

областное государственное бюджетное профессиональное образовательное
учреждение
«Саянский медицинский колледж»

Утверждаю
Зам. директора по учебной работе
ОГБПОУ «Саянский медицинский
колледж» *Л.О.* О.И. Комолкина



Физиологические роды и послеродовый период. Сестринский уход в послеродовом периоде.

Методическая разработка практического занятия № 6 для преподавателя
МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин.
для специальности 34.02.01 Сестринское дело

Составитель: Бобина Н.И.
Рассмотрено на заседании
ЦМК Сестринское дело
Протокол № 4 от 25.11.2022г.
Председатель ЦМК Сестринское дело
Н.Г. Н.Г. Самсонова.

Саянск
2022

**МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях в т.ч.
Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у
мужчин и женщин**

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

Практическое занятие № 6

Физиологические роды и послеродовый период. Сестринский уход в послеродовом периоде.

Цели занятия:

Учебная:

обобщить и систематизировать знания обучающихся о физиологических родах, принципах ведения родов, первичном туалете новорождённого, физиологическом послеродовом периоде и сестринском уходе в послеродовом периоде.

Развивающая: способствовать развитию памяти, внимания, логического мышления, творческих способностей.

Воспитательная: способствовать воспитанию ответственности при оказании помощи при кровотечениях.

С целью овладения указанным видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями, **обучающийся в ходе освоения профессионального модуля**

должен уметь:

- производить подсчёт схваток;
- выслушивать сердцебиение плода акушерским стетоскопом;
- определять период родов;
- проводить психопрофилактическую подготовку к родам, научить роженицу приёмам немедикаментозного обезболивания родов.
- в экстренной ситуации принять физиологические роды;
- определить признаки отделения последа;
- выделить послед при наличии признаков отделения последа;
- провести профилактику бленореи новорождённого.

Обучающийся должен знать:

- предвестники родов;
- периоды родов;
- родовые изгоняющие силы;
- биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания;
- принципы акушерского пособия при физиологических родах;
- признаки отделения последа;
- методы выделения отделившегося последа;
- оценку состояния новорождённого и первичный туалет новорождённого;
- особенности физиологического послеродового периода
- особенности сестринского ухода в послеродовом периоде.

А. Наглядные пособия:

симулятор(тренажер) родов, акушерские фантомы, куклы-плоды, плакат «Ручное пособие в родах при головном предлежании», видеофильм

Б. Раздаточный материал методическая разработка для студентов, учебник, тестовые задания, задачи.

В. Технические средства обучения презентация, компьютер, проектор.

Г. Учебные места кабинет 5

Д. Литература основная: 1. Славянова И.К. Сестринское дело в акушерстве и гинекологии. Издание 2 переработанное и дополненное/ И.К. Славянова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2021, 375с.

Дополнительная литература: 1. Дзигуа М.В. Сестринская помощь в акушерстве и при патологии репродуктивной системы у женщин и мужчин / Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей - М. ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 720с.
лекции в электронном виде

Интернет-ресурсы:

<http://www.rosmedic.ru/2.html> - российский медицинский информационный ресурс

План занятия

1.	Организационный момент, мотивация: 10 мин.
2.	<p>Этап актуализации опорных знаний: 20 минут Актуализация опорных знаний. Парами по 2 человека, продемонстрировать на акушерских фантомах биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания. Опрос: предвестники родов, периоды родов, родовые изгоняющие силы, различия в раскрытии шейки матки у перво- и повторнородящих.</p>
3	Подведение итогов 5 мин
4	<p>Демонстрационная часть: 55 минут Демонстрационная часть На симуляторе родов демонстрируется биомеханизм родов и оказание акушерского пособия в родах <i>Преподаватель демонстрирует на акушерском фантоме манипуляции:</i> - подсчёт схваток; - определение признаков отделения последа; - выслушивание сердцебиения плода акушерским стетоскопом; - определение кровопотери в родах. Преподаватель демонстрирует биомеханизм родов при переднем виде затылочного предлежания и акушерское пособие в родах.</p>
5,6	<p>Самостоятельная работа студентов - 110 мин.(+ инструктаж 5 минут) В процессе работы обучающиеся должны выполнить следующие задания. (Преподаватель контролирует работу, оказывает необходимую помощь). Задание № 1. Записать алгоритмы: «Подсчёт и оценка схваток», «Выслушивание и оценка сердцебиения плода» Задание № 2. Изучить схемы «Физиология родов» Задание № 3. Повторить первичный туалет новорождённого и оценку по шкале Апгар Задание № 4. Записать ручное пособие при головном предлежании. Задание № 5. Записать алгоритм ведения последового периода. Задание №6. Записать алгоритм «Определение кровопотери в родах» Отработать манипуляции: выслушивание сердцебиения плода, подсчёт и оценка схваток в малых группах по 2 человека (преподаватель наблюдает, оценивает). Просмотр фильма «Роды»</p>
7	<p>Итоговый контроль: 40 минут Проводится в виде выполнения тестового контроля, выполнения задач.</p>
8	<p>Подведение итогов занятия: 10 минут 1. Проверка тестов 2. Выставление оценок обучающимся. 3. Домашнее задание:</p>

Содержание учебной информации

Изучить содержание методической разработки. При хорошем уровне знаний переходить к выполнению заданий (см. план)

Роды – сложный процесс, возникающий рефлекторно и регулируемый нервной системой. Этот процесс направлен на изгнание плода из матки, а затем плаценты с плодными оболочками и околоплодными водами через родовые пути после достижения плодом жизнеспособности.

Роды, произошедшие в срок 28-37 недель – преждевременные, в срок 38-41 неделя – срочные, а в сроке 41-42 недели – запоздалые.

Предвестники родов:

1. Опускание высоты стояния дна матки, женщине становится легче дышать.
2. Выделение пробки Кристеллера (слизистые тягучие выделения) из влагалища.
3. Потеря в весе (организм беременной перед родами освобождается от излишков жидкости).
4. Предлежащая часть у первородящих прижата ко входу в таз, у повторнородящих - подвижна.
5. Появление внизу живота и пояснично-крестцовой области тянущих болей (ложные схватки).
6. Выпячивание пупка.
7. Шейка матки размягчается, укорачивается до 1,5 – 2 см, располагается по проводной оси таза, внутренний зев мягкий, плавно переходит в нижний сегмент. У повторнородящих наружный зев пропускает кончик пальца.

Предполагаемый срок родов можно определить по формуле (от даты первого дня последней менструации отсчитывают назад 3 месяца и прибавляют 7 дней).

У первородящих первое шевеление плода ощущается в 20 недель беременности, прибавив к этой дате 20 нед., получаем срок родов (учитывая то, что у повторнородящих шевеление плода ощущается в 18 нед. беременности, для того, чтобы вычислить срок родов к дате первого шевеления прибавляют 18 недель.)

2. Биомеханизм родов

Биомеханизм родов - совокупность движений, которые совершает плод при прохождении через родовые пути матери.

В изучение механизма родов большой вклад внесли А. Я. Крассовский, И. И. Яковлев.

При рассмотрении биомеханизма родов используют следующие понятия:

Ведущая(проводная) точка - это самая низкая точка на предлежащей части плода, которая входит в малый таз, проходит по проводной оси таза и первой появляется из половой щели.

Точка фиксации - это точка, с помощью которой предлежащая или проходящая часть плода упирается в нижний край симфиза, крестец или верхушку копчика, чтобы согнуться или разогнуться.

Момент биомеханизма родов - это наиболее выраженное или основное движение, которое выполняет в определенный момент предлежащая часть, проходя через родовой канал.

Предлежание - это когда головка плода не зафиксирована и стоит над входом в малый таз.

Вставление - головка фиксирована к плоскости входа в малый таз малым или большим сегментом, размещена в одной из ее последующих плоскостей: в широкой, узкой части или у выхода из таза.

На особенности биомеханизма родов влияют предлежание, вставление, вид, форма и размеры таза и головки плода. Сначала головка плода, а потом и туловище с конечностями продвигаются по родовому каналу, ось которого проходит через центр

классических плоскостей таза. Продвижению плода способствуют сокращения матки и пристеночных мышц таза.

2.1. Биомеханизм родов при переднем виде затылочного преждежания (табл. 1).

