

**ВЕДЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ
РОДОВ.
НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ
ЗАДЕРЖКЕ
ОТДЕЛИВШЕГОСЯ ПОСЛЕДА**

ЗКГМУ им М. Оспанова
22-24.05.2013.
Занятие №1

ТРАНСПОРТИРОВКА БЕРЕМЕННЫХ СРЕДСТВАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- Не все беременные с предвестниками родов госпитализируются машиной скорой помощи, т.к. транспортировка средствами скорой помощи должна быть только при необходимости немедленной госпитализации
- Транспортировка машиной скорой помощи целесообразна при беременности с высоким риском развития осложнений (тазовое предлежание и преждевременное излитие вод)
- Абсолютное показание к транспортировке машиной скорой помощи: срочные роды (схватки через каждые 5 мин и менее), преждевременные роды, кровотечения при беременности, тяжелая преэклампсия и эклампсия, травматические повреждения в результате несчастных случаев, поперечное положение плода, выпадение петель пуповины, выпадение мелких частей плода.

ТРАНСПОРТИРОВКА БЕРЕМЕННЫХ СРЕДСТВАМИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- Транспортировку осуществляют в сопровождение врача скорой помощи и /или фельдшера (акушера)
- Не забыть обменно-уведомительную карту и удостоверение личности
- У женщин в родах с сильными схватками потужного характера до начала транспортировки снимают нижнее белье, чтобы оно не мешало проведению мероприятий неотложной акушерской помощи.
- Транспортировка осуществляется в положении на левом боку для предотвращения синдрома нижней полой вены
- В экстренных ситуациях предварительное предупреждение принимающего стационара по телефону
- При транспортировке необходимо начать оказывание мероприятий неотложной помощи и медикаментозное лечение согласно соответствующему диагнозу протоколу.

ОЦЕНКА СИТУАЦИИ И ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ

- ⊙ Немедленную подготовку к родам на месте проводят, если
 - Каждые 2-3 минуты сильные схватки в сочетании с потугами (позывы к дефекации)
 - Промежность и анальное отверстие выпячивается
 - Видна головка
- ⊙ Влагалищный осмотр медицинскими работниками скорой неотложной помощи не проводится.
- ⊙ При указание роженицы на потуги и отсутствии врезывания головки при осмотре, для оценки ситуации можно использовать метод ПИСКАЧЕКА (давление вглубь по боковому краю большой половой губы 2 и 3 пальцем правой руки): если пальцы не достигают сразу головки плода - необходимо проводить транспортировку, запретив тужиться. Для предупреждения возможности «выпадения ребенка» транспортировать лежа на боку, иметь готовность к приему дорожных родов. При приеме дорожных родов транспорт при ведение 2 периода необходимо остановить.

ПОДГОТОВКА К ПРИЕМУ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ РОДОВ

- Исключить сквозняки, создать условия соблюдения температурного режима (25 градусов), подготовить не менее 2 чистых глаженных теплых пеленок, шапочку и носочки новорожденного, стерильный набор для пересечения пуповины, подготовить и обработать руки врача, приготовить шприц с 10ЕД окситоцина для профилактики гипотонического кровотечения. Помочь роженице принять удобную для нее позу. Разъяснить беременной, что тужиться она должна по желанию. В случае родов на ФП, (поликлинике) и наличие стетоскопа выслушивать сердцебиение плода

