



Российское общество
скорой медицинской помощи



Национальное руководство

Скорая медицинская ПОМОЩЬ

Под редакцией
С.Ф. Багненко, М.Ш. Хубутия,
А.Г. Мирошниченко, И.П. Миннуллина



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»



АССОЦИАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ
ОБЩЕСТВ
ПО КАЧЕСТВУ

Классификация

Различают преждевременные, срочные и переношенные роды.

- Роды, наступившие при сроке беременности 22–37 нед беременности, в результате чего рождаются недоношенные дети, считают **преждевременными**. Недоношенные дети характеризуются незрелостью, массой тела 500–2500 г и ростом от 19–20 до 46 см. Для них характерен высокий процент как перинатальной смертности, так и смертности и заболеваемости недоношенных детей, особенно родившихся в сроки 22–27 нед беременности (с массой тела 500–1000 г).
- Роды, наступившие при сроке беременности 40±2 нед и закончившиеся рождением живого доношенного плода с массой тела примерно 3200–3500 г и ростом от 46 см, считают **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 эпидермиса, сухость кожных покровов), считают **переношенными**. Роды переношенным плодом характеризуются высоким процентом родового травматизма.

Различают роды **физиологические** и **патологические**. Осложненное течение родов развивается у беременных с экстрагенитальной патологией, отягощенной акушерско-гинекологическим анамнезом или патологическим течением беременности. Имеют значение следующие состояния:

- нарушения менструальной функции;
- бесплодие в анамнезе;
- воспалительные заболевания внутренних половых органов;
- искусственные и самопроизвольные аборт в анамнезе;
- миома матки;
- опухоли яичников;
- рубец на матке после кесарева сечения;
- первородящие старше 30 лет и моложе 18 лет;
- пороки сердца (врожденные и приобретенные);
- гипертоническая болезнь;
- заболевания органов дыхания, почек, печени;
- заболевания щитовидной железы, нервной системы, опорно-двигательного аппарата;
- СД.

В течении родов наблюдают **три периода**:

- период раскрытия шейки матки;
- период изгнания плода;
- послеродовый период.

Клиническая картина

Роды у первородящих протекают 12–14 ч, у повторнородящих — 8–10 ч.

ПЕРВЫЙ ПЕРИОД РОДОВ

Первый период родов (**период раскрытия шейки матки**) начинается с первыми регулярными родовыми схватками и заканчивается полным (9–10 см) раскрытием шейки матки, достаточным для прохождения по родовому каналу плода.

16.6. РОДЫ

Определение

Роды — физиологический процесс изгнания плода, плодовых оболочек и плаценты по родовым путям матери. Врач СМП может столкнуться с любым периодом родового акта: раскрытия, изгнания, последовым и ранним послеродовым периодом. Врач должен уметь:

- диагностировать периоды родов, оценить их физиологическое или патологическое течение;
- определить состояние плода;
- выбрать рациональную тактику ведения родов и раннего послеродового периода;
- провести профилактику кровотечения в послеродовом и раннем послеродовом периодах;
- оказать акушерское пособие при головном предлежании.

Роды вне стационара чаще всего возникают при недоношенной беременности или при доношенной беременности у много рожавших женщин. В таких случаях роды протекают, как правило, стремительно.

Схватки характеризуются спонтанно возникающими сокращениями гладкомышечных клеток тела матки с последующим раскрытием шейки матки и продвижением плода по родовым путям за пределы материнского организма. Схватки в начале родов продолжаются примерно 15–20 с, в конце — 80–90 с, а интервалы между схватками с 10–12 мин (в начале родов) сокращаются до 2–3 мин (в конце родов).

За время схваток происходят укорочение, сглаживание, раскрытие шейки матки и формирование родового канала. В период схватки предлежащая часть плода скользит по внутренней стенке родового канала, оказывая на нее давление, а стенки нижнего сегмента матки и родового канала оказывают сопротивление опускающейся предлежащей части.

Плодный пузырь (часть плодных оболочек и околоплодных вод, располагающихся впереди предлежащей части плода) во время схватки наливается и вклинивается в шейный канал, что способствует его раскрытию. Раскрытие шейного канала при целом плодном пузыре происходит быстрее, чем при его отсутствии. Несвоевременный разрыв плодного пузыря (преждевременный или переносенный) часто нарушает физиологическое течение родов. Преждевременный разрыв плодного пузыря способствует образованию на головке плода большой родовой опухоли — кефалогематомы, вызывает нарушение внутричерепного кровообращения плода. Это одна из наиболее частых причин асфиксии плода, мертворождения и ранней смертности новорожденного. При физиологическом течении родов плодный пузырь вскрывается в конце периода раскрытия на высоте одной из схваток и околоплодные воды в количестве 100–200 мл изливаются наружу.

В редких случаях к концу периода раскрытия шейки матки разрыва плодного пузыря не происходит и он первым рождается из половой щели. В таких случаях необходимо произвести искусственное вскрытие плодного пузыря любым инструментом (браншей пулевых щипцов, зажимом Кохера, корнцангом) или пальцем, иначе плод родится в оболочках, что может привести к нарушению процесса перехода к внеутробному дыханию и асфиксии новорожденного.

