (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, разрывы мягких тканей родовых путей, разрыв матки, гипоксия и травмы плода и др).

Актуальность темы. На сегодняшний день одним из самых приоритетных направлений развития медицины является профилактика слабости родовой деятельности. В наши дни в России назрела потребность реализации профилактических программ национального масштаба, нацеленных

на борьбу с факторами риска. Участвуя в разработке стратегии и алгоритмов профилактики на разных уровнях, медицинские работники могут и должны внести значимый вклад в профилактику такой патологии, ведь она несет за собой жизнь и здоровья матери и новорожденного.

Прежде всего, следует заниматься профилактикой тех факторов риска, которые являются основными причинами слабости родовой деятельности – гинекологические заболевания, выкидыши, аборт, вредные привычки и т.д.

Также важно, чтобы долгожданная беременность не только состоялась и была успешно выношена, но, и чтобы родившийся ребенок был здоров. В акушерстве и гинекологии СРД является одним из частых осложнений родов и наиболее распространенной причиной различных патологических состояний плода и матери.

Цель дипломной работы: изучение роли акушерки в профилактике слабости родовой деятельности для повышения профессиональной компетенции акушерки.

Задачи исследования:

1. Изучение теоретических основ в профилактике слабости родовой деятельности.
2. При анализе медицинской документации выявить частоту встречаемости слабости родовой деятельности.
3. Выявить роль акушерки при ведении рожениц со слабостью родовой деятельности.
4. Подготовить рекомендации о профилактике слабости родовой деятельности.

Методы исследования, использованные для решения задач:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
2. Организационный (сравнительный, комплексный) метод;
3. Статистическая обработка информационного материала.

Объект исследования – роженицы перинатального центра ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Предметом исследования является роль акушерки в профилактике слабости родовой деятельности.

Гипотеза: знания особенностей ведения роженицы со слабостью родовой деятельности позволят в практической деятельности акушерки снизить риск осложнений со стороны матери и плода.

Эмпирическая база. Исследование проводилось на основе сбора статистических данных, в ходе работы использовалась информация из медицинской документации: обменно-уведомительных карт беременных и родильниц, историй родов, историй развития новорожденных.

ГЛАВА 1. ТЕОРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1.1. Понятие слабости родовой деятельности

Слабость родовой деятельности (СРД) - это объединенное понятие, которое включает в себя как ослабление силы и частоты сокращений мышцы матки, так и последующее за этим замедление раскрытия маточного зева. В норме при правильном онтогенезе процесса родов с последующей схваткой сила сокращения матки увеличивается, схватки становятся чаще. Вслед за схваткой, которая следует по направлению от дна матки через ее тело к нижнему сегменту, происходит постепенное открытие и сглаживание шейки. При аномалиях родовой деятельности, в том числе и слабости, все эти процессы нарушаются [3].

СРД несет за собой опасность восходящей инфекции и повышает частоту гипотонических кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах, оперативных вмешательств, угрожающей внутриутробной асфиксии плода и перинатальной смертности.

В борьбе со СРД применяются многочисленные средства и методы. При этом свойственным является то, что подавляющее их большинство направлено на лечение уже развившейся слабости родовых сил.

1.2. Этиология, факторы риска и патогенез слабости родовой деятельности

Этиология СРД соединяется множеством взаимосвязанных факторов, которые приводят к функциональным нарушениям в любом из компонентов управления сократительной деятельностью матки: высших отделах

центральной нервной системы, подкорковых структурах, системах нейроэндокринной регуляции и в матке.

В основном такого рода патология встречается у женщин с неполной биологической готовностью организма к родам. При наличии таких факторов снижается функциональный баланс симпатической и парасимпатической вегетативной нервной системы [2].

Как правило, в коре головного мозга происходят свои изменения, координирующие связи регуляторных систем и обеспечение лучших условий для процесса родов, развиваются медленно и с опозданием, следовательно, не происходит снабжение позволяющих сил для сократительной деятельности матки.

В настоящее время усиливается значение асимметрии и локализации главного очага в головном мозге и плаценты. Данному виду нарушений содействуют разные функциональные расстройства в вегетативной нервной системе беременной (нейроциркуляторная дистония, вегетоневрозы, переутомление, стрессы).

Небольшие запасы систем нейрогуморальной регуляции и неполная мобилизация усвоенных реакций у рожениц с патологическим течением родов допускают рассматривать первичную СРД как синдром неготовности функции фетоплацентарной системы, а также нейрогуморальных механизмов, неотложных для снабжения стандартной сократительной деятельности матки.

Располагающие факторы риска у беременной:

- патология миометрия;
- перерастяжении матки;
- поздний или юный возраст первородящей;
- присутствие вегетативно-обменных патологий;
- расположения плаценты;
- структурная несостоятельность миометрия;
- диспропорция размеров плода и таза роженицы;
- хроническая фетоплацентарная недостаточность;

- неудовлетворительное состояние плода.

Основопологающим факторам патогенеза служит понижение гормона эстрогена, что не приносит важных, структурных изменений миометрия и наличие на гладкомышечных клетках и пучках миометрия рецепторов к биологически активным веществам, позволяющие сократить деятельность матки [4].

В связи с данной патологией отмечается, нехватка ненасыщенных жирных кислот, задержка синтеза и ресинтеза сократительных белков миометрия (актомиозин, актин, тропомпозин, тропонин), которые являются рецепторными белками. Также немало важную роль играет нарушение миометриального кровотока:

- снижение артериального притока;
- расстройство венозного оттока;
- переполнение венозных синусов.

При наличии выше перечисленных факторов часто нарушен первично или вторично маточно-плацентарный кровоток, что проявляется на состоянии плода.

При СРД происходит ослабление энергетических биосинтетических процессов в стенке матки:

- снижение содержания нуклеиновых кислот;
- сульфгидрильных групп;
- фосфорных соединений;
- содержания серотонина, кининов, электролитов, витаминов, ферментов [15].

Также ослаблены процессы окислительного фосфорилирования, ферментативных биохимических реакций, следовательно, происходит накопление продуктов недоокисленного обмена, которые оказывают токсическое влияние на мембраны клеток миометрия.

Не всегда СРД формируется как защитная реакция на присутствие хронической гипоксии плода, не функциональности миометрия, что следует учитывать, прежде чем приступать к родостимуляции или родовозбуждению.

К появлению нарушений сократительной деятельности матки служат скудные пульсации, вызывающей, поддерживающей и регулирующей родовую деятельность, а также в результате неспособности матки получать эти импульсы.

Крайний фактор играет важную роль в нарушении родовой деятельности у женщин с поздним наступлением менархе (первое менструальное кровотечение), проявлениями позднего развития, наличием в анамнеза абортотв и воспалительных процессов экстрагенитальных и генитальных заболеваний, аномалиями развития и миоматозным изменением матки [12].

Понижается восприимчивость механизмов регуляции, которые заложенные в структуре миометрия. Такие нарушения служат к появлению слабости родовой деятельности при многоплодие, многоводие и крупного плода.

Изменение функционального состояния матки, чувствительности ее к окситоцину и созревания плаценты, свидетельствует о высоких показателях появления слабости родовой деятельности при перенашивании.

С увеличением возраста, у женщин происходят эндокринные и структурно-морфологические изменения, что повышает риск появления слабости родовой деятельности у первородящих старше 30 лет.

К группе риска по появлению слабости родовой деятельности, на основании анамнеза, можно отнести:

- инфекционные заболевания;
- хронический тонзиллит;
- общий и генитальный инфантилизм;
- генитально - воспалительные заболевания;
- нарушения менструальной функции;
- медикаментозные и самопроизвольные аборты;

- аномалии развития половых органов;
- нарушение жирового обмена;
- возраст первородящей старше 30 лет;
- многоводие;
- многоплодие и крупный плод [10].

Не исключено, что взаимосвязь соматического здоровья и нейроэндокринного статуса женщины, структурной и функциональной полноценности матки, плаценты, плодных оболочек, состояния плода с течением беременности и родов является условием трудности выделения главного звена среди различных причин аномалий родовой деятельности, следовательно, профилактика и лечение этой патологии всегда комплексные и индивидуальны. Тем самым, внимательный сбор анамнеза, изучение объективного статуса и результатов дополнительных методов исследования позволяют выявить группу риска по развитию нарушений сократительной деятельности матки, провести полноценную подготовку беременных к родам.