Ведущая линия – стреловидный шов.

Ведущая точка – малый родничок

I момент - вставление и сгибание головки плода. Головка стреловидным швом вставляется в поперечный или в один из косых размеров плоскости входа в малый таз. В результате сгибания головка входит в таз наименьшим размером - малым косым (9,5 см). Этой уменьшенной окружностью (32 см) головка проходит через все плоскости таза и половую щель.

II момент - внутренний поворот головки плода. Внутренний поворот начинается в широкой части малого таза и заканчивается на тазовом дне, в плоскости выхода. В выходе таза стреловидный шов устанавливается в прямом размере его, личиком к промежности матери. В процессе поворота затылок продвигается по дуге на 90° или 45°.

III момент - разгибание головки. Происходит врезывание и прорезывание головки. Разгибание происходит после того, как область *подзатылочной ямки (1-я точка фиксации)* подойдет под нижний край лонного сочленения (точка опоры). Вокруг этой точки фиксации головка разгибается. При разгибании прорезываются лоб, личико и подбородок - рождается вся головка. Головка рождается окружностью (32 см), проходящей через малый косой размер.

IV момент - внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки плода к бедру матери, противоположному позиции плода. Во время разгибания головки плечики вставляются в поперечный размер или в один из косых размеров таза - противоположный тому, куда вставлялся стреловидный шов головки.

Поворот плечиков начинается в широкой части малого таза, а заканчивается на тазовом дне – в плоскости выхода, где плечики устанавливаются в прямом размере.

При этом *лицо плода поворачивается к правому (при первой позиции) или к левому (при второй позиции) бедру матери.*

Образуется *вторая точка фиксации – верхнее или переднее плечико*, При этом над промежностью рождается заднее плечико, а затем полностью освобождается переднее плечико. После рождения плечевого пояса быстро и без препятствий происходит рождение туловища ребенка, менее объемистого по сравнению с головкой и плечевым поясом.

Влияние механизма родов на форму головки.

Изменение формы головки при прохождении ее через родовые пути называется *конфигурацией* (рис. 1). Чем шире швы и мягче кости, тем больше способность головки к конфигурации. Форма головки изменяется в зависимости от механизма родов. В случаях затылочного предлежания головка вытягивается в направлении затылка, принимая *долихоцефалическую форму*. На предлежащей части в области проводной точки возникает *родовая опухоль* (припухлость, отечность тканей на самом нижнем, впереди идущем участке, предлежащей части), вследствие затруднения оттока венозной крови из того участка предлежащей части, которая располагается ниже пояса соприкосновения, образуется после излития вод только у живых плодов. При нормальных родах родовая опухоль не достигает больших размеров и исчезает через несколько дней после родов.



Рисунок 1 - Конфигурация головки при родах в затылочном предлежании (по: Бодяжина В. И., 1986)

Кефалогематома - кровоизлияние под надкостницу одной, реже обеих теменных костей. Образуется при затрудненном прохождении головки через родовые пути и оперативном родоразрешении (акушерские щипцы, вакуум-экстракция), расположенную в пределах одной кости, и не переходящую за линию пограничных швов и родничков.

Таблица 1 Биомеханизм родов

Вид и предлежание	Проводная точка	Размер головки	1-й момент	2-й момент	3-й момент	4-й момент
Передний вид затылочного предлежания	Малый родничок	Малый косой 9,5 см. окружность 32 см	Сгибание головки в плоскости входа. Стреловидный шов в поперечном или косом размере плоскости входа	Внутренний поворот головки затылком к симфизу. Стреловидный шов устанавливается в прямом размере выхода	Точка фиксации – подзатылочная ямка у нижнего края симфиза. Разгибание головки.	Внутренний поворот плечиков и наружный поворот головки. Образование точки фиксации – верхняя треть плечика. Боковое сгибание плечевого пояса.
Задний вид затылочного предлежания	Малый родничок, затем середина между родничками	Средний косой 10 см Окружность 33 см	То же	Внутренний поворот головки затылком кзади, к крестцу. Стреловидный шов устанавливается в прямом размере выхода	1-я точка фиксации – граница волосистой части лба у нижнего края симфиза. Дополнительное сгибание головки 2-я точка фиксации – подзатылочная ямка у крестцово-копчикового сочленения. Разгибание головки.	То же

3. Родовые изгоняющие силы

К родовым изгоняющим силам относятся схватки и потуги.

Схватки - периодически повторяющиеся сокращения мускулатуры матки.

Потуги - присоединяющиеся к схваткам ритмические сокращения мышц брюшного пресса, диафрагмы и тазового дна.

Каждая схватка развивается в определенной последовательности, по правилу тройного нисходящего градиента. Сначала начинается сокращение группы клеток в одном из верхних отделов тела матки (водители ритма- пейсмейкер), сокращения распространяются на дно матки, потом на все тело матки и, наконец, на область нижнего сегмента и шейки.

Сокращения матки постепенно нарастают, достигают наивысшей степени, затем происходит расслабление мускулатуры, переходящее в паузу.

Характеристика схватки: продолжительность, периодичность, сила, скорость нарастания и ослабления, болезненность. Определяя частоту, продолжительность и силу схватки, нельзя учитывать только информацию, полученную от роженицы. Женщина подсчитывает продолжительность схватки, ориентируясь на болевые ощущения. Эта субъективная информация может быть неточной. Женщина иногда не чувствует начала схватки или может ощущать болезненность после прекращения схватки (следовая реакция).

Необходимо, исследуя сократительную деятельность, располагать ладони рук с расставленными пальцами на передней стенке матки (одна ладонь ближе к дну, вторая - к нижнему сегменту), т. е. контролируя сокращения во всех отделах матки. Такие сокращения и расслабления матки необходимо проконтролировать хотя бы в течение трех схваток, отметить силу, регулярность, направление распространения сокращений миометрия (тройной нисходящий градиент).

Более объективные данные дает токометрия (регистрация сокращений матки при помощи гистерографа или токографа).

При пальпаторном определении силу схватки определяют по качественному признаку (слабые, умеренные, сильные). Болезненность схваток характеризует сама женщина. Болезненность весьма субъективно разделяют на слабую, умеренную и сильную.

В начале родов продолжительность схватки всего 20 с, к концу их - почти 1 мин. Паузы между схватками в начале родов длятся 15 мин, затем укорачиваются, к концу периода изгнания плода схватки наступают каждые 3 мин. По мере течения родов схватки становятся более сильными и болезненными. Схватки могут быть частыми, продолжительными и болезненными, но слабыми. В этом случае говорят уже об аномалии родовой деятельности.

Различают *три типа сокращений маточной мускулатуры*: контракция, ретракция и дистракция.

Контракция - сокращения мышц матки, вслед за которыми следуют их расслабление, характерны для тела матки, благодаря им плод выталкивается из плодовместилища. Контрактивные сокращения - наиболее активный вид сокращений.

Ретракция - сокращения мышц матки, которые сочетаются со смещением их. Такие сокращения характерны для нижнего отдела матки. При них нижние мышечные волокна укорачиваются и это способствует улучшению дистракции и раскрытию шейки. Шейка и нижний сегмент растягиваются, становятся тоньше и смещаются кверху. В то же время на границе с верхними отделами матки, выше которых ретракций не наблюдается, а имеют место только контракционные сокращения, образуется пограничное, или *контракционное, кольцо* (см. рисунок 1.). Его образуют смещенные кверху мышечные волокна. Контракционное кольцо расположено выше верхнего края симфиза на столько поперечных пальцев или сантиметров, на сколько открыта шейка (это можно использовать в целях диагностики).

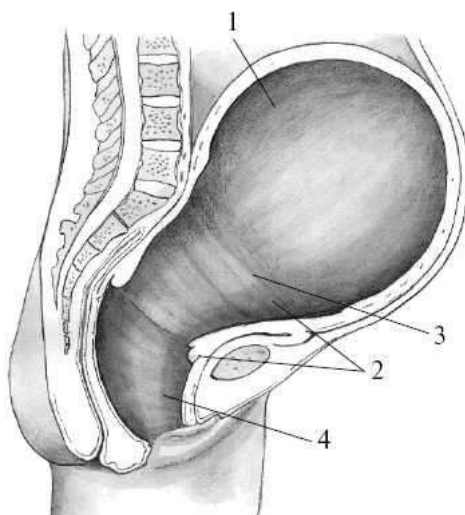


Рис. 1. Строение матки в родах. 1 - тело матки; 2 - нижний сегмент; 3 - контракционное кольцо; 4 – влагалище

Мышцы тела матки, сокращаясь, способствуют раскрытию шейки и изгнанию плода и последа.