Ведение первого периода физиологических родов — активно-выжидательное. Необходимо следить за развитием регулярной родовой деятельности, сердцебиением плода, продвижением предлежащей части (головки). Для оценки характера регулярной родовой деятельности определяют длительность, интенсивность, периодичность, болезненность схваток рукой, расположенной ладонью на животе роженицы. Когда схватки становятся особенно сильными и начинают повторяться через 3–4–5 мин (4–5 схваток за 10 мин), можно думать о полном раскрытии маточного зева. Выслушивание сердцебиения плода в период раскрытия проводят каждые 15 мин до излития околоплодных вод, а после излития вод — каждые 5–10 мин. В норме частота сердцебиения плода составляет 120–140 в минуту, тоны сердца — ясные, ритмичные. Стойкое замедление сердечных тонов до 100 в минуту и ниже, равно как и учащение до 160 в минуту и выше указывает на начавшуюся внутриутробную асфиксию плода.

При нормальном течении родов процесс раскрытия шейки матки совпадает с постепенным продвиже-

нием головки плода. В конце первого периода родов головка прижимается ко входу в малый таз и даже несколько вступает в него. При неясности предлежащей части, подозрении на редкий вариант вставления (лобное предлежание, задний вид лицевого предлежания, высокое прямое стояние головки), поперечное или косое положение плода необходимо предпринять все меры для срочной транспортировки роженицы в акушерский стационар. Для профилактики разрыва матки во время транспортировки роженице дают эфирный масочный наркоз, одновременно через носовую катетер проводят ингаляцию кислородом.

ВТОРОЙ ПЕРИОД РОДОВ

Второй период родов (**период изгнания**) — время от момента полного раскрытия маточного зева до рождения плода. После излития вод схватки ненадолго прекращаются. Объем полости матки уменьшается. Полость матки и влагалище представляют собой родовую канал. Схватки снова усиливаются, предлежащая часть плода (головной или тазовый конец) опускается на тазовое дно. Рефлекторно возникающие при этом сокращения брюшного пресса вызывают и позывы роженицы на потуги, повторяющиеся все чаще и чаще — через 5–3–2 мин. Предлежащая часть плода растягивает при этом половую щель и рождается, за ней рождается туловище. Вместе с рождением плода изливаются задние воды. Период изгнания продолжается 1–2 ч, но не более 4 ч.

ТРЕТИЙ ПЕРИОД РОДОВ

После рождения плода начинается третий — **последовый период родов**, во время которого происходят отделение плаценты от стенок матки и рождение последа. Продолжительность периода — 5–20 мин.

Советы позвонившему

- Оставаться на связи с бригадой СМП до ее приезда.
- Успокоить роженицу, изолировать от окружающих, уложить на оказавшуюся под рукой чистую ткань или клеенку.
- Снять тесную одежду, сдавливающую живот и мешающую дыханию.
- Не следует прикасаться к животу руками, гладить его, так как это может вызвать нерегулярные схватки и нарушить процесс родов.
- Наружные половые органы и внутреннюю поверхность бедер рекомендовано при возможности обмыть водой с мылом или обтереть ватой, смоченной 5% спиртовым раствором йода* или водкой, заднепроходное отверстие закрыть ватой или кусочком чистой ткани.
- Под ягодицы следует положить чистую ткань, полотенце, простыню.

Действия на вызове

- Решить вопрос о **возможности транспортировки** роженицы в родильный дом.
- Оценить данные **общего и акушерского анамнеза**:

- ✦ количество беременностей и родов в анамнезе, их течение, наличие осложнений;
- ✦ течение настоящей беременности: угроза прерывания беременности, общая прибавка массы тела, динамика АД, изменения в анализах крови (по данным обменной карты);
- ✦ данные общего объективного исследования.
- **Оценить период родов:** начало схваток, их регулярность, продолжительность, интенсивность, болезненность.
- Провести **четыре приема наружного исследования** (рис. 16.9) и определить высоту стояния дна матки (рис. 16.10), 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.

