

**Оказание медицинской помощи при
одноплодных родах в затылочном
предлежании во внебольничных
условиях**

Доцент кафедры симуляционного обучения, канд. мед. наук
Проданова Е.В.

-
- **Самопроизвольные роды в затылочном предлежании неосложненные** - это роды одним плодом в затылочном предлежании, которые начались спонтанно, прошли без осложнений, при которых ребенок родился спонтанно в затылочном предлежании.
 - Женщину во время родов принято называть роженицей (*parturiens*); первородящую — *primipara*, повторнородящую — *multipara*. После родов – родильницей.
-
- 

-
- **Своевременные роды** - это роды в сроке 37 недель 1 день - 41 неделя гестации.
 - **Преждевременные роды** – роды, наступившие в сроке от 22 до 37 недель. Морфофункциональная незрелость, масса плода от 500 до 2500г, длина от 19 до 46 см.
 - **Запоздалые роды**- при сроке 42 и более недель и наличии признаков перенашивания: «банные ладони и стопы, отсутствие сыровидной смазки, узкие швы, плотные кости черепа»
-





Оценка готовности организма женщины к родам

Срок родов определяется по формуле:

- срок родов = первый день последней менструации +7 дней - 3 мес.;
- при длительности цикла более 28-30 дней овуляция более поздняя - в расчетный срок следует вносить поправку в сторону уменьшения срока;
- при длительности цикла 21-24 дня овуляция более ранняя - внести поправку в сторону увеличения срока;
- при беременности в результате ЭКО: расчет срока беременности и даты родов проводится от даты пункции фолликула, но продолжительность беременности - 266 дней



Определение даты родов по УЗИ:

- Определение даты родов по УЗИ: размеры плодного яйца и/или копчико-теменной размер - в сроке **6-14 недель**:
- результаты УЗИ в первом триместре (**оптимально в 11-14 недель**) - более точный метод установления срока беременности, чем по дате последней менструации (Ia);
- если различие между сроком по менструации и результатами УЗИ, проведенного в первом триместре, составляет более 5 дней, или более 10 дней во втором триместре, то предполагаемую дату родов следует рассчитывать по результатам ультразвукового исследования (Ib);
- -при наличии результатов УЗИ в первом и втором триместрах, срок рассчитывают по более раннему (Ib).



Понятие готовности к родам КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ (ПРЕДВЕСТНИКИ РОДОВ):

- опускание дна матки
- слизистые выделения из влагалища
- предвестниковые схватки
- снижения массы тела
- «созревание шейки» матки
- положительный окситоциновый и маммарный тест (увеличение спонтанной сократительной активности матки)
- кольпоцитологические изменения



«Созревание» шейки матки

- -это замещение мышечной ткани шейки на соединительнотканную, увеличение её гидрофильности, возрастание количества мукополисахаридов и хондраитинсульфата. В созревании шейки матки основную роль играют простагландины, соотношение эстрогенов и прогестерона, релаксин.



Шкала оценки степени зрелости шейки матки по M.S. Burnhill, Е.А.Чернуха

Признак	Степень зрелости, баллы		
	0	1	2
Консистенция шейки матки	Плотная	Размягчена, но в области внутреннего зева уплотнена	Мягкая
Длина ШМ, сглаженность	> 2см.	1-2 см.	< 1см., сглажена
Пройодимость ЦК, зева	Наружный зев закрыт, пропускает кончик пальца	ЦК проходим для 1 п/пальца, но уплотнение в области внутреннего зева	Более 1 П/ п, при сглаженной ШМ - > 2 п/п.
Положение ШМ	Кзади	Кпереди	Срединное
Место расположения предлежащей части плода	Высоко над входом в малый таз	Слегка прижата ко входу в малый таз	Прижата ко входу в малый таз, малым сегментом

Баллы	Степень зрелости
0-3	Незрелая
4-6	Недостаточно зрелая
7-10	зрелая



Шкала оценки шейки матки по Бишоп

Признак	Степень зрелости, балл			
	0	1	2	3
Раскрытие ШМ, см.	0	1-2	3-4	5-6
Сглаженность ШМ, %	0-30	40-60	60-70	80
Место нахождения предлежащей части	-3 (над входом в малый таз)	-2 (прижата ко входу в малый таз)	-1 (малым сегментом во входе в малый таз) 0 (большим сегментом во входе в малый таз)	+1 (в широкой части малого таза) +2 (в узкой части малого таза)
Консистенция ШМ	плотная	размягчена	мягкая	мягкая
Положение ШМ	кзади	срединное	кпереди	кпереди



Баллы	Степень зрелости
0-5	Незрелая
6-8	Недостаточно зрелая
9-13	зрелая



Шкала оценки шейки матки по J.E. Burnett

Признак	Степень зрелости, балл		
	0	1	2
Раскрытие ШМ, см.	<1,5	1,5-3	3
Длина ШМ, См.	1,5 и более	1,5-0,5	0,5 и менее
Место нахождения предлежащей части	-2 (прижата ко входу в малый таз) и выше	-1 (малым сегментом во входе в малый таз)	0 (большим сегментом во ходе в малый таз) и ниже
Консистенция ШМ	плотная	размягчена	мягкая
Положение ШМ	кзади	срединное	кпереди
Баллы	Степень зрелости		
0-5	Незрелая		
6-8	Недостаточно зрелая		
9-13	зрелая		



Биомеханизмы родов

-
- Биомеханизм родов может начинаться в периоде раскрытия, но чаще он осуществляется в периоде изгнания.
 - При переходе головки из широкой части таза в узкую, плод встречает препятствие. Для дальнейшего продвижения плода необходимо дополнительное усилие- потуги.



Механизм родов при переднем виде затылочного предлежания

Сгибание головки: Под влиянием схваток и потуг шейный отдел позвоночника плода сгибается, малый родничок устанавливается ниже большого и приближается к средней линии – ПРОВОДНАЯ ТОЧКА.

Сгибание головки позволяет ей пройти наименьшим малым косым размером. Стреловидный шов расположен в поперечном или одном из косых размеров (при первой позиции — в правом косом, при второй — в левом косом размере).

Внутренний поворот головки: при переходе из широкой части таза в узкую, головка встречает препятствие и, скользя по боковой стенке таза поворачивается вокруг продольной оси: затылок поворачивается к лонному сочленению. Стреловидный шов – в прямом размере плоскости выхода. Подзатылочная ямка устанавливается под лоном- точка фиксации

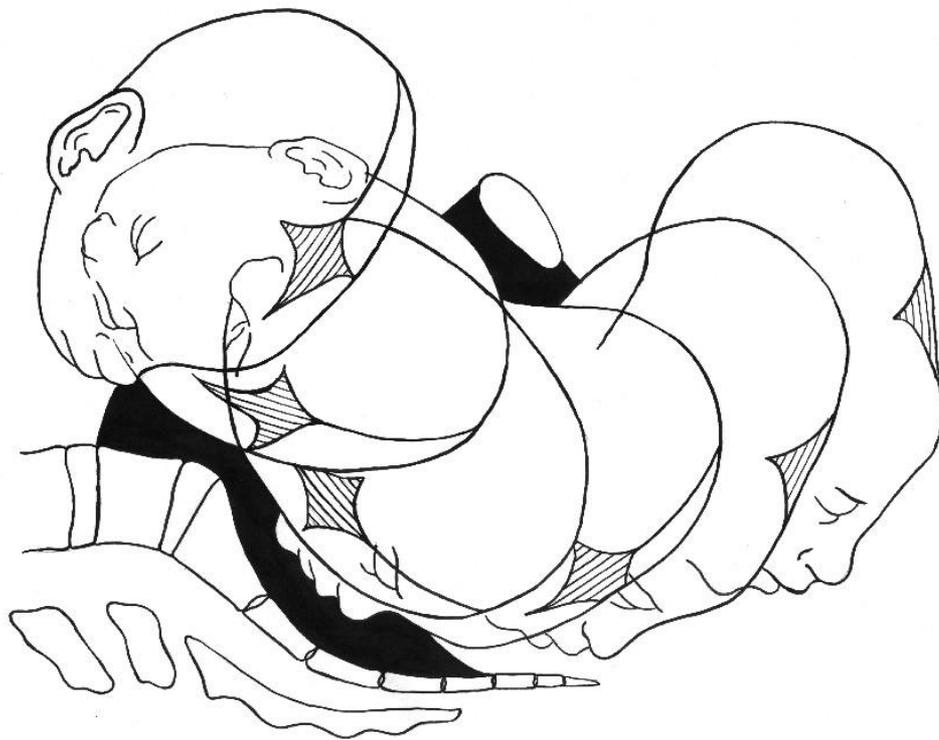


Разгибание головки: в выходе таза начинается разгибание головки. Подзатылочная ямка упирается в нижний край лона в несколько потуг происходит разгибание головки. Рождение головки происходит малым косым размером.

