Текст лекции по теме занятия №26 Дифференциальная диагностика и оказание неотложной медицинской помощи при внебольничных родах в экстремальных ситуациях

Изучаемые вопросы:

Введение

1.Особенности диагностики и дифференциальной диагностики физиологических и преждевременных внебольничных родов.

2.Принципы оказания медицинской помощи женщине и новорожденному, алгоритм действия фельдшера, принципы фармакотерапии при физиологических и преждевременных внебольничных родах.

3.Техника проведения эпизио -, перинеотомии.

4.Правила, принципы и виды транспортировки пациентки в лечебно-профилактическое учреждение.

5.Правила заполнения медицинской документации (Форма 110/у; 114/у).

6.Правила проведения реанимации новорожденных, в том числе недоношенных, детей с экстремально низкой массой тела.

Введение

На сегодняшний день роды позиционируются как нормальный процесс организма по изгнанию плода, оболочек плода и плаценты из матки по родовым путям. На этапе оказания первичной медицинской помощи фельдшер может столкнуться с разными периодами родов, при которых необходимо оказывать различные пособия. В ряде случаев роды происходят вне стационара – или дома или в машине скорой помощи, а иногда на улице. Роды вне стационара чаще всего возникают при недоношенной беременности или при доношенной беременности у многорожавших женщин, когда родовая деятельность развивается быстро или стремительно. Роды являются частым поводом к вызову скорой помощи

1.Особенности диагностики и дифференциальной диагностики физиологических и преждевременных внебольничных родов.

Роды - физиологический процесс изгнания плода, плодовых оболочек и плаценты по родовым путям матери под действием изгоняющих сил. 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 независимо от массы тела незрелы, масса их тела колеблется от 1500г. до 2500г., длина менее 46 см.

 Роды, наступившие при сроке беременности 40±2 недель и заканчивающиеся рождением живого доношенного плода с массой тела более 2500 г и длиной от 46 см, считаются срочными.

Роды, наступившие при сроке беременности свыше 42 недель заканчиваются рождением новорожденного с признаками переношенности. Масса и длина тела переношенного ребенка могут превышать показатели доношенных детей, однако в ряде случаев встречаются относительно низкие антропометрические показатели.

Различают роды физиологические и патологические. Осложненное течение родов развивается у беременных с экстрагенитальной патологией, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом или патологическим течением беременности.

Если над входом определяется округлая, плотная часть, то ставится диагноз – головное предлежание. Если над входом в малый таз определяется мягкая часть плода, то диагностируется тазовое предлежание.

Если же над входом в малый таз предлежащая часть не определяется, а контуры матки приближаются к поперечному овалу, то это характерно для поперечного или косого положения плода. В таких ситуациях роды через естественные родовые пути бывают невозможны, опасность разрыва матки очень велика. При такой ситуации необходимо принять меры для срочной доставки роженицы в родильный дом или хирургическое учреждение. Признаки начала родов: появление регулярных маточных сокращений с частотой не менее 1 в 10 минут, сглаживание и/или раскрытие шейки матки.

Дифференциальная диагностика родовых схваток и болей в прелиминарном периоде представлена в Таблице – 1.

Таблица-1 Дифференциальная диагностика родовых схваток и болей в прелиминарном периоде

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметры | Родовые схватки | Прелиминарные боли |
| Регулярность | Регулярные | Нерегулярные |
| Интервал между схватками | Постепенно сокращается | Не изменяется |
| Сила схваток | Постепенно нарастает | Не изменяется |
| Локализация болей | Живот и поясница | Низ живота |
| Эффективность анальгетиков | Нет | Да |

2.Принципы оказания медицинской помощи женщине и новорожденному, алгоритм действия фельдшера, принципы фармакотерапии при физиологических и преждевременных внебольничных родах.

1. При появлении схваток у беременной немедленно организовать вызов скорой медицинской помощи.

