

ГБПОУ НО НМК

ТАКТИКА ПРИ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ РОДАХ

Выполнил: Александрина Е.А.

Г. Нижний Новгород

2017г

Роды — физиологический процесс изгнания плода, плодовых оболочек и плаценты по родовым путям матери.

Врач, фельдшер или акушерка скорой и неотложной медицинской помощи (СиНМП) могут столкнуться с любым периодом родового акта: раскрытия, изгнания, последовым и ранним послеродовым периодом.

Медработник должен уметь диагностировать периоды родов, оценить их физиологическое или патологическое течение, выяснить состояние плода, выбрать рациональную тактику ведения родов и раннего послеродового периода, провести профилактику кровотечения в последовом и раннем послеродовом периоде, уметь оказать акушерское пособие при головном предлежании.

✘ Роды вне стационара чаще всего возникают при недоношенной беременности или при доношенной беременности у многорожавших женщин. В таких случаях они протекают, как правило, стремительно.



Различают преждевременные, срочные и запоздалые роды.

- × Роды, наступившие при сроке беременности от 22 до 37 недель беременности, в результате чего рождаются недоношенные дети, считаются преждевременными. Недоношенные дети характеризуются незрелостью, масса их тела колеблется от 500 до 2500 г, длина от 19–20 до 46 см.
- × Роды, наступившие при сроке беременности 40 ± 2 нед и заканчивающиеся рождением живого доношенного плода с массой тела примерно 3200–3500 г и длиной от 46 см, считаются срочными.
- × Роды, наступившие при сроке беременности свыше 42 нед и закончившиеся рождением плода с признаками переношенности (плотные кости черепа, узкие швы и роднички, выраженное слущивание эпителия, сухость кожных покровов), считаются переношенными. Роды переношенным плодом характеризуются высоким процентом родового травматизма.

ЛЕЧЕБНО-ТАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ РАБОТНИКОВ СИНМП

1. Решить вопрос о возможности транспортировки роженицы в родильный дом.
2. Оценить данные общего и акушерского анамнеза: количество беременностей и родов в анамнезе, их течение, наличие осложнений.
3. Определить течение настоящей беременности: угроза прерывания беременности, общая прибавка в весе, динамика артериального давления, изменения в анализах крови (по данным обменной карты).
4. Проанализировать данные общего объективного исследования.
5. Оценить период родов: начало схваток, их регулярность, продолжительность, интенсивность, болезненность. Провести 4 приема наружного исследования и определить высоту стояния дна матки, положение и позицию плода, характер предлежащей части и ее отношение к плоскости входа в малый таз (подвижна над входом в таз, фиксирована малым сегментом, большим сегментом во входе в таз, в полости малого таза, на тазовом дне). Произвести аускультацию плода.



6. Оценить характер выделений: наличие кровянистых выделений, подтекание околоплодных вод, наличие в них мекония.

7. При необходимости произвести влагалищное исследование.

8. Поставить диагноз родов:

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

9. При наличии условий и возможностей транспортировки — госпитализация в акушерский стационар.