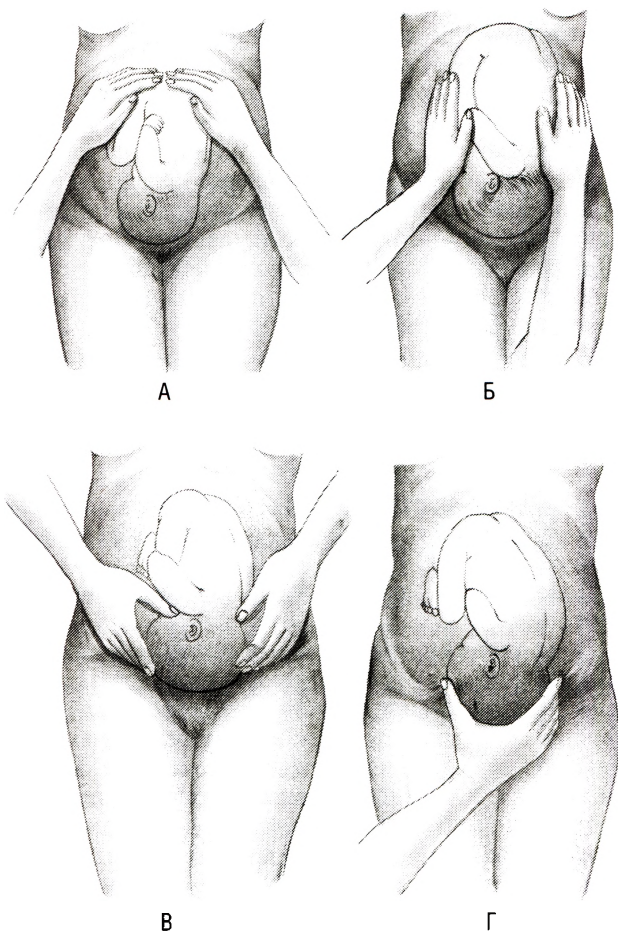


Рис. 16.9. Четыре приема наружного акушерского исследования беременной. А (1-й прием) — определение высоты стояния дна матки; Б (2-й прием) — определение позиции плода; В (3-й прием) — определение предлежащей части плода; Г (4-й прием) — определение предлежащей части (головка) к плоскости входа малого таза

- **Оценить характер выделений:** наличие кровянистых выделений, подтекание околоплодных вод, наличие в них мекония.
- При необходимости произвести **влагалищное исследование** (рис. 16.11).

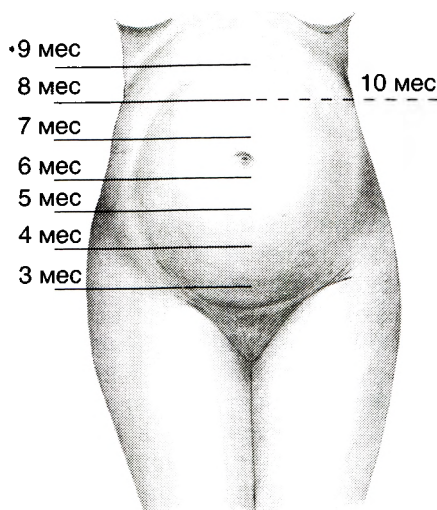


Рис. 16.10. Высота стояния дна матки в разные сроки беременности

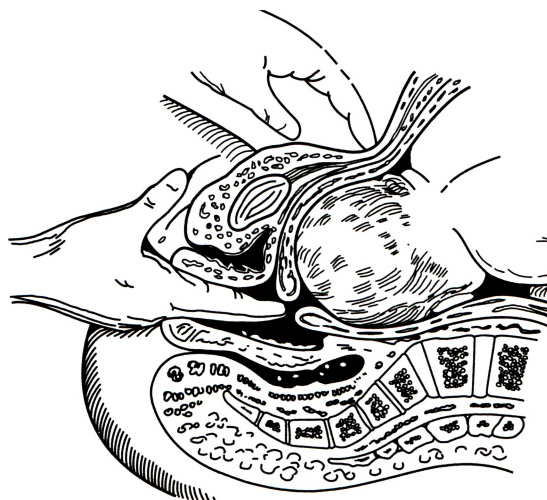


Рис. 16.11. Влагалищное исследование роженицы

- **Поставить диагноз родов:**
 - ✦ первые или повторные;
 - ✦ срочные, преждевременные, переношенные;
 - ✦ период родов — раскрытия, изгнания, последровый;
 - ✦ характер излития околоплодных вод — преждевременное, раннее, своевременное;
 - ✦ осложнения беременности и родов;
 - ✦ особенности акушерско-гинекологического анамнеза;
 - ✦ сопутствующая экстрагенитальная патология.

При наличии условий и возможностей транспортировки необходимо произвести срочную госпитализацию в акушерский стационар.

Обязательные вопросы

- Когда начались схватки, их частота и регулярность?
- Отходили ли воды?
- Чувствует ли роженица шевеление плода?
- Состоит ли роженица на учете по беременности?

- Как протекала беременность?
- Есть ли соматическая патология?

Физикальное обследование включает четыре приема наружного акушерского исследования беременной (см. рис. 16.9).

Ведение родов

При отсутствии возможности транспортировки роженицы в родильный дом следует приступить к ведению родов. Роженице ставят очистительную клизму, сбивают волосы на лобке, наружные половые органы обмывают кипяченой водой с мылом, производят смену постельного белья, под нее подкладывают клеенку, готовят самодельный польстер — маленькую подушку, обернутую в несколько слоев простыней (желательно стерильной).

Польстер в родах подкладывают под таз роженицы, что придает ему возвышенное положение и открывает свободный доступ к промежности.

ВЕДЕНИЕ ПЕРВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Ведение периода раскрытия, как правило, активно-выжидательное.