Внутренний поворот плечиков, наружный поворот головки: Во время разгибания головки, плечики устанавливаются в поперечный или один из косых размеров. Плечики винтообразно поворачиваются и на тазовом дне переходят в прямой размер таза, этот поворот передается головке, которая поворачивается личиком к левому (1 позиция) или к правому (2 позиция) бедру матери. Переднее плечико устанавливается под лоном, заднее располагается в крестцовой ямке. Рождается 1/3 переднего плечика, затем заднее плечико, затем извлекается туловище плода.



Продвижение головки плода по родовому каналу



- Поступательное движение головки плода в конце второго периода родов становится заметным на глаз:
обнаруживается выпячивание промежности, промежность становится несколько цианотичной. Задний проход также начинает выпячиваться и зиять, половая щель раскрывается и на высоте одной из потуг из нее показывается самый нижний отрезок головки, в центре которого находится проводная точка. С окончанием потуги головка скрывается за половой щелью, а при новой потуге вновь появляется: начинается **врезывание головки**, указывающее на то, что внутренний поворот головки заканчивается и начинается ее разгибание.
- Вскоре после окончания потуги головка не уходит обратно за половую щель: она видна как во время потуги, так и вне последней. Такое состояние называется **прорезыванием головки**. Прорезывание головки совпадает с третьим моментом биомеханизма родов — разгибанием



Механизм при заднем виде затылочного предележания

- Сгибание головки в плоскости входа таза. Проводной точкой является малый родничок.
- Внутренний поворот головки: стреловидный шов при переходе в узкую часть устанавливается в прямом размере. **Затылок обращен кзади.**
- Дополнительное Максимальное сгибание головки. Происходит в плоскости выхода : первая точка фиксации - передний край большого родничка. За счет сильного сгибания образуется вторая точка фиксации-подзатылочная ямка, которая упирается в область копчика.



- Разгибание головки. Прорезывание головки происходит средним косым размером.
- Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.



Физиологические роды

Периоды родов

1 период - раскрытия

2 период - изгнания

3 период – последовый
период



- Объективные признаки начала родов: регулярные схватки через 10 минут и менее, открытие шейки матки 2-3 см (более 1 пальца), укорочение и сглаживание шейки матки более 80% от исходной длины.
- При поступлении женщины на роды, бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы не являются обязательными и проводятся по желанию женщины.
- Душ назначается всем пациенткам, выдается индивидуальный комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат). Разрешается использовать свою чистую одежду и обувь



При поступлении роженицы в акушерский стационар медицинские работники должны:

□ Акушерка:

- 1) Оценить состояние роженицы. (удовлетворительное)
- 2) Выслушать сердцебиение плода.
- 3) Измерить температуру тела, пульс, АД, осмотреть кожные покровы и слизистые.
- 4) Провести антропометрию (вес, рост).
- 5) Собрать у роженицы анамнез и заполнить историю родов.
- 6) Провести измерение размеров таза.
- 7) При отсутствии врача - внутреннее акушерское исследование, установка диагноза и выработка плана родов.
- 8) Женщинам, необследованным на амбулаторном этапе провести лабораторные исследования .

□ Врач:

- 1) Оценить состояние роженицы.
- 2) Собрать у роженицы анамнез и заполнить историю родов.
- 3) Выслушать сердцебиение плода.
- 4) Провести общий наружный акушерский осмотр.
- 5) Провести внутреннее акушерское исследование.
- 6) Установить диагноз при поступлении и выработать план родов



При поступлении роженицы в родильный блок медицинские работники должны:

□ **Акушерка:**

- 1) Выслушать сердцебиение плода.
- 2) Установить венозный катетер в локтевую вену.

□ **Врач:**

- 1) Провести внутренний акушерский осмотр, уточнить период родов, фазу.
- 2) Определить нахождение предлежащей части плода, ее вставление, акушерскую ситуацию.
- 3) Оценить риски, выбрать и обосновать тактику ведения родов.



Наблюдение за родами включает:

- 1) Возможность для женщины экстренного вызова медицинских работников.
- 2) Возможность свободного положения пациентки в родах. При излитии околоплодных вод при неприжатой головке рекомендуется положение на боку.
- 3) Обучение женщины технике дыхания во время родов.



Акушерка:

- Наблюдение за роженицей акушеркой родового блока (в основном), которая должна находиться непосредственно с пациенткой:
 - в I-м периоде - периодически (каждые 15-30 мин);
 - в конце I-го периода, во 2-м и в 3-м периодах - постоянно.
- Оценку частоты и объема мочеиспускания - самоконтроль женщины (необходимо предлагать чаще посещать туалет - контроль за мочеиспусканием каждые 2-3 часа). При отсутствии самостоятельного мочеиспускания - выведение мочи катетером.



-
- Исследование пульса - каждый час, артериального давления на периферических артериях каждые 4 часа, измерение температуры тела - 1 раз в 4 часа, контрактильная деятельность матки - каждые 30 мин. Регистрация полученных результатов на партограмме обязательна.



ВРАЧ:

- Запись дневников в истории родов каждые 3 часа. Внутреннее акушерское исследование в первом периоде родов проводится не реже 1 раза в 6 часов.
- ✓ при излитии околоплодных вод, перед обезболиванием, при изменении акушерской ситуации : страдании плода, кровянистых выделениях, ослаблении или усилении родовой деятельности.



КТГ:

- Мониторинг сердечной деятельности плода (аускультация, КТГ).
- Мониторинг сократительной деятельности матки .

при излитии околоплодных вод, перед и после обезболивания обязателен.



Анестезиолог:

- При наличии врача анестезиолога-реаниматолога показана его консультация, для выбора оптимального метода обезболивания:
 - - роды могут быть обезболены (при наличии жалоб пациентки на боли) лекарственными средствами, предусмотренными **приказом** Минздрава России от 6 ноября 2012 г. N 584н "Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при самопроизвольных родах в затылочном предлежании".
 - - также может быть использована регионарная анальгезия *(I): эпидуральная (люмбальная и сакральная), спинномозговая, и комбинированная спиноэпидуральная, парацервикальная и пудендальная анестезия.
Чувствительные волокна от тела и шейки матки проходят в составе корешков Th I I и Th I 2, от промежности - в составе корешков S2-S4.
-



1 ПЕРИОД

длится от начала первых регулярных схваток (не реже 1 в 10 минут) до полного раскрытия шейки матки и является наиболее продолжительным. У первородящих он составляет от 5-6 до 14 часов, а у повторнородящих от 4-5 до 9 часов.



Характеристика 1 периода

Схватки:

Регулярные непроизвольные периодические сокращения гладкой мускулатуры матки

Излитие околоплодных вод:

Разрыв плодного пузыря при почти полном раскрытии зева

Схватки включают:

- 1. *контракцию* (сокращение наружных продольных мышц матки)**
- 2. *ретракцию* (смещение мышечных пластов)**
- 3. *дистракцию* (активное растяжение циркулярных мышц нижнего сегмента и шейки матки)**



Схватки характеризуются:

- 1. Регулярностью**
- 2. Реципрокностью (взаимосвязью тела и шейки)**
- 3. Координированностью (согласованностью)**
- 4. Нарастанием кресцендо**
- 5. Способностью приводить к структурным изменениям шейки матки**
- 6. Болезненностью**



□ Латентная фаза первого периода родов

начинается с установления регулярного ритма схваток с частотой 1-2 за 10 мин, и заканчивается сглаживанием и раскрытием маточного зева не менее чем на 4 см. Продолжительность латентной фазы у большинства рожениц составляет в среднем 4-8 часов. У первородящих латентная фаза всегда длиннее, чем у повторнородящих. В этот период схватки, как правило, малоболезненные; возможно назначение спазмолитических препаратов.