1.3. Классификация слабости родовой деятельности, медицинское обследование и оценка общего состояния

СРД может возникнуть как в первом, так и во втором периоде родов, и в связи с этим различают:

- Первичная СРД;
- Вторичная СРД;
- Слабость потуг.

Первичная СРД обнаруживается с началом родов и проявляется слабыми, малоболезненными схватками. Частота их не более 1-2 за 10 минут, а продолжительность не более 15-20 секунд. Раскрытие маточного зева замедленное или вообще не происходит. Раскрытие шейки матки у первородящих до 2-3 см с начала схваток идет более 6 часов, а у

повторнородящих более 3 часов. Такая малоэффективная родовая деятельность приводит к утомлению роженицы, ослаблению энергетических запасов матки и внутриутробной гипоксии плода. Головка плода не продвигается, плодный пузырь не совершает свою работу. Роды могут стать затяжными и привести к гибели плода [7].

Вторичная СРД обычно возникает в конце первого или в начале второго периода родов и проявляется ослаблением родовой деятельности после довольно интенсивного ее начала и течения. Схватки тускнеют и могут прекратиться. Замедляется раскрытие шейки матки и продвижение головки плода по родовым путям, подключаются признаки внутриутробного страдания ребенка, длительное стояние головки плода в одной плоскости малого таза, что может подвергнуть к отеку шейки матки и присоединению мочевого пузыря или прямокишечновлагалищных свищей.

Слабость потуг обычно встречается:

- Многорожавших женщин (истощение сил мышц брюшного пресса);
- У рожениц с расхождением мышц передней брюшной стенки (грыжа белой линии живота);
- У женщин с ожирением.

Проявляется слабость потуг тусклыми и непродолжительными потугами (потуги осуществляются за счет мышц брюшного пресса), физическим и нервным истощением роженицы, реализации признаков гипоксии плода и остановкой его движения по родовому каналу [14].

Для диагностических мероприятий для определения характера родовой деятельности прибегают к токометрии и кардиотокографии, для распознавания динамики родов и тонуса матки.

При СРД раскрытие шейки матки происходит менее чем на 1 см в час. Степень и скорость раскрытия оцениваются в процессе влагалищного исследования, а также косвенно – по высоте контракционного кольца и продвижению головки. О слабости родовой деятельности говорят, только тогда, когда первый период родов продолжается у первородящих свыше 12 часов, а у

повторнородящих – более 10 часов. Слабость родовых сил следует дифференцировать с дискоординированной родовой деятельностью, поскольку их лечение будет различным [1].

1.4. Клиническая картина, лечение и профилактика слабости родовой деятельности

Для первичной слабости родовой деятельности клиническая картина характеризуется слабым тонусом миометрия, скудных схваток, такая клиническая картина наблюдается с момента начала родовой деятельности.

Следовательно, из-за этого частота схваток за 10 минут, не превышает 1-2, длительность не более 20 сек, а по силе интенсивности сокращения 20-15 мм.рт.ст. По сравнению с нормально протекающей родовой деятельности, при данной патологии происходит удлинение диастолы между схватками в 2 раза.

Таким образом, снижены все эффекты действия родовой активности:

- латентно протекают функциональные изменения шейки матки;
- долгое стояние предлежащей части плода ко входу в малый таз;
- плодный пузырь не функционирует;
- весь родовой процесс нарушен;
- при вагинальном осмотре в момент схватки края маточного зева остаются мягкими и при пальцевом нажатии стенки растягиваются.
- в период изгнание, при СРД может возникнуть гипотоническое кровотечение [5].

Такого вида родоая деятельность удлиняет течение родового процесса, что приводит к быстрому утомлению роженицы. В данной патологии нередко отмечается несвоевременное излитие околоплодных вод и значительно долгий безводный период, что повышает риск присоединения восходящего инфицирования матки и плода, и может привести к асфиксии и внутриутробной гибели плода.

Опасным моментом является значительное долгое стояние предлежащей части плода в одной плоскости малого таза, что приводит к сдавлению мягких тканей, нарушение их кровообращение, все это может привести к образованию свищей на мочевом пузыре и прямой кишке.

У рожениц со слабостью родовой деятельности нужно убрать данную аномалию, которая связывает другие виды патологий, таких как:

- неполноценность миометрия;
- анатомически узкий таз;
- неудовлетворительное состояние плода.

При постановке диагноза слабости родовой деятельности опираются на характер клинической картины влагалищного исследования в родах. В начале родовой деятельности шейка матки должна укоротиться и сгладиться и иметь раскрытие не менее чем 4 см.

Для оценки замедление родов требуется сравнить данные двух-трех влагалищных исследований, производимых с разницей 2 часа.

Клиническая картина вторичной слабости родовой деятельности характеризуется наличием схваток, которые слабеют и становятся реже, короче и постепенно могут прекратиться. Как следствие, снижается тонус матки. В следствие этого замедление раскрытия маточного зева, поэтому матки не прогрессирует, предлежащая часть плода продвигается через родовые пути. Большинство таких клиническая картина начинает развиваться в конце периода раскрытия шейки матки или во время изгнания плода. При полном раскрытии шейки матки не возникает нажатия на голову, потом положила преждевременного усилия, которые не влияют на рождение плода, как следствие, быстрой физической и психической усталости играет негативную роль во время родов. Преждевременные потуги могут быть сделаны рефлекса в ответ на ущемление в шейке матки [9].

При выборе метода лечения и профилактики, во-первых, необходимо оценить соответствие размеров таза матери и размеров плода. В каждой ситуации, лечение и профилактика должны быть индивидуальными.

Применение оперативного родоразрешения используется в случае наличия рубца на матке и невозможности точно определить его соответствие анатомически узкий таз, в плохом состоянии плода. Также к оперативному родоразрешению может послужить:

- бесплодие;
- отягощенный акушерско-гинекологический анамнез;
- мертворождение и т. д.

Усложняется ситуация родовым излитием околоплодных вод при безводном периоде более 8 часов, что не оставляет времени для отдыха роженицы. Следует отметить, что максимальный безводный промежуток до момента родоразрешения не должен превышать 10-12 ч.

Нередко к возникновению СРД приводят:

- функциональную неполноценность плодного пузыря;
- многоводие;
- утомление роженицы.

В следствии с этим проводится:

- амниотомия;
- ускоренная подготовка шейки матки с помощью простагландинов Е и эстрогенов.

- так же назначается терапия для поддержания энергетических возможностей организма, улучшающая маточно-плацентарный кровоток и предотвращающая гипоксию плода.

При выполнении амниотомии необходимо соблюдение условий:

- зрелая шейка матки, открытие шейного канала не менее чем на 4 см;
- правильное положение плода и головное предлежание;
- наличие соответствия между размерами головки плода и тазом матери;
- более возвышенное положение туловища роженицы.

Противопоказаниями для вскрытия плодного пузыря являются:

- раскрытие шейки матки менее 4 см;
- анатомически узкий таз;

- неправильное положение плода или тазовое предлежание;
- разгибание головки, лобное предлежание и заднетеменное асинклитическое вставление;
- инфекции нижних половых путей;
- рубец на матке или старые разрывы шейки матки III степени.

В проведенной амниотомии уменьшается объем и возникает нормализация базального тонуса матки, что повышает родовую деятельность [8].

В процессе созревания шейки матки принимает участие эстроген, к нему же необходимы энергетические возможности организма:

- витамины группы В;
- аскорбиновая кислота;
- глюкоза;
- раствор АТФ;
- галаскорбиновая кислота.

При всем этом соблюдении, показана родостимуляция окситоцином.

