



Нормальное и патологическое течение беременности, родов, послеродового периода

Полготовила: Габдулина А.М.

Группа: 770 ВОП

Проверила: ассистент кафедры:

Салимова А.Р.

Астана 2018г.



НОРМАЛЬНОЕ ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ



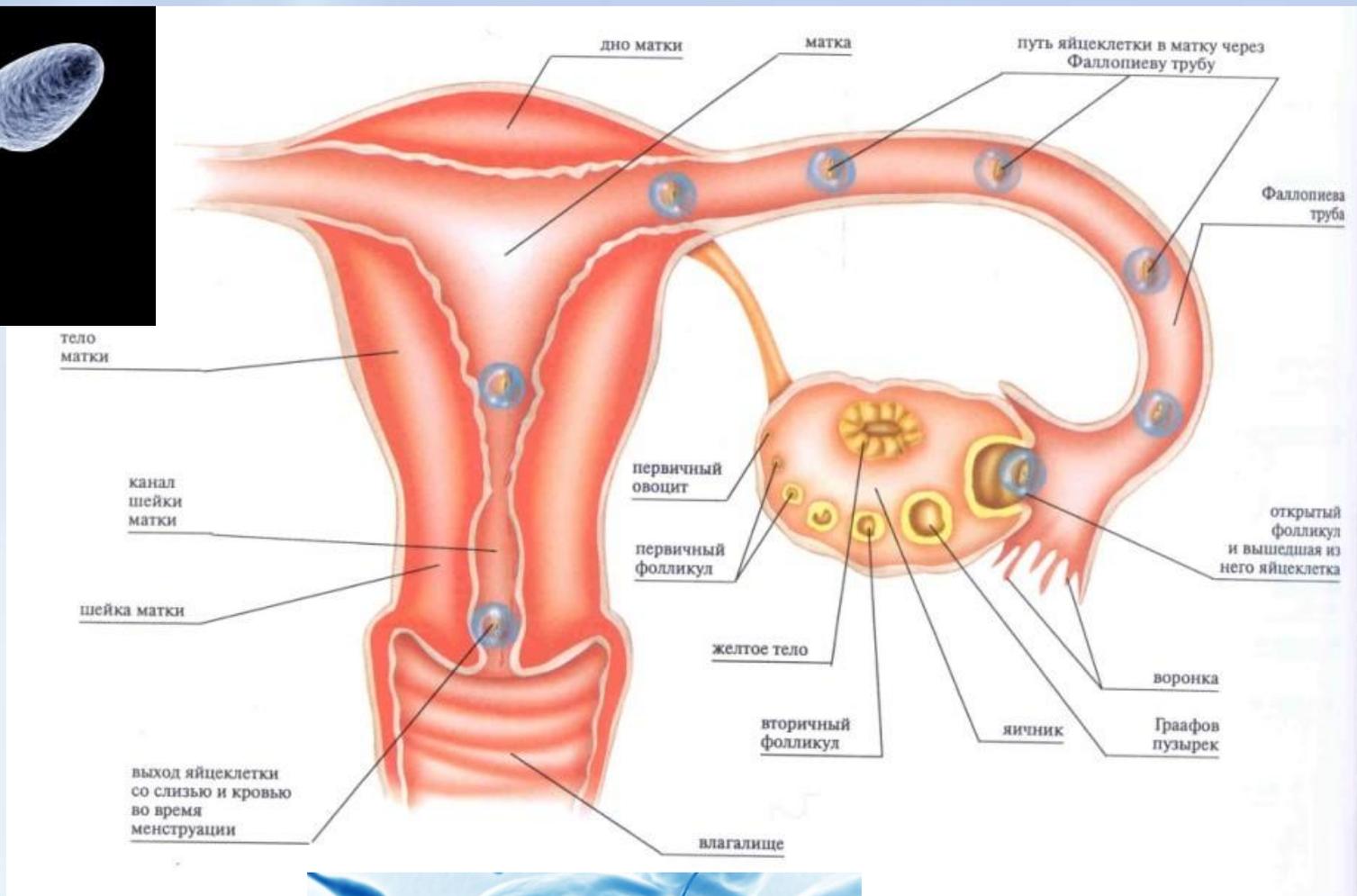
Оплодотворение

- это процесс слияния зрелой мужской и женской половых клеток, в результате образуется клетка, являющаяся началом нового организма. С момента оплодотворения начинается беременность.



Имплантация

В ходе развития плаценты, образуется: наружная (**децидуальная оболочка**) , вторая оболочка- **хорион**, ворсинки которого идут в глубь функционального слоя эндометрия. Третий (внутренний) слой, окружающий зародыш, образует оболочку, называемую водной (**амнион**)





Плацентация

- начинается с 3-й недели беременности. С установлением плодово-плацентарного кровотока, к концу **13—16-й** недели беременности, период плацентации заканчивается. При соединении сети пупочных сосудов с местной сосудистой сетью устанавливается плодово-плацентарное кровообращение, т.е. образуется **маточно-плацентарный комплекс**, обеспечивающий выполнение дыхательной, трофической и выделительной функций плода.



