

**Станция скорой и неотложной
медицинской помощи имени А.С. Пучкова**

**Акушерство для линейных бригад
скорой помощи**

Подстанция № 20

Гинекологический анамнез:

- менструации

- возраст первой менструации (*норма 11-14лет*),
- количество дней (*норма 3-7*),
- характер (регулярные, нерегулярные), умеренные (скудные, обильные), болезненные (безболезненные),
- дата последней менструации (первый день)

-гинекологические заболевания (перечисление заболеваний или “отрицает”)

-беременности в анамнезе (предыдущие беременности, с указанием срока, осложнений, веса ребенка)

-настоящая беременность, как протекает по триместрам. Либо возможность беременности отрицает, (или не исключает)

-наличие выделений из половых путей . Если женщина беременная, то указывают дату и результат последнего узи, дату последнего осмотра у гинеколога, регулярность посещения гинеколога.

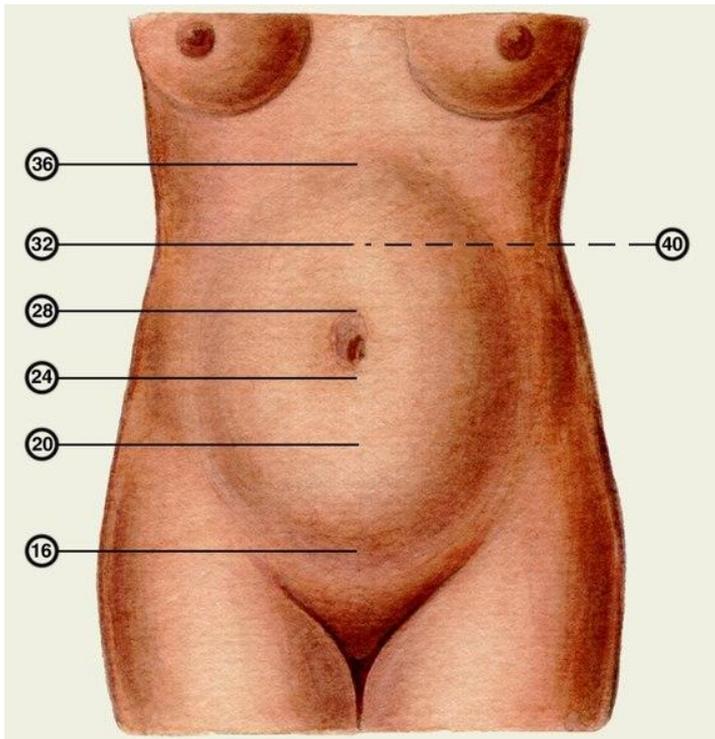
Пример:

Менструации с 12 лет по 5 дней через 28 дней, регулярные, умеренные, болезненные. Последняя менструация – 17.02.15, возможность беременности отрицает.. Гинекологические заболевания: эрозия шейки матки, острый правосторонний аднексит в 2008 году, киста яичника слева.

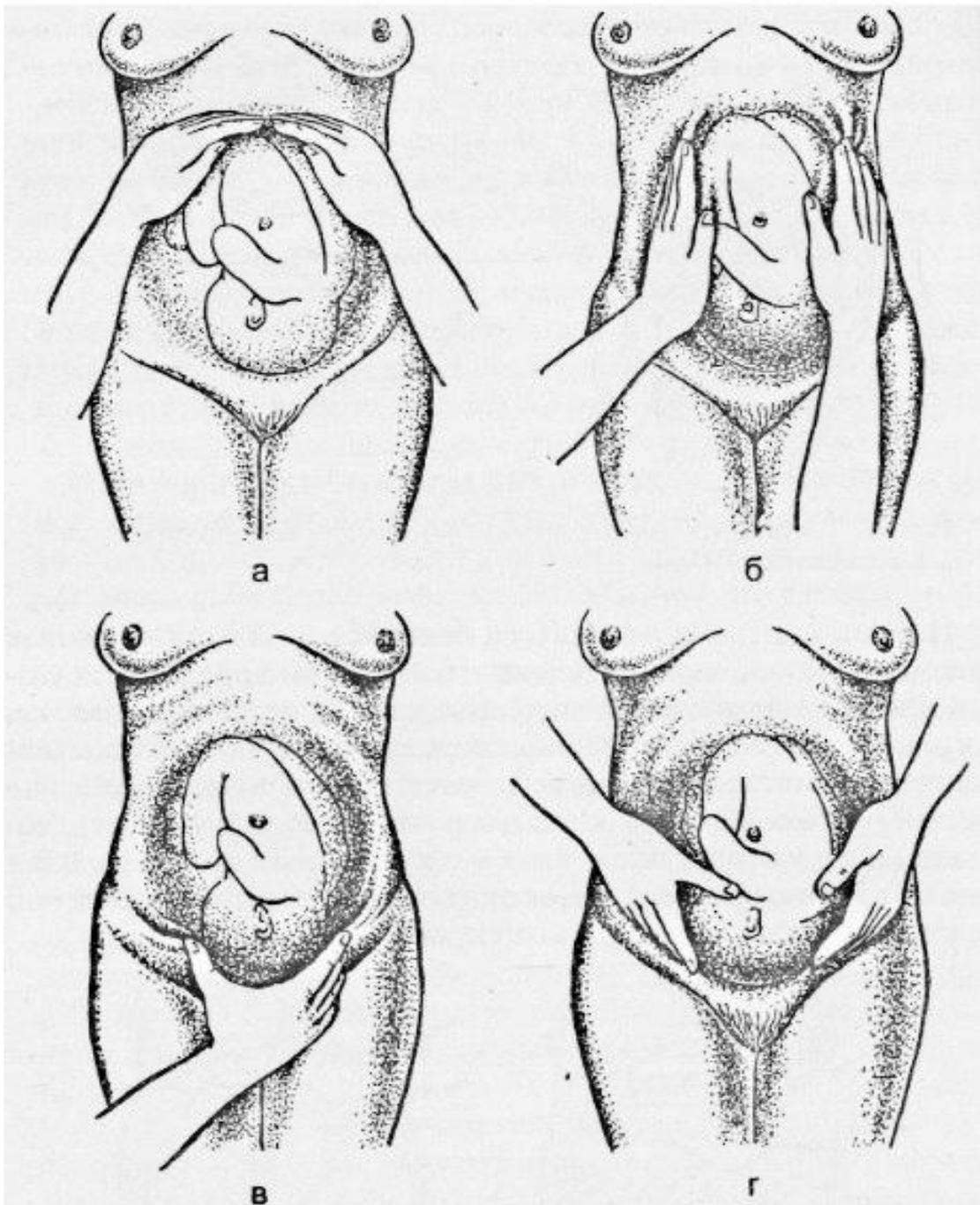
Беременности 3. 1 – 2002 год, роды естественным путем, рост 53 см, вес 3200 осложненные послеродовым гипотоническим кровотечением, 2 – 2005 год, мед. аборт без осложнений, 3я – 2012 год, кесарево сечение на сроке 34 недели, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты, рост 50 см, вес 2500 г. Выделения из половых путей отрицает

Осмотр

- Беременную женщину на сроках более 20 недель **не класть на спину**.
- Осмотр полусидя, госпитализация на носилках на левом боку. При угрозе прерывания (отслойке плаценты) живот пальпировать минимально
- АД измеряется и пишется на 2 руках. Разница в АД более 10 мм (может быть до 40мм) – возможность развития гестоза 2й половины беременности.
- Указывают в карте рост и вес беременной. Живот увеличен за счет беременности, овоидной формы. (при многоводии – шаровидный, при узком тазе остроконечный, при асимметрии или поперечном положении плода поперечно овальная или косоовальная)



недел и	
до 12	не определяется
12	у верхнего края лобковой дуги
16	3 см выше лонного сочленения
20	2 см ниже пупка
24	уровень пупка
28	3 см выше пупка
32	середина расстояния между пупком и мечевидным отростком
36	у мечевидного отростка
40	Как в 32



4 приема
Леопольда

Сердцебиения плода

- *Сердцебиение плода:* аускультируется деревянным стетоскопом, после 20 недель беременности.
- При сроках более 36 недель точка аускультации – 2 см ниже пупка при головном предлежании, выше пупка – при тазовом, лучше аускультируется со стороны спинки плода.
- Норма ЧСС у плода 120-160 ударов в минуту, ясное, ритмичное.
- Меньше или больше, глухие тоны, аритмичные – острая гипоксия плода.
- Шевеление плода: активное или не определяется.