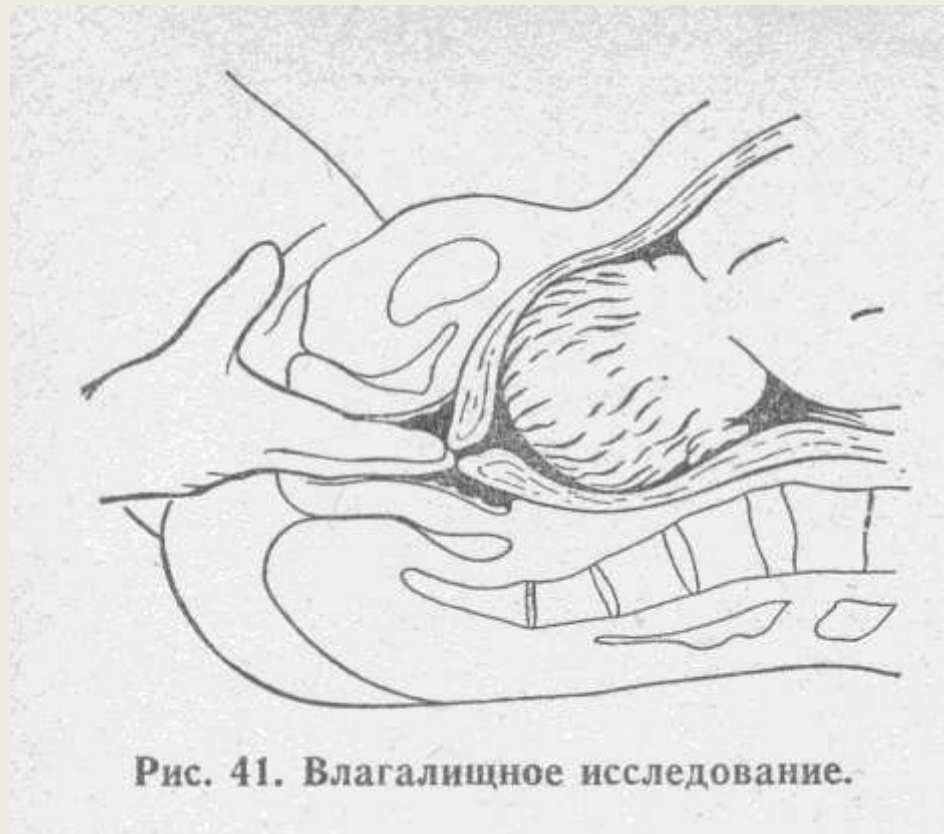


Рис. 41. Влагалищное исследование.

✘ При отсутствии возможности транспортировки роженицы в родильный дом следует приступить к ведению родов. Женщине ставится очистительная клизма, сбриваются волосы на лобке, наружные половые органы обмываются кипяченой водой с мылом, производится смена постельного белья, под которое подкладывается клеенка, готовится самодельный польстер — маленькая подушка, обернутая в несколько слоев простыней (желательно стерильной). Польстер в родах подкладывается под таз роженицы: благодаря возвышенному положению открывается свободный доступ к промежности.



ПРИЕМ РОДОВ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В ОКАЗАНИИ АКУШЕРСКОГО ПОСОБИЯ.

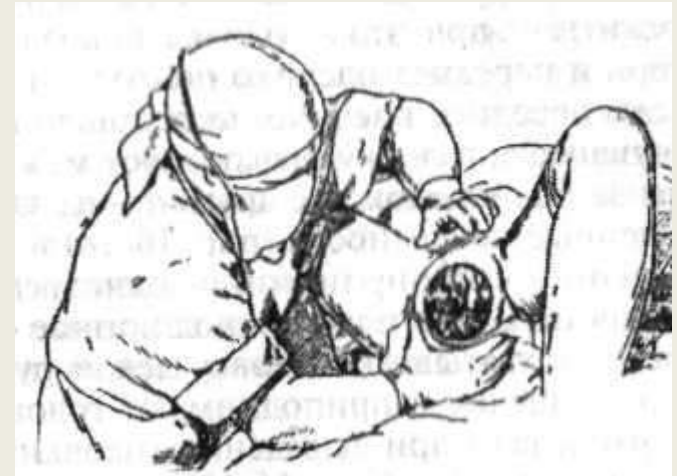
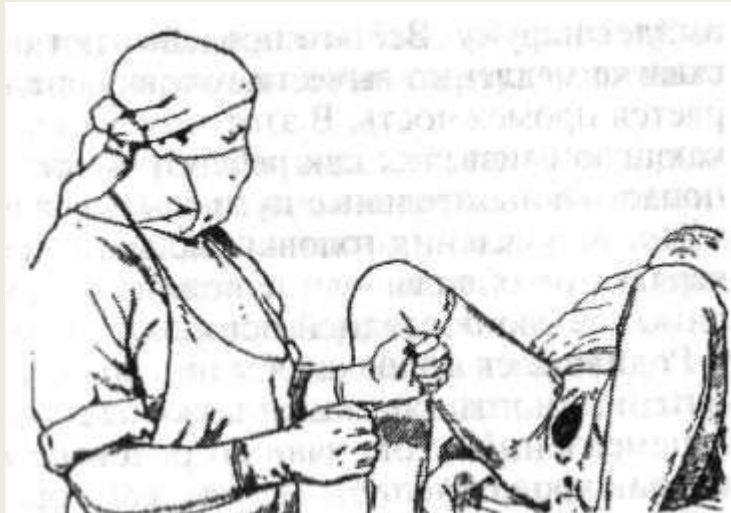
При головном предлежании акушерским пособием в родах называется совокупность последовательных манипуляций, направленных как на содействие физиологическому механизму родов, так и на предупреждение травматизма матери и плода.

Как только головка врежется в половую щель и будет сохранять такое положение и вне схватки, начинается прорезывание головки.

С этого момента врач или акушерка, стоящая справа от роженицы, боком к ее голове, ладонью правой руки с широко отведенным большим пальцем обхватывает промежность, покрытую стерильной салфеткой, через которую старается при схватке задержать преждевременное разгибание головки, способствуя этим выхождению затылка из-под симфиза.

Левая рука остается «наготове» на случай, если бы поступательное движение головки оказалось чрезмерно сильным и одна правая рука не смогла бы удержать ее.

Как только подзатылочная ямка подойдет под лонную дугу (принимая роды ощущает затылок в ладони), а с боков прощупываются теменные бугры, приступают к выведению головки.