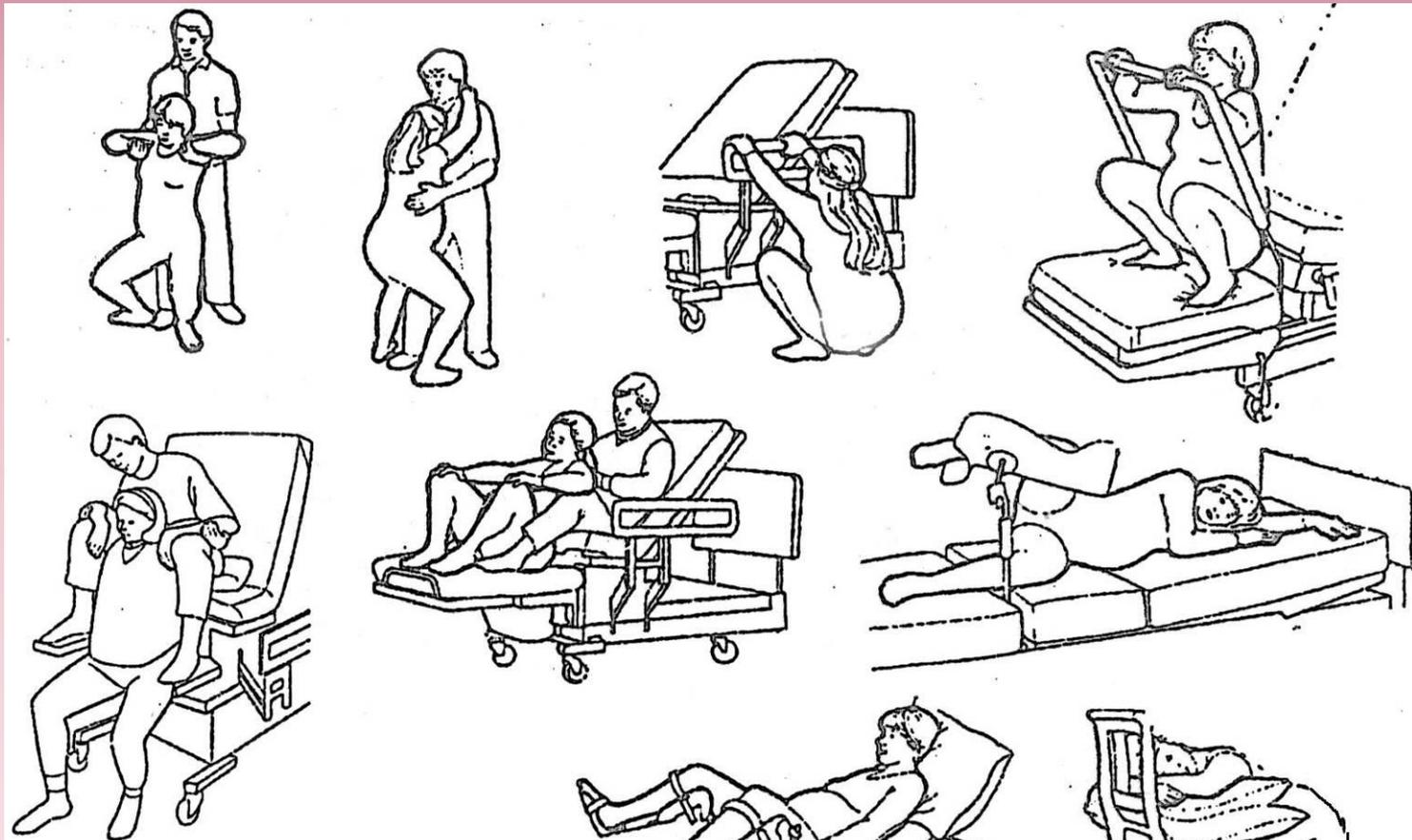
ВЕДЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ РОДОВ

- При рождении головки меры защиты промежности не предпринимают достаточно только контакта с роженицей в виде моральной поддержки и поощрения. Снятие промежности с головки плода применяется только при выраженном натяжении, не дотрагиваясь до головки плода. После рождения головки не спешить, т.к. в силу потуг идет внутренний поворот плеч, а головка совершает наружный поворот, личиком к бедру матери, противоположную позиции. Спешить следует только, если пуповина плотно обвита вокруг шеи и имеются признаки гипоксии (синюшность).

ВЕДЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ РОДОВ

- После поворота головки рождается переднее плечико, затем заднее. После рождения плечевого пояса новорожденный принимается осторожным обхватыванием грудной клетки, рождение нижней части туловища происходит без затруднений, ребенок сразу кладется на живот матери, производится его обсушивание со сменой влажной пеленки на сухую, производится оценка состояния ребенка по шкале Апгар, для профилактики гипотермии надеваются шапочка и носочки.