-
- После раскрытия шейки матки на 4 см начинается **активная фаза первого периода родов**, которая характеризуется интенсивной родовой деятельностью и быстрым раскрытием маточного зева от 4 до 8 см. Продолжительность этой фазы почти одинакова у первородящих и повторнородящих женщин, и у большинства женщин составляет в среднем 3-4 часа. Частота схваток в активную фазу первого периода родов составляет 3-5 за 10 мин. Схватки нередко становятся болезненными. В этой связи применяют медикаментозное и регионарное обезболивание в сочетании со спазмолитическими препаратами.
-



-
- Третья фаза первого периода родов – **фаза замедления**; начинается при 8 см и продолжается до полного раскрытия шейки матки. Эта фаза у первородящих длится до 2 часов, а у повторнородящих может вообще отсутствовать.



Амниотомия:

□ 2011:

- Плодный пузырь должен самостоятельно вскрываться на высоте одной из схваток при открытии шейки матки более 5 см.
- При этом изливается около 150-250 мл светлых и прозрачных околоплодных вод.
- Если не произошло самопроизвольного излития околоплодных вод, то при раскрытии маточного зева 6-8 см врач должен вскрыть плодный пузырь.
- Другие показания для амниотомии – плоский плодный пузырь, появление кровяных выделений из половых путей, ослабление родовой деятельности.

□ 2014:

- В первом периоде нормальных родов не рекомендуется:
 - 1) родостимуляция посредством амниотомии и окситоцина ***(4)**;
 - 2) рутинная амниотомия при открытии маточного зева менее 7 см. Показанием для амниотомии может являться только внутренний мониторинг плода ***(5)** (КЩС, прямая ЭКГ плода).
 - 3) медикаментозное усиление маточных сокращений в первом периоде нормальных родов: от рутинного использования утеротоников (окситоцина) для ускорения родов следует отказаться ***(6)**;
- заставлять пациентку тужиться раньше того времени, пока она сама не пожалуется на чувство сильного давления на задний проход.



Мониторинг сердечной деятельности плода.

- Периодическая аускультация сердцебиений плода является основным и достаточным методом наблюдения за состоянием плода в родах при отсутствии показаний со стороны плода (Уровень доказательности I A).
 - Выслушивание сердцебиения плода (норма: 110-160 уд./мин) проводится в первый период родов каждые 15-30 мин в течение одной полной минуты после окончания схватки; после излития околоплодных вод, после проведения обезболивания родов и при открытии маточного зева более 8 см. Во время потуг - после каждой потуги.
-



КТГ:

- Рутинное применение КТГ всем роженицам не оправдано, особенно в группе родов низкого риска, так как данная методика имеет высокий процент ложноположительных результатов, а, следовательно, увеличивает частоту вмешательств, в том числе оперативных родов (Уровень доказательности Ia).
 - Непрерывная КТГ плода в родах проводится при наличии медицинских показаний.
 - Результаты мониторинга сердечной деятельности плода и сократительной деятельности матки обязательно фиксируются в соответствующей части партограммы.
 - УЗИ плода (при необходимости).
-



Показания для непрерывного интранатального КТГ мониторинга:

- I. Показания со стороны матери:
 - - преэклампсия;
 - - переносенная беременность (>41 недель);
 - - длительный безводный период (>24 часа);
 - - индуцированные роды;
 - - гестационный сахарный диабет, сахарный диабет;
 - - дородовое кровотечение (признаки непрогрессирующей отслойки плаценты);
 - - рубец на матке (предшествующее кесарево сечение, консервативная миомэктомия);
 - - резус-конфликтная беременность;
 - - другие медицинские показания, связанные с соматическими заболеваниями матери (например, роды через естественные родовые пути у женщины с пороком сердечно-сосудистой системы).
-



□ 2. Показания со стороны плода:

- - задержка развития плода;
- - преждевременные роды (недоношенность);
- - маловодие;
- - отклоняющиеся от нормы результаты доплерометрии скорости кровотока в артерии пуповины (снижение фетоплацентарного кровотока);
- - многоплодие;
- - наличие околоплодных вод окрашенных меконием;
- - тазовое предлежание плода.



-
- 3. Показания, связанные с течением родов:
 - - стимуляция родовой деятельности окситоцином;
 - - эпидуральная анестезия;
 - - вагинальное кровотечение во время родов (непрогрессирующая отслойка плаценты);
 - - лихорадка у матери;
 - - околоплодные воды с плотными частицами мекония (свежий меконий).
-
- 

Критерии (нормальной) КТГ:

- Базальный ритм в пределах 120-160 уд./мин
 - - Амплитуда вариабельности базального ритма 5-25 уд./мин
 - - Регистрация 5 и более вариабельных спорадических акцелераций на протяжении 30 минут записи
 - - Децелерации отсутствуют или отмечаются ранние спорадические, неглубокие и очень короткие.
 - Запись КТГ до получения STV не менее 3.
 - во втором периоде родов: При расположении головки в узкой части полости малого таза, на КТГ во время потуги могут наблюдаться:
 - а. ранние децелерации до 80 уд./мин
 - б. кратковременные акцелерации до 180 уд./мин
 - с. Ритм быстро восстанавливается вне потуги.
-



2 ПЕРИОД

- от полного раскрытия
 - до рождения плода
 - (от 15 мин. до 1 –2 часов)
 - В среднем, второй период родов у первородящих длится 1,1 час (максимальная длительность 2,9 часа), у повторнородящих - 0,4 часа (максимально 1,1 часа).
 - Длительность второго периода родов у первородящих при эпидуральной аналгезии в родах не должна составлять более 3 часов, у повторнородящих - более 2 часов.
-



ПОТУГИ -

**сокращение мышц матки ,
поперечнополосатой
скелетной мускулатры
брюшного пресса,
диафрагмы и тазового дна.**



Особенностями ведения второго периода родов является:

- 1) Нахождение акушерки с роженицей постоянно
 - 2) Документированный мониторинг:
 - - АД, ЧСС роженицы 1 раз в час;
 - - Контроль за опорожнением мочевого пузыря 1 раз в час;
 - - Мониторинг родовых схваток акушеркой с занесением в партограмму каждые 30 минут;
 - - Мониторинг сердечной деятельности плода;
 - - При расположении головки в узкой части или на тазовом дне аускультация плода - после каждой схватки.
 - 3) При бради- или тахикардии плода - оценка по отношению к пульсу матери.
 - 4) Прогрессия родов с указанием продвижения предлежащей части плода оценивается врачом с документированием в партограмме
 - 5) Роды ведутся с пассивным (на фоне схваток) опусканием головки на тазовое дно, избегая управления потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе (прием Вальсальвы).
-



2011: Регулирование потуг , прием Вальсальвы

- В норме потуги должны появляться при расположении головки плода не выше узкой части полости малого таза, оптимально – в выходе (на тазовом дне). Если при головке плода расположенной в узкой части полости или выходе таза у женщины появляются эффективные потуги (поступательное движение головки плода при нормальном состоянии женщины и отсутствии признаков страдания плода) нет необходимости в регулировании потуг. При отсутствии эффективной потужной деятельности применяют регулирование потуг, обращая внимание женщины на обеспечение правильного дыхания, координированность схватки и потуги, правильное распределение усилий направленных на продвижение головки плода:
- В начале потуги роженице следует сделать максимально глубокий вдох, а затем задержать дыхание. Весь объем воздуха должен давить на диафрагму, а через нее на дно матки, как бы выталкивая плод наружу.
- Когда возникает чувство нехватки воздуха, роженице необходимо плавно выдохнуть воздух и сразу же сделать максимально глубокий вдох.
- За одну потугу цикл «вдох-выдох» повторить три раза. Между потугами переходят на медленное плавное дыхание.