Дистракция - расслабление циркулярных (круговых) мышц шейки матки, что способствует раскрытию шейки матки.

Во время схваток возрастает внутриматочное давление, а во время потуг и внутрибрюшное давление.

Потуги наступают рефлекторно вследствие раздражения подлежащей частью плода нервных элементов, заложенных в шейке матки, мышцах тазового дна и параметральной клетчатке. Потуги возникают произвольно, но роженица до известной степени может регулировать их (усиливать при напряжении и ослаблять при глубоком дыхании).

Одновременное повышение внутриматочного давления (схватки) и внутрибрюшного давления (потуги) способствует продвижению плода по родовым путям.

4. Периоды родов и их течение

По определению ВОЗ, "Нормальные роды - это роды, которые начинаются спонтанно у женщин низкого риска в начале родов и остаются таковыми в течение всех родов: ребенок рождается спонтанно в головном предлежании при сроке беременности от 37 до 42 полных недель, и после родов мать и ребенок находятся в хорошем состоянии".

Роды разделяют на три периода:

- период раскрытия,
- период изгнания,
- последовый период.

Общая продолжительность родов зависит от многих обстоятельств: возраст, подготовленность организма женщины к родам, особенности костного таза и мягких тканей родовых путей, размера плода, характера подлежащей части и особенности ее вставления, интенсивность изгоняющих сил и др.

Средняя продолжительность *нормальных родов* у первородящих равна около 10 часов, у повторнородящих - 7-8 часов.

Стремительными являются роды у первородящих продолжительностью 4 часа, у повторнородящих - 2 часа.

Быстрые роды соответственно 5-6 часов и 3-4 часа.

I период: - 8-10 часов у первородящей; 6-8 часов у повторнородящей;

II период: - первородящие - 45-60 мин; повторнородящие - 20-30 мин;

III период - 5-15 мин, максимум 30 мин.

ФИЗИОЛОГИЯ РОДОВ

ПЕРИОДЫ РОДОВ

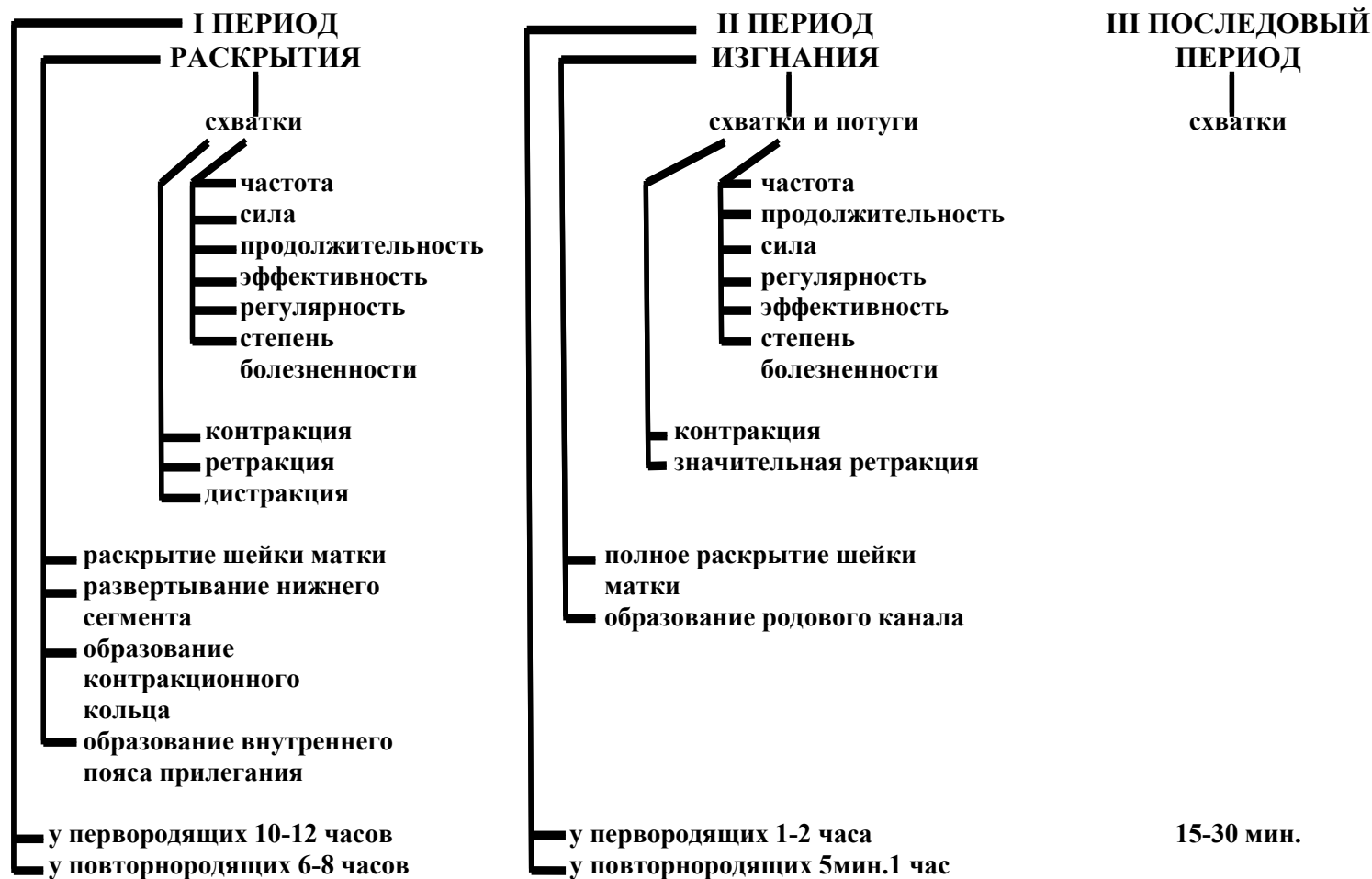
РАЗНОВИДНОСТИ
РОДОВОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

КРИТЕРИИ
ОЦЕНКИ
РОДОВЫХ СИЛ

ИЗМЕНЕНИЯ
В МИОМЕТРИИ
В РОДАХ

СОСТОЯНИЕ
РОДОВЫХ
ПУТЕЙ

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ
РОДОВ
ПО ПЕРИОДАМ



I период родов - период раскрытия шейки матки до степени, достаточной для изгнания плода из полости матки, т. е. на 10 см. У первородящих женщин сначала раскрывается внутренний зев, а потом уже наружный, у повторнородящих женщин внутренний и наружный зев открываются одновременно. Другими словами, у первородящей женщины сначала идет укорочение и сглаживание шейки, а уже потом раскрытие наружного зева. У повторнородящей женщины идет одновременно и укорочение, и сглаживание, и раскрытие шейки.

Средняя скорость раскрытия шейки от 1 до 2 см в час.

Раскрытию шейки матки способствует перемещение околоплодных вод в сторону нижнего полюса плодного пузыря.

Головка, опускаясь и прижимаясь ко входу в малый таз, со всех сторон соприкасается с областью нижнего сегмента. Место охвата головки плода стенками нижнего сегмента матки называется **поясом соприкосновения**, который делит околоплодные воды на передние и задние. Под напором околоплодных вод нижний полюс плодного яйца (плодный пузырь) отслаивается от стенок матки и внедряется во внутренний зев канала шейки. Во время схваток плодный пузырь наливается водой и напрягается, способствуя раскрытию шейки. Разрыв плодного пузыря происходит при максимальном растяжении нижнего полюса во время схватки.

Оптимальное -спонтанное вскрытие плодного пузыря при раскрытии шейки матки 7-8 см у первородящей, а у повторнородящей - 5-6 см.

Большему напряжению околоплодного пузыря способствует продвижение головки по родовому каналу. Если воды не отходят, проводится их искусственное вскрытие, которое называется *амниотомия*.