Диагнозы.

Беременность 3, 33-34 недели. Преждевременная отслойка нормально расположенной (низко расположенной) плаценты.

— отслойка плаценты до рождения плода (во время беременности – от 16 недель, в первом и во втором периодах родов). Плацента формируется к 16 неделям, кровотечение раньше 16 недель – это угроза прерывания или начавшийся самопроизвольный аборт.

Жалобы на боль в области живота определенной локализации – в околопупочной (и тд) области, средней (низкой) интенсивности, возникшая внезапно, постоянная, кровянистые выделения из половых путей (от мажущих, вишневых, до интенсивного кровотечения, к примеру, краевая отслойка на 1 см плаценты дает кровотечение до 100 мл в течение 10 минут), снижение активности шевеления плода (не всегда). Кровотечение из половых путей может быть незначительным (1 капля) или не быть вообще – при ретроплацентарной гематоме , при внутреннем кровотечении).

- Осмотр живота - крайне осторожный!
- Обязательно катетеризация вены, инфузия.
- Обязательно транспортировка на носилках, т.к. малейшая ходьба – до нескольких шагов провоцирует усиление отслойки и антенатальную гибель плода.

До 22 недель – угроза прерывания беременности. До 12 – ранний выкидыш, 12 – 21 включительно – поздний выкидыш.

Беременность 1, 9-10 недель, угроза прерывания беременности.

- **Жалобы** на тянущие боли в низу живота с иррадиацией в поясницу, средней интенсивности, постоянные (или схваткообразные). Могут быть скудные мажущие кровянистые выделения (1 капля).

Беременность можно сохранить в большинстве случаев.

- **Начавшийся самопроизвольный аборт:** **жалобы** на схваткообразные боли внизу живота, с иррадиацией в промежность, поясницу (или без иррадиации), кровянистые выделения из половых путей (коричневые, алые или вишневые, могут быть единичные сгустки).

Беременность можно сохранить.

Беременность 3, 12-13 недель, самопроизвольный аборт, в ходу.

- Жалобы на интенсивные схваткообразные боли внизу живота без иррадиации (или с ирр), кровянистые выделения (кровотечение может быть интенсивным), из половых путей с большим количеством сгустков, отхождение частей плодного яйца. Вышедшее плодное яйцо забирают с собой в желтом пакете, (возможно, отдают на гистологию).

Плод до 21 недель включительно **обязательно** забирают с собой, в желтом пакете, + послед, указывают, что масса плода менее 500 гр, примерная длина плода. (менее 26 см), указывают наличие мацерации, видимые пороки развития, наличие обвития шеи пуповиной.

от 22 до 37 недель – угроза преждевременных родов.

Беременность 2, 30-31 неделя, угроза преждевременных родов.

- **Жалобы** на тянущие (схваткообразные на фоне тянущих) боли внизу живота с иррадиацией в поясничную область. (без кровянистых выделений), длительность болей 10-20 секунд через 20-30 минут, нерегулярные (регулярные).
- Госпитализация на носилках. Любое движение – ходьба, эмоциональная реакция, интенсивная пальпация живота усугубляет угрозу, усиливает тонус матки.

- Обязательно указывают движения плода, сердцебиение. Если движения и сердцебиение не определяется, то возможна антенатальная гибель плода.

Диагноз: беременность 1, внебольничные самопроизвольные преждевременные роды (домашние, дорожные), в головном предлежании, в сроке гестации 33-34 недели. 3 период родов. Ранний послеродовый период. (если послед отошел), если не отошел - Задержка последа в матке.

Если схватки регулярные, чаще, чем 1 в 2 минуты, то проводят осмотр по Пискачке: 2 пальца указательной руки обматывают стерильной салфеткой, вводят по нижней трети половой губы, неглубоко. Если палец проходит, то можно довести. Если палец упирается в головку, то роды на дому. Роды принимают на дому, решение вопроса со ст. врачом акуш. пульта о вызове бригады на себя – детской для новорожденного.

- Пальцевое влагалищное исследование не проводится! Обязательно инфузия.

- Мертворожденный ребенок – это ребенок, не сделавший ни одного вдоха вне тела матери. Антенатальная гибель плода – внутриутробная, интранатальная – в родовых путях. При рождении мертвого ребенка ребенок оставляется в квартире, вызывается другая бригада для ожидания полиции (конс. со ст. врачом. акуш. пульт) Оформляется карта на мертворожденного, описывается констатация. Протекание беременности, полный анамнез матери, когда прекратилось сердцебиение, шевеление. Признаки внешних пороков развития, мацерация кожных покровов. Когда произошли роды, время, отсутствие признаков живорождения. (самостоятельное дыхание; сердцебиение (чсс); пульсация пуповины; произвольные движения мышц.)

Первичные реанимационные мероприятия осуществляются при наличии у ребенка показаний, при условии хотя бы одного признака живорождения. В случае отсутствия всех признаков живорождения ребенок считается мертворожденным, реанимационные мероприятия не проводятся.

Критерии оценки новорожденного по В. Апгар

Независимо от исходного состояния, характера и объема проводимых реанимационных мероприятий через 1 и 5 минут после рождения следует провести оценку состояния ребенка по Апгар.

В случае продолжения реанимационных мероприятий более 5 минут жизни должна быть проведена третья оценка по Апгар через 10 минут после рождения

Признак	0 баллов	1 балл	2 балла
ЧСС	0	Меньше 100/мин	Больше 100/мин
Дыхание	Отсутствует	Слабый крик (гиповентиляция)	Сильный крик (адекватное дыхание)
Мышечный тонус	Низкий (ребенок вялый)	Умеренно снижен (слабые движения)	Высокий (актив. движения)
Рефлексы	Не определяются	Гримаса	Крик или актив. движ-я
Цвет кожи	Синий или белый	Выраженный акроцианоз	Полностью розовый

Сумма 8 баллов и более через 1 мин. после рождения = отсутствие асфиксии новорожденного, 4 - 7 баллов - легкая и умеренная асфиксия, 1 - 3 балла - тяжелая асфиксия. Оценка в 0 баллов через 10 минут после рождения является одним из оснований для прекращения первичной реанимации.

Первичные реанимационные мероприятия осуществляются при наличии у ребенка показаний, при условии хотя бы одного признака живорождения:

- ✓ самостоятельное дыхание;
- ✓ сердцебиение (частота сердечных сокращений);
- ✓ пульсация пуповины;
- ✓ произвольные движения мышц.

В случае отсутствия всех признаков живорождения ребенок считается мертворожденным.

Последовательность основных реанимационных мероприятий:

- а) начальные мероприятия (восстановление проходимости дыхательных путей, тактильная стимуляция и др.);*
- б) искусственная вентиляция легких;*
- в) непрямой массаж сердца;*
- г) введение медикаментов.*

Начальные мероприятия занимают 20 - 30 секунд и включают в себя:

- поддержание нормальной температуры тела новорожденного;
- придание положения на спине;
- обеспечение проходимости дыхательных путей;
- тактильную стимуляцию (похлопывания новорожденного по стопам или поглаживания по спине)

Искусственная вентиляция легких. Показания к проведению ИВЛ:

- ❖ отсутствие дыхания;
- ❖ нерегулярное дыхание (судорожное типа "gaspings");
- ❖ ЧСС < 100 уд./мин.

У новорожденных следует использовать саморасправляющийся мешок объемом не более 240 мл. ИВЛ через лицевую маску или эндотрахеальную трубку.

Диаметр трубки (мм)	Предполагаемая масса тела ребенка (грамм)
2,5 - 3	< 1000
3 - 3,5	1000 - 2000
3,5	2000 - 3500
4	> 3500

У детей, родившихся до завершения 28 недели беременности, ИВЛ необходимо начинать 30 - 40% кислородом.

У детей, родившихся после 28 недели беременности, ИВЛ следует начинать воздухом и только при неэффективности этого повышать концентрацию кислорода, т.к. он обладает системным повреждающим действием.

Непрямой массаж сердца следует проводить в соотношении с частотой ИВЛ 3:1. В минуту следует выполнять 90 компрессий и 30 вдохов.