Признаки беременности

3 группы:

■ 1) предположительные:

- слюнотечение, тошнота, рвота по утрам, изменение аппетита, отвращение к некоторым видам пищи, пристрастие к острым блюдам, могут быть диспепсические расстройства, запоры;
- -функциональные изменения нервной системы: легкая раздражительность, обострение обоняния, слуха, плаксивость, замкнутость;
- -изменение обмена веществ: увеличение объема живота, пигментация;

■ 2) вероятные :

- - прекращение менструации;
- -изменения во влагалище, матке и молочных железах;
- -лабораторные реакции.

■ 3) достоверные:

- -необходимо обнаружить плод или его части;
- - выслушать сердцебиение плода;
- -определить двигательную активность плода.



Изменения в организме Женщины во время беременности

- 1. Центральная нервная система.
- 2. Эндокринная система.
- 3. Иммунная система.
- 4. Обмен веществ.
- 5. Витамины.
- 6. Кожа.



Определение срока беременности

- По дате последней менструации
- По первому шевелению плода
- По первой явке
- По УЗИ



Сроки лабораторного обследования:

Первичная явка
(срок до 12 недель)

36 недель

30 недель

*Осмотр гинеколога за всю беременность не менее 7 раз!
Осмотр окулиста, ЛОРа - 1 раз , стоматолога, терапевта
– 2 раза, остальные врачи – по показаниям!*



Декретный отпуск

- ► при нормальных родах — 140 дней (70 до родов и 70 после родов);
- ► при осложненных родах — 196 дней (70 до родов и 86 после родов);
- При многоплодной беременности отпуск дается с 28 недель беременности в течение 200 дней (90 дней до родов и 110 — после родов).



Рекомендации для беременной:

- 1. Режим труда и отдыха
- 2. Психоэмоциональный покой
- 3. Прогулки на свежем воздухе
- 4. Витаминотерапия
- 5. Диета (богатая йодом, молочно-кислая, мясная, фрукты, овощи; ограничение жидкости и соли после 20 недель)
- 6. Исключить вредные факторы (курение, алкоголь, наркотики, медикаменты с тератогенным действием)
- 7. Исключить контакт с инфекционными больными



Патологическое течение беременности

1. Гестозы

2. Акушерские кровотечения во время беременности

Классификация гестозов



- По сроку возникновения:
- 1. **Ранние гестозы** (I половина беременности):
 - • Слюнотечение
 - • Рвота беременных
 - • **Редкие формы** гестозов: Бронхиальная астма беременных, Желтуха беременных, Дерматозы беременных, Остеомаляция беременных
- 2. **Поздние гестозы** (II половина беременности): легкая, средняя, тяжелая степень
- 3. Преэклампсия, эклампсия



Факторами предрасполагающими к возникновению гестозов являются:

- 1) генетически обусловленная сосудистая патология.
- 2) экстрагенитальная патология;
- 3) беременность в возрасте до 18 лет и возрастные первородящие после 35 лет;
- 4) избыточная масса тела;
- 5) многоплодие;
- 6) генитальный инфантилизм;
- 7) неуравновешенная нервная система;
- 8) ранний гестоз при данной беременности;
- 9) гестозы 1 и 2 половины беременности в анамнезе;
- Все женщины имеющие данные факторы выделяются в группу повышенного риска по гестозу.



Слюнотечение (птиализм)

- появляется в первые 2-3 месяца беременности и часто к концу 3-го месяца беременности проходят без лечения. В более тяжелых случаях женщина теряет до 500-1000 мл. слюны в сутки. Обильное слюноотделение приводит к обезвоживанию организма, угнетающе действует на психику беременной, вызывает моцерацию кожи губ и уголков рта.
- **Лечение:** в легких случаях лечение возможно амбулаторно, в тяжелых – беременная госпитализируется.
- 1. Лечебно-охранительный режим и психотерапия;
- 2. Тщательный уход за ротовой полостью: полоскания отваром коры дуба, шалфея, ромашки;
- 3. Кожу в уголках рта смазывают вазелином;
- 4. Сосание мятных конфет – снижает слюноотделение;
- 5. При значительном обезвоживании – инфузионная терапия, витаминотерапия.



Рвота беременных

Различают:

- 1. Легкую степень рвоты – до 5 раз в сутки.
- 2. Рвота средней степени тяжести – 5 – 10 раз в сутки.
- 3. Тяжелая (чрезмерная, неукротимая) рвота – более 10 раз в сутки.

Беременная не удерживает пищу, возникает отвращение к пище, прогрессивно снижается вес, кожные покровы дряблые, сухие – снижается тургор кожи, язык обложен, изо рта неприятный запах, АД снижено, тахикардия 100-120 ударов в минуту, субфебрильная температура, нарушение сна, в моче белок и ацетон.



Рвота беременных

- **Лечение:** при 1 степени рвоты – амбулаторное, при 2 и 3 степенях – в стационаре.
- 1. Лечебно-охранительный режим и психотерапия;
- 2. Электросон – регулирует взаимоотношения между корой головного мозга и подкорковыми центрами, где находится и рвотный центр;
- 3. Диета – соблюдается термическое, химическое и механическое щажение и дробное питание через 2 часа. При 3 степени – парентеральное питание.
- 4. Воздействие на нервную систему (седативная терапия)
- 5. Борьба с обезвоживанием, интоксикацией (инфузионная терапия, противорвотные средства)
- 6. Восстановление обмена веществ и функций важнейших органов (витаминотерапия).



Сестринский уход за больными ранним гестозом.