Преждевременным считается отхождение вод до начала родовой деятельности, *ранним* - в первом периоде родов, но до оптимального раскрытия. При спонтанном или искусственном вскрытии плодного пузыря отходят передние околоплодные воды, а задние воды изливаются вместе с ребенком.

Первый период начинается с регулярных схваток (продолжительностью не менее 25 с, с интервалом не более 15 мин) и раскрытия шейки (при этом оптимальным являются целые воды и головка, прижатая ко входу в малый таз). Первый период заканчивается, когда шейка полностью раскрыта (на 10 см), схватки - каждые 3-4 мин по 60 с, и начинаются потуги, воды отошли, и головка к этому времени должна опуститься на тазовое дно.

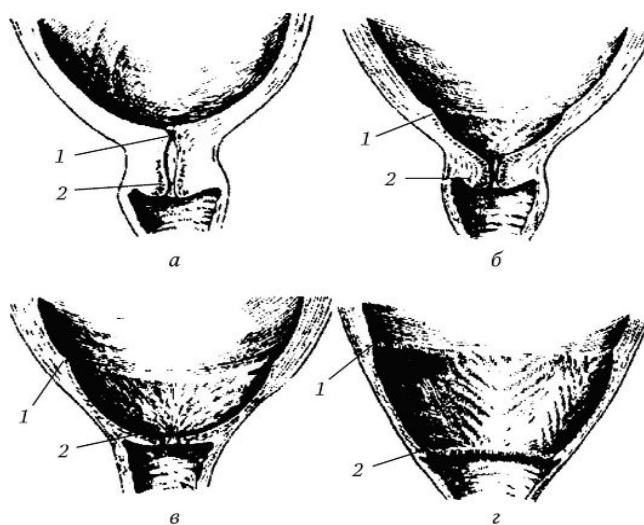


Рисунок 2 - Раскрытие шейки у первородящей (по: Каплан А. Л., 1950):
а - шейка матки первородящей до начала родов; б - шейка резко укорочена; в - шейка сглажена; г - раскрытие наружного зева полное; 1 - внутренний зев; 2 - наружный зев

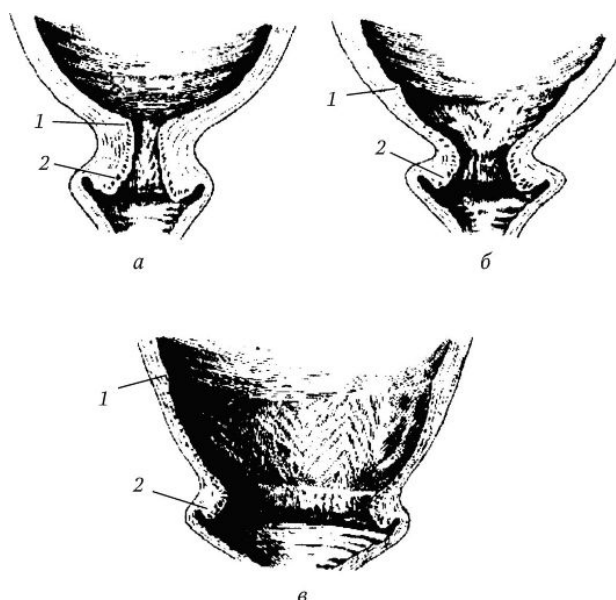


Рисунок 3 - Раскрытие шейки у повторнородящей (по: Каплан А. Л., 1950):
 а - шейка в конце беременности; б - начало периода раскрытия; в - конец периода раскрытия; 1 - внутренний зев; 2 - наружный зев

II период родов - период изгнания начинается после полного раскрытия зева и заканчивается рождением ребенка. Схватки приобретают потужной характер и наступают каждые 3 мин продолжительностью почти минуту. Головка в полости малого таза или на тазовом дне. Возрастает внутриматочное давление, а затем и внутрибрюшное давление.

К схваткам присоединяются **потуги** - рефлекторно возникающие сокращения поперечно-полосатой мускулатуры брюшного пресса. Потугами роженица может управлять - усиливать или ослаблять.

Во время потуг дыхание роженицы задерживается, диафрагма опускается, мышцы живота сильно напрягаются, внутриутробное давление возрастает.

II период родов заканчивается рождением ребенка. Продолжительность его 30-60 мин у первородящих и 20- 30 мин у повторнородящих. В течение этого периода женщина ощущает частые, продолжительные, сильные и болезненные схватки, ощущает сильное давление на прямую кишку и мышцы промежности, что заставляет ее тужиться. В связи с этим может быть учащение пульса, повышение АД, вследствие напряжения и задержки дыхания отмечаются гиперемия лица, нарушение ритма дыхания, дрожание и судороги в мышцах.

III период - последовый период. После рождения плода начинается третий период родов – последовый (15-20 мин). В III периоде родов происходит:

1. Отделение плаценты и оболочек от стенок матки.
2. Изгнание отслоившегося последа из половых путей.

Спустя несколько минут после рождения плода возобновляются схватки, способствующие отслоению плаценты и изгнанию отделившегося последа (плацента, оболочки, пуповина).

Рождению последа, отделившегося от стенок матки, кроме схваток, способствуют потуги, которые возникают при перемещении последа во влагалище и раздражении мышц тазового дна.

Выравнивается дыхание у женщины, исчезает тахикардия, артериальное давление приходит к исходному уровню. Температура тела обычно нормальная. Кожные покровы имеют обычную окраску.

Последовые схватки обычно не вызывают неприятных ощущений. Умеренно болезненными схватки бывают только у повторнородящих.

После рождения последа матка резко сокращается.

5. Принципы ведения родов

Началом родовой деятельности считают появление регулярных схваток. Иногда роды ведут под контролем кардиотокографии (КТГ) – одновременно фиксируя сократительную деятельность матки и сердцебиение плода, для того, чтобы предупредить осложнения в родах.

В первом периоде родов

- необходимо измерять артериальное давление у роженицы, считать пульс;
- вести подсчёт схваток (длительность хваток и пауз между ними),
- выслушивать с/биение плода каждые 25-20 минут.
- По назначению врача провести профилактику кровотечения в послеродовом периоде: внутривенно ввести 40% - 20,0 глюкозу + 5 ед (1, 0 мл) окситоцина;
- В конце первого периода родов – определить признак Вастена (соответствие головки плода и таза матери), чтобы исключить клинически узкий таз.

Во втором периоде родов

- необходимо измерять артериальное давление у роженицы, считать пульс;
- выслушивать с/биение плода после каждой потуги;

Длительность 2 периода родов: от 30 минут до 1 часа. При прорезывании головки (если нет рядом врача или акушерки) необходимо оказывать акушерское пособие в родах – бережно вывести из родовых путей головку и плечевой пояс плода, стерильным баллончиком отсосать слизь из дыхательных путей новорожденного.

Акушерское пособие в родах

Регулирование продвижения врезывающейся головки. Во время врезывания головки плода акушерка, стоя справа от роженицы, располагает левую руку на лобке роженицы, концами четырех пальцев осторожно надавливает на головку, препятствуя быстрому разгибанию ее и сдерживая стремительное ее рождение.

Правую руку акушерка кладет на промежность таким образом, чтобы ладонь находилась в области промежности, ниже задней спайки, а пальцы располагались по сторонам от вульварного кольца — большой палец на правой, четыре — на левой большой половой губе.

В паузах между потугами акушерка производит так называемый заем тканей: ткани клитора и малых половых губ, как менее растянутые ткани вульварного кольца, низводятся в сторону промежности для предотвращения ее разрыва.



Рисунок 4- Положение рук акушера при врезывании головки

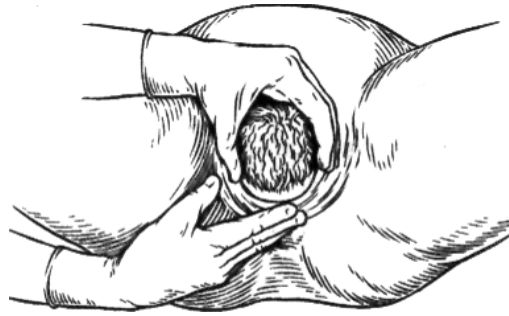


Рисунок 5 - Выведение головки плода

Выведение головки. После рождения затылка головка областью подзатылочной ямки (точкой фиксации) подходит под нижний край лонного сочленения. В этот момент роженице запрещают тужиться, а головку выводят вне потуги, уменьшая тем самым риск возникновения травмы промежности. Роженице предлагают глубоко дышать, так как ритмичное дыхание помогает преодолеть потугу.