Наилучшим средством борьбы с вторичной слабостью родовой деятельности в первом периоде родов является предоставление роженице медикаментозного сна-отдыха. Лечебный акушерский наркоз еще называют «медикаментозным сном». Его задача — дать утомленной родами женщине отдохнуть от болезненных и утомляющих схваток, помочь ей собраться с силами. Препарат выбора родостимуляции в зависимости от степени открытия шейки матки: с небольшим (4-5 см) вводят простагландин Е, с большим раскрытием (более 6 см) простагландин F или окситоцин. На данный момент придают предпочтение сочетанию этих препаратов в половинной дозировке.

Выбор метода лечения основывается на:

- степени СРД;
- периоде родов;
- оценке состояния плода и матери.

патологий у женщин до наступления беременности, пропаганду здорового образа жизни, проводить мероприятия по охране здоровья девочек-подростков и женщин. В женской консультации осуществляется профилактика осложнений беременности.

При аномалиях слабости родовых действий в родах, как правило, нарушается маточно-плацентарный кровоток, что свидетельствует к появлению гипоксии плода. Профилактические мероприятия по предотвращению данной патологии необходимо применить следующую терапию:

- введение роженице кокарбоксилазы (100-200 мг);
- спазмолитические средства (2% раствора дротаверина 2мл, 2% раствора папаверина, оксигенотерапия).

Окситоцин, как правило, ухудшает состояние плода и способен привести к гипоксии, следовательно показания к назначению окситоцина в настоящее время определены достаточно четко. [16].

Следует отметить, что своевременная постановка диагноза и правильное лечение СРД в большинстве случаев позволяют провести роды через естественные родовые пути и обеспечить рождение здорового ребенка.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ РОЛИ АКУШЕРКИ В ПРОФИЛАКТИКЕ СЛАБОСТИ РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

2.1. Организационная структура ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа»

Областная клиническая больница Святителя Иоасафа – ведущее лечебно-профилактическое учреждение Белгородской области, было открыто 21 мая 1954 года.

В настоящее время Областная клиническая больница Святителя Иоасафа многопрофильное лечебное учреждение и включает в себя Областной перинатальный центр. В перинатальном центре функционирует 485 коек, из них 110 коек для беременных и рожениц, 110 для новорожденных, 150 коек патологии беременности, 55 коек отделения патологии новорожденных и 60 гинекологических.

Врачами перинатологами проводятся консультации беременных женщин, направленных из ЛПУ области для определения тяжести сопутствующей патологии и возможности вынашивания беременности.

Резервом улучшения качества медицинской помощи является внедрение высокотехнологичной медицинской помощи, направленной на коррекцию экстрагенитальной патологии и восстановление репродуктивной функции организма, дальнейшее внедрение понятия «прегравидарная подготовка» вступающих в брак и планирующих рождение ребенка.

Над работой дипломной работой нами было предоставлено родовое отделение. В отделении ежегодно проводится более 5000 родов. Отделение включает 12 индивидуальных родильных залов, оснащённых в соответствии с требованиями.

В отделении работают два кандидата медицинских наук, три врача высшей квалификационной категории, два врача первой квалификационной

категории и три врача второй квалификационной категории. А также 25 опытных акушеров, со стажем работы от 10 до 25 лет, 12 из которых имеют высшую квалификационную категорию.

Родовое отделение — это:

- врачи-профессионалы, медицинское оборудование последнего поколения экспертного класса,

- комфортные условия, забота и внимание персонала, гарантированная безопасность всех процедур,

- просторные индивидуальные родильные залы с душем, туалетом, возможностью видеосвязи с родственниками обеспечат женщинам необходимый комфорт,

- уменьшить болевые ощущения в процессе родов можно с помощью эпидуральной анальгезии, гидромассажной ванны,

- палаты индивидуальных родильных залов телефонизированы, в каждой имеется централизованная автоматизированная система очистки воздуха, система дистанционного мониторинга состояния плода,

- роженицам не нужно заботиться об одежде, белье, гигиенических принадлежностях — все это есть в палатах,

- по желанию, возможно индивидуальное ведение родов, которое включает: индивидуальное наблюдение врача акушера за 2 недели до родов, ведение родов и 2 недели послеродового периода; присутствие во время родов одного из членов семьи (муж, мать и т.д.); отдельная послеродовая палата с душем, туалетом, разрешение посещений родственниками в послеродовом периоде.

2.2. Статистическое исследование выявления факторов риска

С целью выявления степени частоты встречаемости аномалий родовой деятельности, а так же факторов, влияющих на возникновение данной

патологии нами был проведен анализ медицинской документации родильниц перинатального центра ОГБУЗ «Областная клиническая больница Святителя Иоасафа» (40 историй родов и обменных карт беременных). Изучение проходило по критериям, которые определяют 16 факторов риска слабости родовой деятельности.

Из исследования по распределению женщин по возрастному признаку мы выяснили, что возраст 16-24 лет составляет 14%, 25-30 лет 40%, более 30 лет 46%. Из этого мы делаем вывод, что слабости родовой деятельности чаще подвержены женщины в возрастной категории после 30 лет (Рис. 1.).

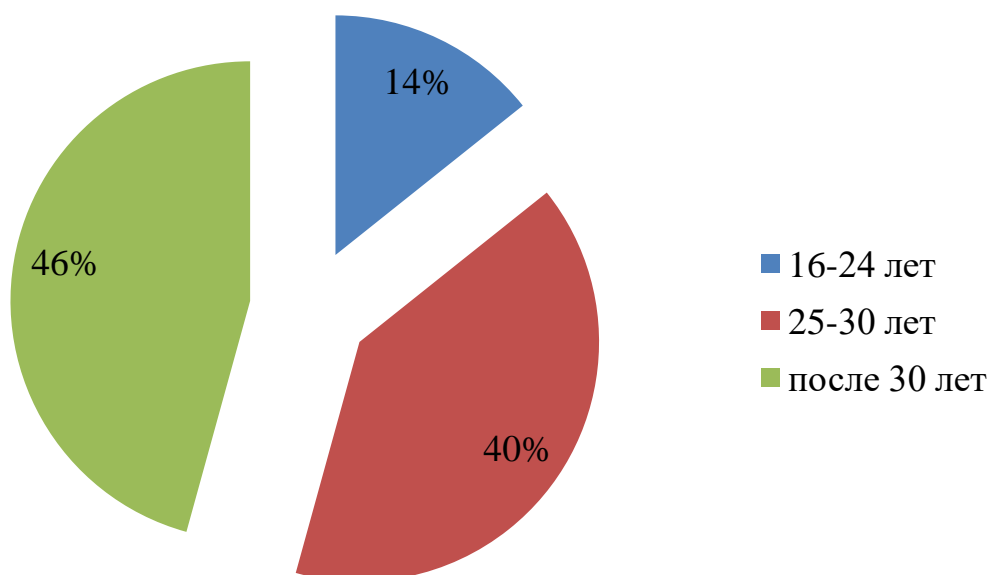


Рис. 1. Возраст рожениц

По распределению женщин по месту жительства, мы получили следующие показатели: жители города 54%, а жители районного населения 46%. Проанализировав медицинскую документацию мы выяснили, что слабость родовой деятельности будут чаще подвержены роженицы проживающие в городе, из-за климатических условий (Рис. 2.).

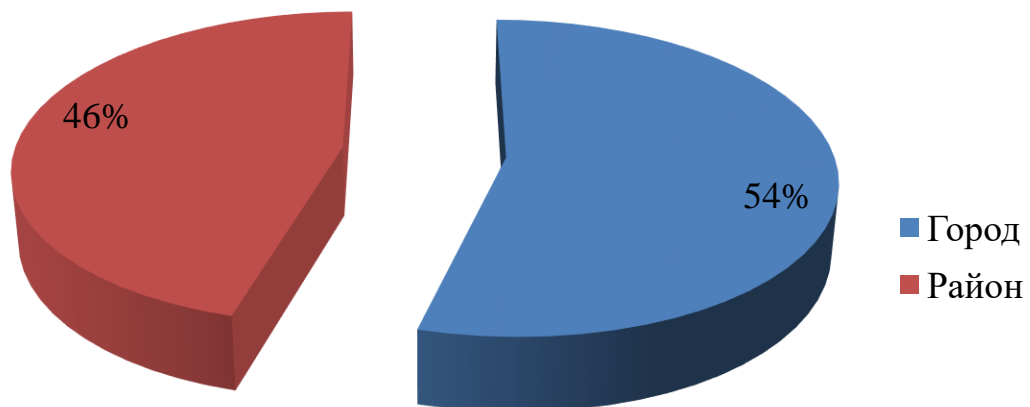


Рис. 2. Место жительства

По распределению женщин по семейному положению выявлено, что замужем 83%, не замужем 17%. (Рис. 3.).