1) с помощью двух рук, когда специалист, проводящий массаж, помещает ладони обеих рук под спину новорожденного, а подушечки больших пальцев накладывает на нижнюю треть грудины;

2) с помощью одной руки, когда давление осуществляется указательным и средним пальцами, помещенными на нижнюю треть грудины.

Сжатие грудной клетки производится на глубину, равную примерно $1/3$ от переднезаднего размера грудной клетки. Отражением эффективности проводимого непрямого массажа сердца является пульс, пальпируемый на крупных сосудах во время массажа.

Адреналин

- **Показания:** - ЧСС ниже 60 уд./мин. после 30 секунд непрямого массажа сердца на фоне адекватной ИВЛ. Концентрация вводимого раствора - 1:10000 (0,1 мг/мл).
- **Подготовка раствора:** 0,1 мл из ампулы с адреналином следует развести в 1 мл физиологического раствора. Рекомендуемая доза для внутривенного введения **0,1 - 0,3 мл/кг (0,01 - 0,03 мг/кг) приготовленного раствора.** При эндотрахеальном введении адреналина рекомендуемая доза в 3 раза выше - 0,3 - 1 мл/кг (0,03 - 0,1 мг/кг).
- **Действие:** - увеличивает частоту и силу сердечных сокращений,- вызывает периферическую вазоконстрикцию, ведущую к увеличению артериального давления. Ожидаемый эффект: через 30 секунд от момента введения ЧСС должна достигнуть 100 уд./мин.
- **Дальнейшие действия:** Если через 30 секунд ЧСС восстанавливается и превышает 60 уд./мин., другие медикаменты вводить не следует, непрямой массаж сердца следует прекратить, а ИВЛ продолжить до восстановления адекватного самостоятельного дыхания.

- Если через 30 секунд ЧСС остается ниже 60 уд./мин., следует продолжить непрямой массаж сердца на фоне ИВЛ и выполнить одно из перечисленных ниже мероприятий:
- повторить введение адреналина (при необходимости это можно делать каждые 5 минут);

Физиологический раствор.

□ Следует вводить при необходимости экстренного восполнения объема циркулирующей крови новорожденному.

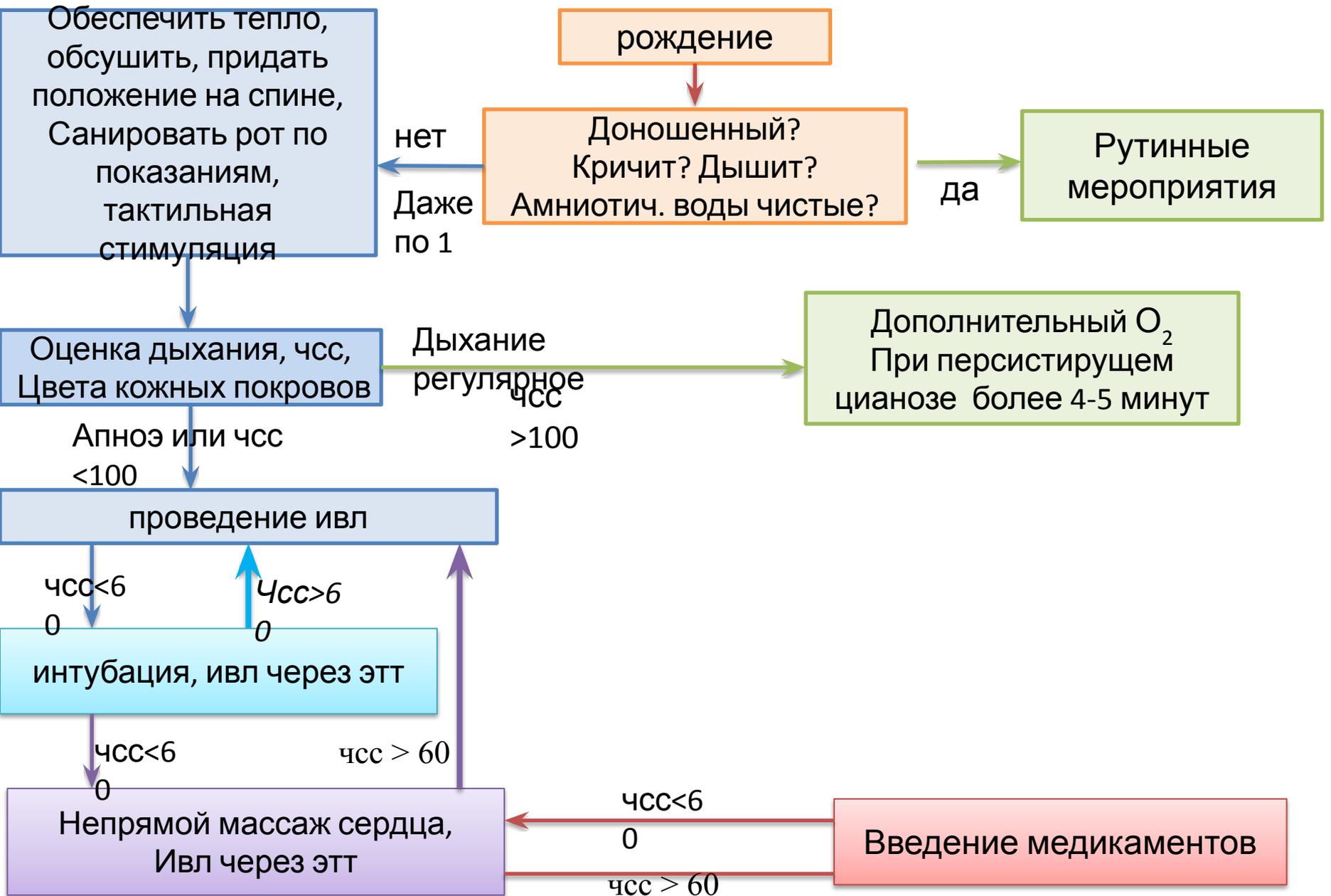
- **Показания:** Симптомы острой кровопотери или гиповолемии: - сохраняющаяся бледность, несмотря на адекватную оксигенацию;
- нарушение микроциркуляции (симптом "белого пятна" более 3 секунд);
 - слабый, нитевидный пульс или невозможность пропальпировать пульс на крупных сосудах;
 - отсутствие или недостаточный эффект от проводимых реанимационных мероприятий.

Дозировка изотонического раствора натрия хлорида - 10 мл/кг. Способ введения - в вену пуповины, струйно, медленно.

Окончание реанимационных мероприятий

- Если через 10 минут от начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме у ребенка отсутствует сердцебиение, реанимационные мероприятия в родильном зале следует прекратить.
- В остальных случаях сердечно-легочной реанимации новорожденного в родильном зале следует добиваться устойчивого повышения ЧСС более 100 уд./мин. После первичной стабилизации состояния ребенок транспортируется в палату интенсивной терапии.

Схема первичной реанимации



Роды

- Срочные – 38 полных недель – 42.
- Быстрые – от начала схваток до изгнания плода менее 6 часов у первородящей, менее 4 часов – стремительные.
- У повторнородящей – менее 4 часов – быстрые, менее 2 часов - стремительные.

Диагноз родов:

- первые или повторные
- срочные или преждевременные, или запоздалые;
- период родов — раскрытия, изгнания, последовый;
- характер излития околоплодных вод — преждевременное, раннее, своевременное;
- осложнения беременности и родов;
- особенности акушерско-гинекологического анамнеза;
- сопутствующая экстрагенитальная патология.

В течении родов наблюдают 3 периода:

1. Период раскрытия шейки матки.
2. Период изгнания плода.
3. Последовый период.

Беременность 1, 39-40 недель, 1 период родов.

Жалобы на схваткообразные боли внизу живота с иррадиацией в поясничную область, средней интенсивности, длительностью 20 секунд через 5 минут, регулярные. В карте указывают, когда начались схватки, когда отошли (или нет) воды. Динамика изменения частоты и продолжительности схваток.

- **1 период родов** (раскрытия - от начала регулярной родовой деятельности до полного раскрытия шейки матки.

Пер\род -10-12 ч, повт\род – 8-10ч, с каждой последующей беременностью время периода раскрытия сокращается.