Акушерка левой рукой захватывает головку плода и постепенно осторожно разгибает ее, а правой рукой сдвигает с головки ткани промежности. Таким образом постепенно рождаются лоб, личико и подбородок плода. Если после рождения головки обнаруживается обвитие пуповины, то осторожным подтягиванием ее снимают с шеи через головку. Если снять пуповину не удастся, ее пересекают между зажимами Кохера.

Освобождение плечевого пояса. После рождения головки в течение 1—2 потуг рождаются плечевой пояс и весь плод.

При прорезывании плечиков есть риск возникновения травмы промежности. Защита промежности в момент рождения плечиков: после того как переднее плечико подходит под нижний край лонного сочленения и становится точкой опоры, акушерка осторожно сдвигает ткани промежности с заднего плечика. При задержке самостоятельного рождения плечевого пояса головку захватывают обеими руками таким образом, чтобы ладони располагались в области ушей, висков, щек, не сдавливая при этом шею.



Рисунок 6 - Выведение переднего плечика

Головку вначале осторожно оттягивают вниз, способствуя рождению переднего плечика. После этого левой рукой приподнимают головку плода кпереди и сразу после рождения головки правой рукой низводят промежность с заднего плечика, предупреждая тем самым ее травму (рис. 4).



Рисунок 7 - Выведение заднего плечика

Выведение туловища. После рождения плечевого пояса обеими руками осторожно держат плод в области грудной клетки (указательные пальцы обеих рук при этом располагаются в подмышечных впадинах) и приподнимают туловище плода кпереди

В результате без затруднений рождаются туловище и ножки плода. Родившегося ребенка кладут на стерильную пеленку. Изголовье кровати, на которой находится роженица, опускают, т.е. ее переводят в горизонтальное положение.

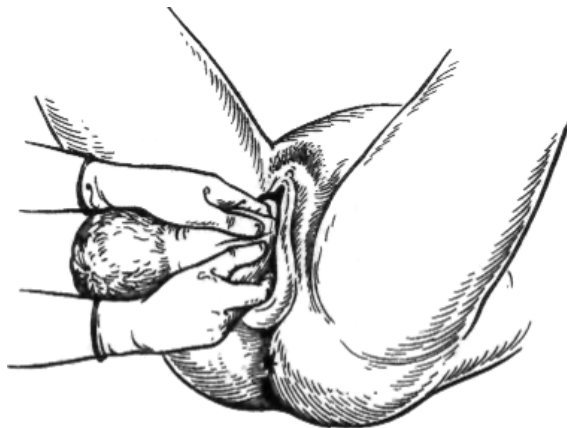


Рисунок 8 - Выведение туловища

После рождения плода начинается завершающий период родов — последовый. Несмотря на кратковременность, он требует тщательного наблюдения и врача, и акушерки из-за опасности возникновения кровотечения.

После рождения ребёнка выкладывают на грудь матери, чтобы заселился материнской флорой, кроме того, данная процедура формирует материнский инстинкт у роженицы; после прекращения пульсации пуповины, на неё накладывают 2 зажима (один на 10 см кнаружи от пупочного кольца, а другой на 2 см кнаружи от него). Участок пуповины между 2 зажимами обрабатывают 5% спиртовой настойкой йода и пересекают его.

6. Первичный туалет новорожденного

После рождения ребёнка, пока пульсирует пуповина, ребёнка выкладывают на грудь матери, чтобы заселялся материнской флорой. После прекращения пульсации пуповины. До пережатия пуповины акушерка закладывает в глаза, за нижнее веко новорождённого 1% тетрациклиновую, или 1% эритромициновую глазную мазь, девочкам — и на наружные половые органы. Таким образом проводится профилактика хламидийного поражения глаз (офтальмобленнорея) и половых органов у девочек, так как инфицирование возможно при прохождении плода по родовым путям.

Первичная обработка пуповины производится после полного прекращения пульсации ее сосудов, что обычно происходит через 2—3 мин после рождения плода. Пуповину не следует пересекать до прекращения пульсации сосудов, так как за это время к плоду поступает около 50—100 мл крови. Перед пересечением пуповину протирают спиртом на расстоянии 10—15 см от пупочного кольца, затем накладывают три зажима Кохера: один зажим на расстоянии 10 см от пупочного кольца, второй — на 2 см ниже первого и третий — как можно ближе к вульварному кольцу. Участок пуповины между первыми двумя зажимами акушерка обрабатывает 70 % этиловым спиртом и пересекает стерильными ножницами (рис. 6). Срез детской культи пуповины смазывают 1% раствором йодоната или 5 % спиртовой настойкой йода.



Рисунок 9 - Первичная обработка пуповины

Затем акушерка показывает ребенка матери, обращая ее внимание на пол и врожденные аномалии развития, если они имеются.

Акушерка выводит роженице мочу катетером в лоток, а другой лоток подкладывает под ягодицы женщины и опускает в него конец пуповины с зажимом, а новорожденного переносит на пеленальный столик, покрытый стерильной пеленкой, и приступают к окончательной (вторичной) обработке пуповины.

Акушерка повторно обрабатывает руки одним из кожных антисептиков. Плодовый отрезок пуповины дополнительно обрабатывают спиртом, выжимают из него оставшуюся кровь. На расстоянии 0,5 см. от пупочного кольца на пуповину с помощью зажима накладывают скобу Роговина. Пуповинный остаток над скобой отсекают стерильными ножницами, поверхность среза пуповины смазывают 5 % раствором калия перманганата. На остаток пуповины с наложенной на него скобой защитную повязку не накладывают, можно из баллончика побрызгать пленкообразующим антисептическим препаратом, заживление будет происходить открытым способом.

Закончив обработку пуповины, акушерка протирает кожные покровы новорожденного стерильной пелёнкой, сыровидную смазку не удаляют.

После завершения туалета новорожденного осматривают с целью исключения врожденных аномалий развития или повреждений, возникающих иногда в родах (перелом ключицы, плечевой кости, образование кефалогематомы и др.).

Затем ребенку измеряют массу тела, рост (длину), окружность головки по прямому размеру, окружность плечиков. Отмечают признаки зрелости или незрелости, недоношенности или перекошенности. На ручки надевают «браслеты» мальчикам голубого, а девочкам розового цвета, где указываются фамилия, имя и отчество матери, пол ребенка, его масса и рост, а также дата рождения. Ребенка пеленают, и оставляют на 2 ч на специальном столике.

В третьем, последовом, периоде родов происходит отделение плаценты от стенок матки и рождение последа.

Последовый период ведут активно-выжидательно.

Алгоритм ведения последового периода (третьего периода родов)

- необходимо вывести мочу у роженицы катетером,
 - следить за признаками отделения последа:
1. Шредера: дно матки поднимается выше пупка и отклоняется вправо,
 2. Альфельда – удлинение материнского отрезка пуповины (рисунок 10).
 3. Довженко: при вдохе и выдохе пуповина не втягивается обратно в половые пути роженицы;
 4. Появление выпячивания над лоном;
 5. Клейна: при потугах пуповина удлиняется;
 6. Штрассмана: при поколачивании по брюшной стенке над лоном, толчки на пуповину не передаются.

7. Кюстнера-Чукалова: при надавливании ребром ладони над лоном – пуповина не вытягивается в половые пути (рисунок 11).
8. Микулича-Радецкого- отделившийся послед в матке опускаясь вниз вызывает желание потужиться.
 - уметь применить (при отсутствии врача и акушерки) способы выделения отделившегося послета:

Необходимо привести матку в срединное положение, затем провести бережный массаж матки через переднюю брюшную стенку, а далее приступить к одному из методов выделения послета.

а) По Абуладзе - роженице предлагают потужиться, собрав брюшную стенку 2 руками в продольную складку, причём большие пальцы обеих рук располагаются с одной стороны продольной складки, а остальные пальцы – с другой (рисунок 12).