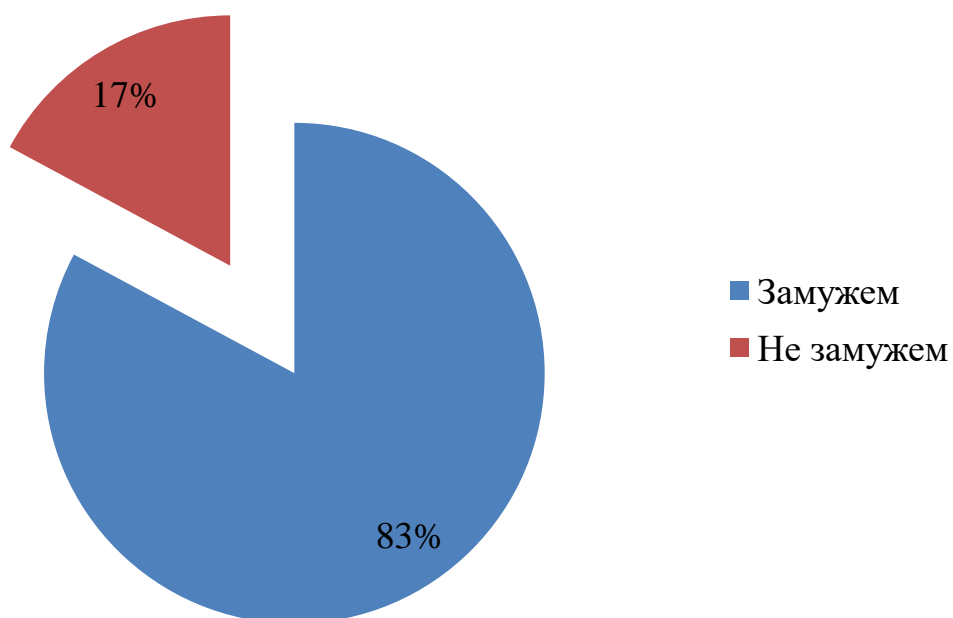


Рис. 3. Семейное положение

На основании историй родов был изучен анамнез количества беременностей родильниц, так как каждая последующая беременность оставляет за собой различные осложнения. Было выяснено, что: 1 беременность составляет 34%, 2 беременность составляет 40%, 3 беременность составляет 9%, 4 и более беременности составляет 17%. Большую часть составляют роженицы с первой и второй беременностью, последующие беременности относятся к группе риска по слабости родовой деятельности (Рис. 4.).

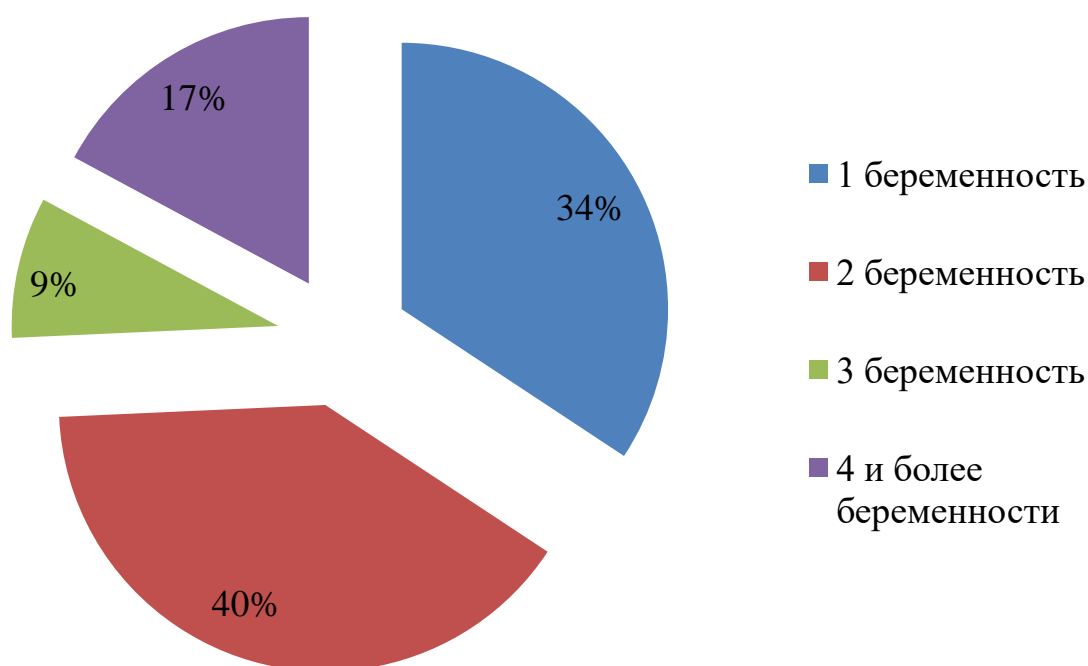


Рис. 4. Количество беременностей

На основании исследования было выявлено: 81% предыдущих беременностей закончились родами, 10% составляет выкидыши, 9% - медикаментозными абортами. Диаграмма показывает, что родильницы, имеющие в анамнезе выкидыш и медикаментозный аборт, относятся к группе

риска по аномалии развития родовых сил (

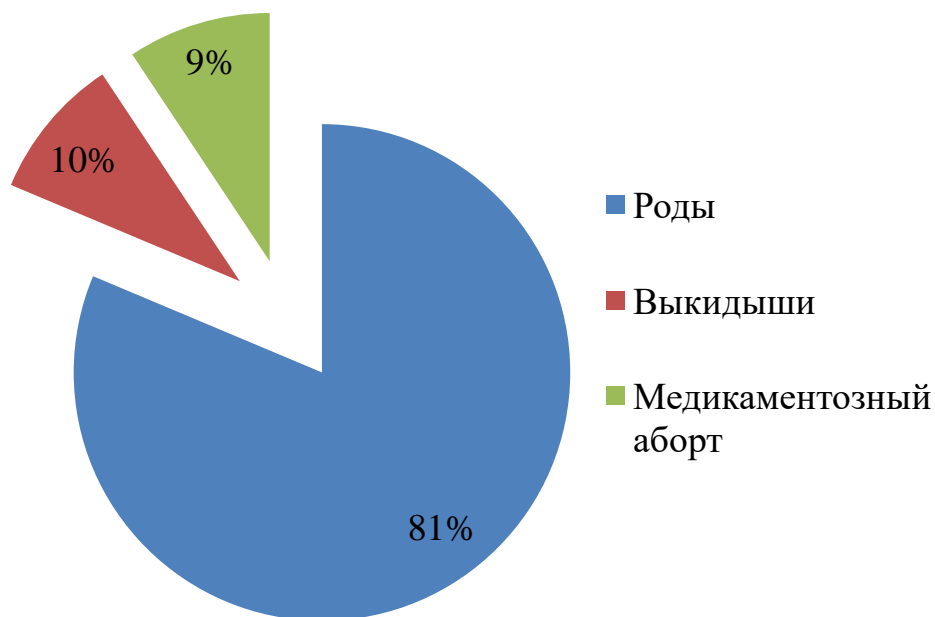


Рис. 5.). Аборт оказывает крайне отрицательное влияние на женское здоровье. Несмотря на доступность и видимую простоту процедуры, аборт – серьезная гинекологическая операция, которая не проходит бесследно для организма женщины. Возможно, информация о пагубных последствиях прерывания беременности стала бы поводом отказаться от аборта или более ответственно относиться к выбору средств контрацепции.