Цель - соблюдение лечебно-охранительного режима и эмоционального покоя.

- 1. Условия необходимые для беременной:
 - 2. Светлое, хорошо проветриваемое помещение.
 - 3. Частая смена белья.
 - 4. Поддержание гинекологического состояния кожи и полости рта.
 - 5. При удержании пищи беременной необходимо учитывать ее вкусы.
 - 6. Подача пищи в постель небольшими порциями, часто (5-7 раз в сутки).
 - 7. Если пища не удерживается, проводится инфузионная интенсивная терапия, питательные клизмы. Перед питательной клизмой обязательно освобождают прямую кишку с помощью очистительной клизмы.
 - 8. По назначению врача – ректальное введение лекарственных средств, также после очистительной клизмы.
 - 9. Контроль за диурезом.
 - 10. Введение нейролептиков по назначению врача.
- **Основной сестринской проблемой является беспокойство беременной о дальнейшем развитии беременности, о будущем ребенке!!!**



ПОЗДНИЕ ГЕСТОЗЫ БЕРЕМЕННЫХ

- Причины появления:
- 1) Наличие фоновых экстрагенитальных заболеваний
- 2) наличие гестозов в наследственном анамнезе, при предыдущей беременности,
- 3) критический репродуктивный возраст женщины (моложе 19 и старше 30 лет)
- 4) профессиональные, социальные и бытовые вредности.



Клинические симптомы позднего гестоза

Основу гестозов составляют генерализованный спазм сосудов, гиповолемия, изменения реологических и коагуляционных свойств крови, нарушения микроциркуляции и водно-солевого обмена.

Триада Цангемейстера:

гипертензия

протеинурия

отёки

Оценка тяжести гестоза беременных в баллах

| Симптомы | Баллы | | | |
|------------------------|--------------------|---|--|---|
| | 0 | 1 | 2 | 3 |
| Отёки | Нет | На голенях или патологическое увеличение массы тела | На голенях, передней брюшной стенке | Генерализованные |
| Протеинурия | Нет | 0,033–0,132 г/л | 0,132–1 г/л | 1 г/л и более |
| Систолическое АД | Ниже 130 мм рт.ст. | 130–150 мм рт.ст. | 150–170 мм рт.ст. | 170 мм рт.ст. и выше |
| Диастолическое АД | До 85 мм рт.ст. | 85–95 мм рт.ст. | 90–110 мм рт.ст. | 110 мм рт.ст. и выше |
| Срок появления гестоза | Нет | 36–40 нед или в родах | 35–30 нед | 24–30 нед и ранее |
| ЗРП | Нет | Нет | Отставание на 1–2 нед | Отставание на 3–4 нед и более |
| Фоновые заболевания | Нет | Проявление заболевания до беременности | Проявление заболевания во время беременности | Проявление заболевания до и во время беременности |

Общее число баллов с учётом всех критериев при лёгкой степени гестоза составляет менее 7, при средней — 8–11, при тяжёлой — 12 и более.



■ **Для того чтобы не пропустить поздний гестоз, при каждом посещении беременной женской консультации ей необходимо:**

- 1) измерить АД на обеих руках;
- 2) взвесить;
- 3) осмотреть на наличие отеков;
- 4) исследовать анализ мочи.



Преэклампсия

- Преэклампсия — следующее по степени тяжести состояние. У беременных, как правило, на фоне имеющейся триады симптомов (отеки, повышенное АД, белок в моче) появляются новые жалобы:
 - тяжесть в затылке и/или головная боль;
 - нарушение зрения (ослабление, появление «пелены» или «тумана» перед глазами, мелькание «мушек» или «искр»);
 - тошнота, рвота, боли в эпигастральной области или в правом подреберье;
 - бессонница или сонливость; расстройство памяти; раздражительность, вялость, безразличие к окружающему.



Эклампсия

- Эклампсия (от греч. eklampsis — вспышка).
- Самый типичный симптом — приступы судорог поперечно-полосатой мускулатуры всего тела, который продолжается в среднем 1–2 мин и состоит из четырёх последовательно сменяющихся моментов.



Эклампсия

- **Первый момент** — мелкие фибриллярные подёргивания мышц лица, век. Продолжается около 30 с.
- **Второй момент** — период тонических судорог — тетанус всех мышц тела, в том числе дыхательной мускулатуры.
Больная во время припадка не дышит — быстро нарастает цианоз. Несмотря на то что этот период продолжается всего 10–20 с, он самый опасный. Может наступить внезапная смерть, чаще всего от кровоизлияния в мозг.
- **Третий момент** — период клонических судорог. Неподвижно лежавшая до этого, вытянувшись в струнку, больная начинает биться в непрерывно следующих друг за другом клонических судорогах, распространяющихся по телу сверху вниз. Больная не дышит, пульс не ощутим. Постепенно судороги становятся более редкими и слабыми и, наконец, прекращаются. Больная делает глубокий шумный вдох, сопровождающийся храпом, переходящий в глубокое редкое дыхание. Продолжительность этого периода от 30 с до 1,5 мин, а иногда и больше.
- **Четвёртый момент** — разрешение припадка. Из рта выделяется пена, окрашенная кровью, лицо постепенно розовеет. Начинает прощупываться пульс. Зрачки постепенно сужаются.