- Наблюдают за развитием схваток, сердцебиением плода и продвижением предлежащей части (обычно — головки).
- Выясняют самочувствие роженицы — степень болевых ощущений, наличие головокружения, головной боли, расстройства зрения; выслушивают сердечные тоны, систематически измеряют пульс, АД.
- Следят за мочеиспусканием и опорожнением прямой кишки. Переполнение мочевого пузыря и прямой кишки ведет к нарушению периода раскрытия, изгнания плода и выделения последа.
- Регулярно проводят оценку сократительной способности матки. Учитывают тонус матки, интервал между схватками, ритмичность и частоту.
- Один из важных моментов ведения первого периода родов — контроль состояния плода. Сердцебиение плода в период раскрытия при ненарушенном плодном пузыре выслушивают через каждые 15–20 мин, а после излития околоплодных вод — через 5–10 мин. При аускультации обращают внимание на частоту, ритм и звучность сердечных сокращений плода.

ВЕДЕНИЕ ВТОРОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Начиная с полного или почти полного раскрытия шейки матки начинается поступательное движение плода по родовому каналу (биомеханизм родов) — совокупность поступательных и вращательных движений, производимых плодом, проходящим по родовому каналу.

В период изгнания ведут систематическое наблюдение за состоянием роженицы и плодом (как происходит продвижение головки плода). При наблюдении за плодом следует иметь в виду, что при физиологическом течении родов в период изгнания головка большим сегментом не должна стоять в одной и той же плоскости малого таза более 2 ч, а весь период изгнания не должен продолжаться более 4 ч.

Роды в затылочном предлежании составляют около 96% всех родов, чаще наблюдают передний вид затылочного предлежания. Роды в поперечном, косом положении, при разгибательных вставлениях, тазовом предлежании плода в домашних условиях невозможны, необходима экстренная госпитализация в акушерский стационар.

При диагностике первичной и вторичной слабости, дискоординации родовой деятельности самостоятельные действия врача необходимо прекратить и срочно госпитализировать пациентку в специализированное лечебное учреждение. В этот период родов ведут наблюдение за состоянием роженицы, характером родовой деятельности, сердцебиением плода. Сердцебиение выслушивают после каждой потуги, обращают внимание на ритм и звучность тонов сердца плода.

Необходимо следить за продвижением предлежащей части, за характером выделений из половых путей — в период раскрытия и изгнания кровянистых выделений из половых путей не должно быть. Как только головка начинает врезываться, т.е. в тот момент, когда при появлении потуги головка появляется в половой щели, а с окончанием потуги уходит во влагалище, следует быть готовым к приему родов. Роженицу помещают поперек кровати, а голову — на поставленный к кровати стул, подкладывают под таз роженицы самодельный польстер. Под голову и плечи роженицы кладут еще одну подушку для того, чтобы роженица находилась в слегка полусидячем положении (в таком положении ей легче тужиться).

Наружные половые органы повторно обмывают теплой водой с мылом, обрабатывают 5% раствором йода*. Задний проход закрывают стерильной ватой или пеленкой. Принимающий роды тщательно с мылом моет и обрабатывает дезинфицирующим раствором руки; целесообразно использовать стерильный акушерский комплект одноразового пользования (при его наличии) (рис. 16.12).

Прием родов заключается в **оказании акушерского пособия**.

При **головном предлежании** акушерским пособием в родах называют совокупность последовательных манипуляций в конце второго периода родов, направленных как на содействие физиологическому механизму родов, так и на предупреждение травматизма матери и плода. Как только головка врежется в половую щель (рис. 16.13) и будет сохранять такое положение и вне схватки, начинается прорезывание головки (рис. 16.14). 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, и через нее старается при схватке задержать преждевременное разгибание головки, способствуя этим выхождению затылка из-под симфиза. Левая рука находится наготове на случай поступательное движение головки окажется чрезмерно сильным и одна правая рука не сможет удержать ее.

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

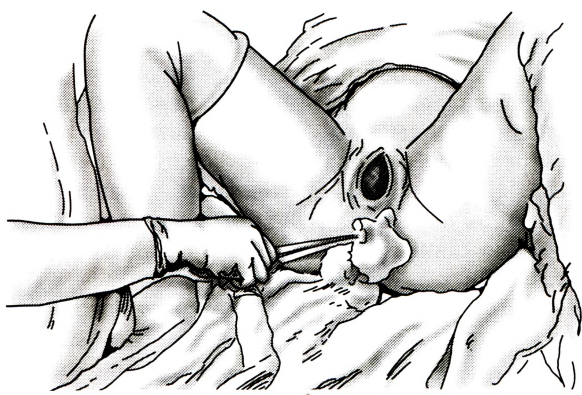


Рис. 16.12. Защита наружных половых органов от загрязнения выделениями из прямой кишки