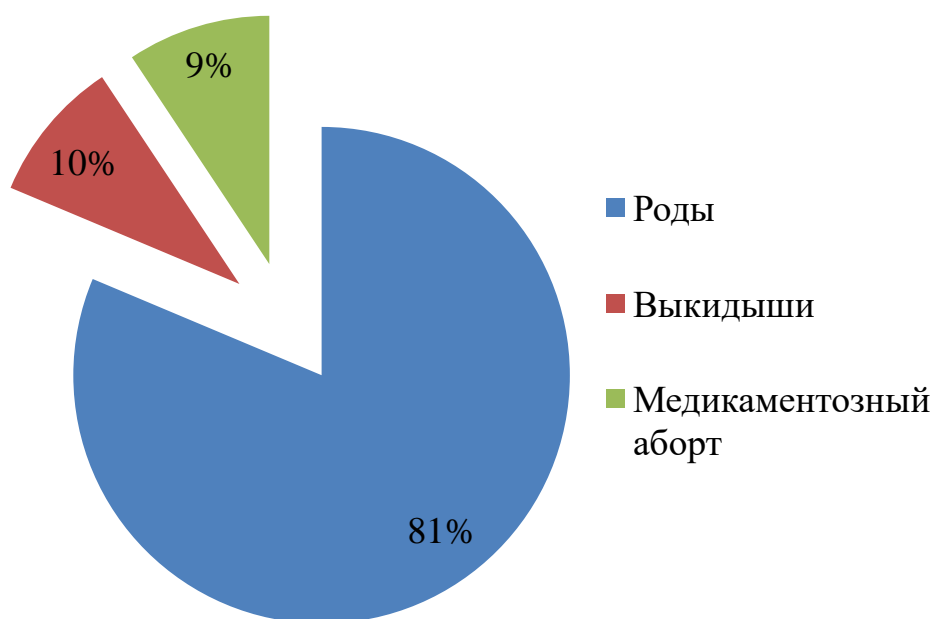


Рис. 5. Исход предыдущих беременностей

Обращает на себя внимание значительный удельный вес нарушений менструальной функции. Из исследования было выявлено: у 89% рожениц первое менархе было в 12-14 лет, у 11% рожениц: 15-18 лет. Роженицы, у которых менархе наступило в возрасте старше 14 лет, в большей степени подвергаются риску возникновения патологии слабости родовой деятельности (Рис. 6.).

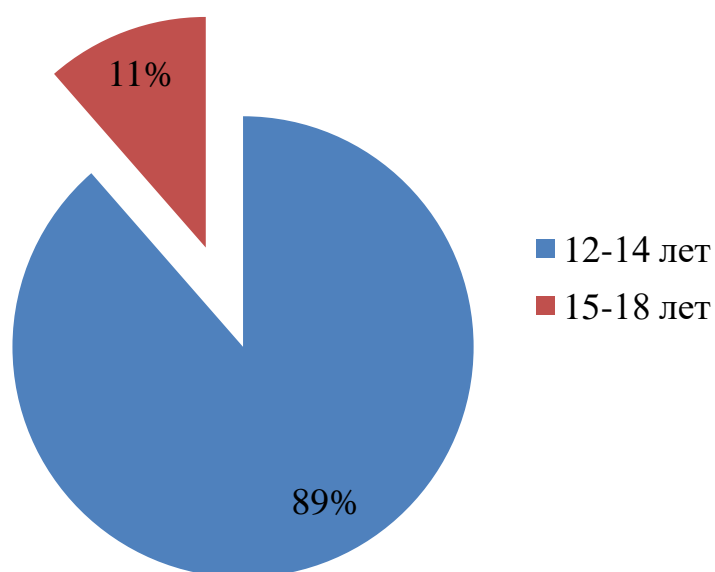


Рис. 6. Возраст менархе

Большую роль в проявлении слабости родовой деятельности играют сфера работы родильниц, а так же степень тяжести трудовой деятельности, которой они подвергаются. Выявлено, что самой благотворной работой для беременных является сфера умственного труда, что составляет 26% исследуемых. Тяжёлый физический труд – большой риск осложнений течения беременности и родов, что составляет 40% рожениц. Аномалиям развития родовой деятельности подвержены беременные, ведущие пассивный образ жизни - преимущественно безработные. Исходя из данных исследований, нетрудоустроенных рожениц - 34% (Рис. 7.).

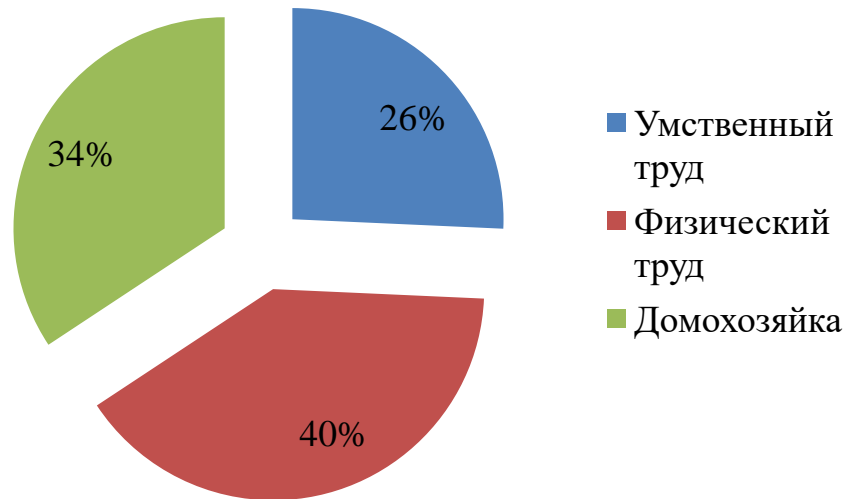


Рис. 7. Сфера занятости

При изучении медицинской документации проанализирована частота встречаемости осложнений во время беременности. В ходе исследования получены следующие результаты: частота встречаемости токсикоза у женщин во время беременности в 1 триместре составляет 18%; во 2 триместре составляет 3%; в 3 триместре составляет 6% и большую часть составляет течение беременности без токсикоза и осложнений 73%. В результате получены следующие данные, роженицы перенесшие токсикоз в 1,2,3 триместрах относятся к группе риска по аномалии развития родовых сил (Рис. 8.).

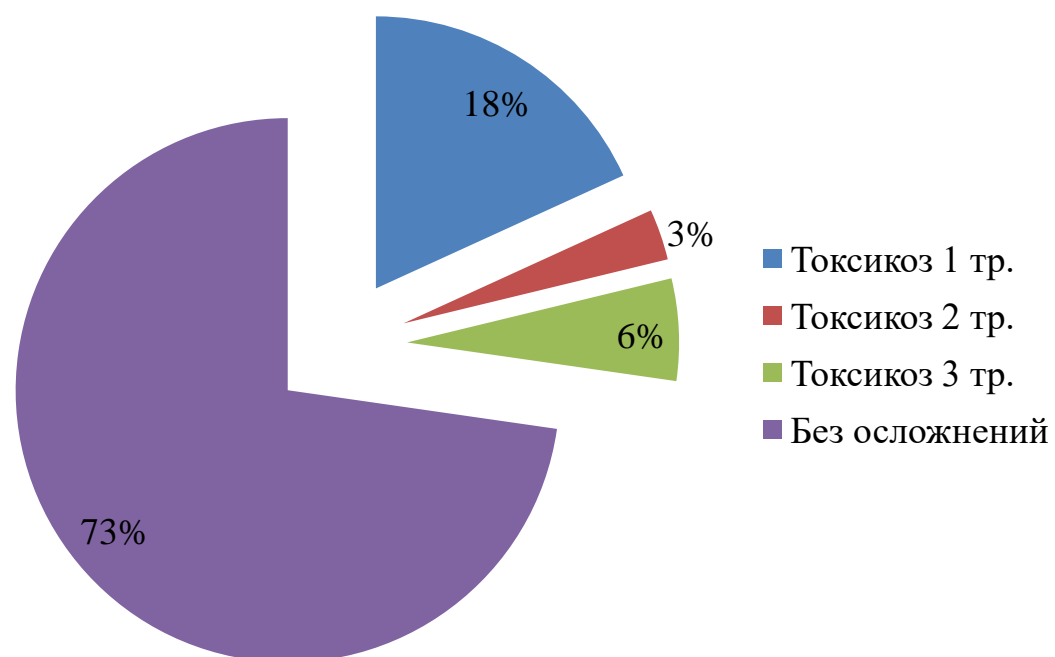


Рис. 8. Осложнения во время беременности

Патологическая прибавка в весе во время беременности – фактор риска развития аномалии родовой деятельности. В исследуемой группе 37% - женщины с переизбытком веса, с нормальной прибавкой веса - 63% (Рис. 9.).