□



-
- Во втором периоде родов показателем прогрессии родов является продвижение предлежащей части плода
 - - Если предлежащая часть на 1 см выше седалищных остей, степень ее вставления обозначают как "-1"
 - - Если на 2 см ниже - как "+2".
 - - Если степень вставления предлежащей части более "-3", то предлежащая часть подвижна над входом в малый таз.
 - - Если степень вставления "+3", то предлежащая часть располагается на тазовом дне и во время потуги появляется в половой щели
-



-
- Влагалищное исследование во втором периоде родов выполняется каждый час.
 - 3) Во втором периоде головка плода находится в одной плоскости у первородящих в среднем 30-40 мин, 20-30 мин у повторнородящих. Скорость продвижения головки по родовым путям в среднем составляет: у первородящих - 1 см/ч, у повторнородящих - 2 см/ч.
 -
 - **NB! Если в течение 1 часа у первородящих отсутствует динамика продвижения головки по родовым путям, то течение родов следует признать неудовлетворительным.**
 - **NB! Любые приемы выдавливания плода (в т.ч. - Кристеллера) не проводить!**
 -



- Акушеркой осуществляется подготовка места для принятия родов (разложить чистые пеленки или одноразовый пакет для приема родов, нагреть пеленки, которыми будут обтирать ребенка, подготовить необходимые инструменты для родов), необходимого оборудования и места для реанимации новорожденного (включить тепло, подключить кислород, проверить наличие дыхательного мешка и масок к нему, приготовить пеленки, шапочку и носочки для ребенка).
 - 5) Наиболее удобное положение в родах - полусидя. Наиболее неудобное и опасное для плода положение - лежа на спине.
 - 6) Физиологические роды принимает акушерка.
-
- 

-
- 7) Пуповину следует пересекать стерильными инструментами, обработав её кожными антисептиками, после прекращения пульсации сосудов или через 1-3 минуты после рождения ребенка. Наложение на пуповину пластикового зажима или резинки проводится в удобное для акушерки время. При этом пуповина протирается стерильной марлевой салфеткой с антисептиком. Марлевая салфетка на пупочный остаток не накладывается.
 - 8) При рождении ребенка следует обеспечить присутствие неонатолога, который осматривает новорожденного сразу после рождения и дает развернутую оценку состояния ребенка.
-
- 

ПРИЁМ РОДОВ:

**Оказание ручного пособия
(защита промежности)**

**Проведение головки плода
минимальным размером через
максимальный размер
плоскости выхода**



Акушерское пособие. 2011.

- Воспрепятствие преждевременному разгибанию головки.**
- Уменьшение натяжения промежности, «заём» тканей,**
- Регулирование потуг: задержка продвижения головки, высвобождение теменных бугров вне потуг**
- Высвобождение плечевого пояса**
- Рождение туловища**



1. Воспрепятствование преждевременному разгибанию головки:



Уменьшение напряжения тканей промежности:

- Необходимо уменьшить силу сопротивления мягких тканей тазового дна головке плода и сделать их более податливыми за счет «заема» тканей из области половых губ.
 - Правую руку ладонной поверхностью кладут на промежность таким образом, чтобы четыре пальца плотно прилегали к области левой, а максимально отведенный палец – к области правой половой губы. Складка между большим и указательными пальцами располагается над ладьевидной ямкой промежности.
 - Осторожно надавливая концами всех пальцев на мягкие ткани вдоль больших половых губ, низводят их к промежности, уменьшая при этом ее напряжение. Одновременно ладонь правой руки бережно придавливает к прорезывающейся головке ткани промежности, поддерживая их.
 - Благодаря этим манипуляциям уменьшается напряжение тканей промежности; в них сохраняется адекватное кровоснабжение, что повышает сопротивляемость к разрывам.
-



Воспрепятствование преждевременному разгибанию головки и бережное выведение головки из половой щели вне потуг:

- В момент рождения головка должна проходить через вульварное кольцо в согнутом положении. При таких условиях она прорезывается через половую щель окружностью, проведенной через малый кривой размер. При прорезывании в согнутом состоянии головка минимально сдавливается тканями родового канала, и при этом меньше растягиваются мышцы промежности.
 - Для воспрепятствования преждевременному разгибанию головки акушерка кладет левую руку на лонное сочленение и прорезывающуюся головку. При этом ладонные поверхности плотно прилегающих друг к другу четырех пальцев левой руки располагаются плашмя на головке, бережно задерживая ее преждевременное разгибание и быстрое продвижение по родовому каналу.
 - Данное пособие осуществляется до тех пор, пока подзатылочная ямка не подойдет под лонное сочленение и не образуется точка фиксации.
-



2. Выведение головки из половой щели вне потуг:



-
- После того, как головка установилась теменными буграми в половой щели, а подзатылочная ямка подошла под лонное сочленение, выведение головки желательно продолжить вне потуг.
 - Для этого роженице предлагают глубоко и часто дышать открытым ртом. В таком случае потужная деятельность невозможна. В это время акушерка рукой предупреждает преждевременное разгибание головки до окончания потуги. После окончания потуги правой рукой соскальзывающим движением снимают ткани с головки плода.
 - При необходимости роженице предлагают произвольно потужиться с силой, достаточной для полного выведения головки из половой щели.
-



Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки.



Освобождение плечевого пояса и рождение туловища плода:

- После рождения головки совершается внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Для этого роженице предлагают потужиться. Во время потуги головка поворачивается лицом к правому бедру матери при второй позиции, к левому бедру – при первой позиции. При этом возможно самостоятельное рождение плечиков.
 - После того как треть переднего плечика подойдет под лонное сочленение левой рукой захватывают головку, приподнимая ее вверх, а правой рукой сдвигают ткани промежности с заднего плечика, выводя последнее.
 - После рождения плечевого пояса в подмышечные впадины со стороны спины вводят указательные пальцы обеих рук, и туловище поднимают кверху, соответственно проводной оси таза. Это способствует бережному и быстрому рождению плода.
-



Рождение туловища :



Перинео- и эпизиотомия

- 1) Не рекомендуется рутинное рассечение промежности в родах (перинео- и эпизиотомия).
- 2) Рассечение промежности в родах также не должно выполняться и у пациенток, имеющих в анамнез разрыв промежности 3 или 4 степени.



Показания:

В настоящее время ВОЗ ограничила использование рассечения промежности в родах:

- - осложненными вагинальными родами (тазовое предлежание, дистоция плечиков плода, наложение щипцов, вакуум-экстракция плода);
 - - рубцовыми изменениями гениталий в результате женского обрезания или плохо заживших разрывах третьей и четвертой степени;
 - - дистрессом плода.
-