Тактика при преэклампсии

- предотвратить прикус языка;
- предупредить асфиксию рвотными массами
- в течение первых 20 мин вводят 2–6г. сухого вещества сульфата магния , струйно
- поддерживающая доза введения сульфата магния составляет 1–2 г/час в зависимости от степени тяжести течения гестоза.
- Контроль АД, пульса



Уход за беременными с гестозами

- Необходимо следить за их питанием, весом, АД (измерять не реже 2 раз в сутки), суточным диурезом, наличием белка в моче.
- В палате должна быть спокойная обстановка и она должна быть затемнена.

В особом уходе нуждаются женщины при приступе эклампсии.



Это наблюдение за почасовым диурезом, капельницами, своевременной сменой белья, введенными во время приступа роторасширителем и языкодержателем, контроль АД, своевременной дачей лекарственных веществ.



Профилактикой поздних токсикозов беременности предусмотрено тщательное наблюдение за течением беременности в женской консультации.



Акушерские кровотечения, возникшие во время беременности.

- 1) В первой половине беременности
 - аборт (самопроизвольный и криминальный)
 - прервавшаяся внематочная беременность
- 2) Во второй половине беременности:
 - преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты
 - предлежание плаценты
- 3) В первой и во второй половине беременности:
 - пузырный занос (трофобластическая болезнь)
 - шейчная и перешеечно-шейчная беременность
 - рак шейки и беременность
 - эрозии и полипы шейки
 - разрыв варикозно расширенных вен шейки
 - травмы родовых путей

A person wearing a white surgical mask and a blue hairnet, looking down. The background is a light blue gradient.

Самопроизвольный аборт

- В I половине беременности кровотечения связаны с самопроизвольным прерыванием беременности или с внематочной беременностью. Самопроизвольный аборт. Самопроизвольным абортом (выкидышем) считают прерывание беременности в сроке до 22 недель.



Различают стадии самопроизвольного аборта:

- угрожающий выкидыш,
- начавшийся выкидыш,
- аборт «в ходу»,
- полный и неполный аборт.



Внематочная (эктопическая) беременность

- Чаще всего она развивается в маточной трубе, но может развиваться в яичнике или в брюшной полости. Трубная беременность может прерываться по типу трубного аборта или же в виде разрыва маточной трубы.



Преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты

- Это осложнение, которое проявляется несвоевременным отделением плаценты, которое происходит не после рождения плода, как это должно быть в норме, а во время беременности или в процессе течения родов.
Основные симптомы: боль и кровотечение.



Причины преждевременной отслойки плаценты

- Поздний гестоз чаще всего длительно текущий, не леченный или недостаточно леченный;
- различные заболевания, среди которых выделяются заболевания с повышением или понижением артериального давления, пороки сердца, заболевания почек, сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, заболевания коры надпочечников;
- несовместимость крови матери и плода по резус-фактору или по группе крови;
- системная красная волчанка;
- заболевания крови;
- воспалительные заболевания матки;
- операции перенесенные на матке;
- пороки развития матки;
- расположение плаценты в проекции миоматозного узла;
- переносимая беременность.



факторы, провоцирующие возникновение преждевременной отслойки плаценты

- перерастяжение стенок матки из-за многоводия, многоплодной беременности, наличия крупного плода;
- внезапное, быстрое и обильное излитие околоплодных вод при многоводии;
- травма (падение, удар в живот);
- дискоординация сократительной деятельности матки;
- неправильное применение утеротонических средств в родах.



- Жалобы на:
- боль, тошнота, рвота
- кровянистые выделения из половых путей (чаще алая кровь),
- головокружение, слабость, тахикардия,
- снижение АД
- Напряженная, болезненная матка



- При прогрессирующей ПОНРП, её тяжелом течении, и отсутствии условий для срочного родоразрешения через естественные родовые пути (во время беременности, независимо от срока, или во время родов) необходимо выполнить только ***экстренное кесарево*** сечение.

Уход за беременной с кровотечениями



- Соблюдение покоя и постельного режима.
- Наблюдение за выделениями из половых путей.
- Наблюдение за общим состоянием больной:
- жалобы;
- кожные покровы и слизистые оболочки;
- пульс;
- дыхание;
- артериальное давление;
- температура тела;
- боли внизу живота;
- состояние сознания;
- тошнота, рвота.



Предлежание плаценты

Это прикрепление ее какой-либо частью или полностью в области нижнего сегмента матки и отношение ее к внутреннему зеву



Классификация

- Полное (центральное) предлежание
- Неполное (частичное) предлежание
- Низкое прикрепление плаценты

Причины предлежания плаценты:

- Изменения эндометрия вследствие многократных родов, абортсв и их осложнений;
- Рубцы на матке;
- Миома матки;
- Истмико-цервикальная недостаточность.

Способствующие факторы:

- Экстрагенитальная патология;
- Эндокринопатии;
- Инфантилизм.



Клинические проявления

Наиболее частым *проявлением при предлежании плаценты* является *повторяющееся кровотечение* из половых путей. Кровотечения могут возникать в различные периоды беременности, начиная с самых ранних ее сроков. Однако чаще всего они наблюдаются уже во второй половине беременности вследствие формирования нижнего сегмента матки. В последние недели беременности, когда сокращения матки становятся более интенсивными, кровотечения могут усиливаться.