ПОЗИЦИИ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ



ПРИНЯТИЕ УДОБНОЙ ПОЗИЦИИ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ



ПРИНЯТИЕ УДОБНОЙ ПОЗИЦИИ ВО ВТОРОМ ПЕРИОДЕ РОДОВ (2)



ВЕДЕНИЕ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ РОДОВ

- Сразу после рождения ребенка помощник (акушерка, фельдшер) внутримышечно вводит 10 ЕД окситоцина (при его наличие), ставит лоток для измерения кровопотери в последовом периоде, осваивает вену катетером.
- В конце первой минуты ребенка отделяют от матери, для чего на расстоянии 10 см от пупочного кольца накладывается зажим, через 1,5 - 2 см кнаружи - второй. Между зажимами пуповину обрабатывают 5% спиртовым раствором йода и пересекают стерильными ножницами. Ребенка переносят на грудь матери, накрывают одеялом или дополнительной пеленкой. При отсутствии набора для пересечения пуповину можно использовать нитки, которые замочив в спирте (водке) (5-6) скручивают в канатик.

ПРИЕМ ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ РОДОВ

- После отделения ребенка от матери, необходимо следить за признаками, указывающими на то, что плацента отделилась. При наличии хотя бы 2 признаков отделения плаценты (кровянистые выделения из половых путей и смещение дна матки вправо от пупка), женщине предлагают тужиться (удлиняется пуповина и не втягивается), затем рождается послед. При появлении плаценты из половой щели, для завершения ее рождения можно взять плаценту двумя руками и аккуратно проворачивать, скручивая плодные оболочки в жгут и слегка потягивая вниз. После рождения плаценты производится наружный массаж матки, оценивается общая кровопотеря. Плацента быстро осматривается на целостность, помещается в мешок для транспортировки и доставляется вместе с родильницей и ребенком в роддом.

ТРАНСПОРТИРОВКА В 3 ПЕРИОДЕ РОДОВ

- Вопрос транспортировки в третьем периоде родов (до рождения плаценты) остается спорным, надо всегда оценивать «польза - риск».
- Не следует дожидаться рождения последа (длительность последового периода до 30 минут). Транспортировать пациентку можно начать или продолжить еще до окончания последового периода. Обязательным условием является формирование венозного доступа (катетер). При появлении признаков отделения плаценты во время транспортировки необходимо попросит роженицу потужиться и родить послед.
- Вплоть до госпитализации родильнице категорически запрещают принимать пищу. В случае разрыва промежности на кровотокающие разрывы необходимо наложить стерильные салфетки, пациентка должна быть в положение на спине со скрещенными ногами.

ПРИЗНАКИ ОТДЕЛЕНИЯ ПЛАЦЕНТЫ

- Признак Шредера: Непосредственно после родов форма матки округлая, дно ее на уровне пупка. После отделения матка уплощается, становится более узкой, дно ее поднимается выше пупка и отклоняется вправо
- Признак Альфельда: лигатура (зажим), наложенный на пуповину у половой щели опускается за счет опускания отслоившейся плаценты
- Признак Кюстнера - Чукалова: Если надавить ребром ладони на надлобковую область, пуповина при неотделившейся плаценте втягивается во влагалище.

СПОСОБЫ ВЫДЕЛЕНИЯ ОТДЕЛИВШЕЙСЯ ПЛАЦЕНТЫ

- Подтягивать за пуповину отделившуюся плаценту с обязательным нажатием выше лонного сочленения другой рукой с одновременным отодвиганием тела матки в направлении дна, во избежание выворота матки
- **Способ Абуладзе.** После бережного массажа матки двумя руками собирают переднюю брюшную стенку роженицы в продольную складку, затем просят женщину потужиться.
- **Способ Креде-Лазаревича.** После опорожнения мочевого пузыря проводят бережный массаж матки. Охватывают дно матки, располагая большой палец на ее передней поверхности, а остальные на задней. Сжимая матку и надавливая на ее дно вниз и кпереди (по проводной оси родового канала), выжимают послед. Этот метод наиболее травматичен