- Схватка – регулярные произвольные сокращения мышечного слоя матки, под влиянием которых происходит раскрытие шейки матки до 10 см (4 пальца).
- *на этапе 03 не проводится влагалищное исследование.*
- Длительность схваток в начале периода – 10 сек через 15 минут, в конце 60-80 сек через 1 минуту.
- В норме при раскрытии матки близкому к полному происходит излитие околоплодных вод. на высоте одной из схваток и околоплодные воды в количестве 100.0-200.0 мл (должны быть светлые, без примесей мекония, зелени – признаки гипоксии плода).
- (Если воды отходят раньше – дородовое излитие, раннее (до полного раскрытия), в период изгнания – запоздалое)
- Женщине при схватках : дышать часто и неглубоко, « как собачка».

- Темпы раскрытия шейки матки до 3-4 см (6-8ч) – 0.3-0.4 см\ч, после 3-4 см(4-5ч у пер\род, 2-3ч у повт\род) – 1.5 – 2.5 см\ч.

Осмотр.

- ❖ Высота стояния дна матки 36-37 см. Положение плода (продольное, поперечное, косое), предлежание (головное, тазовое), головка не баллотируется или в малом тазу. Если при головном предлежании головка внизу живота не пальпируется, (в малом тазу), женщина на фоне схваток ощущает желание потужиться, как при дефекации, при осмотре по Пискачеву на 2-3 см от наружного края ниж. трети половой губы пальпируется головка, то РОДЫ НА ДОМУ.
- ❖ АД на 2 руках, разница не более 10 мм (более - возможен гестоз), выделения из половых путей, ЧСС плода каждые 10-15 минут, после каждой потуги, 120-160 в минуту.
- ❖ Сердцебиение плода: аускультируется деревянным стетоскопом. Норма 120-160 ударов в минуту, ясное, ритмичное. Меньше или больше, глухие тоны, аритмичные – острая гипоксия плода. Шевеление плода – активное (не определяется).
- ❖ Контракционное кольцо- граница между сокращающимся верхним сегментом матки и расслабляющимся нижним. Насколько раскрыта шейка матки – настолько выше лобка контракционное кольцо. Например, к концу периода раскрытия оно стоит на 5 поперечных пальца выше лобка – полное открытие шейки матки (10см).
- ❖ При «страдании» ЧСС плода ингаляция кислорода 50% женщине.

Второй период родов – период изгнания.

У первородящих длится 1 – 1.5 час, у повторнородящих от 15 минут до 1 часа.

- Роды в затылочном предлежании составляют около 96% всех родов, чаще наблюдают передний вид затылочного предлежания.
- Роды в поперечном, косом положении, при разгибательных вставлениях, тазовом предлежании плода в домашних условиях невозможны, необходима экстренная госпитализация в акушерский стационар.
- При диагностике первичной и вторичной слабости, дискоординации родовой деятельности самостоятельные действия врача необходимо прекратить и срочно госпитализировать пациентку в специализированное лечебное учреждение.

При отсутствии возможности транспортировки роженицы в родильный дом следует приступить к ведению родов. Если в бригаде 2 человека, то один - принимает роды, второй – следит за ногами женщины, затем занимается ребенком.

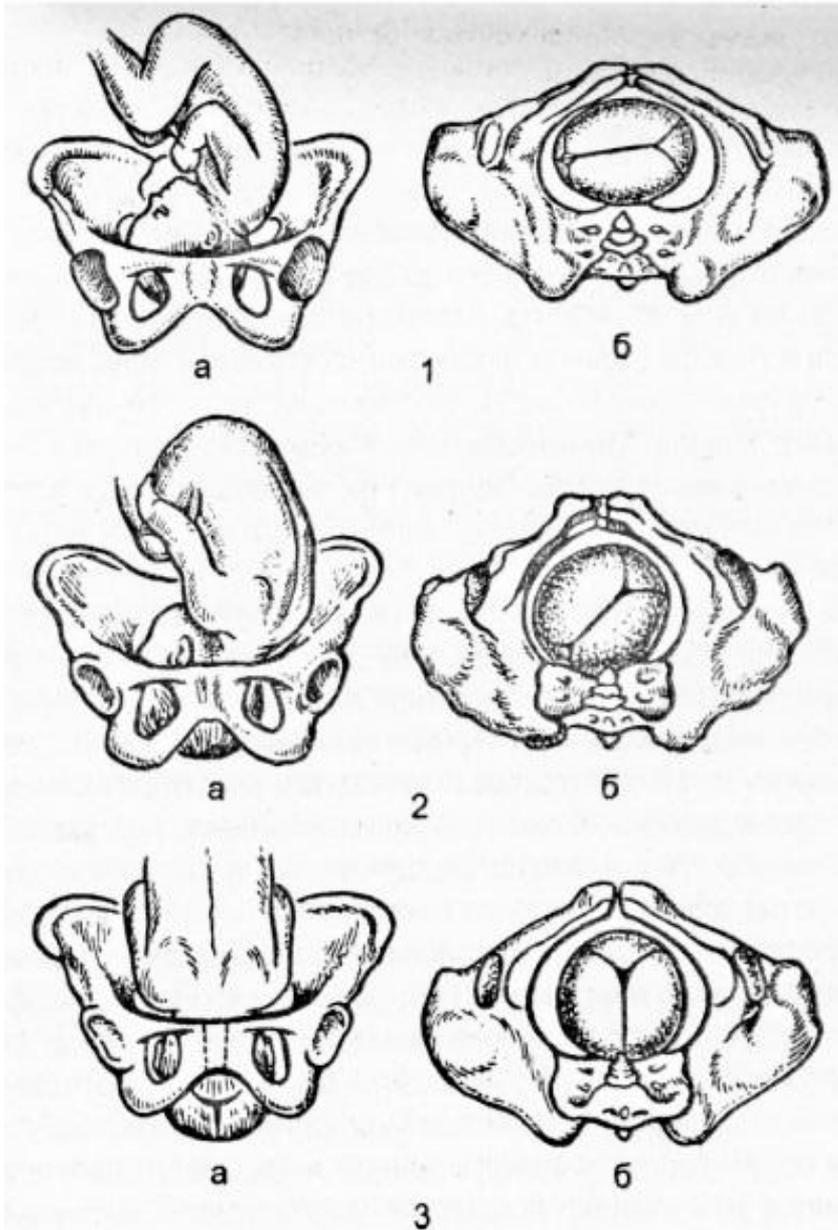
- Роженицу укладывают поперек кровати, переодевают в чистую (стерильную) рубашку, на ноги – носки (бахилы). Под голову несколько подушек, (голова приведена к груди), по возможности – то, за что женщина будет держаться, «полусидячее» положение.
- Под таз свернутое одеяло, обернутое простыней (желательно стерильной), приподнимая туловище, ноги широко в стороны – должны упираться, по возможности. Разведение ног желательно контролировать (держат, не давая их сжимать – сдавление головки плода) (если в бригаде 2 человека).
- Место, где будет обрабатываться ребенок (стол, часть кровати), - накрыть пеленкой, если есть шапочка и носочки для ребенка (голова и ступни быстрее теряют тепло), пеленку, в которую будет взят ребенок сразу после рождения. Обеспечить тепло, в комнате +27 (Приказ министерства здравоохранения от 21 апреля 2010 г. N 15-4/10/2-3204)
- настольную лампу, свет на промежность.
- Таз с теплой водой. Чистые полотенца. Таз для сброса мусора – ставится на пол у ног фельдшера. (сбор пеленок, салфеток и т.д.)

- Заранее готовят акушерский набор, для удобства размещают справа от принимающего роды: готовые разложенные пары перчаток - 3-4 пары, стерильные пеленки, детское одеяло, груша, стетоскоп, стерильные зажимы, пинцет, скобы, стерильные ножницы, хлоргексидин, спирт, стерильные салфетки, мочевого катетер, емкость для мочи, 2 кислородных аппарата – 1 для женщины 1 для ребенка с комплектом лицевых масок для ребенка, реанимационный набор для новорожденного – раскрытый детский мешок Амбу с маской, интубационные трубки (для доношенного ребенка 2000-3500 гр номером 3.5), ларингоскоп, (если в родах гипоксия плода, то заранее набирают физ. раствор для ребенка 20 мл в шприц (подписан) и готовят адреналин – 0.1 мл разводят в 1 мл физ. Раствора.(подписан) 0,1 - 0,3 мл/кг (0,01 - 0,03 мг/кг) приготовленного раствора. Разводят до 3 мл. (см. реанимацию новорожденных)
- 3-4 флакона физ. раствора (на случай атонического кровотечения). Желтые мешки большие для последа. Бригада надевает комплект одноразовый стерильный – халат, шапочку, маску. Перчатки (можно 2 пары сразу), не должны торчать рукава, карманы жилетки, бейджик, волосы и тд. Риск, что все это попадет в родовые пути или на ребенка – травма, инфекция.