б) По Гентеру: роженица не тужится! надавливание кулаками книзу и внутрь у трубных углов матки (в последнее время не проводится- вероятность выворота матки).

в) По Креде-Лазаревичу: женщина не тужится, послед выжимают правой рукой, таким образом, что большой палец находится на передней поверхности матки, дно матки – в ладони, а 4 пальца на задней поверхности матки (рисунок 13).
 - уметь подсчитать кровопотерю в родах.

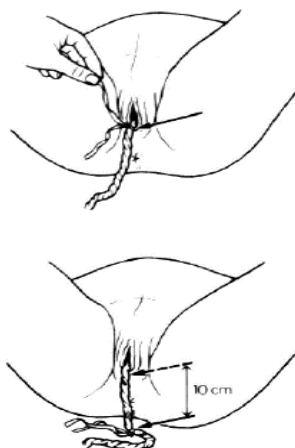


Рисунок 10 - Признак отделения плаценты по Альфельду

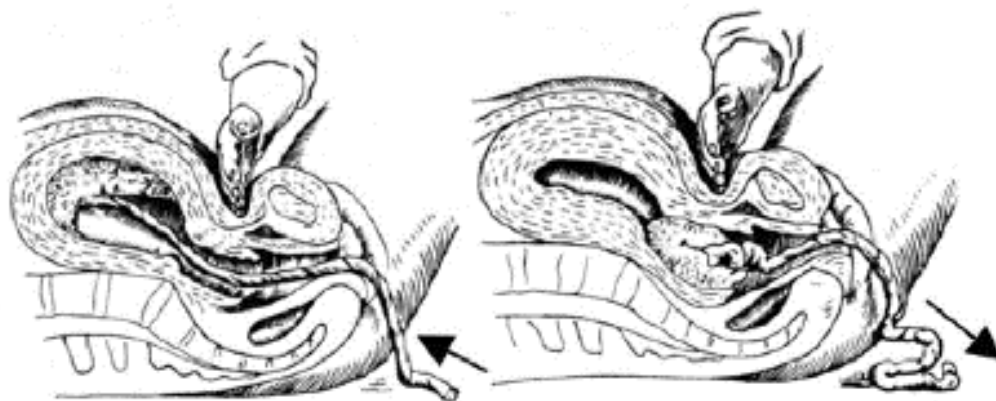


Рисунок 11 - Признак отделения плаценты Чукалова - Кюстнера. А - плацента не отделилась; Б - плацента отделилась

С целью стимуляции сокращения матки в последовом периоде , в периоде изгнания плода, в момент прорезывания теменных бугров головки плода, женщине внутривенно вводят 1 мл окситоцина, разведённого в 20 мл 40% глюкозы.



Рисунок 12 - Выделение отделившегося последа по Абуладзе

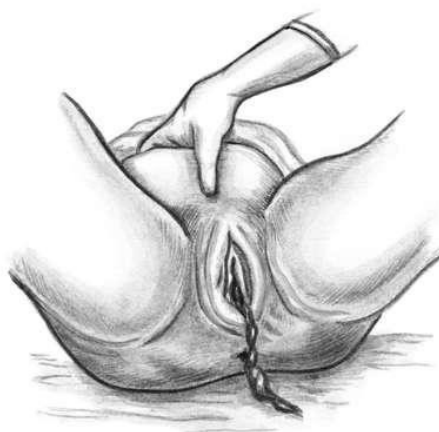


Рисунок 13 - Выделение отделившегося последа по Креде-Лазаревичу

Физиологическая кровопотеря составляет до 0,5 % от массы тела женщины, при гестозах и ожирении – до 0,3%.

Родившийся послед осматривают, чтобы убедиться в целостности плаценты и оболочек. Средняя продолжительность последового периода – 15 минут.

После рождения последа врач осматривает родовые пути женщины, чтобы не пропустить разрывы. Имеющиеся разрывы зашивают. Кладут холод на низ живота. Родильница на 2 часа остаётся в родзале, так как существует опасность возникновения кровотечения.

Роженицам, относящимся к группе повышенного риска развития кровотечений в последовом и раннем послеродовом периодах (многорожавшие женщины, при многоводии или многоплодной беременности, с большим количеством аборт в анамнезе, имевшие кровотечение в последовом и раннем послеродовом периодах при предыдущих родах), после перевода в родзал, начинают внутривенное капельное введение 1,0 окситоцина + изотонический раствор натрия хлорида. В последнее время в роддоме Саянской городской больницы применяют после рождения ребёнка окситоцин 1,0 (5 ед.) в надлобковую область. Если в родах проводилось внутривенное капельное введение окситоцина, то введение продолжают еще в течение 5—30 мин последового периода.

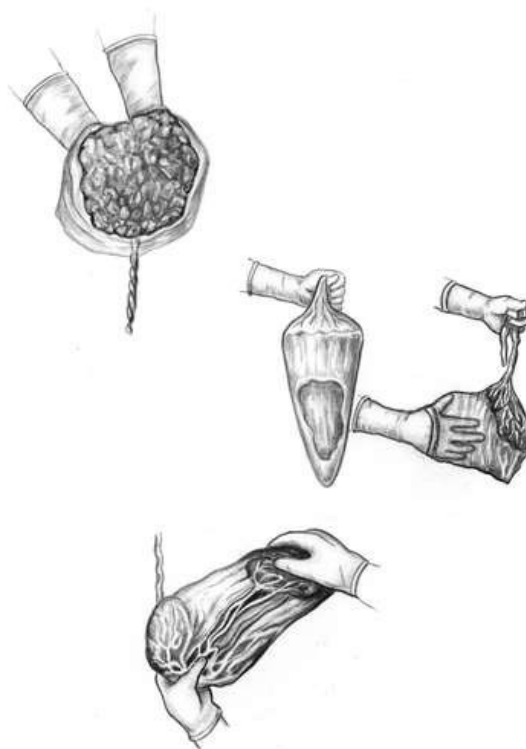


Рисунок 14 - Осмотр плаценты после рождения. А - осмотр материнской поверхности плаценты; Б - осмотр плодных оболочек; В - добавочная доля плаценты с сосудами, идущими к ней

7. Оценка состояния новорождённого

Оценку состояния новорождённого проводят сразу после рождения и на 5 минуте после рождения.

Шкала Апгар

Симптомы	Оценка в баллах		
	0	1	2
ЧСС (в 1 мин.)	Отсутствует	Менее 100	100 и более
Дыхание	Отсутствует	Брадикапноэ, нерегулярное	Нормальное, громкий крик
Мышечный тонус	Конечности свисают	Некоторое сгибание конечностей	Активные движения
Рефлекторная возбудимость (реакция на носовой катетер, раздражение подошв)	Не реагирует	Гримаса	Кашель, чихание, крик
Окраска кожи	Генерализованная бледность или цианоз	Розовая окраска тела и синюшная конечностей (acroцианоз)	Розовая окраска всего тела и конечностей

1. Асфиксия средней тяжести (умеренная) - 4-6 баллов на первой минуте, к пятой - 8-10 баллов

2. Тяжелая асфиксия- 0-3 балла по шкале Апгар на 1-й минуте, к 5-й - менее 7 баллов

8. Сестринский уход в послеродовом периоде. Принципы ведения раннего послеродового периода

Послеродовой период начинается с момента рождения последа и продолжается 6-8 недель. (Ранний послеродовой период длится 2 часа и женщина проводит его в родзале, так как велика вероятность возникновения кровотечения).

В этом периоде происходит обратное развитие (инволюция) половых органов женщины и изменений в других органах и тканях, возникших в связи с беременностью и родами. Исключение представляют молочные железы, их функция достигает максимального развития в послеродовом периоде.

Наиболее выраженные инволюционные процессы происходят в половой системе женщины, особенно в матке. После рождения последа матка приобретает шаровидную форму, дно ее располагается на уровне пупка, её длина составляет 15 см, масса около 1 кг. В дальнейшем матка постепенно уменьшается в размерах, ВСДМ ежедневно уменьшается на 1,5- 2 см (приблизительно на палец).