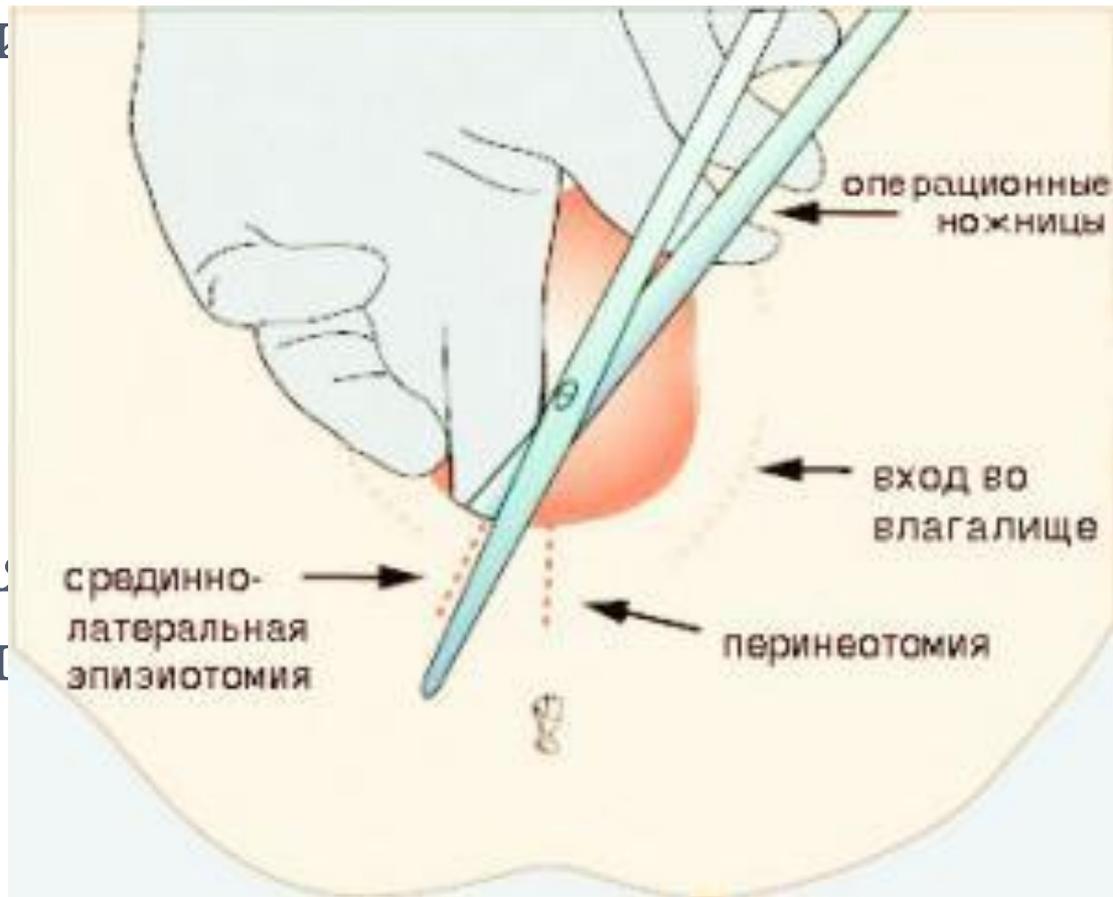


Предпочтительна медиолатеральная техника (справа между углом в 45° и 60°).

Операцию производят в тот момент, когда в схватку из половой щели показывается

участок головки д

Метод
обезболивания –
предшествующая
регионарная
анестезия,
инфильтрационная
или пудендальная
анестезия.



3 ПЕРИОД РОДОВ –

**от рождения плода до рождения последа
(5-10 минут до 30).**

Отделение плаценты

- с центра (по Ш ульцу),**
- с периферии (по Дункану)**

**Физиологическая кровопотеря- 0,5% массы
тела, до 400,0 мл.**



Профилактика послеродового кровотечения

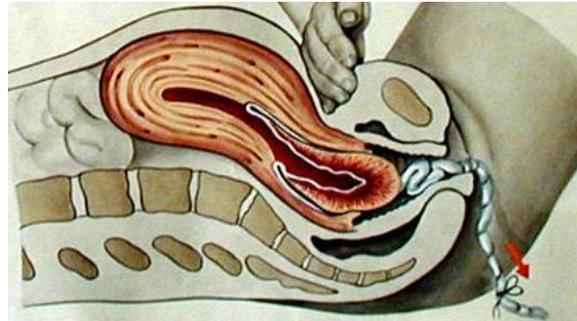
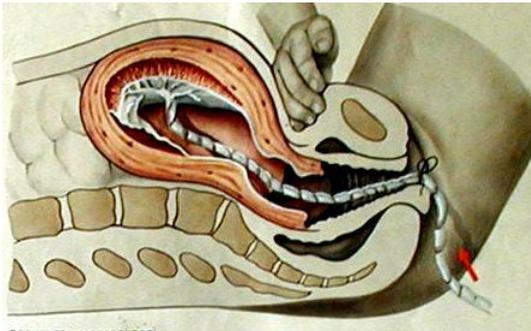
- Осуществляется путем рутинного введения окситоцина (в первую минуту после рождения плода - 10 ЕД, в/м или в/в медленно) и выполнения контролируемых тракций за пуповину при наличии подготовленных специалистов



Признаки отделения последа:

□ **Признак Кюстнера-Чукалова:**

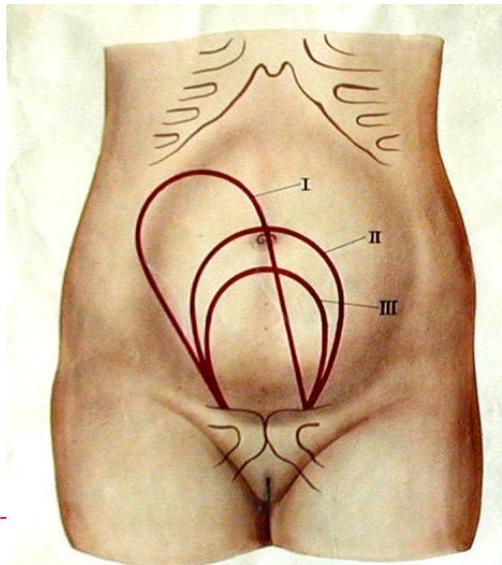
при надавливании краем ладони над лобком пуповина, свисающая из половой щели, при неотделившейся плаценте втягивается во влагалище



Признаки отделения последа:

□ **Признак Шредера:**

после отделения плаценты матка уплотняется, дно её поднимается выше пупка и отклоняется вправо



Штрасмана – при поколачивании по дну матки отсутствует передача перистальтической волны по пупочной вене на пуповину

Довженко – пуповина не втягивается при вдохе

Клейна – не втягивается при потуге

Микулича – позыв на потугу

Гогинбихлера – раскручивание пуповины при ее отделении, скрученность при неотделении.



Способы выделения отделившегося последа:

- 1. Предложить потужиться после опорожнения мочевого пузыря**
- 2. Способ Абуладзе – опорожнить мочевой пузырь и предложить потужиться после захвата передней брюшной стенки в продольную скаладку**



3. Способ Креле-Лазаревича:

- опорожнить мочевой пузырь
- перевести матку в срединное положение
- провести массаж матки
- захватить матку 4 пальцами
- надавить на матку в направлении к лону

4. Способ Гентера (ист. значение):

- опорожнить мочевой пузырь
- перевести матку в срединное положение
- кулаки рук положить на дно матки
надавить на матку книзу



Выделение последа

(при наличии признаков отделения плаценты)

□ По Креде-Лазаревичу:



□ **Роговина** – тело матки двумя ладонными поверхностями отводится кверху, после чего правой рукой производят выжимание последа путем сжимания матки в переднезаднем направлении и одновременным надавливанием на ее дно по направлению вниз и вперед вдоль оси таза.



Брандт-Эндрю –

- левой рукой слегка натягивают пуповину, в то время как правой отодвигают дно матки кверху;
- затем, продолжая натягивать пуповину, пальцами правой руки оказывают давление между дном матки и симфизом оттесняя дно матки дальше вверх, а послед вниз.
- Данный вариант выделения последа входит в состав рекомендуемой ВОЗ активной тактики ведения 3 периода родов (выделение последа путем контролируемых тракций за пуповину)



ОСМОТР ПОСЛЕДА:

- целостность плаценты**
- целостность оболочек**
- характер прикрепления пуповины.**



Осмотр плаценты:



- - При рождении плаценты тонкие плодные оболочки могут оборваться.
 - - Держите плаценту обеими руками и осторожно поворачивайте ее, пока плодные оболочки не родятся.
-
- - Медленно потяните плаценту для завершения родов.
 - - Если плодные оболочки оборвались, осторожно исследуйте верхнюю часть влагалища и шейку матки в стерильных перчатках и используйте окончатые зажимы для удаления всех оставшихся частей плодных оболочек, которые будут обнаружены.
 - - Внимательно осмотрите плаценту и оболочки, чтобы удостовериться в их целостности.
 - - Если пуповина оборвалась или в течение 30 минут не удалось выделить послед, необходимо произвести ручное выделение последа.
 - - После рождения последа немедленно оцените тонус и появление сокращений матки через переднюю брюшную стенку женщины.
 - - Оценивайте тонус матки каждые 15 минут в течение первых 2 часов послеродового периода.
 - - Оценка тонуса матки не должна проводиться формально. Акушерка или врач, выполняющие оценку тонуса матки, обязаны убедиться в том, что матка хорошо сократилась и не расслабляется (становится мягкой).
 - При нормальном течении послеродового периода кровопотеря составляет в среднем не более 0,5% от массы тела.
-