- Желательна катетеризация периферической вены. Катетер зеленый. На левом предплечье, т.к. в схватках женщина сгибает руку, инфузия неэффективна, нет возможности следить за рукой. + слева стоит 2й фельдшер. Инфузия физ. раствора медленно (венозный доступ). При внебольничных родах окситоцин – 1.0 + физ. раствор 250.0 в\в капельно, 10 капель в минуту, до 30. (усиливает схватки, родовую деятельность, профилактика вторичной слабости родовых сил).

- Наружные половые органы обмывают кипяченой водой с мылом (по возможности) затем дезинфицирующим раствором, - хлоргексидином в следующей последовательности: лобок, половые губы, внутреннюю поверхность бедер, ягодицы, промежность и одним движением заднепроходное отверстие сверху вниз. Под роженицу подкладывают стерильную пеленку. Задний проход прикрывают одноразовой пеленкой.

Биомеханизм родов в затылочном предлежании



- Первый момент. Сгибание головки. Головка устанавливается в малый таз саггитальным швом в одном из косых размеров таза (прямым размером 12 см), проходит по проводной оси таза, сгибается и входит в таз наименьшим размером: малым косым – 9.5 см.

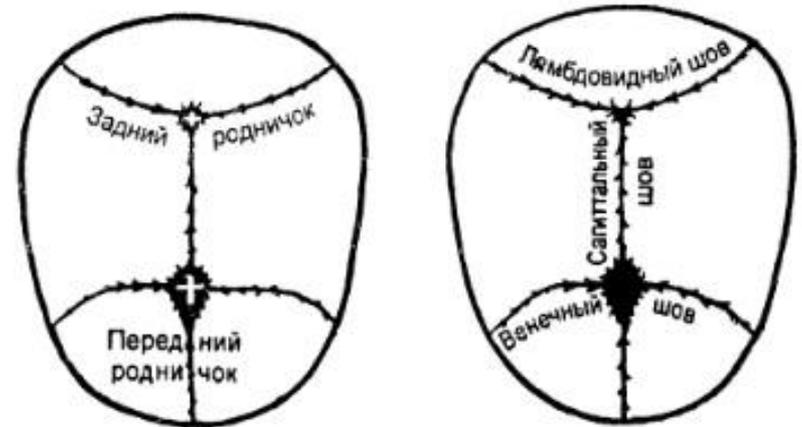
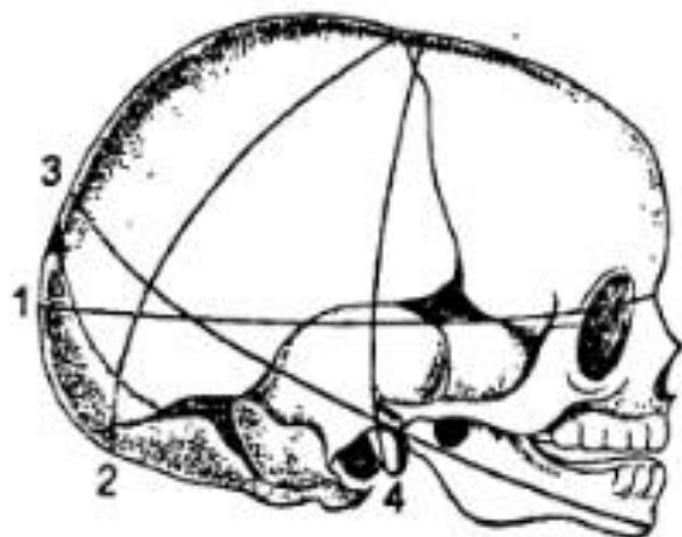
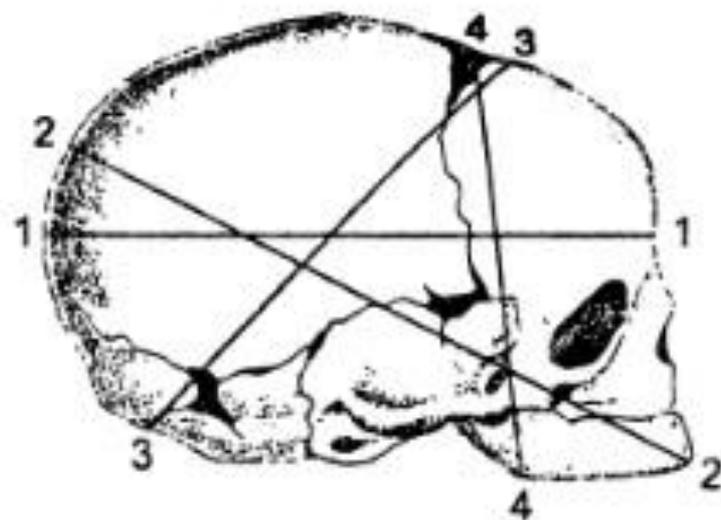


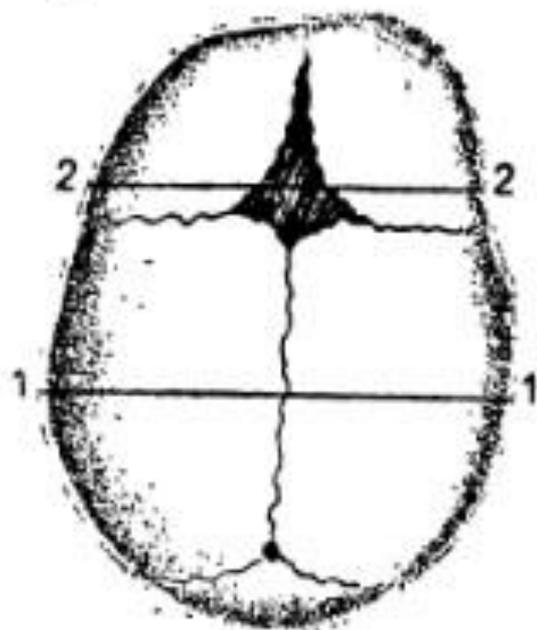
Рис. 26. Швы и роднички черепа новорожденного ребенка