Роженицу просят не тужиться; ладонью левой руки обхватывают вышедшую часть головки, а ладонью правой руки с отведенным большим пальцем обхватывают промежность и медленно, как бы снимая ее с головки (с лица), одновременно другой рукой бережно приподнимают головку кверху — при этом над промежностью сначала показывается лоб, затем нос, рот и, наконец, подбородок. Непременно нужно выводить головку до тех пор, пока промежность «не сойдет» с подбородка, т. е. пока подбородок не выйдет наружу.

Все это проделывается обязательно вне схватки, так как при схватке медленно вывести головку очень трудно, а при быстром выведении рвется промежность. В этот момент из ротика плода следует отсосать вытекающую слизь, так как ребенок может сделать первый вдох, вследствие чего слизь может попасть в дыхательные пути и вызвать асфиксию.

После рождения головки пальцем проводят по шее плода до плеча: проверяют, не обвилась ли пуповина вокруг шеи. Если имеется обвитие пуповины, петлю последней осторожно снимают через головку.

Родившаяся головка обычно поворачивается затылком в сторону бедра матери; иногда наружный поворот головки задерживается. Если показаний к немедленному окончанию родов не имеется (внутриутробная асфиксия плода, кровотечение), не следует торопиться: надо дождаться самостоятельного наружного поворота головки — в таких случаях женщину просят потужиться, при этом головка поворачивается затылком в сторону бедра матери и переднее плечико подходит под лоно.

Если переднее плечико не подошло под лоно, оказывают помощь: повернувшуюся головку захватывают между обеими ладонями — с одной стороны за подбородок, а с другой — за затылок или кладут ладони на височно-шейные поверхности и осторожно, легко вращают головку затылком в сторону позиции, одновременно бережно оттягивая ее книзу, подводя переднее плечико под лонное сочленение.

Далее обхватывают головку левой рукой так, что ладонь ее ложится на нижнюю щечку и приподнимают головку, а правой рукой, подобно тому, как это делали при выведении головки, осторожно сдвигают промежность с заднего плечика.

Когда оба плечика вышли, осторожно обхватывают младенца за туловище в области подмышечных впадин и, приподнимая кверху, извлекают полностью из родовых путей.



Родившегося младенца кладут между ног матери на стерильные пеленки, накрывают сверху еще одной, чтобы не допустить переохлаждения. Производится осмотр и оценка ребенка по методу Апгар сразу при рождении и через 5 мин (табл.).



Метод оценки состояния плода по Апгар позволяет произвести быструю предварительную оценку по пяти признакам физического состояния новорожденного: частоты сердцебиения — при помощи аускультации; дыхания — при наблюдении за движениями грудной клетки; цвета кожи младенца — бледный, цианотичный или розовый; мышечного тонуса — по движению конечностей и рефлекторной активности при пошлепывании по подошвенной стороне ступни.

Оценка состояния новорожденного по Апгар			
Признаки	Выраженность признака в баллах		
	2	1	0
Частота сердцебиения, уд/мин	Ритмичное, 120–140 уд/мин	Бради- или тахикардия	Отсутствует
Дыхание	Громкий крик, нормальное, регулярное дыхание	Крик слабый, приступы апноэ, судорожные вдохи	Отсутствует
Окраска кожи	Кожные покровы розовые	Кожные покровы розовые, цианоз конечностей и лица	Тотальный цианоз или бледность кожи
Рефлексы	Живые, легко вызываются — кашель, крик, чихание	Слабые — гримаса	Отсутствуют
Тонус мышц	Нормальный, физиологическая поза новорожденного — поза флексии	Снижен, легкая степень сгибания конечностей	Атония

- × Количество баллов от 7 до 10 (10 баллов указывает на наилучшее из возможных состояний младенца) не требует реанимационных мероприятий.
- × Количество баллов от 4 до 6 свидетельствует о том, что эти дети цианотичны, имеют аритмичное дыхание, ослабленный мышечный тонус, повышенную рефлекторную возбудимость, частоту сердцебиения свыше 100 уд/ мин и могут быть спасены.
- × Количество баллов от 0 до 3 указывает на наличие тяжелой асфиксии. Такие дети при рождении должны быть отнесены к числу нуждающихся в немедленной реанимации.
- × 0 баллов соответствует понятию «мертворожденный».

- ✗ Оценка через 1 мин после рождения (или раньше) должна выявить младенцев, которые нуждаются в оказании им немедленной помощи, оценка через 5 мин коррелирует с показателями неонатальной заболеваемости и смертности.
- ✗ После появления первого крика и дыхательных движений, отступив 8–10 см от пупочного кольца, пуповину обрабатывают спиртом и между двумя стерильными зажимами рассекают и перевязывают толстым хирургическим шелком, тонкой стерильной марлевой тесемкой. Культия пуповины смазывается 5%-ным раствором йода, а затем на нее накладывают стерильную повязку. Нельзя пользоваться для перевязки пуповины тонкой ниткой — она может прорезать пуповину вместе с ее сосудами. Тут же на обе ручки ребенка надевают браслеты, на которых обозначены его пол, фамилия и имя матери, дата рождения и номер истории родов.