-
- После рождения последа немедленно оцените тонус и появление сокращений матки через переднюю брюшную стенку женщины.
 - - Оценивайте тонус матки каждые 15 минут в течение первых 2 часов послеродового периода.
 - - Оценка тонуса матки не должна проводиться формально. Акушерка или врач, выполняющие оценку тонуса матки, обязаны убедиться в том, что матка хорошо сократилась и не расслабляется (становится мягкой).
 - При нормальном течении последового периода кровопотеря составляет в среднем не более 0,5% от массы тела.
-



Оценка разрывов и их ушивание

- 1) Оценка состояния родовых путей должна быть полная. При необходимости допустимо использование ректального исследования.
- 2) Разрывы родовых путей I-й степени принято считать незначительными (не повреждается мышечный слой промежности) и в ряде случаев они не требуют ушивания. Разрывы I-й степени могут быть ушиты однорядным узловым швом с использованием рассасывающихся нитей (предпочтительно - викрил) (инфильтрационная анестезия при отсутствии регионарной).



-
- 3) Для разрывов промежности II-й степени, помимо кожи и слизистой, характерно повреждение мышц промежности, но без вовлечения наружного анального сфинктера. Ушивание разрывов промежности II-й степени должно проводиться под тщательным обезболиванием (регионарная, инфильтрационная или пудендальная анестезия) путем наложения 3-4 узловых рассасывающихся швов, зашивание мышц тазового дна (промежности) - с наложением 3-4 узловых рассасывающихся швов (предпочтительно - викрил). Кожу целесообразно восстановить непрерывным рассасывающимся внутрикожным швом (для профилактики раневой инфекции).
-
- 

-
- 4) Ушивание разрыва промежности III ст. (с вовлечением наружного сфинктера прямой кишки) или IV ст. (с вовлечением передней стенки прямой кишки) должен проводить опытный врач с участием ассистента и операционной сестры. Обезболивание - продолжающаяся регионарная аналгезия или в/в анестезия.
-
- 

В родах не следует:

- 1. переводить в родильный зал (на родильную кровать) до момента врезывания головки (появление головки из половой щели 2-4 см в диаметре, вне потуги - головка не уходит);
- 2. выполнять рутинную эпизио-, перинеотомию (понятия "угроза разрыва промежности", "высокой промежности" как показания для проведения вмешательства в современном акушерстве отсутствуют. Понятие "ригидная промежность" предполагает препятствие для продвижения (рождения) головки в течение 1 часа и более);
- 3. использовать утеротоники для укорочения второго периода родов;



- 4. противодействовать разгибанию головки управлять потугами с задержкой дыхания при глубоком вдохе (прием Вальсальвы);
- 5. форсировать рождение ребенка за одну потугу. После рождения головки необходимо дать возможность головке повернуться, а плечикам развернуться самостоятельно, при этом необходимо проверить, нет ли обвития пуповины. При тугом обвитии пересечь пуповину между 2 зажимами, при не тугом - ослабить натяжение пуповины и дождаться следующей потуги. Цианоз личика не является опасным признаком;
- 6. поднимать ребенка при непережатой пуповине выше тела матери (уровня плаценты);
- 7. использовать окситоцин и метилэргометрин во втором периоде родов для профилактики кровотечения;



Оказание медицинской помощи
новорожденному в родильном
зале

Пережатие и отсечение пуповины

- Раннее пережатие пуповины (сразу после родов) может привести к снижению уровня гемоглобина и развитию поздней анемии. С другой стороны, слишком позднее пережатие пуповины нередко приводит к развитию гиперволемии и полицитемии, которая может быть причиной респираторных нарушений, гипербилирубинемии. Рекомендуется пережимать пуповину через 1 минуту, но не позднее 10 минут после рождения ребенка.
- **Пережатие пуповины в конце первой минуты жизни:**
-
- Один зажим Кохера наложить на пуповину на расстоянии 10 см от пупочного кольца
- Второй зажим Кохера наложить на пуповину как можно ближе к наружным половым органам роженицы
- Третий зажим наложить на 2 см кнаружи от первого, участок пуповины между первым и третьим зажимами Кохера протереть марлевым шариком, смоченным 95% раствором этилового спирта, пересечь стерильными ножницами.



-
- Испарения с поверхности кожи приводят к снижению температуры тела новорождённого в течение нескольких секунд после рождения. Это интенсивный сенсорный стимул, вызывающий спонтанное дыхание после рождения. В этот момент потеря тепла носит физиологический характер, её невозможно избежать.
 - Если охлаждение продолжается в течение нескольких минут, то температура тела ребёнка снижается до 36 С и ниже, развивается гипотермия, что является патологическим состоянием, которое необходимо предупредить.
 - **NB! После рождения необходимо немедленно обтереть ребёнка, поменяв первую влажную пеленку на сухую.**
-



-
- Санация верхних дыхательных путей проводится только по показаниям (IV), зондирование желудка всем новорожденным проводить не рекомендуется (IIIВ).
 - Если состояние ребенка удовлетворительное, после обсушивания кожи его следует положить на живот матери (эпигастральная область) и прикрыть тёплой пелёнкой.
-
- 

- После обсушивания необходимо оценить состояние ребёнка и определить, нуждается ли он в реанимационных мероприятиях. При осмотре важно обратить внимание на следующее:
 - - наличие спонтанного дыхания и сердечных сокращений, цвет кожных покровов - оценка этих признаков позволяет определить показания к проведению срочных реанимационных мероприятий в течение 30 с после родов;
 - - выявление врождённых дефектов и признаков заболеваний - позволяет обеспечить своевременное и адекватное лечение;
 - - определение степени зрелости ребёнка и наличие задержки внутриутробного развития.

 - **NB! Спонтанное дыхание в течение 30 с после рождения, громкий крик, частота сердечных сокращений более 100 в минуту, розовый цвет кожи - признаки удовлетворительного состояния при рождении.**
-



Первый туалет новорожденного:

- 1. Санация дыхательных путей
(строго по показаниям)**
- 2. Профилактика
офтальмобленнореи**
- 3. Уход за кожей
новорожденного**
- 4. Обработка пуповины**
- 5. Антропометрия плода**



Санация дыхательных путей плода



Уход за глазами

- Для профилактики инфекционных заболеваний глаз во время первичного туалета новорождённого рекомендуется использовать:
 - - 1% мазь тетрациклина гидрохлорида (однократное закладывание за нижнее веко);
 - - мазь эритромицина фосфата 10 000 ЕД в 1 г (однократное закладывание за нижнее веко).
 - Не рекомендуется использовать раствор нитрата серебра, который может вызывать химические конъюнктивиты и болевую реакцию у новорожденных.
 - В настоящее время нет исследований, свидетельствующих об эффективности применения препарата альбуцид.
-



Уход за кожей новорождённого в родильном зале

- Кожа новорождённого покрыта первородной смазкой (vernix caseosa), защищающей кожу в период внутриутробного развития. **Снятие первородной смазки в родильном зале не рекомендуется.**
- Если кожа ребёнка загрязнена кровью или меконием, следует осторожно удалить загрязнение ватным тампоном, смоченным тёплой водой.
- **Обмывание ребёнка под краном в родильном зале не рекомендуется.**



Обработка пуповины у плода

Для вторичной обработки пуповины в настоящее время наиболее надежным и безопасным является одноразовый пластмассовый зажим, который накладывается на пуповинный остаток, при этом оптимальное расстояние от кожи живота до зажима составляет 1 см.