а



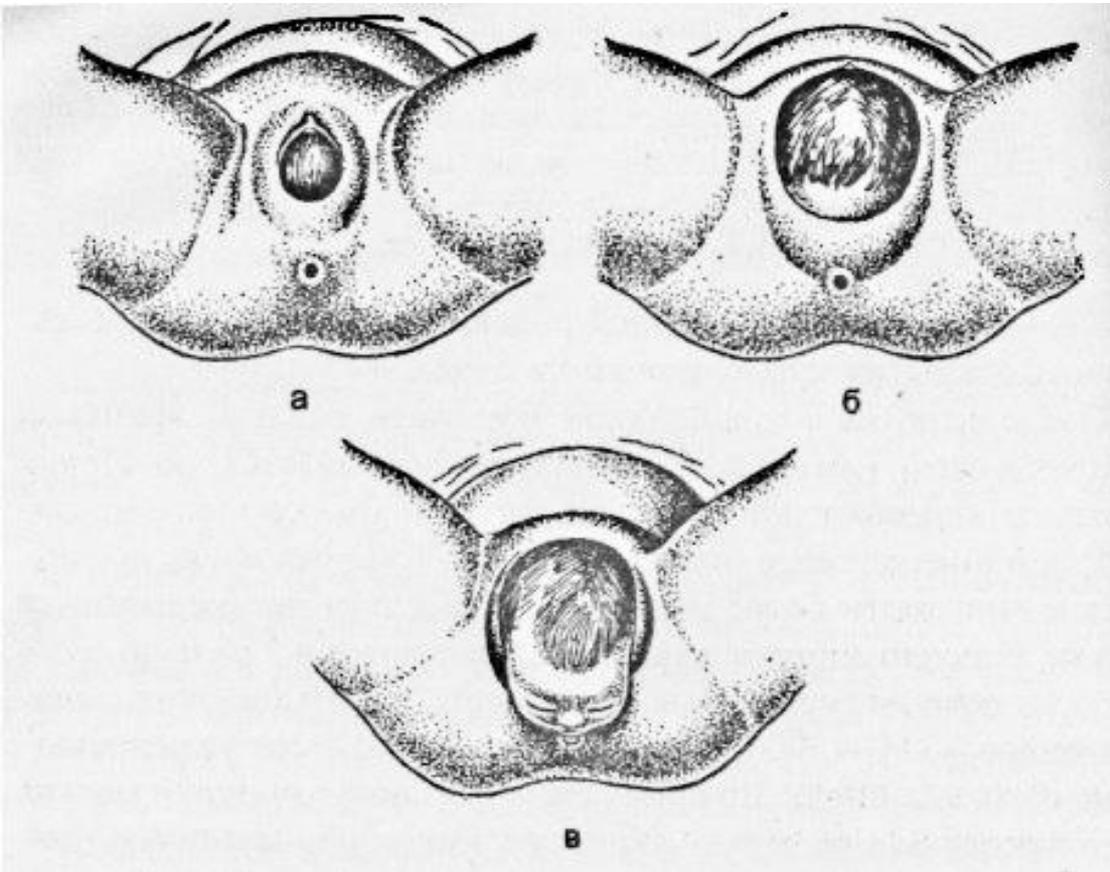
б



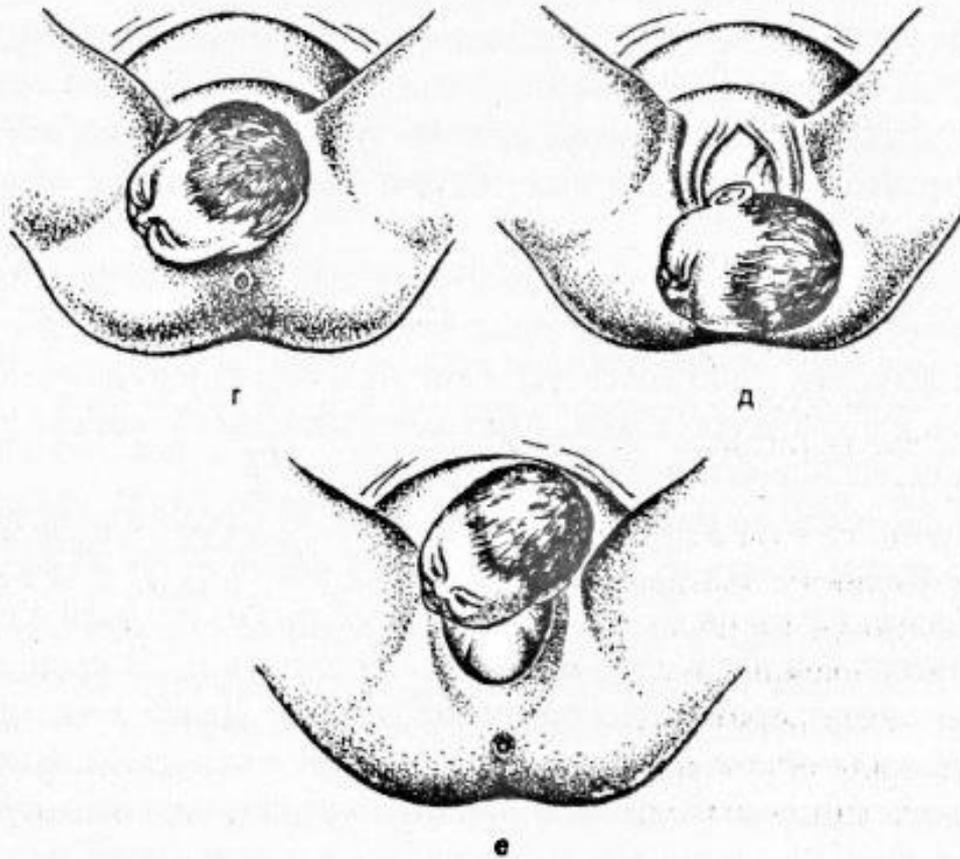
в

Рис. 27. Размеры головки доношенного плода: *а* – окружности головки: 1 – прямая, 2 – малая косая, 3 – большая косая, 4 – вертикальная, *б* – вид сбоку: 1 – прямой размер, 2 – большой косой размер, 3 – малый косой размер, 4 – вертикальный размер: *в* – вид сверху: 1 – большой поперечный размер, 2 – малый поперечный размер

Второй момент: внутренний поворот головки. Головка плода производит поступательное движение и вращение вокруг своей продольной оси, в результате чего стреловидный шов встает в прямом размере выхода из таза, затылок кпереди



Третий момент. Разгибание головки. Сначала головка врезывается, затем прорезывается, и начинает разгибаться. Образуется точка фиксации – подзатылочная ямка. При переднем виде затылочного предлежания головка прорезывается наименьшим размером – малым косым – 9.5 см и окружностью 32 см.

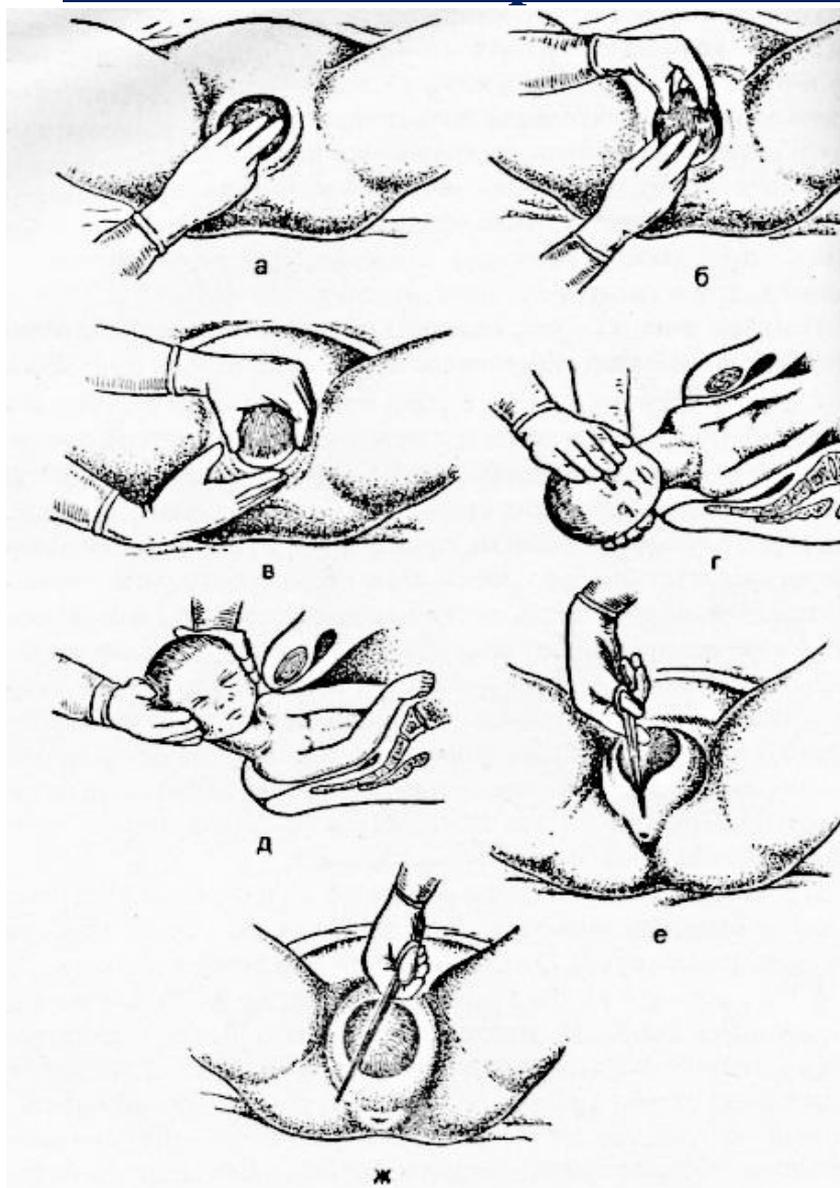


Четвертый момент.