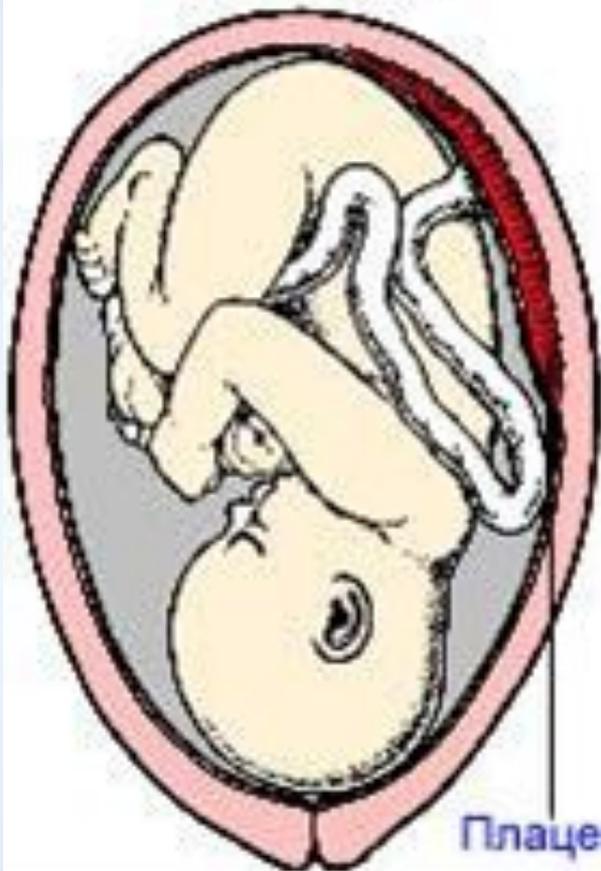


Медицинское сопровождение беременных с предлежанием плаценты

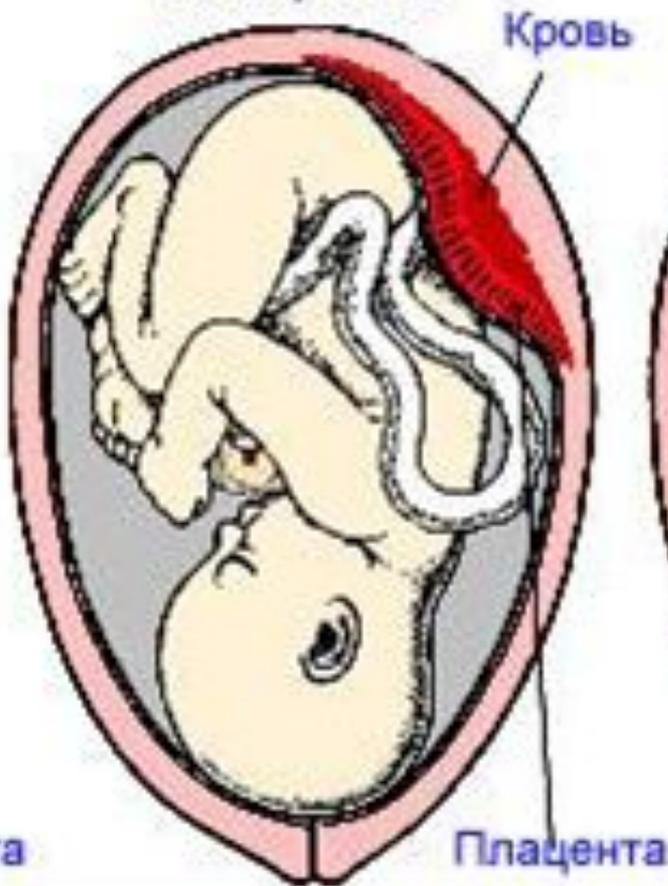
- Характер ведения и лечение беременных с предлежанием плаценты зависит от выраженности кровотечения и величины кровопотери. В первой половине беременности если кровяные выделения отсутствуют, то беременная может находиться дома под амбулаторным контролем с соблюдением режима исключающего действие провоцирующих факторов способных вызвать кровотечение (ограничение физической нагрузки, половой жизни, стрессовых ситуаций и т.п.)
- Наблюдение и лечение при сроке беременности свыше 24 недель осуществляется только в акушерском стационаре.