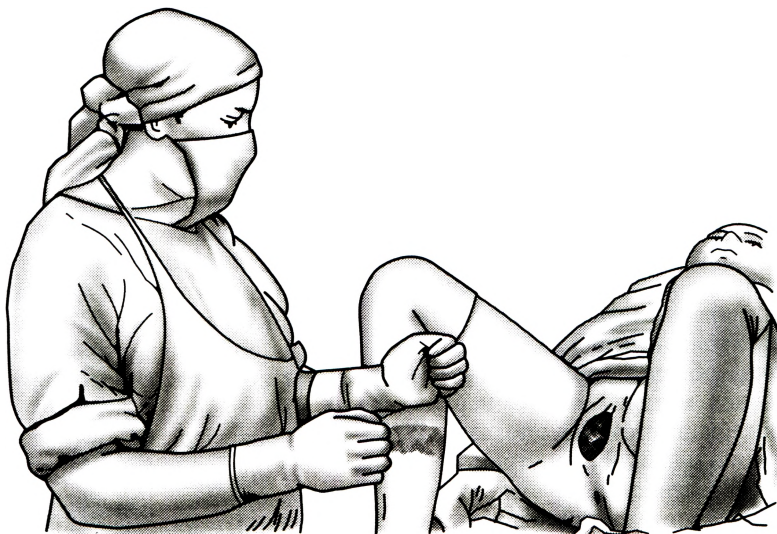


Рис. 16.13. Врезывание головки

просят не тужиться. Ладонью левой руки обхватывают вышедшую часть головки, а ладонью правой руки с отведенным большим пальцем (рис. 16.15) обхватывают промежность и медленно, как бы снимая ее с головки (с лица), одновременно другой рукой бережно приподнимают головку вверх. 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 эти манипуляции проделывают обязательно вне схватки, так как при схватке медленно вывести головку очень трудно, а при быстром выведении рвет-

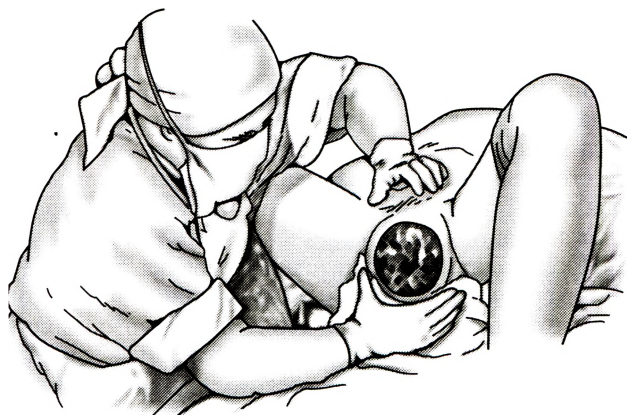


Рис. 16.14. Помощь акушерки при прорезывании головки

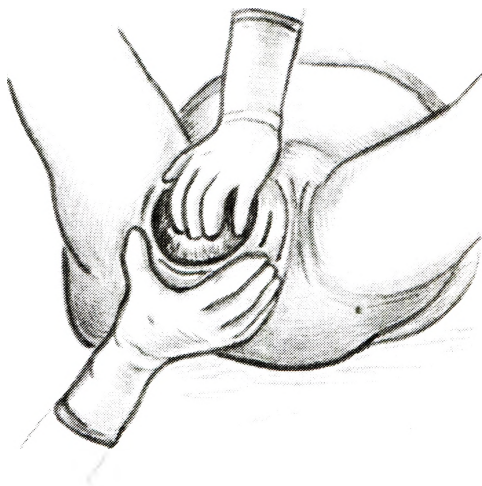


Рис. 16.15. Период изгнания. Освобождение личика

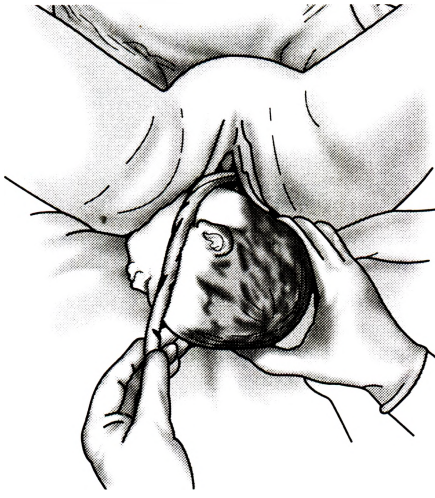


Рис. 16.16. Снятие пуповины, обвитой вокруг шеи плода

ся промежность. Необходимо отсосать вытекающую слизь изо рта плода, чтобы при первом вдохе ребенка она не попала в дыхательные пути, вызвав асфиксию.

После рождения головки пальцем проводят по шее плода до плеча, проверяя, не обвилась ли пуповина вокруг шеи. Если имеется обвитие пуповины, ее петлю осторожно снимают через головку (рис. 16.17).

Родившаяся головка обычно поворачивается затылком в сторону бедра матери, иногда наружный поворот головки задерживается. Если показаний к немедленному окончанию родов нет (внутриутробная асфиксия плода, кровотечение), следует не торопиться и дожидаться 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

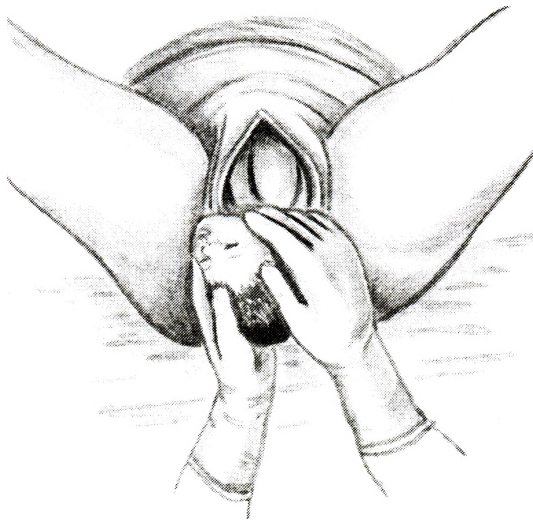


Рис. 16.17. Акушерское пособие при головном предлежании. Пятый момент — освобождение плечевого пояса (выведение переднего плечика)

или кладут ладони на височно-шейные поверхности (рис. 16.17) и осторожно слегка 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 щеку, и приподнимают головку, а правой рукой подобно тому, как это делают при выведении головки, осторожно сдвигают промежность с заднего плечика (рис. 16.18).