Наружный поворот головки и внутренний поворот плечиков. После рождения головка продолжает поступательно вращаться и устанавливается личиком к правому бедру – при первой позиции и к левому при второй. Внутри плечики вращаются, и одно плечико встает под лонное сочленение, другое у мыса крестца.

Пятый момент. Рождение туловища. Сначала рождается переднее плечико, точка фиксации на границе верхней и средней трети плеча, затем рождается нижнее плечико, и все туловище.

Акушерское пособие в родах при переднем виде затылочного предлежания



Первый момент: предупреждение преждевременного разгибания головки (чтобы головка прорезывалась малым косым размером 32 см)

Второй момент: Уменьшение напряжения промежности

Третий момент: выведение головки,

четвертый - регулирование потуг.

Пятый момент: рождение плечиков и туловища.

Эпизиотомия.

Если в момент потуги есть угроза разрыва промежности – ткань чрезмерно натягивается, «белеет», также если ЧСС плода падает до 70 и после окончания потуги длительно не восстанавливается (писать в карте обоснование) – проводится эпизиотомия. рассечение тканей промежности под углом 45° до 3 см, при необходимости разрез можно продлить, так как опасности задеть анус нет.

Показания к проведению эпизиотомии:

- Сильное растяжение тканей промежности;
- Истончение тканей промежности;
- Появление трещин в области промежности;
- Побледнение кожи в центре промежности.
- Пожилые первородящие женщины;
- Преждевременные роды.

Разрез тканей промежности выполняют на высоте потуги, в момент, когда головка ребенка максимально растягивает ткани кольца вульвы. Предварительно обработав кожу промежности и наружных половых органов спиртом (хлоргексидином), приступают к операции.

Вне потуги между стенкой влагалища и головой ребенка врач (фельдшер) вводит один-два пальца, после чего, под контролем введенных ранее пальцев у нижней трети правой половой губы он вводит браншу стерильных ножниц на расстояние, которое соответствует длине предполагаемого разреза. Дождавшись потуги, на ее высоте врач делает латеральный разрез не менее 3 см. Эпизиоррафия (ушивание) не проводится, т.к. нет адекватного обезболивания, нет стерильности.

РЕБЕНОК РОДИЛСЯ (в карте время рождения)

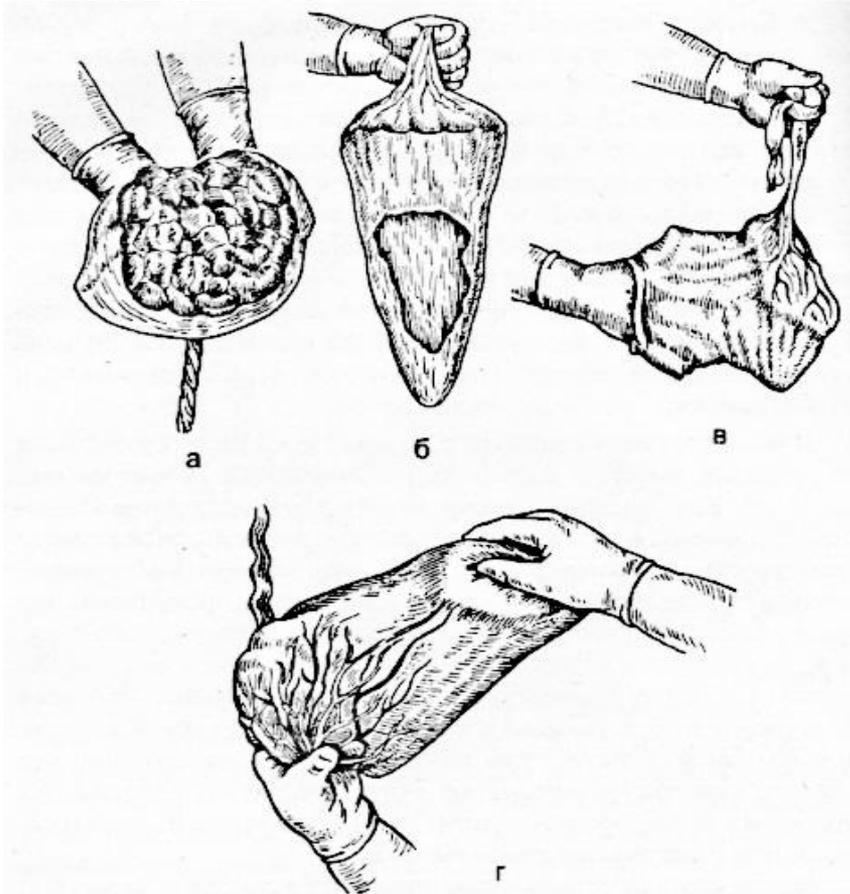
- Сменить перчатки.
- Сразу же после рождения головки из верхних частей глотки и ноздрей необходимо отсосать слизь и околоплодные воды с помощью стерильной груши. Для избежания аспирации содержимым желудка у новорожденного сначала очищают глотку, а затем — нос.
- Родившегося младенца кладут между ног матери на стерильные пеленки, (не ниже таза женщины, накрывают сверху еще одной, чтобы не допустить переохлаждения. Женщина отдыхает, опускают голову, ноги расслабляют.
- Производится осмотр и оценка ребенка по методу Апгар сразу при рождении и через 5 минут.
 - Рожденного ребенка следует обогреть.
 - Отступив 10 см от пупочного кольца, пуповину обрабатывают спиртом, накладывают зажим. В 2 см кнаружи от первого – второй зажим. Пуповину между ними обрабатывают спиртом, и между двумя стерильными зажимами рассекают.
 - Пуповину у пупочного кольца обрабатывают спиртом/хлоргексидином. Накладывается скоба на 2 - 3 см от пупочного кольца, затем на расстоянии 3 см от скобы – пересекается. Культия пуповины обрабатывается спиртом, а затем на нее накладывают стерильную повязку. В карте пишут, кто именно обработал пуповину. Фельдшер, ФИО полностью.

3й период родов – последовый.

От рождения ребенка до отделения последа. Сменить перчатки.

На ДГЭ отделения последа не ждут. Катетеризация мочевого пузыря (время), количество мочи. Раны не ушивают, при интенсивном кровотечении – тампонируют. Женщину переодевают, в положении лежа.

Готовят к транспортировке в роддом. (организация носилок) В норме в течение 10-20 минут отделяется послед. Для оценки отделения последа используют 2-3 признака.