Так на 3-ий день после родов дно матки определяется на 2 пальца ниже пупка, на 4-ый - на 3 пальца ниже пупка, на 5-ый - на середине между пупком и верхним краем лонного сочленения. На 10 день - на уровне лонного сочленения, хотя может уже и не определяться через брюшную стенку.

Внутренняя поверхность матки представляет собой обширную раневую поверхность, заживление происходит постепенно и полностью завершится к 20-25 дню послеродового периода.

Функция матки восстановится через 40-60 дней после родов. Процесс заживления сопровождается образованием раневого секрета - лохий.

Лохии состоят из элементов крови - эритроцитов, лейкоцитов, тромбоцитов в стадии распада и обрывков децидуальной (отпадающей) оболочки. В норме - запаха не имеют. в первые 3-4 дня они имеют кровянистый характер, с 4-5 дня - серозно-красные, с 6-8 дня - серозно-сукровичные, с 9 -10 дня светлые. в первые 3 дня количество лохий значительное, к 6-7 дню их количество уменьшается. выделение лохий заканчивается к концу 5-ой недели

Процесс формирования шейки матки происходит в течение 2-3 недель послеродового периода. Вначале формируется и закрывается внутренний зев (к 10 дню послеродового периода, а затем к концу 3-й недели происходит закрытие наружного зева).

В яичниках происходит обратное развитие желтого тела беременности. У не кормящих грудью женщин менструальный цикл восстанавливается через 6-8 недель, у кормящих позже. Молочные железы достигают своего высшего развития. В первые 2-3 дня послеродового периода из молочных желез отделяется молозиво - жидкость желтоватого цвета, содержащая белок, жир, слущенный эпителий молочных желез и лейкоциты в стадии распада. С 3-4 дня появляется молоко, которое содержит все необходимые вещества для развития ребёнка и антитела, создающие у ребёнка пассивный иммунитет по отношению к инфекции.

При организации ухода за родильницей особо важное значение имеет соблюдение правил асептики и антисептики. Раневая поверхность матки, мелкие ссадины, трещины и разрывы мягких родовых путей могут служить входными воротами для инфекции, поэтому занесение инфекции в половые пути родильницы представляет собой реальную угрозу в отношении развития послеродовой септической инфекции. Так же опасно попадание инфекции на трещины сосков, нередко образующихся у родильниц.

В первые 3 суток у родильниц наблюдается повышенная потливость, у некоторых родильниц могут возникнуть трудности с мочеиспусканием. АД в начале несколько понижено, потом нормализуется, ЧСС в норме, ЧДД-14-16 в минуту. Температура тела не более 37 градусов.

Для профилактики инфекционных осложнений в послеродовом периоде

1. Имеет большое значение соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов, подмывание родильниц не менее 2-х раз в день раствором калия перманганата в разведении 1:4000, смена подкладных не менее 4-х раз в сутки в первые 3-4 суток послеродового периода.
2. Осуществляется принцип активного ведения послеродового периода. Практикуется раннее вставание родильницы после родов – в первые сутки, для лучшего оттока лохий, в том числе тем родильницам, у которых имеются швы на промежности при разрывах 1-2 степени – кроме того, с первых суток послеродового периода и до выписки из акушерского стационара родильницы выполняют комплекс упражнений лечебной гимнастики.
3. Оправдана ранняя выписка из отделения - на 3 сутки.
4. Соблюдается цикличность заполнения палат. В СГБ в родильном отделении практикуют совместное содержание матери и ребёнка в послеродовых палатах физиологического акушерского отделения;
5. Свободное вскармливание, которое является профилактикой маститов, лактостаза. Кроме того, мать активно ухаживает за ребёнком и ограничивается контакт с медперсоналом, снижается возможность инфицирования ребёнка.
6. Для заселения материнской флорой ребёнка выкладывают на грудь матери сразу после рождения, пока пульсирует пуповина.
7. Прикладывают к груди матери новорождённого ещё в родзале, лучше в первые 30 минут после рождения, обязательно не позднее 2 часов после рождения (если нет противопоказаний).
8. Во избежание развития мастита необходим правильный уход за молочными железами. Каждое утро родильница моет молочные железы в следующем порядке: сосок, молочную железу, подмышечную впадину, а затем высушивают индивидуальным полотенцем. После кормления к соску прикладывают стерильную салфетку с прокипяченным растительным маслом или солкосерилом.

Активный метод ведения послеродового периода повышает жизненный тонус родильниц, улучшает функцию ССС, дыхательной системы, мочевого пузыря и кишечника. Современный метод ведения послеродового периода способствует оттоку лохий, ускоряет инволюцию половых органов, является эффективной мерой профилактики послеродовых септических заболеваний и профилактики тромбофлебитов. При соблюдении принципов раннего вставания, родильница пользуется комнатой личной гигиены, проводит туалет наружных половых органов (раствором перманганата калия 1:4000, фурациллина 1: 5000) – 3 раза в день первые 3 дня, а в последующие – 2 раза в день. Для снятия раздражения слизистых оболочек рекомендуется отвар ромашки или заваривать травяной сбор «элекасол».

Родильницам, имеющим швы на промежности, до их снятия запрещается самостоятельно проводить туалет наружных половых органов. В последнее время швы не снимают, так как шьют рассасывающимся шовным материалом. Швы им обрабатывают 3% раствором перекиси водорода (после обработки наружных половых органов), либо раствором хлоргексидина. Не сидеть 2 недели. Лежачим родильницам проводят туалет наружных половых органов 2-3 раза в сутки, подмывая их на судне.

Температура у родильницы измеряется 2 раза в день (утром и вечером), измеряют АД, считают пульс.

Пальпируют живот: он должен быть безболезненным и мягким, измеряют ВСДМ. Если матка сокращается плохо, врач назначает препараты, усиливающие её сокращения (окситоцин, метилэргометрин).

Необходимо охарактеризовать лохии (количество, цвет, запах), осматривают состояние наружных половых органов (отёк, гиперемия).

Учитывая, что при задержке мочеиспускания и дефекации матка сокращается медленно, следят за физиологическими отправлениями. Мочеиспускание должно быть не менее 5-6 раз в сутки, а дефекация - ежедневно. При задержке мочеиспускания назначают прозерин 1,0 подкожно, при задержке стула ставят очистительную клизму.

Подкладные родильницы меняют не реже 4 раз в день. Постельное бельё - 1 раз в 3 дня, ежедневно родильницы принимают душ и меняют нательное бельё.

Питание кормящей матери должно быть строго сбалансировано. Пищевой рацион должен быть увеличен на 1/3 по сравнению с обычным, т. к. родильница затрачивает дополнительную энергию. Калорийность должна быть 3200 ккал (белки 112г., жиры-88г., углеводы 310-320г)

Жидкость кормящей матери требуется в количестве 2000 мл в сутки. обязательное включение в рацион витаминов А,В,С,Е и минеральных солей (кальций, фосфор, магний, железо). При возникновении гипогалактии у родильницы врач может назначить но-шпу в/м и окситоцин 1 мл в/м.

Каждая медицинская сестра должна проводить последовательную политику стимуляции грудного вскармливания, базируясь на декларации ВОЗ, состоящую из следующих заповедей:

1. ведение здорового образа жизни,
2. подготовка молочных желёз к кормлению ещё во время беременности,
3. разъяснение преимуществ грудного вскармливания перед искусственным,
4. первое прикладывание к груди – в первые 30 минут после рождения ребёнка,
5. кормление ребёнка по требованию, в любое время суток с любой частотой (свободное вскармливание),
6. не следует давать новорождённому другой пищи или питья кроме грудного молока (за исключением медицинских показаний),
7. не следует давать ребёнку средств, имитирующих грудь (соски),
8. ребёнка кормить грудью не менее чем до года,
9. поощрять создание групп поддержки грудного вскармливания
10. направлять родильниц после выписки из стационара в группы поддержки грудного вскармливания.

В палатах послеродового отделения должны в течение суток 2 раза проводить влажную уборку, один раз обязательно с применением дезинфектантов (3 % перекиси водорода) и 6 раз в сутки кварцевание и проветривание палат. После выписки проводят заключительную дезинфекцию.

Алгоритмы манипуляций

Подсчёт и оценка схваток

Цель: научить студента определять начало и конец схватки, интервал между ними, оценить их силу.