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

Принцип защиты промежности при переднем виде затылочного предлежания заключается в том, чтобы не допустить преждевременного разгибания головки. Только после того, когда выйдет затылок и подзатылочная ямка упрется в лунную дугу, медленно выпускают головку над промежностью. Это важное условие для сохранения целостности промежности и рождения головки наименьшим размером — малым косым. Если головка будет прозвизываться в половой щели не малым косым размером (при затылочном предлежании), легко может произойти ее разрыв. С техникой и методикой проведения родов нередко может быть связана родовая травма новорожденного (внутричерепные кровоизлияния, переломы).

Если акушерское ручное пособие при прорезывании головки проводят грубо или принимающий роды давит пальцами на головку, это может привести к указанным осложнениям. Во избежание подобных осложнений рекомендуют устранить чрезмерное противодействие растягивающейся промежности на головку плода, для чего применяют операцию рассечения промежности — перинео- или эпизиотомию (рис. 16.19).

Акушерское ручное пособие при прорезывании головки должно быть всегда максимально бережным, оно имеет целью прежде всего помочь рождению здорового ребенка, не причинив ему никакой травмы, и одновременно сохранить по возможности целостность тазового дна. Только так следует понимать термин «защита промежности».

Сразу же после рождения головки из верхних частей глотки и ноздрей необходимо отсосать слизь и околоплодные воды с помощью заранее прокипяченной резиновой груши. Для предупреждения аспирации новорожденным содержимого желудка сначала отсасывают содержимое глотки, а затем носа. Родившегося младенца кладут между ног матери на стерильные пеленки, сверху ребенка покрывают еще одной пеленкой, чтобы не допустить его переохлаждения.

Производят осмотр и оценку ребенка по методу Апгар сразу при рождении и через 5 мин (табл. 16.3). Метод оценки состояния плода по Апгар позволяет произвести быструю предварительную оценку по пяти признакам физического состояния новорожденного:

- частоты сердцебиения — при помощи аускультации;

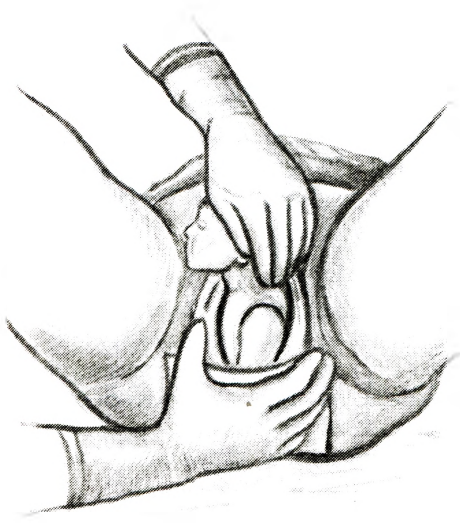


Рис. 16.18. Акушерское пособие при головном предлежании. Пятый момент — освобождение плечевого пояса (выведение заднего плечика)

- дыхания — при наблюдении за движениями грудной клетки;
- цвета кожи младенца — бледный, цианотичный или розовый;
- мышечного тонуса — по движению конечностей;
- рефлекторной активности — при пошлепывании по подошвенной стороне ступни.

Оценка по шкале Апгар через 1 мин после рождения (или раньше) выявляет младенцев, нуждающихся в оказании немедленной помощи; оценка через 5 мин коррелирует с показателями неонатальной заболеваемости и смертности.

После появления первого крика и дыхательных движений, отступя 8–10 см от пупочного кольца, пуповину обрабатывают спиртом и между двумя стерильными зажимами рассекают и перевязывают толстым хирургическим шелком, тонкой стерильной марлевой тесемкой (рис. 16.20). Культю пуповины смазывают 5% раствором йода* и на нее накладывают стерильную повязку. Нельзя использовать для перевязки пуповины тонкую нитку, так как она может про-