-
- × Дальнейшая обработка новорожденного (кожа, пуповина, профилактика офтальмобленореи) производится только в акушерском стационаре, в условиях максимальной стерильности для профилактики возможных инфекционных и гнойно-септических осложнений. Кроме того, неумелые действия при вторичной обработке пуповины могут вызвать трудноостановимое кровотечение после отсечения пуповины от пупочного кольца.
 - × Роженице выводят мочу с помощью катетера и приступают к ведению третьего — последового — периода родов.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА

- × Последовый период — время от рождения ребенка до рождения последа. В течение этого периода происходит отслойка плаценты вместе с ее оболочками от маточной стенки и рождение плаценты с оболочками — последа.
- × При физиологическом течении родов в первые два их периода (раскрытия и изгнания) отслойки плаценты не бывает. Последовый период продолжается в норме от 5 до 20 мин и сопровождается кровотечением из матки. Через несколько минут после рождения ребенка возникают схватки и, как правило, кровянистые выделения из половых путей, указывающие на отслойку плаценты от стенок матки. Дно матки находится выше пупка, а сама матка вследствие тяжести отклоняется вправо или влево; одновременно отмечается удлинение видимой части пуповины, что заметно по перемещению зажима, наложенного на пуповину около наружных половых органов. После рождения последа матка приходит в состояние резкого сокращения. Дно ее находится посередине между лоном и пупком и пальпируется как плотное, округлое образование. Количество теряемой крови в последовом периоде обычно не должно превышать 100–200 мл.
- × После рождения последа родившая женщина вступает в послеродовой период. Теперь она называется роженицей.
- × Ведение последового периода родов консервативное. В это время нельзя ни на минуту отлучаться от роженицы. Нужно следить, все ли благополучно, т. е. нет ли кровотечения — как наружного, так и внутреннего; необходим контроль за характером пульса, общим состоянием роженицы, за признаками отделения плаценты; следует вывести мочу, поскольку переполненный мочевой пузырь препятствует нормальному течению последового периода. Во избежание осложнений не допускается производить наружный массаж матки, потягивать за пуповину, что может привести к нарушениям физиологического процесса отделения плаценты и возникновению сильного кровотечения.

-
- ✘ Вышедшее из влагалища детское место (плацента с оболочками и пуповиной) тщательно осматривается: оно раскладывается плашмя материнской поверхностью кверху. Обращается внимание, все ли дольки плаценты вышли, нет ли добавочных долек плаценты, полностью ли выделились оболочки. Задержка в матке частей плаценты или ее дольки не дает возможности матке хорошо сократиться и может стать причиной гипотонического кровотечения.
 - ✘ Родившийся послед обязательно должен быть доставлен в акушерский стационар для тщательной оценки его целостности врачом-акушером.
 - ✘ 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.
 - ✘ 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); следует напоить женщину горячим чаем или кофе. Родившийся послед, роженицу и новорожденного необходимо доставить в акушерский стационар.

Диагноз	Объем медицинской помощи	Тактика
Домашние роды		1. Госпитализация. Транспортировка на носилках
	До рождения плода	
В тазовом предлежании	<ul style="list-style-type: none"> – Атропина сульфат 0,1% – 1,0 мл в/в – Окситоцин 1 мл в разведении Натрия хлорида 0,9% – 500 мл в/в капельно 10–15 кап. в мин. 	2. При отказе от госпитализации – актив на бригаду через 2 ч, при повторном отказе – актив в ЖК и детское ЛПУ
при затруднении выведения ручек и головки плода	<ul style="list-style-type: none"> – Пособие по Цовьянову – Классическое ручное пособие – Отсасывание слизи из полости рта и носа у новорожденного с помощью стерильной резиновой «груши» – Оценка состояния новорожденного по шкале Апгар – Катетеризация мочевого пузыря у роженицы – 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 пересечь; поверхность среза пуповины обработать 70° этиловым спиртом; на культю пуповины наложить стерильную повязку. – Новорожденного завернуть в теплые пеленки, согреть 	Ожидать отделение плаценты не более 30 мин
	После рождения последа	
	<ul style="list-style-type: none"> – Окситоцин 1 мл в/в – Осмотр последа и доставка в родильный дом при отсутствии признаков отделения плаценты – Катетеризация вены – Натрия хлорид 0,9% – 250 мл в/в капельно 	
при отсутствии признаков отделения плаценты	<ul style="list-style-type: none"> – Катетеризация вены – Натрия хлорид 0,9% – 250 мл в/в капельно 	