 2. Оценить общее состояние женщины, жалобы, данные соматического и акушерского анамнеза, течение данной беременности со слов женщины или по диспансерной книжке (при ее наличии): - количество беременностей и родов в анамнезе, их течение, наличие осложнений; - течение настоящей беременности: угроза прерывания беременности, общая прибавка в весе, динамика артериального давления, изменения в анализах крови (по данным обменной карты); - данные общего объективного исследования.

3. Оценить период родов: начало схваток, их регулярность, продолжительность, интенсивность, болезненность. Провести 4 приёма наружного исследования: определить высоту стояния дна матки, положение и позицию плода, характер предлежащей части и её 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 по возможности.

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

В случае начала второго периода родов — периода изгнания — в момент прибытия бригады роды принимают на дому. Фельдшер обрабатывает руки спиртом, вскрывает родовой стерильный комплект, в который входят два зажима Кохера, ножницы, лигатуры, резиновая груша, салфетки и пеленки. Надевает стерильные перчатки. Под роженицу стелят клеенку, а поверх нее — стерильную простыню. При появлении головки из половой щели фельдшер защищает промежность от разрыва, обеспечивая медленное продвижение головки наружу. Если после рождения головки обнаруживают обвитие пуповины вокруг шеи плода, то петли пуповины осторожно натягивают и освобождают через головку. Если это сделать не удается, пуповину перерезают между двумя зажимами.

После рождения головки фельдшер помогает рождению сначала одного плечика и ручки, затем второго. Затем извлекают ребенка. На пуповину примерно в 10 см от ребенка накладывают два зажима, пуповину между ними перерезают.

Проводят очищение дыхательных путей ребенка от слизи с помощью резиновой груши. При необходимости проводят реанимационные мероприятия (см. соответствующий раздел). Новорожденного заворачивают в стерильную простыню и в одеяло.

Ускорение отделения последа не проводят и не ждут, пока оно произойдет. Роженицу готовят к транспортировке в роддом, которая осуществляется в зависимости от ее состояния фельдшерской, врачебной или реанимационной бригадой. Для транспортировки ребенка при возможности вызывают детскую реанимационную бригаду. Послед, в случае его рождения, необходимо собрать и доставить в роддом для оценки его целостности врачом-гинекологом.

В случае наступления второго периода родов во время транспортировки машину останавливают и осуществляют родовспоможение по обычной схеме.

После родов на дому или в машине мать и ребенка доставляют в обсервационное отделение родильного дома. На новорожденного заводят отдельную карту вызова. Госпитализация матери обязательно производится на носилках.

Все беременные со сроком более 28 недель и признаками начавшейся родовой деятельности (схваткообразные боли в животе, подтекание околоплодных вод) подлежат госпитализации в родильные дома (на носилках). Полностью обследованных беременных, имеющих обменную карту и без инфекционных и воспалительных заболеваний, на момент осмотра доставляют в физиологическое отделение, остальных—в обсервационное.

3.Техника проведения эпизио -, перинеотомии.

перинеотомия — разрез по средней линии промежности, где проходит минимальное количество сосудов и нервных окончаний;

латеральная эпизиотомия — боковой разрез промежности, выполняемый на 2–3 см выше задней спайки влагалища по направлению к седалищному бугру;

срединнолатеральная эпизиотомия — разрез от задней спайки влагалища по направлению к седалищному бугру (используют наиболее часто).

Промежность рассекают ножницами. Вне потуги браншу с тупым концом под контролем пальца вводят по направлению предполагаемого разреза между предлежащей частью плода и стенкой влагалища. Разрез проводят на высоте потуги, когда ткани промежности максимально растянуты (в тот момент, когда в схватку из половой щели показывается участок головки диаметром 3—4 см.). Разрез не должен быть менее 3 см, в противном случае он продляется в рваную рану. Восстановление тканей начинается с наложения шва на угол раны, на слизистую оболочку влагалища до задней спайки. Затем накладывают погружные швы на мышцы промежности и однорядные швы на кожу.

4.Правила, принципы и виды транспортировки пациентки в лечебно-профилактическое учреждение.

5.Правила заполнения медицинской документации (Форма 110/у; 114/у).

6.Правила проведения реанимации новорожденных, в том числе недоношенных, детей с экстремально низкой массой тела.