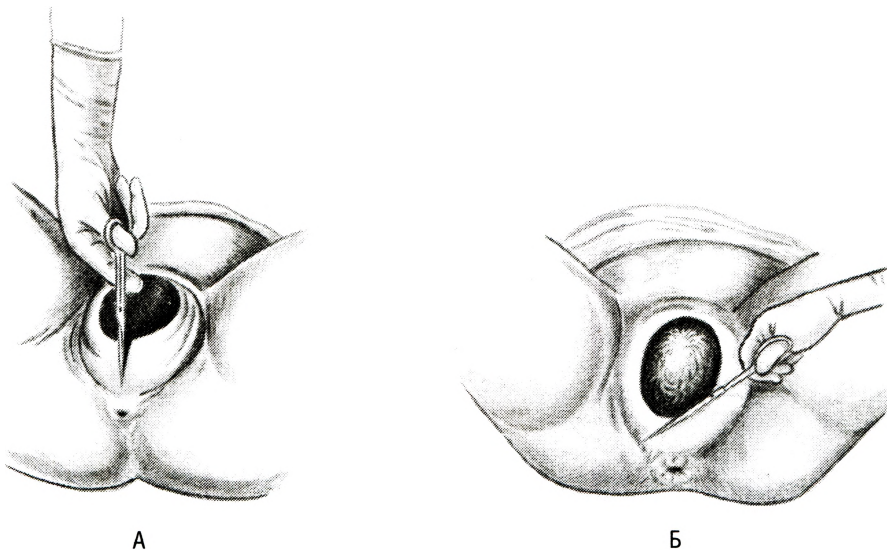


Рис. 16.19. Перинеотомия и эпизиотомия. Показаны места разреза при перинео- (А) или эпизиотомии (Б)

Таблица 16.3. Оценка состояния новорожденного по Апгар

Признаки	Выраженность признака в баллах		
	2	1	0
ЧСС	Ритмичное, 120–140 в минуту	Бради- или тахикардия	Отсутствует
Дыхание	Громкий крик, нормальное, регулярное дыхание	Крик слабый, приступы апноэ, судорожные вдохи	Отсутствует
Окраска кожи	Кожный покров розовый	Кожный покров розовый, 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 4 до 6 свидетельствует о том, что эти дети цианотичны, имеют аритмичное дыхание, ослабленный мышечный тонус, повышенную рефлекторную возбудимость, частоту сердцебиения свыше 100 в минуту 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.

Понятию «мертвоорожденный» соответствует 0 баллов.

резать пуповину вместе с ее сосудами. На обе ручки ребенка надевают браслетки с обозначением пола ребенка, фамилии и имени матери, даты рождения и номера истории родов.

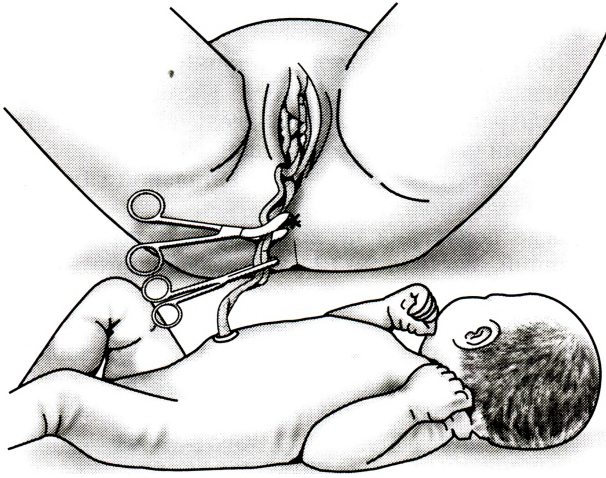


Рис. 16.20. Перевязка и рассечение пуповины

Дальнейшую обработку новорожденного (кожа, пуповина, профилактика офтальмобленнореи) производят 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 трудно останавливаемое кровотечение после отсечения пуповины от пупочного кольца.

Роженице выпускают мочу с помощью катетера, внутривенно вводят 0,02% раствор метилэргометрина в дозе 1 мл и приступают к ведению третьего (последового) периода родов.

Метилэргометрин — утеротоническое средство, производное спорыньи. Повышает тонус миометрия и увеличивает частоту сокращений. Применяют при гипотонии и атонии матки в раннем послеродовом периоде с целью профилактики атонических кровотечений, при кесаревом сечении, кровотечениях после аборта и медленной инволюции матки. Выпускают в виде 0,02% раствора в ампулах по 1 мл и в виде таблеток по 0,125 мг. Возможны побочные эффекты — тошнота, рвота, АГ.

ВЕДЕНИЕ ПОСЛЕДОВОГО ПЕРИОДА РОДОВ

Последовый период — время от рождения ребенка до рождения последа. В течение этого периода происходят 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 5–20 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 право или влево. Одновременно отмечают 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 его пальпируют 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 — ее называют родильницей. Ведение последового периода родов консервативное. В этот период нельзя ни на минуту отлучаться от роженицы. Необходимо следить за:

- кровотечением, как наружным, так и внутренним;
- характером пульса;
- общим состоянием роженицы;
- признаками отделения плаценты.

Следует вывести мочу, поскольку переполненный мочевой пузырь препятствует нормальному течению последового периода.

Во избежание осложнений недопустимо 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 осматривают, раскладывая плашмя материнской поверхностью вверх (рис. 16.21). Обращают внимание, все ли дольки плаценты вышли, нет ли добавочных долек плаценты, полностью ли выделены оболочки. Задержка в матке частей плаценты или ее дольки не дает возможности матке хорошо сократиться и может стать причиной гипотонического кровотечения.