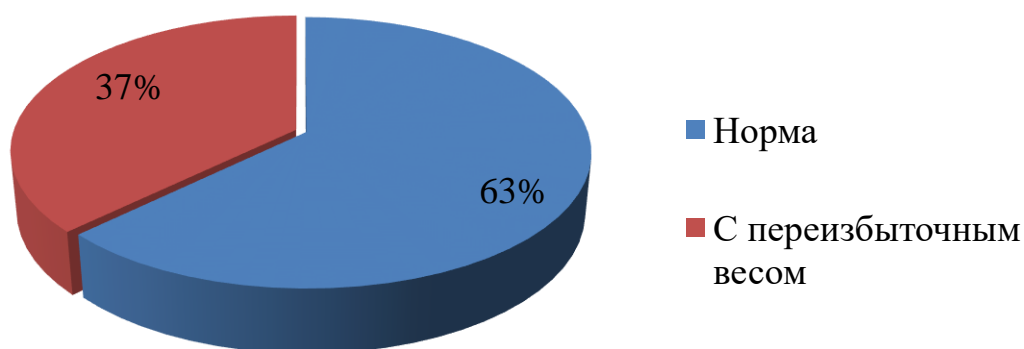


Рис. 9. Телосложение рожениц

В ходе исследования выявлена частота встречаемости генитальных заболеваний. Большинство женщин перенесли гинекологические заболевания различной этиологии: 53% из них составляют инфекционные заболевания, 17%

эндокринные заболевания и 30% рожениц в анамнезе не имеют патологий (Рис. 10.).

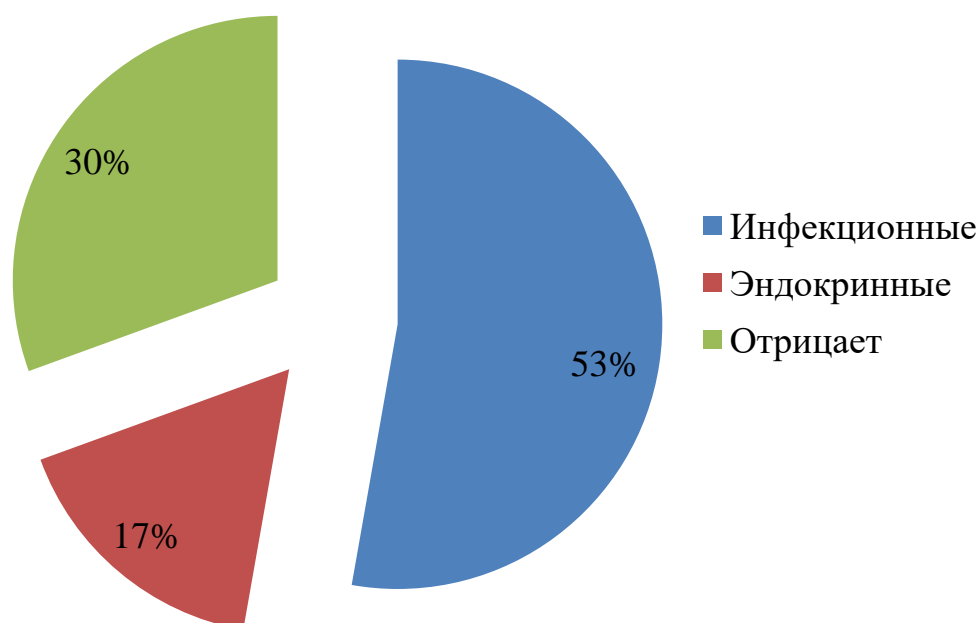


Рис. 10. Перенесенные генитальные заболевания

При изучении анамнеза беременности и историй родов получены данные о профилактических мероприятиях слабости родовой деятельности: применение психопрофилактических мероприятий составляет 40%; доля обезболивания в родах - 12%; применение анестезии во время родов - 34%; применение родостимуляции - 14% (Рис. 11). Прослеживается влияние психопрофилактической подготовки беременных к родам на последующее течение родового акта, отмечается у подготовленных уменьшение частоты слабости родовой деятельности. Поскольку психопрофилактическая подготовка к родам оказывает свое нормализующее воздействие на все органы и системы человека в целом, этот метод в целях предупреждения слабости родовой деятельности показан у всех без исключения беременных, в том числе и с наличием у них тех или иных видов патологии.

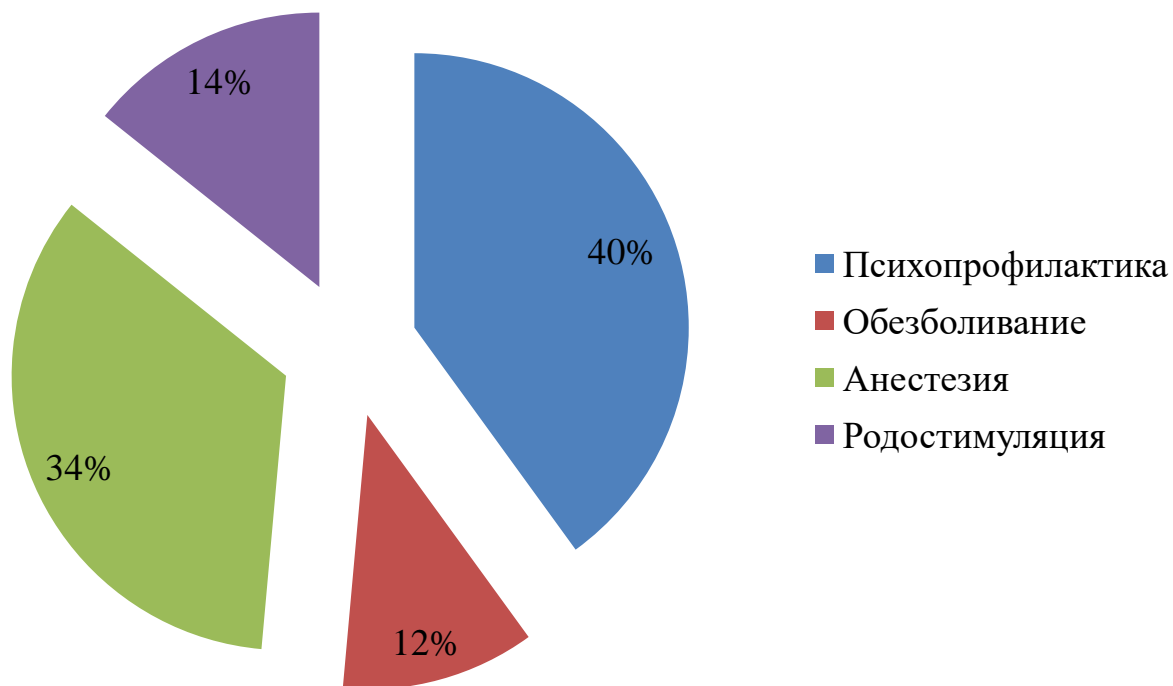


Рис. 11. Профилактические мероприятия во время родов

Доля абдоминального родоразрешения составляет 54%, вагинальные роды имеют более низкий показатель: 46% (Рис. 12.).