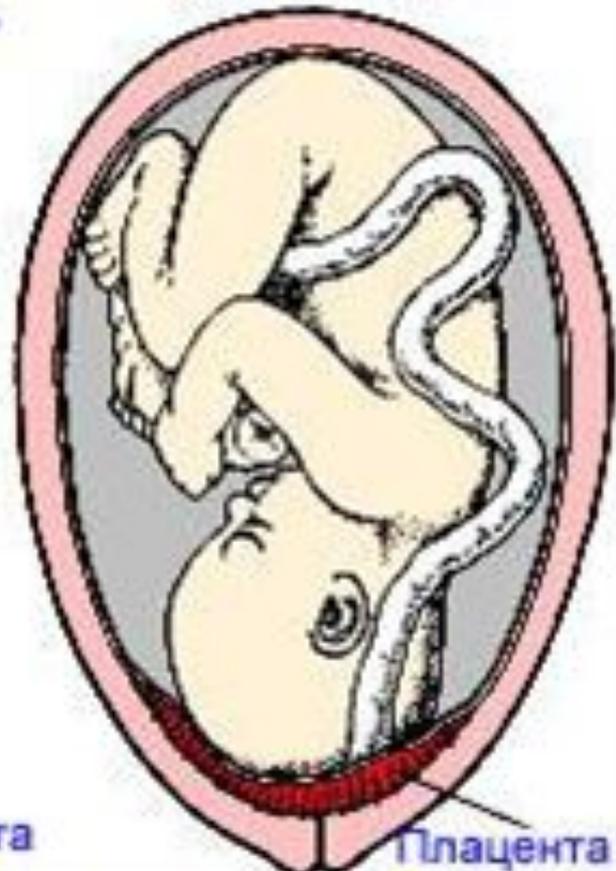
НОРМАЛЬНАЯ
ПЛАЦЕНТА



ОТСЛОЙКА
ПЛАЦЕНТЫ



ПРЕДЛЕЖАНИЕ
ПЛАЦЕНТЫ





Другие патологии при беременности

- Плацентарная недостаточность
- Задержка развития плода
- Изосерологическая несовместимость крови матери и плода
- Анемия беременных
- Аномалии развития матки, пуповины
- Перенашивание беременности



Роды – это физиологический процесс изгнания из полости матки через родовые пути плода и последа.

Родовая доминанта – сформированная к моменту родов и объединяющая в динамическую систему как высшие нервные центры, так и исполнительные органы.



Роды бывают:

1. Срочные
2. (38-40 нед.);
3. Преждевременными (22-37 нед.);
4. Запоздалыми (41-42 нед.).

Родовые изгоняющие силы:

1. Схватки;
2. Потуги .



Физиологические роды

- Роды — сложный многозвеньевой безусловный рефлекторный акт, направленный на изгнание плода из полости матки после дотажения им жизнеспособности.

Характеристика нормальных родов включает следующие показатели:

- • одноплодная беременность;
- • головное предлежание;
- • соразмерность головки плода и таза матери;
- • здоровье плода при нормальном функционировании плаценты;
- • доношенная беременность (38–40 нед);
- • координированная родовая деятельность, не требующая коррекции;
- • нормальный механизм родов, соответствующий костному тазу;



- • своевременное излитие околоплодных вод (при раскрытии шейки матки на 6–8 см — активная фаза I периода родов);
- • отсутствие акушерского травматизма (разрывы родовых путей) и оперативных вмешательств в родах;
- • продолжительность родов: у первородящих — от 7 до 14 часов, у повторнородящих — от 5 до 12 часов;
- • отсутствие у ребёнка гипоксических, травматических или инфекционных осложнений, аномалий развития или уродств;
- • физиологическая кровопотеря в последовом и раннем послеродовом периоде не выше 0,5% массы тела роженицы



Продолжительность родов

- Средняя продолжительность физиологических родов составляет 7–12 (до 18) часов.
- Роды, продолжающиеся менее 6 часов, называют быстрыми.
- 4 часа и менее — стремительными.
- 18 часов и более, роды считаются затяжными.

Быстрые, стремительные и затяжные роды являются патологическими, так как часто сопряжены с риском травмы плода, родовых путей, кровотечения в последовом и раннем послеродовом периодах и другими осложнениями.



Предвестники родов (появление за 10-14 дней до родов)

Предлежащая часть плода прижимается ко входу в малый таз

Шейка матки становится «зрелой»

Отходит «слизистая пробка»

Повышается возбудимость матки

Снижение массы тела беременной

Прелиминарный период – непосредственно предшествует началу родовой деятельности и длится не более 6 часов.



Нерегулярные сокращения матки

«Созревание» шейки матки

Клиническое течение родов



Периоды родов:

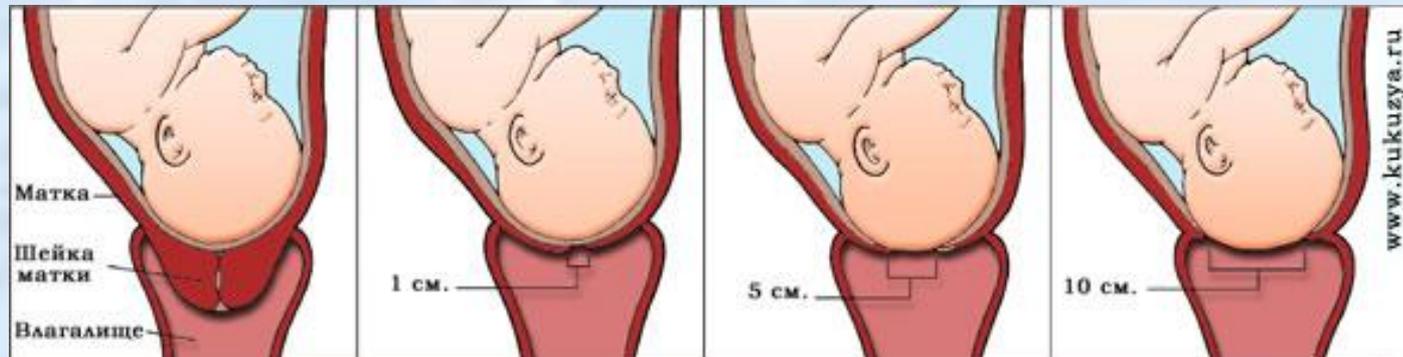
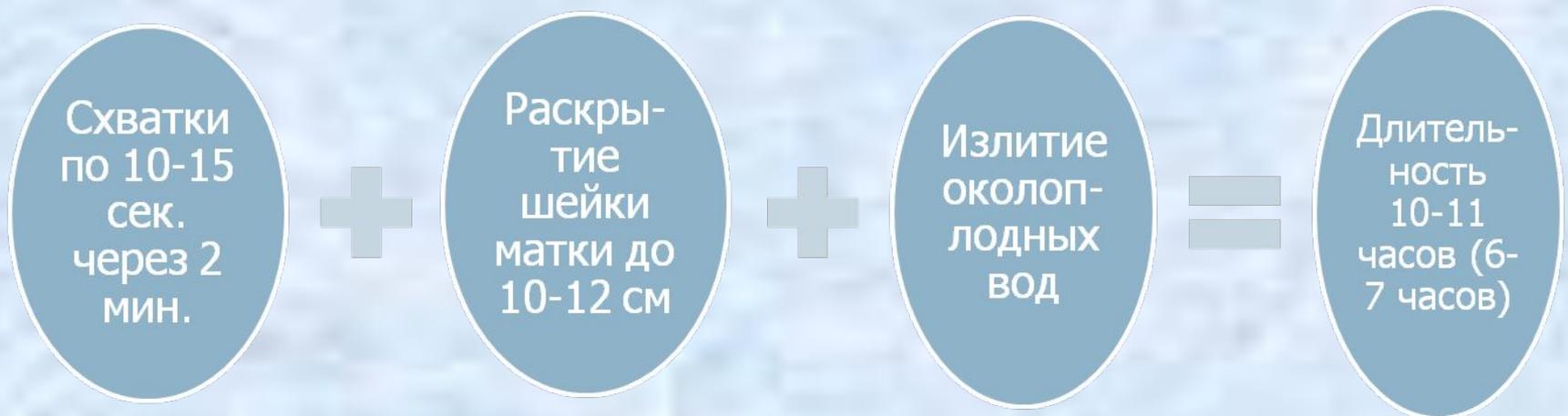
Период раскрытия

Период изгнания

Последовый период

Период раскрытия

начинается с первыми регулярными схватками и заканчивается полным раскрытием наружного зева шейки матки





Тактика медсестры в I периоде родов

1. Наблюдает за общим состоянием роженицы, контролирует АД, пульс;
2. Следит за функцией мочевого пузыря и кишечника;
3. Наблюдает за характером родовой деятельности, околоплодными водами;
4. Выслушивает сердцебиение плода;
5. Проводит наружное акушерское исследование и влагалищное исследование;
6. Обучает роженицу приемам обезболивания.

Период изгнания

(длительность – от 20 мин до 2 часов)



Биомеханизм родов при головном предлежании

1 момент – внутреннее сгибание головки плода

2 момент – внутренний поворот головки затылком кпереди

3 момент – разгибание головки

4 момент – внутренний поворот туловища, наружный поворот
головки

рождение плечиков и туловища



Рис. 13.

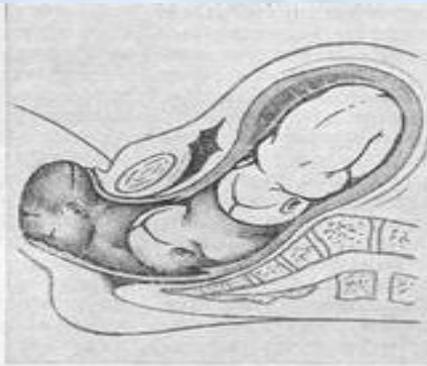


Рис. 14.

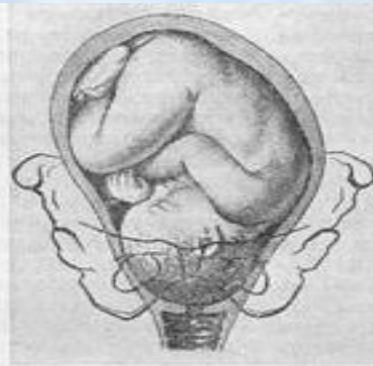


Рис. 15.

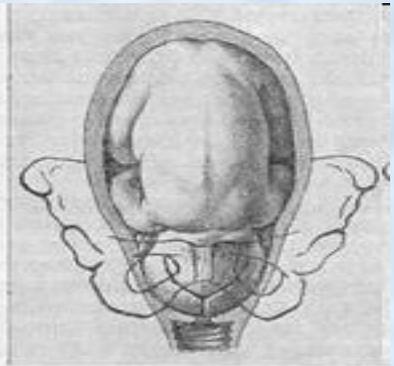
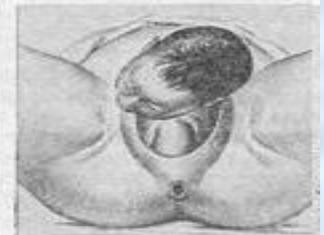
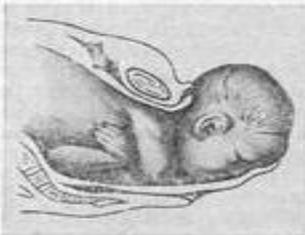


Рис. 16.