Оснащение: секундомер; листок наблюдения; ручка.

Методика выполнения:

1. Представиться пациентке и выяснить, как обращаться к ней.
2. Ознакомить женщину с необходимостью, целью и ходом выполнения процедуры: Получить согласие на выполнение манипуляции.
3. Обработать руки гигиеническим способом.
4. Сестра рядом с кроватью роженицы, роженица лежит в положении лёжа на спине;
5. Правую руку положить на дно матки, а в левую руку взять секундомер;
6. Заметить по секундомеру начало напряжения матки и время её расслабления;
7. Оценить силу схватки (сильные, умеренные, слабые);
8. Отметить временной интервал между схватками, просчитав 3-4 схватки подряд;
9. Занести полученные результаты в листок наблюдения.
10. Эта процедура повторяется каждые 30 минут.

Выслушивание и оценка сердцебиения плода

Цель: научить студента с помощью акушерского стетоскопа отыскать место наилучшего выслушивания сердцебиения плода и оценить его.

Оснащение:

- секундомер;
- акушерский стетоскоп;
- листок наблюдения;
- 70 % этиловый спирт и шарики.
- ручка.

Методика выполнения:

1. Представиться пациентке. Выяснить, как обращаться к ней.
2. Ознакомить женщину с необходимостью, целью и ходом выполнения процедуры: Получить согласие на выполнение.
3. Пациентка лежит в положении «на спине»;
4. Необходимо сесть слева от неё;
5. Протереть стетоскоп шариком со спиртом и взять его в правую руку;
6. В левую руку взять секундомер;
7. С помощью акушерского стетоскопа найти место наиболее ясного выслушивания с/биения плода (при головном предлежании ниже пупка, при ягодичном предлежании - выше пупка, при поперечном - на уровне пупка);
8. При первой позиции плода сердцебиение выслушивают слева, а при второй позиции – справа от пупка пациентки
9. При выслушивании с/биения руку от стетоскопа убрать;
10. С помощью секундомера засечь время и посчитать количество ударов в мин. (для исключения ошибки сравнить с пульсов роженицы, который по ритму не должен совпадать с сердцебиением плода);
11. Отметить ритмичность и чёткость ударов.
12. Вновь протереть стетоскоп шариком со спиртом;
13. Вымыть и вытереть руки;
14. Занести полученные данные в листок наблюдения.
15. В норме сердцебиение плода -120-140 ударов в минуту чёткое, ритмичное.

Подсчёт кровопотери в родах (по Дзигуа, Скребушевской)

Для определения объема кровопотери существует несколько способов, достоверность которых неодинакова.

Первый, наиболее распространенный способ — собирание крови, выделяющейся из половых путей, в специальный тазик и последующее измерение ее в градуированной колбе емкостью 1—2 л. К количеству крови, измеренному таким способом, прибавляют массу крови, излившейся на подкладные пеленки; ее определяют по разнице в массе сухой подкладной пеленки и смоченной кровью.

Второй способ — определение процента потерянной крови (в миллилитрах) к массе тела роженицы перед родами. Кровопотеря до 0,5% к массе тела роженицы обычно является физиологической; кровопотеря в 0,7—0,8% и больше, как правило, патологическая и может обусловить возникновение симптомов декомпенсированной кровопотери.

Состояние кровопотери представляет собой сложный комплекс патологических явлений, в развитии которых объем потерянной крови является не единственным, а лишь одним из важных патогенетических факторов.

При оценке кровопотери, как указано выше, надо учитывать не только ее размеры, но и компенсаторные особенности организма. Они выражаются в особенностях общего вида больной, ее реакциях, состоянии артериального давления, пульса, дыхания.

Имеет также большое значение тщательная оценка общего состояния роженицы к моменту родов и характера кровотечения (быстрота, объем).

Определение кровопотери во время родов

Оснащение: почковидный лоток, градуированный цилиндр, весы.

Примечания.

1. Обычно последовый период проводит медицинский работник, который принимал роды и подготовлен в соответствии с требованиями.

2. Фактическая кровопотеря в родах определяется с помощью объемно-весового метода и оценивается в последовом периоде (до рождения последа после его рождения) и через 2 часа после родов.

Для выяснения кровопотери объемно-весовым методом под таз женщины подкладывают почковидный лоток с пометкой, которая соответствует физиологической кровопотере, и следят за его наполнением (или периодически выливают кровь в сосуд соответствующей вместимости).

1. Кровь из почковидного лотка слить в градуированный цилиндр.

2. Определить количество потерянной крови, учитывая, что 100 мл крови весят 120 г.

3. После окончания родов все пеленки и ватные шарики, пропитанные кровью взвесить на весах.

4. Отнять от полученной величины вес сухих пеленок и перевязочного материала.

5. К полученной цифре добавить массу крови в мерном сосуде и получить величину кровопотери в родах.

6. Сопоставить массу потерянной крови и массу тела женщины, определить процент кровопотери.

7. Прозеинфицировать использованное оборудование.

8. Сделать отметку в соответствующем медицинском документе.

Необходимо следить за количеством крови, которую теряет роженица в последовый период до рождения последа. Если кровопотеря превысила физиологическую, то немедленно приступают к удалению последа из полости матки.

Примечания: в начале родов необходимо знать вес сухих пеленок и перевязочного материала, который будет использоваться в родах.

Сравнив массу потерянной крови и массу тела женщины, выясняется процент кровопотери и определяется дальнейшая тактика.

Алгоритм обследования родильницы в раннем послеродовом периоде (первые 2 часа после окончания родов):

1. Проводят в родильном зале на кровати Рахманова.
2. Положение родильницы такое же, как и при ведении послеродового периода.
- 3.

Действия	В норме	При наиболее частых отклонениях	Наиболее вероятные причины
1	2	3	4
3.1. Определяют: - самочувствие	Усталость, сонливость	Возбуждение, чувство страха, резкая слабость	Кровопотеря больше физиологической, недостаточность кровообращения
-поведение	Адекватное	Неадекватное	Стрессовая реакция
-ЧСС	Умеренная брадикардия	Тахикардия	Кровопотеря выше физиологической, сердечно-сосудистая недостаточность
-АД	В пределах исходного (до начала родов)	Снижено	То же
-t	Нормальная или субфебрильная	Повышена	Инфекция

Продолжение таблицы			
Действия	В норме	При наиболее частых отклонениях	Наиболее вероятные причины
-положение, тонус, форма и величина матки	Симметрична, плотная, овоидная, дно на 3-4 см ниже пупка	Симметричная, выше пупка, тонус снижен	Гипотония матки
-кровотечение	Нет	Продолжается	Разрывы мягких родовых путей, гипотония, остатки плацентарной ткани
3.2. Производят осмотр родовых путей зеркалами -Преддверие влагалища после разведения больших половых губ	Слизистая гладкая, синюшная, передняя и задняя спайки целы	Кровоточащие участки слизистой преддверия	Травмы слизистой (разрывы)
		Кровотечение из области передней спайки	Разрыв клитора
		Задняя спайка разорвана с продолжением на кожу промежности	Разрыв промежности (степень уточняется после полного осмотра)
	Малые и большие губы симметричны	Выпячивание (увеличение одной из губ)	Гематома губы
Стенки влагалища после введения зеркал	Синюшные, целые, симметричные	Выпячивания одной из стенок на любом протяжении	Гематома паравагинальной клетчатки
		Продолжение разрыва задней спайки на слизистую задней стенки влагалища без разрыва мышц промежности	Разрыв промежности I ст.
		То же, с разрывами лонокопчиковых мышц	Разрыв промежности II ст.
		То же, с разрывами прямой кишки	Разрыв промежности III ст.
Осмотр шейки матки с наложением на ее края не менее двух пар окончатых щипцов, которые перемещают по всей окружности шейки, контролируя и целостность сводов влагалища	Края истончены, целы, передняя губа шейки несколько длиннее задней, повреждений сводов нет	Линейный разрыв (чаще с боков) длиной до 2 см, более 2 см, но не доходит до свода влагалища с переходом на свод влагалища. Секторальный дефект губы (чаще передней)	Разрыв шейки матки I ст. II ст. III ст. требует исключения перехода разрыва на тело матки). Отрыв губы шейки матки