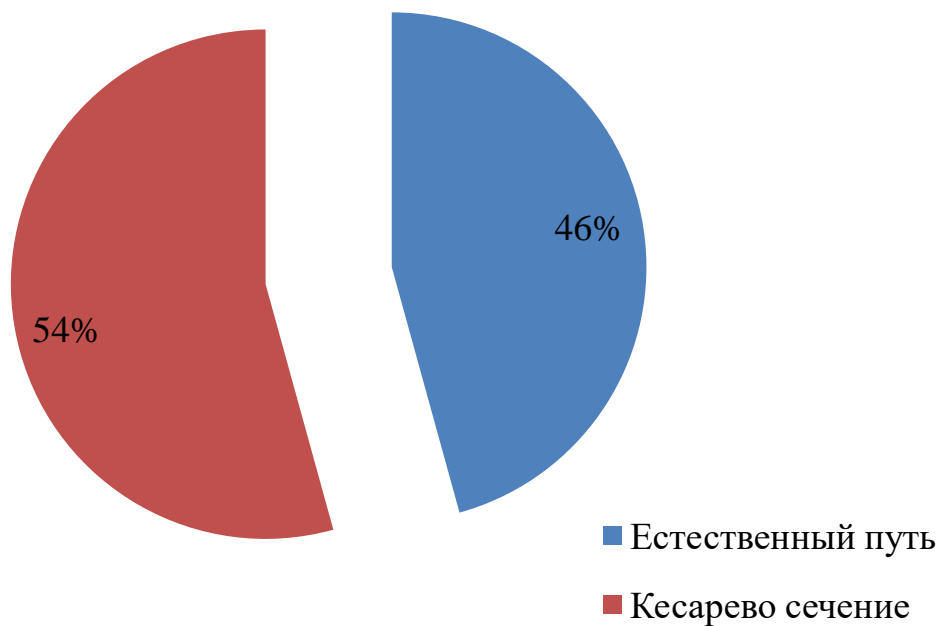


Рис. 12. Родоразрешение текущих родов

Аномалии костного таза относятся к числу наиболее частых причин нарушения нормального течения родов. Возникает первичная или вторичная слабость родовой деятельности, которым способствует несвоевременное излитие вод, длительное высокое расположение головки, что излишне растягивает нижний сегмент матки, замедляет раскрытие шейки матки, затягивает роды, приводит к утомлению роженицы. По данным исследования выявлено: частота встречаемости анатомически узкого таза: 14%, клинического узкого таза - 6%, нормальные размеры таза у рожениц составляют 80% (Рис. 13.).

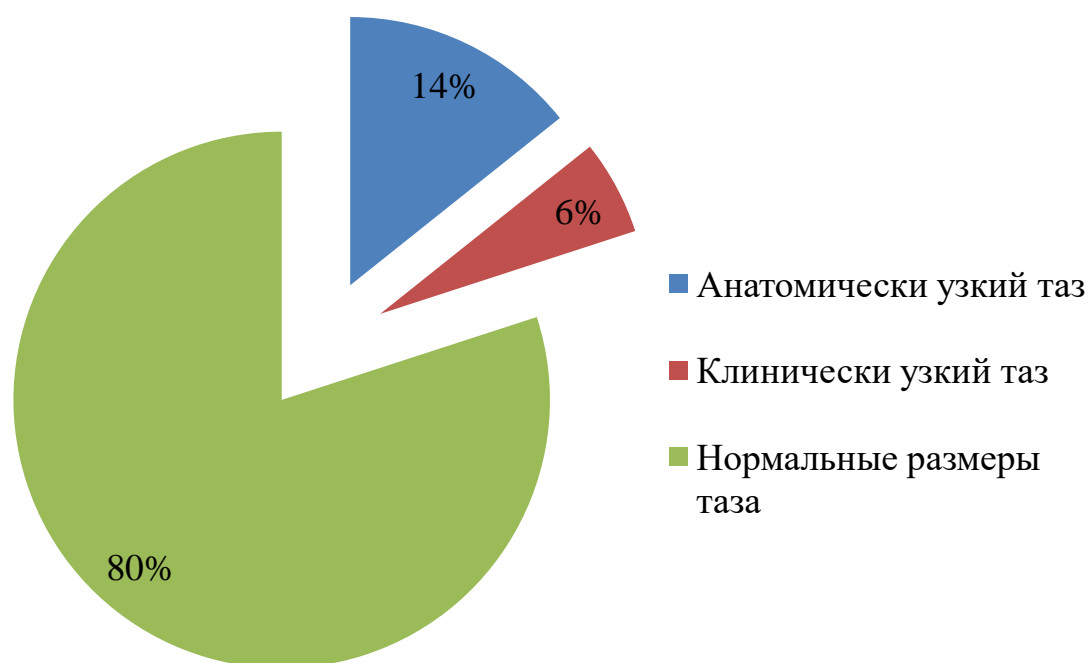


Рис. 13. Размеры таза

На основании анализа медицинской документации получены следующие результаты состояния новорожденных (по шкале Апгар): 7 баллов составляют 11%; 7-8 баллов - 20%; 8 баллов оценено 43% новорожденных; 8-9 баллов составляют 26%. Из этого мы делаем вывод, что пограничное состояние новорожденного составляет самую малую долю процента в данном исследовании (Рис. 14.).

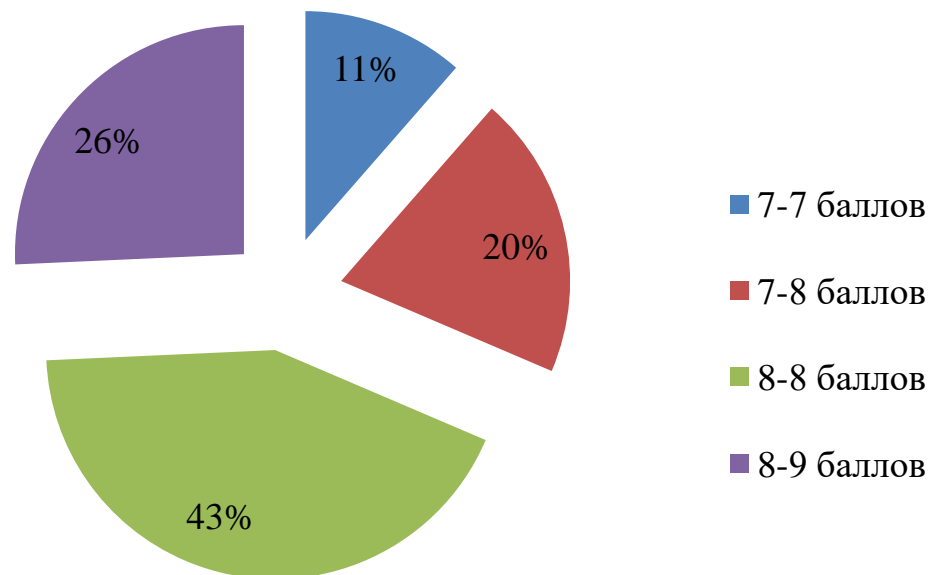


Рис. 14. Шкала Апгар

При наличии многоплодной беременности могут возникать осложнения в виде аномалий родовой деятельности. При этом родовая деятельность может быть резко ослаблена. Одним из важных фактором к возникновению слабости родовой деятельности является многоплодная беременность. При анализе контингента больных выявлена частота встречаемости многоплодной беременности, из них составляет 6%, от одноплодной беременности (Рис. 15.).

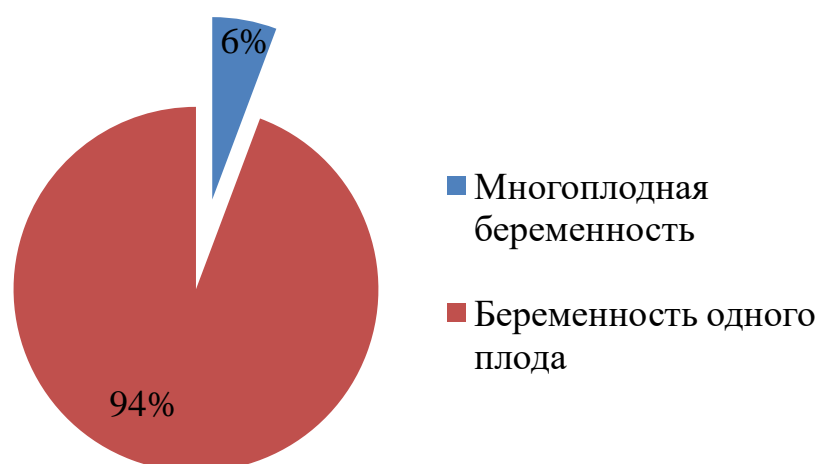


Рис. 15. Частота встречаемости многоплодной беременности

Исходя из данных, проведенного исследования могу сделать следующие выводы:

1. В первую очередь следует отнести к группе повышенного риска беременных с наличием в анамнезе указаний на детские инфекции, поздний возраст наступления менархе, нарушение менструального цикла, инфантилизм, пороки развития матки, воспалительные заболевания половых органов, аборт и большое число родов, при крупном плоде, многоводии и многоплодии, миоме матки, перенесенной беременности, у женщин с выраженным ожирением и другими нарушениями обмена, у первородящих старше 30 лет.
2. Причиной слабости могут быть нарушения, регулирующие родовой акт, а именно изменения функции центральной нервной системы в результате нервно-психического напряжения, неблагоприятные следовые реакции и другие.
3. Своевременная постановка на учет и наблюдение у акушера-гинеколога.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Данная дипломная работа посвящена проблеме изучения роли акушерки в проведении профилактической работы беременным и роженицам.