При наложении зажима слишком близко к коже может возникнуть потёртость.

После наложения зажима ткань пуповины выше зажима отсекают, вытирают кровь.



Измерение фетометрических данных:



Оценка по шкале АПГАР:

- 1. сердцебиение**
- 2. дыхание**
- 3. окраска кожи**
- 4. мышечный тонус**
- 5. рефлексы**



Ведение послеродового периода

- Ранний послеродовый период – 2 часа после родов
- Послеродовый период – 42 дня после родов.
- **NB! Совместное пребывание матери и ребенка в родовой комнате и послеродовой палате является одним из самых важных мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций.**
- Время пребывания родильницы в учреждениях здравоохранения после физиологических родов не должно превышать 4, в отдельных случаях - 5 суток. Рекомендуемый срок нахождения родильницы в стационаре - 3 суток.



Новорожденный :

- 1. Необоснованная транспортировка новорожденных в различные помещения акушерского стационара должна быть исключена. Вакцинация, забор крови для неонатального скрининга, аудиологический скрининг, осмотр врача проводятся в той палате, где находится ребенок.
- 2. Рекомендуется свободное пеленание ребенка с открытыми ручками.
- 3. Уход за пуповинным остатком осуществляется сухим способом.
- 4. Хирургическое иссечение пуповинного остатка - потенциально опасная процедура, поэтому она категорически не рекомендуется.



Кормление новорожденного:

- 1. Необходимо поощрять грудное вскармливание по требованию ребенка, организовать обучение, консультирование и практическую помощь в решении возникающих трудностей при грудном вскармливании.
- 2. Следует исключить из пользования новорожденными, находящимися на грудном вскармливании, искусственных успокаивающих средств (сосок, пустышек).
- **NB! Не допускается реклама заменителей грудного молока и групповой инструктаж женщин по искусственному кормлению.**



Родильница:

- 1. В послеродовый период ежедневно измеряется температура тела 2 раза в сутки, пульс, АД - 2 раза в сутки, проводится осмотр и пальпация молочных желез, пальпаторно определяется высота стояния дна матки, осуществляется контроль за состоянием швов на промежности.
- 2. Резус-отрицательным пациенткам (при отсутствии резус-антител в крови) при рождении резус-положительного ребенка в обязательном порядке в течение 48 часов должен быть введен антирезус иммуноглобулин.
- 3. Швы на промежности (в случае наложения узловых кожных швов) могут быть сняты на 5-7 сутки участковым врачом акушером-гинекологом в женской консультации (поликлинике). Внутрикожные швы не снимаются.
- 4. Перед выпиской, по желанию женщины ей выполняется УЗИ органов малого таза .





Лечебно-тактические
мероприятия при
внебольничных родах

Внебольничные роды:

- При недоношенной беременности
- Срочные роды у многорожавших

Протекают, как правило, стремительно!!!

Показания к приему родов на дому:

1. Предлежащая часть плода (головка, тазовый конец) в полости малого таза, или врезывается (прорезывается или рождается) + положительный признак Пискачека.
2. К схваткам присоединяются потуги.
3. Отсутствие возможности транспортировки в родильный дом.

Если принято решение принимать роды, необходимо вызвать акушерскую бригаду на себя (там, где это возможно сделать).



Анамнез:

□ Сбор анамнеза ограничен:

- Временной фактор
- Затрудненный контакт.

□ Основные моменты:

- Наблюдались ли в женской консультации.
Обменная карта беременной!!!
- Перенесенные заболевания, как то СПИД/ВИЧ, туберкулез, гепатиты, сифилис
- Аллергологический анамнез
- Количество беременностей и родов, их течение.
- Соматические заболевания
- Течение беременности



Осмотр:

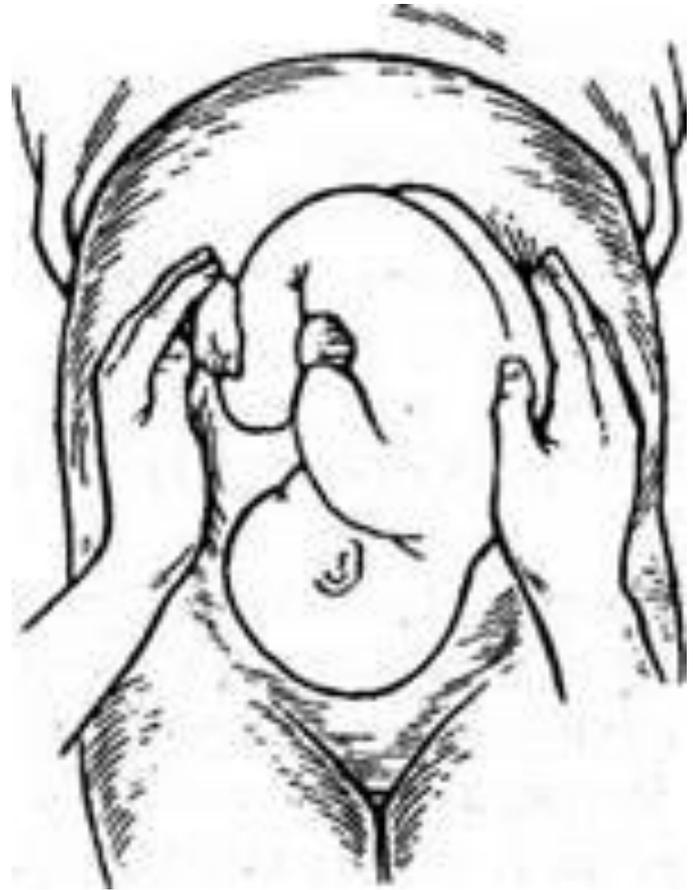
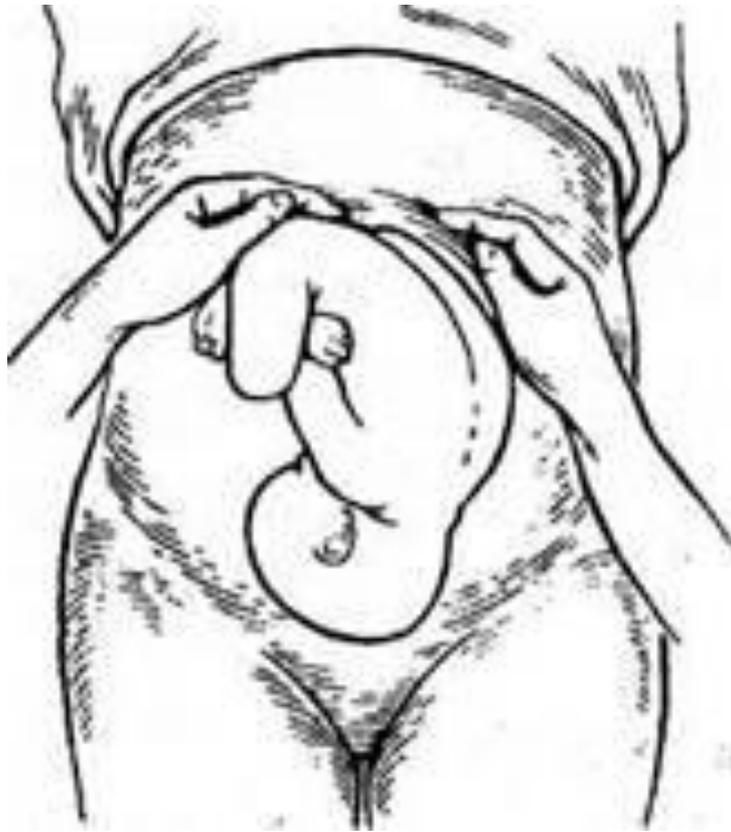
- Общий осмотр: кожные покровы, слизистые, пульс, АД.
- Пальпация живота
- Характер родовой деятельности
- Оценить наличие и характер выделений