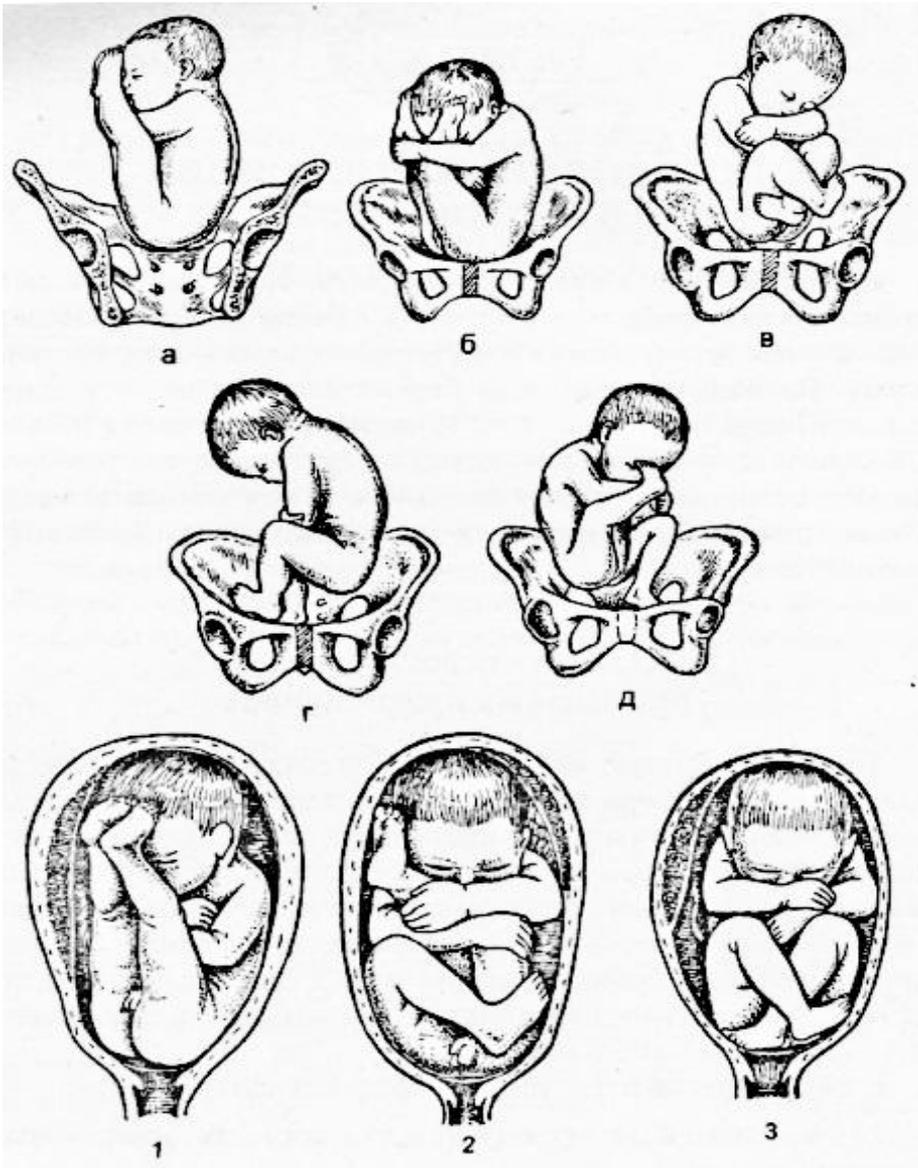


Признак Кюстнера-Чкалова при надавливании краем ладони над лобком пуповина, свисающая из половой щели, при неотделившейся плаценте тягивается во влагалище. Если плацента отделилась, то пуповина неподвижна.

Признак Шредера . Форма матки становится округлой, дно на уровне пупка. После отделения плаценты – уплощение и отклонение вправо.

Признак Альфреда: при отделившейся плаценте – зажим, наложенный на пуповину, спускается на 8-10 см.

Роды при тазовом предлежании

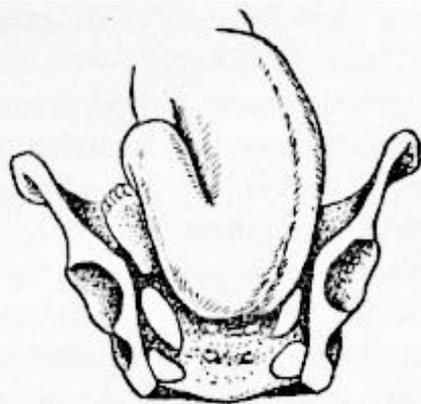


Варианты тазовых предлежаний:

а, б - чисто ягодичное,
в-смешанное ягодичное,
г-ножное полное,
д-ножное неполное,
е-вид в матке,
1-чисто ягодичное,
2-неполное ножное,
3-смешанное ягодичное.

Биомеханизм родов при тазовом предлежнии.

В конце беременности и начале родов ягодицы располагаются своим поперечным размером на одном из косых размеров входа в таз. При переднем виде – спинка обращена кпереди, при заднем – более кзади (вправо или влево, в зависимости от позиции). В косом размере ягодицы спускаются в таз, ягодица, обращенная кпереди, играет роль проводной точки, и на ней впоследствии образуется родовая опухоль.



а



б



в



г

Первый момент. внутренний поворот ягодиц..

Второй момент : боковое сгибание поясничной области плода.

Третий момент. Внутренний поворот плечиков и связанный с ним наружный поворот туловища.

Четвертый момент – это боковое сгибание шейно-грудного отдела позвоночника плода. Он заканчивается рождением плечевого пояса и ручек.

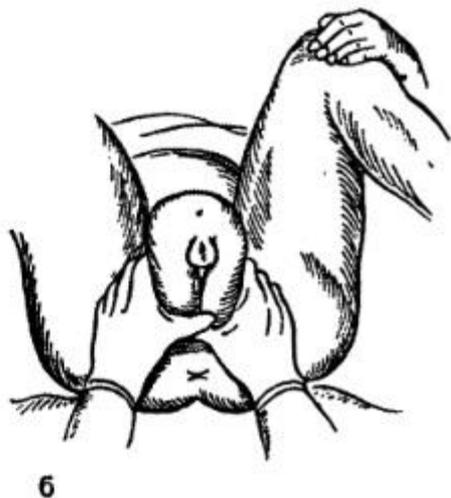
Пятый момент – внутренний поворот головки.

Шестой момент - сгибание головки

Выделяют 4 этапа в родах при тазовом предлежании: Рождение плода до пупка, Рождение от пупка до нижнего угла лопаток, Рождение ручек, Рождение головки

Акушерское пособие по Цовьянову (при чисто ягодичном предлежании).

Метод применяется для сохранения нормального членорасположения плода, предупреждение запрокидывания ручек и разгибания головки.



А) положение рук акушера при прижатии ножек плода к туловищу, туловище плода входит в левый косой размер таза

Б) Туловище плода переходит в поперечный размер таза спинкой кпереди (кверху) и поддерживается с прижатыми к нему ножками

В) Родившиеся ягодицы устремляются вверх. Большие пальцы акушера по мере рождения плода передвигаются по задней поверхности бедер по направлению к задней стенке влагалища

Г) родившиеся ягодицы акушер направляет несколько на себя и к левому бедру роженицы, чтобы облегчить рождение передней (верхней) ручки из-под лонной дуги

Выведение головки плода – пособие Морисо – Левре –
Ляшапелля.

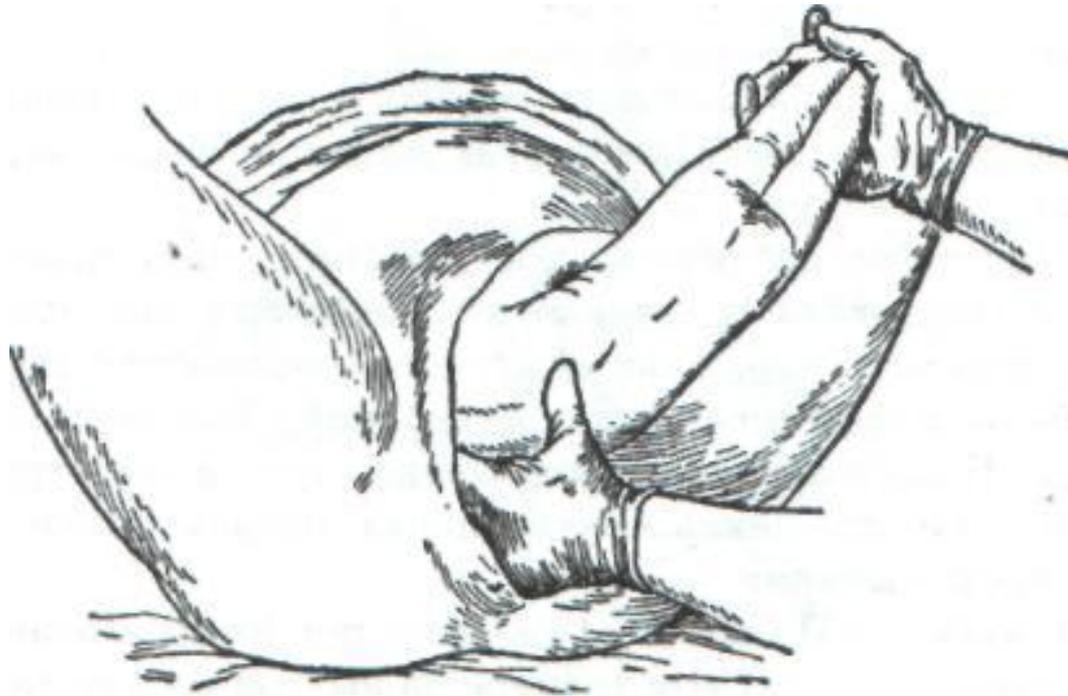


Акушерское пособие по Цовьянову при смешанном тазовом и ножном предлежании.



Техника: покрывают стерильной салфеткой наружные половые органы роженицы и ладонной поверхностью правой руки противодействуют преждевременному выпадению ножек из влагалища.

Ручное пособие классическим способом



это совокупность приемов, направленных на освобождение плечевого пояса и головки. Если ножки выпали, и ручки запрокинулись.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!