В этой связи был проведён теоретический анализ литературы профессиональных аспектов деятельности акушерки по профилактике слабости родовой деятельности, рассмотрены и изучены обменные карты беременных и истории родов, на основе данных медицинской документации проведен анализ факторов риска аномалий родовой деятельности, разработаны рекомендации по профилактическим мероприятиям для беременных и женщин, планирующих рождение ребенка, сделаны выводы о влиянии различных факторов риска на течение процесса родов.

В ходе нашего исследования, проведенного на базе «Областной клинической больницы Святителя Иоасафа» перинатального центра корпуса №1, был выявлен исходный уровень знаний и профилактической деятельности среди акушерок поликлиник и перинатального центра, проведен анализ взаимосвязи полученных результатов. Так же были выявлены группы риска по появлению слабости родовой деятельности.

Формирование профилактики – это совокупность мер по укреплению здоровья, предупреждению и устранению причин слабости родовой деятельности. Роль акушерки в профилактике слабости родовой деятельности в первую очередь заключается в формировании групп риска беременных с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом, в информировании беременных и рожениц о последствиях данной патологии, связанной со здоровьем самой женщины и дальнейшей жизни новорожденного.

Таким образом, при ведении рожениц со слабостью родовой деятельности акушерка должна уметь выявить проблемы и факторы риска данной патологии при опросе, своевременно распознать аномалию родовой деятельности, контролируя в родах характер родовой деятельности (подсчет схваток, КТГ),

продвижение плода по родовым путям и динамику раскрытия шейки матки (приемы Леопольда-Левицкого, влагалищное исследование, ведение партограммы), по назначению врача проводить родостимуляцию, подготовить к оперативному родоразрешению по показаниям.

Роль акушерки также заключается в умении провести следующие профилактические мероприятия по снижению частоты аномалий родовых сил:

1. Планирование беременности (исключение нежелательной беременности, абортов).

2. Своевременная подготовка к беременности (выявление и лечение хронических и гинекологических заболеваний до наступления беременности).

3. Своевременная постановка беременной на учет в женской консультации (до 12-ти недель беременности).

4. Регулярное посещение акушера-гинеколога: в 1 триместре - 1 раз в месяц, во 2 триместре - 1 раз в 2-3 недели, в 3 триместре - 1 раз в 7-10 дней; при необходимости частота посещений может быть увеличена.

5. Рациональный режим дня и полноценное питание во время беременности.

6. Специфические профилактические мероприятия в родах.

7. Посещение курсов по подготовке к беременности и родам, освоение навыков правильного дыхания и расслабления в родах.

8. Следование всем указаниям акушерки и акушера-гинеколога во время родов.

Важность профилактики заключается в воздействии на снижение уровня патологического состояния беременности, родов и послеродового периода.

Роль акушерки в проведении профилактической работы среди беременных и рожениц значительно важна, так как акушерка играет приоритетную роль в концепции профилактики.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Азизова, Г. Ф. Особенности психоэмоциональных изменений у женщин в период беременности [Текст] / Медицина и здравоохранение: материалы II Междунар. науч. конф. — Уфа: Лето, 2014.
2. Айламазян, Э.К. Акушерство: [Текст] / учебник для студентов вузов, обучающихся по направлению подготовки «Лечебное дело» Э.К.Айламазян. – 9-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 384с.
3. Висаитова, М. Б. Течение беременности и родов, перинатальные исходы при двойне [Текст] / М. Б. Висаитова. М.: Медицина, 2015. С. 47–49.
4. Дзигуа, М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин [Электронный ресурс] / М. В. Дзигуа - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с. - ISBN 978-5-9704-3091-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970430910.html>
5. Дуда, В.И. Патологическое акушерство: [Текст] / Учеб.пособие В.И.Дуда. – Мн.: Выш. Шк., 2001. – 502 с.
6. Дуда, Вл.И. Акушерство: Учеб. Пособие [Текст] / Вл.И.Дуда, О.Г.Дражина. – М.: изд. ОНИКС, 2007. – 464 с.
7. Калашникова, С.А. Ведение беременности и родов при многоплодии [Текст] / С. А. Калашникова [и др.] // Материалы 2 Российского форума «Мать и Дитя». М., 2014. С. 54–55.
8. Пахомов, С.П. Акушерство и гинекология: [Текст] / Учебно-методический комплекс С.П.Пахомов. – Белгород, 2017. – 163 с.
9. Радзинский, В.Е. Акушерство [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 920 с. – ISBN 978-5-9704-3612-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436127.html>
10. Руководство по акушерству и гинекологии для фельдшеров и акушерок [Электронный ресурс] / Под ред. В.Н. Прилепской, В.Е. Радзинского -

М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 688 с. - ISBN 978-5-9704-0425-6 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970404256.html>

11. Савельева, Г.М. Акушерство и гинекология: национальное руководство [Текст] / Г.М.Савельева, В.И.Кулаков. – 2017. – 115с.

12. Славянова, И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии: [Текст] / практикум И.К.Славянова – Ростов-на-Дону, изд. «Феникс», 2015. – 287с.

13. Слепых, А.С. Оперативное родоразрешение [Текст] / М.,2017. – 179с.

14. Стрижков, А.В. Акушерство и гинекология [Текст] / А.В.Стрижков.– М., 2015. – 213 с.

15. Фадеева, В.А Самая важная российская книга мамы. Беременность. Роды [Текст]: книга / Москва: РИПО, 2016. – 302с.

16. Шабалов, Н. П. Неонатология : [Текст] / учеб. пособие для студ., обучающихся по спец. 040200-Педиатрия Шабалов Н. П. . - 4-е изд., испр. и доп. . - М. : МЕДпресс-информ , 2006 . - 608 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Профилактические

мероприятия для беременных:

- Физиопсихопрофилактическая подготовка (с комплексом специальных занятий и физических упражнений),
- Прием с 36 недель беременности витаминов, которые увеличивают энергетический потенциал матки (В6, фолиевой, аскорбиновой кислоты);
- Рациональное питание;
- Соблюдение режима дня, а также создание для беременной условий психологического комфорта.



В наши дни в России назрела потребность реализации профилактических программ национального масштаба, нацеленных на борьбу с факторами риска. Участвуя в разработке стратегии и алгоритмов профилактики на разных уровнях, медицинские работники могут и должны внести значимый вклад в профилактику такой патологии, ведь она несет за собой жизнь и здоровья матери и новорожденного. Прежде всего, следует заниматься профилактикой тех факторов риска, которые являются основными причинами.



Белгород, ул. Попова, 26/25
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ
МЕДИЦИНСКОГО
ИНСТИТУТА
(НИУ «БелГУ»)

Приложение

Факторы риска предрасполагающие возникновению слабости родовой деятельности:

- Инфекционные заболевания;
- Генитально - воспалительные заболевания;
- Вредные привычки;
- Малоподвижная активность;
- Нарушения менструальной функции;
- Медикаментозные и самопроизвольные аборты;
- Нарушение жирового обмена;
- Возраст первородящей старше 30 лет;
- Многоводие и крупный плод.