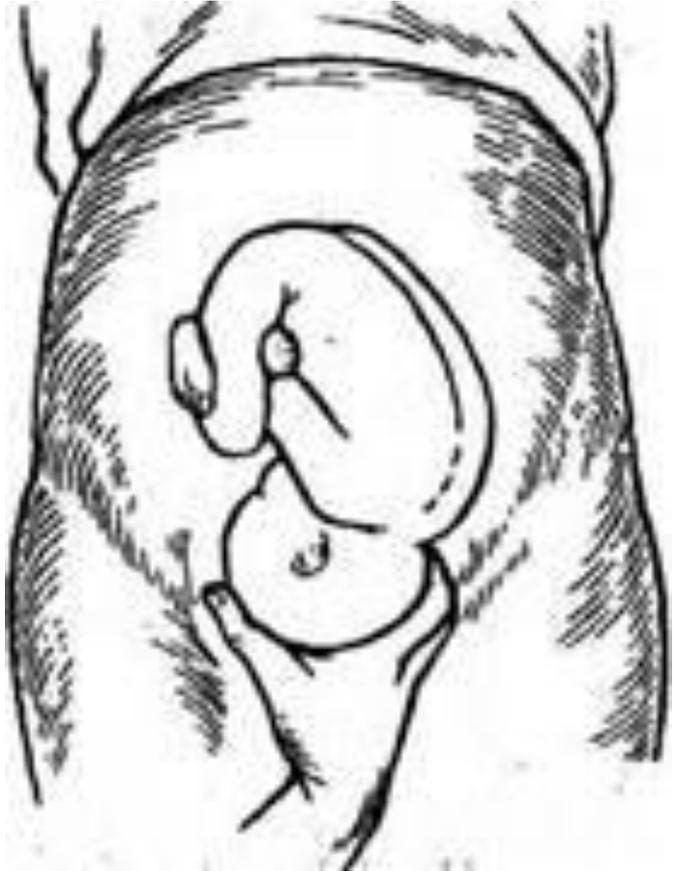


Пальпация живота. Приемы Леопольда.

- Первый прием -Высота стояния дна матки, положение плода;
- Второй прием – уточнить положение, позицию и вид плода
- Третий и четвертый прием – уточнить предлежащую часть, ее положение по отношению к плоскости входа в малый таз.







Выполнить вагинальное исследование

- осмотр наружных половых органов (варикозные узлы, рубцы и др.) и промежности (высота, старые разрывы и др.).
- состояние мышц тазового дна (упругие, дряблые), влагалища (широкое, узкое, наличие рубцов, перегородок), шейки матки.
- степень сглаживания шейки (укорочена, сглажена), началось ли раскрытие зева и степень раскрытия (в сантиметрах), состояние краев зева (толстые, тонкие, мягкие или ригидные),
- наличие в пределах зева участка плацентарной ткани, петли пуповины, мелкой части плода.



-
- При целом плодном пузыре определяют степень его напряжения во время схватки и паузы.
 - Чрезмерное его напряжение даже во время паузы указывает на многоводие, уплощение — на маловодие, дряблость — на слабость родовой деятельности.
 - Определяют предлежащую часть плода и опознавательные пункты на ней. При головном предлежании прощупывают швы и роднички и по их отношению к плоскостям и размерам таза судят о позиции, предлежании, вставлении (синклитическое или асинклитическое), наличии сгибания (малый родничок ниже большого) или разгибания (большой родничок ниже малого, лоб, лицо).
-



Характер выделений из половых путей:

- Наличие кровянистых выделений
- Наличие околоплодных вод
- Наличие мекония в водах



Подготовить необходимое для родов:

- родовой пакет (стерильное белье, стерильные зажимы, ножницы, корнцанги, пинцеты, катетер Нелатона, груша резиновая, 2 пары перчаток, салфетки, лигатуры);
 - таз с кипяченой теплой водой; спиртовая настойка йода 2% и 5%, шарики с хлоргексидином;
 - медикаменты: глюкоза 20% и 5% р-р, аскорбиновая кислота 5% р-р, окситоцин (метилэргометрин); емкость для мочи.
-



Подготовка к принятию родов.:

- Положение роженицы лежа на спине, подложить под спину 2 подушки, ноги разведены, согнуты в коленях.
- Под роженицу положить клеенку, простыню, стерильное белье.
- Обработка наружных половых органов роженицы 2% настойкой йода, или хлоргексидиновым спиртом, или 70% спиртом.
- Обработка рук фельдшера (мытьё с мылом, обработка хлоргексидиновым спиртом в течение 1 минуты). Перчатки обработать 96% спиртом.



-
- При головном предлежании акушерским пособием в родах называется совокупность последовательных манипуляций, направленных как на содействие физиологическому механизму родов, так и на предупреждение травматизма матери и плода.
 - К оказанию пособия приступают при врезывающейся головке плода.
-
- 

Акушерское пособие в родах.

- Предупреждение преждевременного разгибания головки плода.
- Защита промежности (заем тканей). Разгибание головки (вне потуги).
- Выведение головки, рождение верхнего, затем нижнего плечика.
- После рождения ребенка убрать из-под спины роженицы подушки.



- **Обработка пуповины: наложить 2 стерильные лигатуры – одну на расстоянии 10 см от пупочного кольца, вторую – на 2 см дистальнее от нее; участок пуповины между лигатурами обработать 70% этиловым спиртом и перерезать ножницами; на культю пуповины наложить стерильную повязку.**
- **Перевязывают толстым хирургическим шелком, тонкой стерильной марлевой тесемкой. Нельзя пользоваться для перевязки пуповины тонкой ниткой — она может прорезать пуповину вместе с ее сосудами.**



-
- Родившегося младенца кладут между ног матери на стерильные пеленки, накрывают сверху еще одной, чтобы не допустить переохлаждения.
 - **Обработка ребенка.** Отсосать слизь изо рта и носа. Показать ребенка матери. Закапать в глаза (и половую щель) 30% р-р сульфацила натрия. Новорожденного завернуть в теплые пеленки, согреть.
 - **Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар (ЧСС, ЧД, мышечный тонус, рефлексы, кожа).** Максимальное количество баллов на каждый признак не более 2 баллов. **0 баллов - клиническая смерть; 4-5 баллов и менее - тяжелая асфиксия (состояние тяжелое); 6-7 баллов - легкая асфиксия (состояние средней тяжести); 8-10 баллов - удовлетворительное состояние.** При выявлении асфиксии, особенно тяжелой, вызвать на себя детскую реанимационную бригаду, начать проводить реанимационные мероприятия.
-
- 

-
- Профилактика кровотечения – окситоцин (метилэргобревин).
 - Вывести мочу катетером.
 - Вышедшее из влагалища детское место (плацента с оболочками и пуповиной) тщательно осматривается: оно раскладывается плашмя материнской поверхностью кверху.
 - Послед обязательно доставить в акушерский стационар
 - Дефект плацентарной ткани- следует тотчас же произвести ручное обследование стенок полости матки и удалить рукой задержавшуюся дольку.
-



-
- После родов роженицу следует переодеть в чистое белье, уложить на чистую постель, накрыть одеялом. Необходимо следить за пульсом, артериальным давлением, состоянием матки и характером выделений (возможно кровотечение).



-
- После родов производят туалет наружных половых органов, их дезинфекцию.
 - Осматриваются наружные половые органы, вход во влагалище и промежность. Имеющиеся ссадины и трещины обрабатываются йодом; разрывы должны быть защищены в условиях стационара.
 - Если имеется кровотечение из мягких тканей, необходимо наложение швов до транспортировки в акушерский стационар или наложение давящей повязки (кровотечение из разрыва промежности, области клитора), возможна тампонада влагалища стерильными марлевыми салфетками.
 - **Все усилия при данных манипуляциях должны быть направлены на срочную доставку роженицы в акушерский стационар.**
-



-
- Транспортировка матери и ребенка в роддом на носилках. Во время транспортировки динамическое наблюдение за состоянием матери и ребенка.
 - При отказе от госпитализации – актив по «103» на обычную и педиатрическую бригады через 2 часа, при повторном отказе – актив в ЖК и детское ЛПУ.



□ Благодарю за внимание!