Если не хватает плацентарной дольки или части ее и имеется кровотечение из полости матки, следует тотчас же произвести ручное обследование стенок полости матки и удалить рукой задержавшуюся дольку. Недостающие оболочки при отсутствии кровотечения можно не удалять, обычно они в первые 3–4 дня послеродового периода выходят самостоятельно. 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. Осматривают наружные половые органы, вход во влагалище и промежность. Имеющиеся ссадины, трещины обрабатывают йодом*, разрывы должны быть защищены в условиях стационара (рис. 16.22).

При наличии кровотечения из мягких тканей необходимо наложить швы до транспортировки в акушерский стационар или наложить давящую повязку (кровотечение из разрыва промежности, области клитора). Возможна тампонада влагалища стерильными марлевыми салфетками. Все усилия при данных манипуляциях должны быть направлены на срочную доставку родильницы в акушерский стационар.

После родов следует переодеть родильницу в чистое белье, уложить на чистую постель, накрыть одеялом.

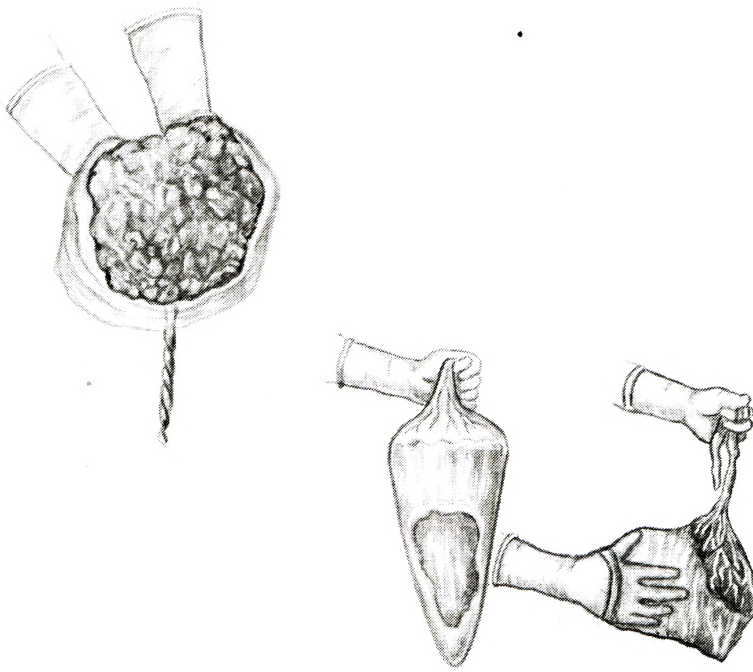


Рис. 16.21. Осмотр последа

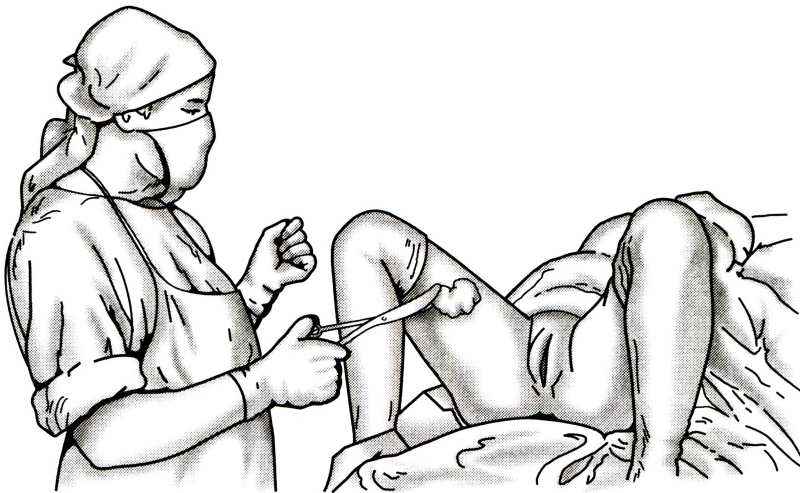


Рис. 16.23. Осмотр нижней трети влагалища, промежности после рождения последа

Необходимо следить за пульсом, АД, состоянием матки и характером выделений (возможно кровотечение), напоить горячим чаем или кофе. Родившийся послед, родильницу и новорожденного доставляют в акушерский стационар.

Часто встречающиеся ошибки

- Во внебольничных условиях могут быть проведены только физиологически протекающие роды.
- Ведение патологических родов вне стационара влечет за собой неблагоприятный исход как для матери, так и для плода и новорожденного.

Список литературы

1. Абрамченко В.В. Активное ведение родов. — СПб.: Спецлит, 1996. — 667 с.
2. Айламазян Э.К. Руководство по гинекологии. — СПб., 2012. — 512 с.
3. Айламазян Э.К., Кулаков В.И., Радзинский В.Е., Савельева Г.М. Акушерство: Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 886 с.
4. Кулаков В.И., Савельева Г.М., Манухин И.Б. Гинекология: Национальное руководство. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 1150 с.
5. Неотложная медицинская помощь: Руководство для врачей / Под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Кроума,