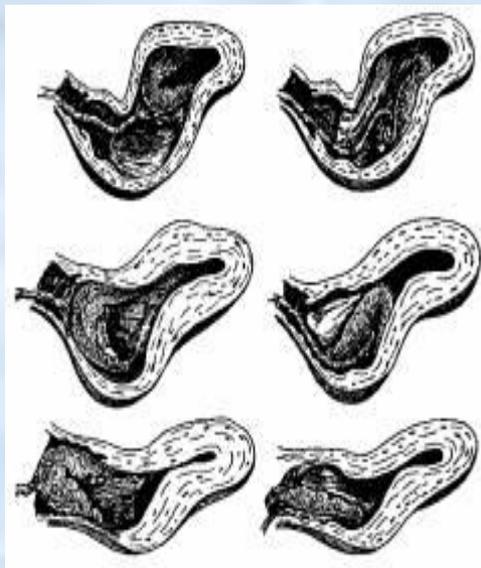
Тактика акушерки во II периоде родов

1. Наблюдает за общим состоянием роженицы, контролирует АД, пульс;
2. Наблюдает за характером родовой деятельности, продвижением предлежащей части плода, околоплодными водами;
3. Выслушивает сердцебиение плода после каждой потуги;
4. Переводит роженицу в родильный зал и подготавливает ее к родам;
5. Оказывает акушерское пособие;
6. Проводит первичный туалет новорожденного.

Последовый период

(длительность – до 30 мин)

СХВАТКИ





Тактика акушерки в III периоде родов

1. Наблюдает за общим состоянием роженицы;
2. Измеряет кровопотерю;
3. Определяет признаки отделения плаценты;
4. Применяет методы отделения и выделения последа;
5. Производит осмотр последа;
6. Производит осмотр родовых путей.



Патологические роды

1. РОДЫ ПРИ КРУПНОМ ПЛОДЕ
2. РОДЫ ПРИ УЗКОМ ТАЗЕ
3. РОДЫ ПРИ АНОМАЛИЯХ СОКРАТИТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МАТКИ (слабость РД, чрезмерная РД, дискоординация РД)
4. РОДЫ ПРИ РАЗГИБАТЕЛЬНЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ ГОЛОВКИ ПЛОДА (Лицевое, лобное или подбородочное предлежание)
5. РОДЫ ПРИ АСИНКЛИТИЧЕСКИХ ВСТАВЛЕНИЯХ ГОЛОВКИ ПЛОДА
6. РОДЫ ПРИ ТАЗОВЫХ ПРЕДЛЕЖАНИЯХ
7. РОДОВ ПРИ ДИСТОЦИИ ПЛЕЧИКОВ
8. РОДЫ ПРИ ТАЗОВОМ ПРЕДЛЕЖАНИИ
9. ЭКЛАМПСИЯ В РОДАХ
10. КРОВОТЕЧЕНИЕ В РОДАХ (2 И 3 ПЕРИОДЫ)



Кровотечение в последовом периоде

- Кровотечение в последовом периоде наблюдается при более плотном прикреплении плаценты к стенке матки.
Различают:
- **плотное прикрепление плаценты**
- **приращение плаценты**

Это бывает в тех случаях, когда внутренний слой матки (эндометрий) поврежден либо воспалительным процессом, либо в результате перенесенной операции. Иногда это объясняется патологическим расположением плаценты.

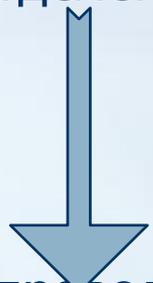


- К патологическому прикреплению плаценты приводят либо изменения слизистой матки, либо особенности хориона. К изменениям слизистой матки, способствующим нарушению формирования трофобласта, приводят следующие заболевания:
 - · неспецифические и специфические воспалительные поражения эндометрия (хламидиоз, гонорея, туберкулёз и т.д.);
 - · чрезмерное выскабливание во время удаления плодного яйца или диагностических манипуляций;
 - · послеоперационные рубцы на матке (КС и миомэктомия).

Одна из причин нарушения отделения плаценты и выделения последа — гипотония матки. При гипотонии матки последовые схватки слабые или отсутствуют длительное время после рождения плода. Происходит нарушение отделения плаценты от стенки матки и выделения последа, затяжное течение последового периода.



- При кровопотере 350-400 мл
- и при отсутствии признаков
- отделения последа

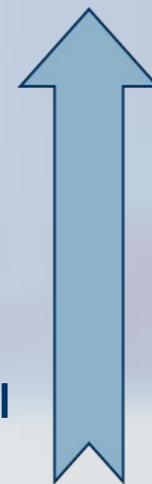


проводят ручное отделение последа;
массаж матки на кулаке;
восполнение ОЦК (инфузионная терапия)
контроль АД, пульса



Приращение плаценты

Оперативное
лечение





Кровотечение в раннем послеродовом периоде

- Возникает в течение 2 часов после родов

причины:

1) атония, гипотония матки

2) остатки плацентарной ткани

3) нарушение свертывающей системы крови

4) патологические роды



Кровотечение в раннем послеродовом периоде

Тактика

Катетеризация мочевого пузыря

Наружный массаж матки через переднюю брюшную стенку

Медикаментозное лечение

↓
кровопотеря 350 мл

↓
Ручное обследование полости матки

↓
Диагностическое выскабливание

↓
Оперативное лечение